Fenice

Gruppo italiano per la ricerca clinica in Medicina d'Urgenza

# Oltre il *Delirium*: nuove prospettive per la Medicina d'Urgenza



Alessia D'Orazio – Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino

Ombretta Cutuli – IRCC AOM - San Martino, Genova

*Torino, 5/11/2026*

Vai a wooclap.com

Immettere il codice dell'evento nel banner superiore

Codice evento

UYQFYSC



Copiare il link di partecipazione

In attesa dei partecipanti...

# UNA NOTTE QUALUNQUE IN DEA – ORE 2:00

## AREA BOARDING

## AREA EMERGENZA



# UNA NOTTE QUALUNQUE IN DEA – ORE 2:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

1) ANCHE TU AVRESTI RISPOSTO COSÌ?

a. SI
b. NO

# UNA NOTTE QUALUNQUE IN DEA – ORE 2:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

2) QUEL TRATTAMENTO FA REGREDIRE L'EPISODIO DI *DELIRIUM* O TI FA SOLO PRENDERE TEMPO?

a. RISOLVE L'EPISODIO DI *DELIRUM*
b. TI FA SOLO SOPRAVVIVERE ALLA NOTTATA
c. LA PROMAZINA RISOLVE SEMPRE TUTTO, IO LA USO PER TUTTO!



# UNA NOTTE QUALUNQUE IN DEA – ORE 2:00

## AREA BOARDING

## AREA EMERGENZA



# NELLE ORE PRECEDENTI






# ACCESSO IN DEA – ORE 16:00

Suor Ermelinda, 83 anni.

Accompagnata da MSA proveniente dalla Casa di Ospitalità Santa Chiara.
Febbre da 3 giorni, con brivido, iporessia, stranguria e pollachiuria.
Dolore addominale pelvico per ritenzione urinaria.




Vive con le consorelle in convento, autonoma
Insegnava alle scuole elementari.

**Anamnesi Remota**
Ipertensione arteriosa
Fibrillazione atriale
Ipoacusica (utilizza apparecchi acustici)
Lombosciatalgia cronica, discopatie multiple
Maculopatia bilaterale con ipovisus
Pregressa resezione del colon destro destro per adenocarcinoma.

**Terapia domiciliare**
Edoxaban 60 mg/die, olmesartan 40 mg, pantoprazolo 40 mg, ossicodone/naloxone 10/5 mg BID.




# ACCESSO IN DEA – ORE 16:00

EE: leucocitosi neutrofila, PCR 110, creatinina 1.6 mg/dl, K 3.0, Na 131

O2 terapia con erogatori nasali 2l/min per Spo2 87% in AA
CV per RAU, urine torbide con residuo
Soluzione elettrolitica ev
KCL per os
Terapia antibiotica con ciprofloxacina

# ORE 20:00 – NON DISPONIBILI POSTI LETTO IN REPARTO



# AREA BOARDING – ORE 20:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

3) RITENETE CHE SUOR ERMELINDA SIA A RISCHIO DI *DELIRIUM*?

a. SI
b. NO

# AREA BOARDING – ORE 20:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

4) QUALI FATTORI LA ESPONGONO AL RISCHIO DI *DELIRIUM*?

a. ETA’
b. COMORBILITA’
c. CONTESTO
d. CV, O2 TERAPIA, ANTIBIOTICO, CVP
e. TUTTE LE PRECEDENTI

# AREA BOARDING – ORE 20:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

5) COME VALUTATE IL RISCHIO DI *DELIRIUM*?

a. GIUDIZIO CLINICO
b. DELIRIUM SCORE SPECIFICO
c. ENTRAMBI
d. NON LO VALUTO TANTO IN DELIRIUM CI VANNO TUTTI (COMPRESI I MIEI COLLEGHI!)



# AREA BOARDING – ORE 21:30




Vigile, orientata e collaborante
eupnoica a riposo con O2tp
Buona perfusione periferica
Ipoacusica (rimosse protesi acustiche)
EO: nulla da segnalare
PV stabili, T 37.8°
Diuresi buona
Si è alimentata poco



# AREA BOARDING – ORE 1:30

Trovata a vagare per i corridoi del PS, disorientata, è in ritardo per la Messa, deve andare di sopra a prendere i bambini della seconda elementare e portarli in Chiesa.

Viene riaccompagnata alla barella, ma poco dopo si strappa il catetere e si rimuove l’accesso venoso.

# AREA BOARDING – ORE 1:30

DOMANDA CON VOTAZIONE

6) RITENETE CHE SUOR ERMELINDA SIA IN *DELIRIUM*?

a. SI
b. NO

# AREA BOARDING – ORE 1:30

DOMANDA CON VOTAZIONE

7) QUALE SCORE UTILIZZATE PER VALUTARE SE SUOR ERMELINDA È IN *DELIRIUM*?

a. GIUDIZIO CLINICO
b. bCAM (brief Confusion Assessment Method)
c. mCAM-ED (modified Confusion Assessmente Method – Emergency Department)
d. 4 AT

**AREA BOARDING**
**ORE 1:30**

**Decidiamo di usare la scala 4 AT**

## [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/ 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, assonnato 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** ☐

# AREA BOARDING ORE 1:30

## Scala 4 AT



# AREA BOARDING – ORE 1:30

## Video 4 AT

**[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/ 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, assonnato 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** ☐

- ✓ 1)VIGILANZA: 0 punti
- ✓ 2)ABBREVIATED MENTAL TEST: 1 punto
- ✓ 3)ATTENZIONE: 1 punto
- ✓ 4)FLUTTUAZIONE: 4 punti

6 PUNTI → **POSSIBILE DELIRUM**

# AREA BOARDING – ORE 2:00



Il MEU prescrive 1 fiala di Promazina i.m. e nell’attesa che faccia effetto prescrive anche di posizionare i dispositivi di sicurezza che limitano i movimenti agli arti superiori.

Alle 3.30 circa Suor Ermelinda si addormenta.

# AREA BOARDING
# Giorno 2, ore 8:30




Soporosa, scarsamente risvegliabile, ipoperfusa
Febbrile T 39°C.
PA 75/40 FC 125
SpO2 92% in erogatori nasali 2l/min
Oligo-anurica

# AREA BOARDING
# Giorno 2 ore 8.30




EO: obiettività cardiotoracica nei limiti. Dolorabilità addominale in fianco e fossa iliaca destra, non peritonismo.
Idroureteronefrosi destra all'ecoscopia
TC addome calcolosi ureterale ostruente 5 mm a 2 cm dal meato ureterale



# AREA BOARDING
# Giorno 2, ore 10:30

Suor Ermelinda viene accompagnata in S.O. per il posizionamento di uno stent e successivamente trasferita in Subintensiva

# TERAPIA SUBINTENSIVA
## Giorno 3, ore 9:00



Miglioramento condizioni generali.
Buona perfusione periferica, diuresi attiva.
In corso terapia antibiotica e O2tp
Non più necessarie amine
Dolore ben controllato
Vigile e reattiva, interagisce con i personale in modo congruo
Riesce ad alimentarsi

# TERAPIA SUBINTENSIVA
## Giorno 3, ore 20:00



Insofferente, si lamenta per la ripresa del suo mal di schiena, vuole che le sue consorelle le portino gli apparecchi acustici che le servono per lavorare.
Cerca più volte di alzarsi dal letto.

# TERAPIA SUBINTENSIVA – Giorno 3, ore 20:00

DOMANDA CON VOTAZIONE

8) COSA FARESTE ADESSO?

a. TRATTO IL DOLORE
b. CERCO DI CONTATTARE LE CONSORELLE
c. POSIZIONO DISPOSITIVI DI SICUREZZA PER EVITARE CADUTE
d. A e B

# TERAPIA SUBINTENSIVA – Giorno 3, ore 20:00



Viene somministrata morfina 5 mg s.c. con beneficio sul dolore.
Arrivano in Ospedale una volontaria con una consorella,
che tranquillizzano Suor Ermelinda e le restano vicino finché si addormenta.





# DOMANDA CON VOTAZIONE

9) ANCHE NEI VOSTRI CONTESTI IL DELIRUM RAPPRESENTA UN PROBLEMA?

a. SI
b. NO

# DOMANDA CON VOTAZIONE

10) SARESTE DISPOSTI A STUDIARE IL FENOMENO?

a. SI
b. NO



Giulia Irene Ghilardi



Cutuli Ombretta

A

Alessia



Fabiola Signorini



Daniela Zatelli



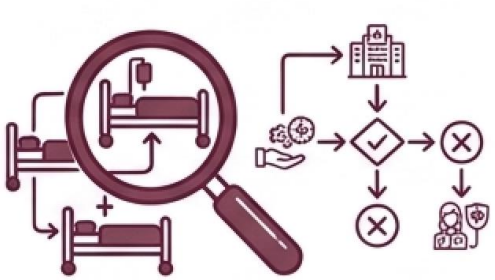
Carlotta Rossi

# MEETING FENICE – ORE 12:30



Perché il *Delirium*?

- ✓ Alta incidenza
- ✓ Problema condiviso da tutti …dal DEA alla SUBINTENSIVA



Non chiara incidenza in DEA e SUBINTENSIVA

Difficile da valutare rispetto alle pratiche

Necessità di individuare le variabili che fanno la differenza



*Outcome* difficile da raccogliere

- ✓ Quanti casi di *Delirium* si osservano in TSI?
- ✓ Quanto sono diversi i reparti rispetto all'occorrenza di *Delirium*?
- ✓ Quali pratiche, interventi e caratteristiche strutturali possono prevenirlo?

# MEETING FENICE – ORE 12:30

## LA NOSTRA PROPOSTA



OBIETTIVI PRIMARI

1. Stimare l'incidenza del *Delirium* nei reparti di TSI in Italia
2. Valutare il peso prognostico di potenziali fattori di rischio e pratiche/interventi sull'incidenza del *Delirium* nelle TSI Italiane




OBIETTIVO SECONDARIO

1. Studiare la variabilità dell'incidenza di *Delirium* tra reparti di TSI italiani.

# MEETING FENICE – ORE 12:30



## CHI

Almeno **8** Semintensive aderenti al progetto Fenice

Almeno **150 pazienti per centro** per verificare gli obiettivi




## QUANDO

Partenza studio **1 luglio 2027** (dopo approvazione Comitato Etico)



## PER QUANTO TEMPO

Almeno **6 mesi** di raccolta dati per evitare *bias* dovuti a stagionalità del *Delirium*

# MEETING FENICE – ORE 12:30

## COSA USEREMO

✓ Versione “semplificata” della scala 4AT, che permetta di distinguere valore ≥4 vs. <4

**+**

✓ Fattori che possono essere causa di *Delirium*

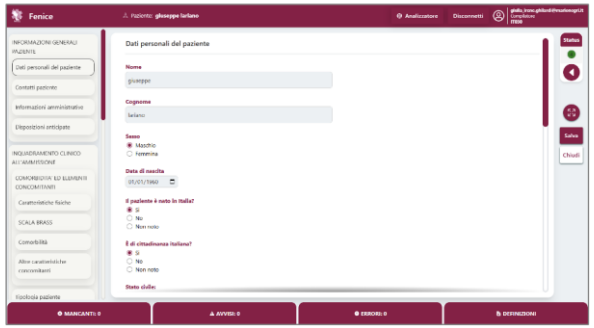
## IN CHE MODO

Rilevazione 2 volte al giorno: mattina (7:00-10:00) e sera (19:00-22:00)

**REDCap** rilevazione quotidiana del *Delirium* e delle pratiche

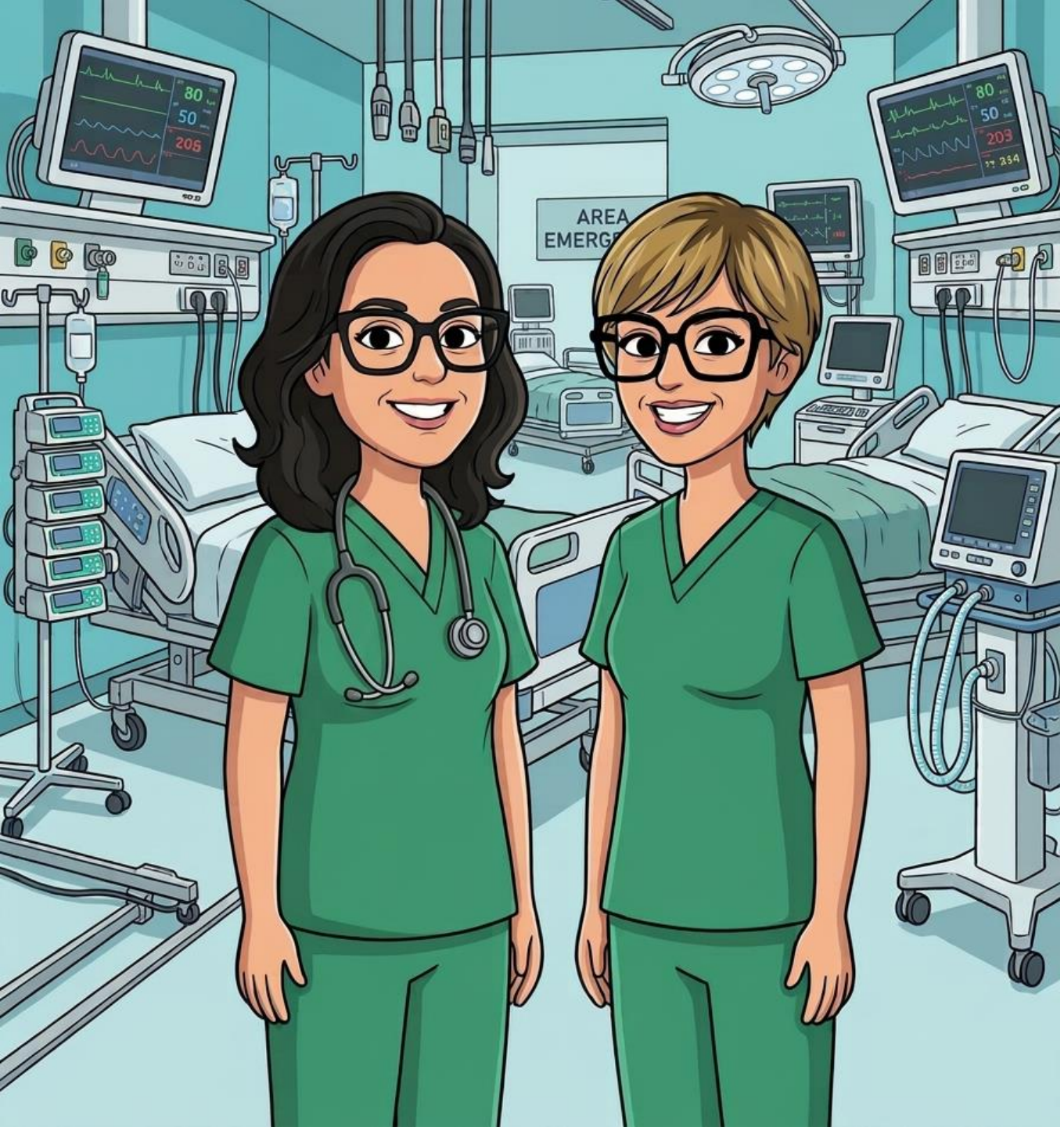
**Portale TSI**

farmaci, dipendenze, presidi e fattori di rischio




## DA CHI

Somministrabile da tutto il personale (infermieri, medici e OSS)




**MEETING FENICE**
**ORE 12:30**

# SARÀ FATICOSO MA… SIETE DEI NOSTRI?

Fenice

Gruppo italiano per la ricerca clinica in Medicina d'Urgenza

# Grazie a tutti, ma soprattutto a Silvana e Suor Ermelinda



Alessia D'Orazio – Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino

Ombretta Cutuli – IRCC AOM - San Martino, Genova

*Torino, 5/11/2026*