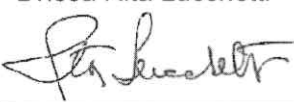

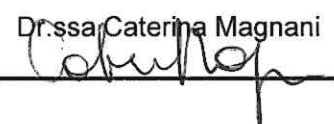
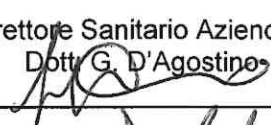
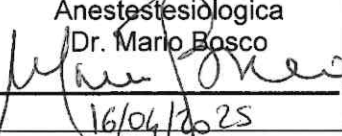



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	REV. 0 DEL 31/03/2025	PAG. 1 DI 15 RLCP POS 08

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	10/04/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa Rita Lucchetti 	 Direttore Generale Dott. G. Quintavalle
			Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa Caterina Magnani 	Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino 
			Direttore Area Interdipartimentale Anestesiologica Dr. Mario Bosco  16/04/2025	Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliarello 

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative
 Dott. Mario Bosco, Direttore Area Interdipartimentale Anestesiologica
 Dr. Giuseppe Ducci, Direttore Dipartimento Salute Mentale
 Dr.ssa Maria Concetta Altavista, Direttore UOC Neurologia
 Dr. Antonio Carnevale, Dirigente Medico UOC Neurologia
 Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera Referente Unità Cure Palliative Aziendali
 Dr.ssa Mimma Raffaele, Direttore UOSD Oncologia Presidio Cassia Sant'Andrea
 Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Angela Iurlaro, Medico Specializzando in Medicina e Cure Palliative "A. Gemelli", in formazione presso Unità Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali
 Dott.ssa S. Greghini, F.O. UOC Risk Management

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO	3
3.CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5.MODALITA' OPERATIVE	5
5.1 Valutazione e diagnosi	5
5.2Trattamento	8
6.RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	9

1. PREMESSA

Il delirium e l'agitazione psico-motoria sono tra le più comuni complicazioni neuropsicologiche nei pazienti in fase avanzata di malattia e negli ultimi giorni di vita. Sono fonte di sofferenza fisica e psichica, con un pesante impatto sulla qualità della vita e sull'aspettativa di sopravvivenza.

Alla presa in carico nei servizi di cure palliative la prevalenza del delirium e dell'agitazione psico-motoria variano dal 28 al 42% mentre la prevalenza del delirium prima della morte in tutti i contesti di cure palliative varia nel range 42%-88%.

Il delirium si verifica frequentemente in associazione con eventi acuti e spesso reversibili, come infezioni e disidratazione. Nella popolazione di cure palliative, questi eventi scatenanti si sovrappongono spesso a una vulnerabilità di base che accompagna le malattie avanzate. Sebbene il delirium sia molto frequente nei contesti di cure palliative, non sempre viene adeguatamente diagnosticato e trattato.

Le strategie non farmacologiche per la gestione del delirium svolgono un ruolo fondamentale e dovrebbero essere ottimizzate attraverso il contributo dell'intero team interprofessionale. Il delirium refrattario negli ultimi giorni o settimane di vita potrebbe richiedere l'uso di sedazione palliativa.

2. SCOPO

Questa procedura intende fornire strumenti operativi per omogeneizzare le modalità di gestione del delirium nei pazienti con bisogni di Cure Palliative assistiti nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della ASL Roma 1

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Il **delirium** è una sindrome neuropsichiatrica complessa che si manifesta con disturbi dell'attenzione e della coscienza, ad insorgenza rapida e decorso fluttuante. Questa condizione comporta alterazioni nella cognizione, nella percezione e nel comportamento psicomotorio. Difficilmente il delirium è sostenuto da un'unica causa, essendo per sua stessa natura multifattoriale. In generale si ritiene che la sua occorrenza sia determinata da un'interazione fra fattori predisponenti e precipitanti o scatenanti. L'esordio del delirium può essere acuto o subacuto, quest'ultimo è tipico negli anziani. È fondamentale distinguere il delirium dalla demenza, poiché quest'ultima ha un decorso cronico e progressivo. La demenza di solito si sviluppa nel corso di settimane, mesi o anche anni con vari livelli di compromissione cognitiva da lieve a severa. Un aspetto distintivo del delirium è la fluttuazione dei sintomi, che lo rende differente dall'agitazione psicomotoria.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 08	Rev. 0 del 10/04/2025	pag. 3 di 15
--	-------------	--------------------------	--------------

Agitazione psico-motoria (APM): è definita nel DSM-5 come un'eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna.

Le caratteristiche principali descritte nei pazienti con APM includono, tra le altre, l'incapacità a restare fermi, con un eccesso di attività motoria non produttiva o afinalistica (camminare, sfregarsi le mani, tirare i vestiti), irritabilità, elevata responsività agli stimoli interni ed esterni e un decorso della sintomatologia instabile nel tempo. Sebbene l'aggressività e la violenza non rappresentino necessariamente elementi nucleari dell'agitazione, l'evoluzione della gravità della sintomatologia può sfociare in comportamenti aggressivi e violenti. Caratteristica importante della APM, qualunque ne sia la causa e qualunque sia la gravità della condizione soggiacente, è infatti che essa si colloca lungo un continuum che dalle situazioni di semplice attivazione ideativa e comportamentale può giungere fino agli episodi più acuti e violenti.

Agitazione terminale: indica un insieme di sintomi che possono verificarsi negli ultimi giorni di vita del paziente. Questi sintomi includono agitazione, stress emotivo e confusione.

4AT (allegato 1): Il 4AT è uno strumento di screening ampiamente utilizzato a livello internazionale per la valutazione del delirium. Lo strumento comprende quattro item:

1. la valutazione dello stato di vigilanza del paziente
2. l'*Abbreviated Mental Test*, ovvero domande riguardanti l'orientamento spazio-temporale e personale (Età, data di nascita, luogo, anno corrente)
3. un compito di attenzione
4. una valutazione delle fluttuazioni dei sintomi e dell'acuzie del cambiamento

Il punteggio massimo del 4AT è 12; un punteggio tra 4 e 12 suggerisce la presenza di delirium, mentre un punteggio tra 0 e 3 indica che il delirium è meno probabile, sebbene non possa essere escluso completamente.

CAM: *Confusion Assessment Method* (CAM – allegato 2) è uno strumento validato per la diagnosi di delirium. da usare al letto del paziente anche da non psichiatri. Consta di quattro criteri principali, ovvero alterazione dell'attenzione, inizio acuto e fluttuante nel tempo dei sintomi, pensiero (o linguaggio) disorganizzato, alterazione del livello di coscienza. La diagnosi di delirium richiede la presenza delle prime 2 caratteristiche *più* una delle seconde 2 caratteristiche. Se il test ottenuto non soddisfa questi criteri, il delirium è meno probabile, ma potrebbe essere comunque necessario fare ulteriori accertamenti. Il CAM-ICU è una versione di questo strumento appositamente creata per i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, utilizzabile per pazienti critici con o senza ventilazione meccanica che sono impossibilitati a parlare.

3D-CAM: La 3D-CAM (3-Minute Diagnostic Interview for Confusion Assessment Method) è una breve

valutazione verbale utilizzabile per testare nei pazienti la presenza di delirium. La 3D-CAM può essere completata in circa 3 minuti con risultati pressoché comparabili a quelli di una valutazione fatta da un esperto.

ESAS-r: Edmonton Symptom Assessment System (allegato 3). È una scala di valutazione validata a livello internazionale utilizzata per valutare l'impatto dei sintomi principali sulla qualità della vita dei pazienti in Cure Palliative. L'ESAS consiste di scale di misurazioni numeriche (NRS: Numerical Rating Scale) relative a specifici sintomi che variano da 0 (assenza del sintomo) a 10 (peggiore

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 08	Rev. 0 del 10/04/2025	pag. 4 di 15
--	-------------	--------------------------	--------------

severità del sintomo). Nella sua versione revisionata è costituito da nove sintomi principali (dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, sensazione di benessere e mancanza di respiro) e da un decimo sintomo opzionale

NRS: Numerical Rating Scale (scala unidimensionale numerica che varia da 0 - assenza del sintomo- a 10 -peggiore severità del sintomo).

RASS-PALL: Richmond Agitation-Sedation Scale- Palliative Care (allegato 4), è uno strumento di valutazione clinica utilizzato per misurare il livello di sedazione e agitazione di un paziente, validato in italiano nel contesto delle cure palliative. Essa fornisce un punteggio che varia da -5 a +4, dove valori negativi indicano livelli di sedazione crescente e valori positivi indicano crescente agitazione.

PCC: Pianificazione Condivisa delle Cure. È un processo dinamico e continuo, basato sul dialogo e su una comunicazione aperta, empatica e sincera. Prevede la pianificazione del piano di assistenza e cura nella traiettoria di malattia di una persona affetta da patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

5. MODALITA' OPERATIVE

L'approccio al delirium nel paziente assistito nell'ambito della RLCP prevede diverse fasi: la valutazione clinica, l'eventuale effettuazione di indagini diagnostiche, la rivalutazione della terapia in atto e l'impostazione di interventi medici, infermieristici, psicologici, sociali, ambientali e di educazione sanitaria.

Identificare la causa del delirium e dell'APM in Cure Palliative è essenziale per definire gli interventi più appropriati in considerazione delle condizioni cliniche generali del paziente, del Performance Status, di quanto condiviso nel percorso di PCC e della prognosi.

5.1 Valutazione e diagnosi

Una gestione efficace del delirium in Cure Palliative non può prescindere da un'accurata valutazione globale e ripetuta del paziente. La valutazione deve comprendere almeno: misurazione dell'intensità del sintomo, modalità di insorgenza e di variazione nel tempo, fattori scatenanti e allevianti, sintomi di accompagnamento (ESAS-r), efficacia e tollerabilità dei trattamenti in uso, target di controllo del sintomo che si vuole raggiungere. Le cause del delirium possono essere multifattoriali, pertanto la valutazione è essenziale. Clinicamente il delirium può manifestarsi in tre varianti:

- **Ipercinetica:** caratterizzata da un aumento dell'attività motoria, perdita di controllo delle azioni, irrequietezza e rischio di "wandering" (vagabondaggio);
- **Ipocinetica:** caratterizzata da una riduzione delle attività, una diminuzione della velocità di azione, scarsa consapevolezza dell'ambiente circostante, svogliatezza, eloquio povero e rallentamento del discorso;
- **Mista:** in cui si osservano segni di entrambe le varianti nell'arco delle 24 ore.

La variante ipocinetica è la più comune, in particolare tra gli anziani. Spesso viene erroneamente

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 08	Rev. 0 del 10/04/2025	pag. 5 di 15
--	-------------	--------------------------	--------------

diagnosticata come depressione o demenza e risulta associata a una prognosi più sfavorevole.

La **diagnosi** di delirium deve essere effettuata in conformità ai criteri stabiliti nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - quinta edizione (DSM-5). Si tratta di una valutazione principalmente clinica, che si fonda sull'osservazione diretta del paziente e sulle informazioni raccolte dai familiari o dal *caregiver*.

Criteri DSM-5 per la diagnosi di delirium (N.B. *Per porre diagnosi di delirium devono essere presenti tutti i 5 criteri)	
A.	Disturbi <i>nell'attenzione</i> (cioè, ridotta capacità di dirigere, focalizzare, sostenere e spostare l'attenzione) e nella consapevolezza (ridotto <i>l'orientamento nell'ambiente</i>)
B.	Insorgenza acuta (sviluppo in un breve periodo di tempo ovvero ore-pochi giorni, cambiamento acuto rispetto al livello di base) e decorso fluttuante durante la giornata
C.	Presenza concomitante di altri disturbi della sfera cognitiva (deficit di memoria, capacità visuo-spaziale, linguaggio, percezione)
D.	Questi disturbi (A e C) non sono meglio spiegati da un disturbo neurocognitivo preesistente (stazionario o in evoluzione) oppure da uno stato di coma
E.	Vi è evidenza che il disturbo sia la conseguenza di uno o più fattori, ovvero di una condizione medica in corso, intossicazione o astinenza da una sostanza, esposizione ad una tossina o dovuto a eziologia multipla

Per garantire una diagnosi accurata e interventi appropriati, la letteratura scientifica ha descritto più di ventiquattro strumenti specifici per la valutazione del delirium. La scelta dello strumento per la valutazione del delirium nell'ambito della RLCP può essere in parte determinata dal livello di formazione del team del nodo della RLCP e dalla semplicità di somministrazione. Il più usato è il **Confusion Assessment Method (CAM)**. Questo strumento è particolarmente utile nella diagnosi del delirium, validato anche nell'ambito delle cure palliative ed è in grado di identificare tempestivamente i pazienti a rischio. Ha un'ottima sensibilità (94%) e specificità (89%). Il CAM si basa su una valutazione che riflette in gran parte i criteri del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), il che ne garantisce una solida base teorica e diagnostica. Tuttavia è uno strumento che necessita di un adeguato training.

Si consiglia inoltre l'utilizzo del **4AT** come strumento di screening: si tratta di uno strumento validato nel contesto delle Cure Palliative, molto rapido e che non richiede un training particolare, utilizzabile nella pratica clinica da tutte le figure professionali.

Inoltre, la scala **RASS** è una delle scale più comunemente utilizzate per valutare il livello di agitazione o sedazione di un paziente. Essa fornisce una misura clinica utile per determinare lo stato di attivazione o rilassamento del paziente, facilitando la gestione della sua condizione e l'adattamento delle terapie in base alle sue esigenze.

Nella valutazione del delirium nell'ambito della RLCP è essenziale identificare le cause di tale condizione valutandone la reversibilità e decidendo il piano di trattamento in base alla possibilità di successo e all'invasività degli interventi possibili, al Performance Status del paziente, alla PCC e alla prognosi, senza che questo ritardi l'approccio terapeutico al sintomo.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 08	Rev. 0 del 10/04/2025	pag. 6 di 15
--	-------------	--------------------------	--------------

Principali cause di delirium in CP (anche concomitanti)	
Farmaci	Riesaminare tutta la terapia in atto con particolare attenzione a: corticosteroidi, oppioidi, anticolinergici, benzodiazepine
Infezioni	Segni di infezione locale/sistemica. TC, parametri vitali, Esami ematici
Alterazioni elettrolitiche	<u>Diarrea, vomito, oliguria.</u> Esami ematici (Ca ⁺⁺ , Na ⁺ ecc)
Disidratazione	Bilancio idrico e dei segni/sintomi di disidratazione
Disturbi endocrino-metabolici	Valutare Encefalopatia epatica, ipoglicemia, iper/ipocalcemia, ipertiroidismo, insufficienza renale o surrenalica
Patologie del Sistema Nervoso Centrale	Considerare ictus, TIA, edema cerebrale, ematoma subdurale, meningite neoplastica, metastasi, epilessia no convulsiva
Patologia cardio-respiratoria/ipossia	Considerare edema polmonare, cianosi, ipotensione, scompenso cardiaco, BPCO riacutizzata, neoplasie polmonari
Astinenza o abuso alcool/sostanze	Valutare anche brusca sospensione benzodiazepine/oppioidi altre sostanze
Alterazioni sensoriali/ambientali	deficit uditivi e/o visivi – disturbi del sonno (deprivazione)
Altro	Anemia, globo vescicale, costipazione, dolore o altri sintomi non controllati

Altro elemento fondamentale è la valutazione del disagio/distress associato al delirium. Esistono numerose testimonianze di persone che hanno avuto un episodio di delirium e che riferiscono di essersi sentite estremamente spaventate, descritto da alcuni come “l’esperienza più terribile della loro vita”. Nella fase di valutazione del delirium è pertanto fondamentale includere sempre la **ricerca attiva di segni di disagio**. Il primo passo è osservare attentamente il paziente. Sembra spaventato o ansioso? Ha il volto teso? È irrequieto? Se il paziente è in grado di sostenere una conversazione, è importante porre domande dirette sul disagio, ad esempio: «Si sente preoccupato per qualcosa?» oppure «Vuole che contatti un familiare?», ecc. Anche raccogliere informazioni da familiari o dal personale che conosce bene il paziente può essere molto utile. Se è presente disagio/distress, allora è importante esaminare attentamente le cause più comuni come: dolore, allucinazioni (raccogliere informazioni circa la tipologia di allucinazione -più spesso tattile che visiva- e ideazione non aderente alla realtà, considerando che i pazienti non forniscono di frequente e in modo volontario, informazioni circa questi sintomi), paura, senso di abbandono, angoscia, sete, fame, ritenzione urinaria. L'esame obiettivo, sia generale che neurologico, rappresenta un passaggio fondamentale per una valutazione completa delle condizioni del paziente. In parallelo, è necessario valutare attentamente lo stato mentale e il livello di coscienza del paziente, monitorando costantemente la sua evoluzione nel tempo.

5.2 Trattamento

Nell'impostazione del trattamento del paziente con delirium, nell'ambito della RLCP, è opportuno valutare la potenziale reversibilità delle cause del sintomo e prevedere interventi proporzionati e specifici. L'intervento specifico non deve mai ritardare il trattamento sintomatico.

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Si raccomanda di:

- **Fornire un orientamento sia ambientale che personale:** A tale scopo, può risultare utile la presenza di un familiare o di un amico di fiducia, collocare nella stanza una lavagna di orientamento, un orologio o oggetti familiari
- **Gestire il paziente in un ambiente tranquillo e ben illuminato.**
- **Sostenere e correggere eventuali deprivazioni sensoriali,** come l'uso di occhiali, apparecchi acustici o altri ausili necessari.
- **Garantire la continuità dell'assistenza,** evitando interventi potenzialmente disorientanti, come il trasferimento del paziente in un altro letto o reparto.
- **Mantenere un adeguato livello di idratazione,** monitorando l'equilibrio fluido-elettrolitico e la nutrizione.
- **Gestire allucinazioni, sogni vividi e percezioni errate,** che potrebbero essere espressione di paure e ansie del paziente, eventualmente ricorrendo a una discussione facilitata per affrontare queste problematiche.
- **Rassicurare i familiari e gli assistenti,** spiegando che lo stato confusionale del paziente è legato a una condizione fisica sottostante e fornendo indicazioni su come supportare al meglio la persona assistita.
- **Ridurre al minimo l'uso di cateteri immobilizzanti, linee endovenose e contenzioni fisiche.**
- **Controllare la presenza di altri sintomi disturbanti,** come il dolore
- **Riorientare le comunicazioni con il paziente**
- **Incoraggiare attività cognitivamente stimolanti,** come i puzzle di parole.
- **Facilitare l'igiene del sonno,** includendo musica rilassante al momento di coricarsi, bevande calde e massaggi delicati.
- **Ridurre al minimo il rumore e gli interventi al momento di coricarsi** (riprogrammare i farmaci, non interrompere il sonno per controllare la temperatura, ecc.)

TERAPIA FARMACOLOGICA

L'efficacia degli antipsicotici nel trattamento del delirium varia e deve essere valutata caso per caso. È consigliato ricorrere a questi farmaci solo quando i sintomi sono particolarmente intensi, persistenti e causano significativo disagio al paziente, e quando gli interventi non farmacologici non hanno dato risultati positivi. È fondamentale effettuare una revisione periodica dell'uso di questi farmaci, poiché i sedativi possono talvolta aggravare i sintomi del delirium. Inoltre, è importante adottare un approccio graduale nel dosaggio per minimizzare i rischi. Sebbene il delirium ipocinetico non richieda di norma un trattamento farmacologico sedativo, alcuni studi hanno ipotizzato che un intervento farmacologico possa risultare utile anche in queste circostanze. Tuttavia, la letteratura scientifica evidenzia che l'uso di antipsicotici in tali casi mostra una risposta limitata, con un rapporto rischio/beneficio generalmente sfavorevole, in particolare per quanto riguarda l'impiego di farmaci

psicostimolanti. Inoltre, i farmaci antipsicotici per le persone affette da patologie quali il morbo di Parkinson o la demenza con corpi di Lewy andrebbero generalmente evitati.

Il farmaco di prima scelta per il trattamento dell'agitazione psicomotoria e del delirium in ambito di Cure Palliative è l'**Aloperidolo**, poiché presenta minori effetti sedativi, anticolinergici e cardiovascolari rispetto agli altri neurolettici. L'Aloperidolo non è approvato nella somministrazione per via endovenosa.

L'uso off-label riportato nella determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 e nel Documento AIFA-SICP 2018. Farmaci off-label in cure palliative per la popolazione adulta è relativo alla somministrazione sottocutanea per agitazione psicomotoria/delirio in fase avanzata di malattia (pazienti con aspettativa di vita presumibile < 3 mesi).

Qualora sia necessaria una maggiore o più rapida sedazione, i farmaci suggeriti sono: **Clorpromazina** oppure **Promazina**. In alternativa possono essere utilizzati neurolettici atipici, come **Risperidone**, **Olanzapina**, **Quetiapina**.

Nel caso in cui i neurolettici non siano sufficienti a controllare l'agitazione e l'insonnia, si può valutare l'inserimento delle benzodiazepine nella terapia. Tuttavia, le benzodiazepine sono generalmente da evitare, poiché possono aggravare il delirium e aumentare lo stato confusionale, a meno che non si tratti di delirium da astinenza da alcol o farmaci sedativi, o in situazioni in cui sia richiesto un effetto sedativo immediato, come nel delirium/agitazione terminale (**Midazolam** o **Lorazepam**, vedi POS sedazione palliativa).

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Trentin L et al. AIOM—ESMO. Valutazione e trattamento dei sintomi nel malato oncologico per una precoce integrazione delle cure oncologiche e palliative 2014
- Caraceni A, Antonione R, Veronese S, Maltoni M. Manuale di Medicina e Cure Palliative. Poletto Editore 2024.
- AIFA SICP 2018 - FARMACI OFF-LABEL IN CURE PALLIATIVE (CP) PER LA POPOLAZIONE ADULTA. Proposta di immissione nell'elenco dei medicinali istituito con la L. 648/96 di farmaci utilizzati off-label nell'ambito delle Cure Palliative (CP).
- American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. American Psychiatric Publishing 2013.
- The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Delirium. Link to: <https://www.psychiatry.org/getmedia/1494a355-bfd5-46c2-ab69-3aa9b2a06ba4/APA-Delirium-Practice-Guideline-Under-Copyediting.pdf> last access april 2025
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk reduction and management of delirium. Edinburgh: SIGN 2019. (SIGN publication no. 157). Available from: <http://www.sign.ac.uk>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)
- NICE Clinical Guideline CG103 (2010) Delirium: prevention, diagnosis and management
- Watson, Max, and others (eds), Oxford Handbook of Palliative Care, 3 edn, Oxford Medical Handbooks (Oxford, 2019; online edn, Oxford Academic, 1 July 2019),

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DEL DELIRIUM NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 08	Rev. 0 del 10/04/2025	pag. 9 di 15
--	-------------	--------------------------	--------------

<https://doi.org/10.1093/med/9780198745655.001.0001>, accessed 5 Mar. 2025.

- Linee guida SICP-SIAARTI sulla sedazione palliativa nell'adulto, 2023
- Romeo E et al. Validazione italiana della Richmond Agitation Sedation Scale, modificata per le Cure Palliative (RASS-PAL): studio metodologico e multifase. Italian Journal of Nursing N.37/2021.
- Arnold E et al. Validation of the 4AT tool for delirium assessment in specialist palliative care settings: protocol of a prospective diagnostic test accuracy study. AMRC Open Res 2021 Apr 26;3:16.
- Ryan K et al. Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. Palliat Med. 2009 Jan;23(1):40-5.
- Leonard MM et al. Practical assessment of delirium in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2014 Aug;48(2):176-90.



**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/ 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
Sì	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 contesto 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 del 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 elicitarne la presenza di allucinazioni o sintomi psicotici porre al paziente domande tipo "E' 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).

Bellelli, G., Morandi, A., (2016). 4AT Italian version 1.2. Milano Bicocca University, Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium (GISD), Italia.

© 2011-2014 Macmillan, Ryan, Chan

Allegato 2 Confusion Assessment Method (CAM)

VARIABILI	PUNTEGGIO (1 PRESENTE; 0 ASSENTE)
1. Insorgenza acuta e decorso fluttuante <u>"C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base?"</u> <u>"Il comportamento anomalo varia durante la giornata (ossia, va e viene o aumenta e diminuisce di intensità)?"</u>	
2. Disattenzione "Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione (p. es., è facilmente distraibile o ha difficoltà a mantenere il filo del discorso)?"	
3. Pensiero disorganizzato "Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente (p. es., evidenziato da conversazioni sconclusionate o irrilevanti, flusso delle idee poco chiare o illogiche, imprevedibili cambi di argomento)?"	
4. Alterato livello di coscienza 0= vigile e 1= iperallerta, letargia, stupor, coma	
La diagnosi di Delirium richiede la presenza di 1 e 2 + 3 o 4	

Fai un cerchio sul numero che meglio descrive come ti senti ORA:

Nessun dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
Nessuna stanchezza (stanchezza = mancanza di energia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior stanchezza possibile
Nessuna sonnolenza (sonnolenza = aver voglia di dormire)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior sonnolenza possibile
Nessuna nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior nausea possibile
Nessuna mancanza di appetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior mancanza di appetito possibile
Nessun respiro affannoso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior respiro affannoso possibile
Nessuna depressione (depressione = sensazione di tristezza)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior depressione possibile
Nessuna ansia (ansia = sentirsi nervosi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior ansia possibile
Maggior benessere (benessere = stato di salute generale)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Minor benessere possibile
Nessun _____ Altro problema (ad esempio, costipazione)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior _____ possibile

Nome paziente _____

Data _____ Ora _____

Completato da (selezionare una casella):

- ☐ Paziente
☐ Assistente familiare
☐ Assistente sanitario professionista
☐ Con l'aiuto dell'assistente

Allegato 4: Versione finale della traduzione della RASS-PALL condivisa nella prima fase di validazione (gentile concessione della Dr.ssa Eleonora Copes Romeo, Istituti Clinici Scientifici Maugeri)

DENOMINAZIONE		DESCRIZIONE
+4	Combattivo	Apertamente combattivo, violento, di immediato pericolo per lo staff (es. lancio di oggetti); +/- tentativi di alzarsi dal letto o dalla sedia
+3	Molto agitato	Tira o rimuove i presidi (es. linee infusive EV, SC, O ₂ terapia) o cateteri; aggressivo; +/- tentativi di alzarsi dal letto o dalla sedia
+2	Agitato	Frequenti movimenti <u>afinalistici</u> ; +/- tentativi di alzarsi dal letto o dalla sedia
+1	Irrequieto	Movimenti <u>afinalistici</u> occasionali, non aggressivi o vigorosi
0	Vigile e tranquillo	
-1	Sonnolento	Non completamente vigile, ma si mantiene sveglio allo <i>stimolo verbale</i> con apertura degli occhi e contatto visivo (per 10 secondi o più)
-2	Lievemente sedato	Risvegliabile per brevi tratti, risponde allo <i>stimolo verbale</i> con il contatto visivo (meno di 10 secondi)
-3	Moderatamente sedato	Qualsiasi movimento (degli occhi o del corpo) o apertura degli occhi allo <i>stimolo verbale</i> (ma non contatto visivo)
-4	Sedazione profonda	Non responsivo allo stimolo verbale, ma qualsiasi movimento (degli occhi o del corpo) o apertura degli occhi allo <i>stimolo tattile delicato</i>
-5	Non contattabile	Non responsivo allo <i>stimolo verbale o alla stimolazione tattile delicata</i>

}

Stimolo verbale

Stimolo tattile delicato

Procedura per la somministrazione della RASS-PAL al paziente

1. Osserva il paziente per 20 secondi	Punteggio
a. Il paziente è vigile, irrequieto, o agitato per più di 10 secondi	da 0 a +4
NOTE: Se il paziente è vigile, irrequieto, o agitato per meno di 10 secondi e si presenta in alternativa sonnolento, allora attribuisce un punteggio al paziente rispetto a come si è maggiormente presentato, secondo la tua valutazione	
2. Se non è vigile, chiama il paziente per nome e chiedigli di aprire gli occhi e di guardarti.	
b. Il paziente è risvegliabile, mantiene l'apertura degli occhi e sostiene il contatto visivo (per 10 secondi o più)	-1
c. Il paziente è risvegliabile, mantiene l'apertura degli occhi e il contatto visivo, ma per meno di 10 secondi	-2
d. Il paziente presenta dei movimenti del corpo o degli occhi in risposta allo stimolo verbale, ma non contatto visivo	-3
3. Quando non si ottiene risposta allo stimolo verbale, stimolare il paziente fisicamente, attraverso un leggero contatto, ad esempio scuotendogli delicatamente la spalla.	
e. Il paziente manifesta qualche movimento degli occhi o del corpo allo stimolo tattile delicato	-4
f. Il paziente non risponde ad alcuno stimolo	-5

