

The 3D-CAM Training Manual

(For Clinical and Research Use)

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. Il presente documento spiega come usare la 3D-CAM in ambiente clinico, fornendo inoltre nozioni di base sul delirium e sulla genesi del test. Speriamo che troviate il presente manuale di facile utilizzo. Qualora doveste avere delle domande, non esitate tuttavia a contattare (preferibilmente per posta elettronica):

Edward R. Marcantonio, MD SM
Professor of Medicine
Harvard Medical School
Division of General Medicine and Primary Care
Beth Israel Deaconess Medical Center
330 Brookline Ave, Boston, MA 02131
Phone: (617) 754-1409
Email (preferred): 3DCAM@bidmc.harvard.edu

Training Manual Citation: Palihnich K, Gallagher, J, Inouye SK, Marcantonio ER. The 3D CAM Training Manual for Research. Version 5.5a. 2023; Boston: Hospital Elder Life Program <www.hospitalelderlifeprogram.org>

COPYRIGHT: The Confusion Assessment Method (CAM) is copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Riproduzione vietata senza autorizzazione:

Tradotto da Dott.ssa Maura Marcucci, McMaster University, Hamilton, ON, Canada, marcum2@mcmaster.ca – 10 maggio 2023

Versione 5.5a

Novembre 2021

Egregi colleghi,

Siamo molto lieti che abbiate preso in considerazione la possibilità di utilizzare la nostra 3D-CAM (3-Minute Diagnostic Interview for Confusion Assessment Method), il test di 3 minuti che abbiamo messo a punto per la diagnosi dello stato confusionale definito delirium.

La 3D-CAM è stata sviluppata con il sostegno del National Institute on Aging utilizzando misurazioni e metodi biostatistici sofisticati al fine di identificare i migliori elementi di valutazione per ciascuna delle quattro caratteristiche diagnostiche del delirium previste dal CAM. Il test che ne è risultato può essere completato in un tempo medio di 3 minuti e presenta eccellenti riscontri diagnostici con una sensibilità del 95% e una specificità del 94% rispetto a uno standard di riferimento basato su un'ampia valutazione clinica.

Speriamo che il seguente manuale d'uso possa aiutarvi ad utilizzare al meglio la 3DCAM nella vostra pratica clinica. Se aveste tuttavia dei suggerimenti su come migliorarlo ulteriormente, vi saremmo grati di inviarci un feedback usando le informazioni di contatto in copertina.

Grazie ancora per aver scelto la 3D-CAM.

Con stima,

Edward R. Marcantonio, M.D. S.M.

Sharon K. Inouye, M.D M.P.H.

Sommario

	Pagina
Introduzione	4
Specifiche relative alla diagnosi di delirium.....	5
Guida alla 3D-CAM punto per punto.....	6-11
Punteggio della 3D-CAM.....	12
Diagramma di flusso della 3D-CAM.....	13
Istruzioni supplementari in caso di schemi alternative.....	14
Supplemento sull'utilizzo dello strumento a scopi di ricerca.....	15
10 consigli su come svolgere la 3D-CAM con successo.....	16
Scala di valutazione 3D-CAM per uso clinic.....	Appendix

Ringraziamenti

Il presente manuale è stato sviluppato incorporando (previa autorizzazione) informazioni e materiali tratti dalle seguenti fonti:

1. Marcantonio ER, Ngo L, O'Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. Ann Int Med. 2014; 161(8): In Press (in corso di stampa).
2. Inouye SK. The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide. 2003; Boston, Hospital Elder Life Program, LLC <www.hospitalelderlifeprogram.org>.
3. Inouye SK. The Confusion Assessment Method (CAM): Short CAM Training Manual and Coding Guide. 2014; Boston: Hospital Elder Life Program, LLC <www.hospitalelderlifeprogram.org>.
4. The SAGES Study: Training Manual and Questionnaires; 2010; Boston, Aging Brain Center.
5. Vasunilashorn SM, Devinney MJ, Marcantonio ER, Berger, M. A New Severity Scoring Scale for the 3-Minute Confusion Assessment Method (3D-CAM). JAGS. August 2020 VOL. 68, NO. 8

Introduzione

Il delirium è un cambiamento improvviso nella capacità di ragionamento di un individuo che può avere conseguenze devastanti per chi ne soffre, ma che può non essere sempre facilmente riconoscibile a causa della frequente ambiguità dei suoi tratti caratteristici. Pur essendo comune, tale condizione rimane infatti largamente sotto-diagnosticata con tassi di rilevamento medio del 12-35% nella maggior parte dei contesti clinici. La 3D-CAM (acronimo che sta per “3-Minute Diagnostic Interview for CAM-Defined Delirium”) fornisce per contro un mezzo efficace e realistico per determinare se un paziente soffre di delirium. Il test può essere completato in un tempo medio di 3 minuti e presenta eccellenti riscontri diagnostici con una sensibilità del 95% e una specificità del 94% rispetto a uno standard di riferimento basato su un’ampia valutazione clinica*.

La 3D-CAM è una breve intervista che, sulla base alle risposte date a determinate domande, consente di completare l’algoritmo diagnostico del CAM (Confusion Assessment Method)†, fornendo un metodo rapido e riproducibile per diagnosticare il delirium e facilitare così lo screening sistematico del delirium necessario negli anziani vulnerabili ospedalizzati.

Il presente manuale include la versione della 3D-CAM per uso clinico e i possibili schemi alternativi che permettono di abbreviare ulteriormente i tempi di realizzazione del test, adattandolo liberamente alle vostre esigenze e a quelle del vostro team. Durante la fase di training abbiamo tuttavia rilevato che valutare un paziente in due e discutere successivamente dei risultati aiuta notevolmente a capire il funzionamento dello strumento e ad accrescere la coerenza delle diagnosi.

*Marcantonio ER, Ngo L, O’Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med.* 2014; 161(8): 554-61 PubMed PMID: 25329203

† Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-8. PubMed PMID: 2240918.

Specifiche relative alla diagnosi di delirium

Le caratteristiche chiave del delirium sono 4 e si identificano in 2 modi: 1) ponendo delle domande al paziente e 2) osservando il linguaggio e il comportamento del paziente.

Panoramica: Ogni punto della 3D-CAM fornisce informazioni dirette su una delle 4 caratteristiche CAM riportate nell'algoritmo che porta a determinare la presenza o l'assenza di delirium. Se la risposta del paziente ad un dato punto è 'Non corretto' o 'Sì', va apposta una croce nell'apposita casella (bianca) della colonna a destra. Ognuna delle 4 colonne designa una caratteristica CAM. Se UNA QUALSIASI casella della colonna è contrassegnata da una croce, la caratteristica è considerata presente e va marcata nella riga ricapitolativa in fondo alla scala. L'algoritmo CAM è considerato positivo se sono presenti le seguenti caratteristiche: Caratteristica 1) Insorgenza acuta o decorso fluttuante + Caratteristica 2) Disattenzione + Caratteristica 3) Pensiero disorganizzato o Caratteristica 4) Livello di coscienza alterato.

Di seguito, alcune linee guida generali da seguire per svolgere il test:

- Assicuratevi che il paziente indossi eventuali OCCHIALI e APPARECCHI ACUSTICI.
- Preparatevi a CODIFICARE CIÒ CHE VEDETE E SENTITE. Non fate ipotesi circa la causa del comportamento e prendete quanti più appunti ritenete necessari.
- Ogni domanda può essere posta due volte.
- 'Non so', nessuna risposta o una risposta senza senso contano come 'Non corretto'.
- La risposta 'Rifiuta' deve essere usata solo quando il paziente rifiuta attivamente di rispondere alla domanda.

GUIDA ALLA 3D-CAM PUNTO PER PUNTO

Le seguenti istruzioni guidano passo dopo passo all'uso della 3D-CAM quando il test è svolto per intero senza schemi alternativi (salto di passaggi):

1. Può dirmi per favore in che anno siamo?

- Per essere corretta la risposta deve essere esatta.

2. Può dirmi per favore che giorno della settimana è oggi?

- Per essere corretta la risposta deve essere esatta.

3. Può dirmi per favore in che posto ci troviamo?

- Per essere corretta la risposta deve essere esatta, per esempio: ospedale, centro di riabilitazione e/o casa di riposo, oppure abitazione personale se del caso. Se è in ospedale, il paziente non deve necessariamente conoscere il nome della struttura, ma solo sapere che si tratta di una struttura di cure acute. Qualora tuttavia il paziente dia un nome sbagliato alla struttura, codificate come 'Non corretto'.

****Se la risposta anche a uno solo dei 3 punti sopra è 'Non corretto', la Caratteristica 3 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

4. e 5. Numeri a ritroso

- Mantenete il contatto visivo e cercate di attirare l'attenzione del paziente. Scandite i numeri al ritmo di uno al secondo. I numeri non possono essere ripetuti. Se vi si chiede di ripeterli, rispondete: "Mi dispiace, possono dirli solo una volta. Proviamo con la prossima." La consegna può essere ripetuta una sola volta.
- Crociare la casella 'Corretto' solo se la sequenza è ripetuta in maniera completamente corretta, altrimenti crociare 'Non corretto'. Passate da un punto 4 al punto 5 indipendentemente dal fatto che la risposta al punto precedente sia corretta o meno.

6. Giorni della settimana a ritroso

- Se il paziente non sembra comprendere l'istruzione, è permesso chiarire con un sollecito iniziale: "Che giorno viene prima di sabato?"
- Se il paziente non riesce comunque ad andare avanti dopo il sollecito iniziale, considerare la risposta incorretta e passare alla domanda successiva.
- Se il paziente inizia a dire i giorni della settimana a ritroso ma ad un certo punto si ferma o fa un qualunque errore (per es. salta un giorno, or sbaglia l'ordine), considerare la risposta incorretta e passare alla domanda successiva.
- Se il paziente dice tutti i giorni a ritroso fino a "domenica" dopo il suggerimento iniziale, considerare la risposta corretta anche se non ha detto "sabato"

7. Mesi dell'anno a ritroso

- Se il paziente non sembra comprendere l'istruzione, è permesso chiarire con un sollecito iniziale: "Che mese viene prima di dicembre?"
- Se il paziente non riesce comunque ad andare avanti dopo il sollecito iniziale, considerare la risposta incorretta e passare alla domanda successiva.
- Se il paziente inizia a dire i mesi dell'anno a ritroso ma ad un certo punto si ferma o fa un qualunque errore (per es. salta un mese, or sbaglia l'ordine), considerare la risposta incorretta e passare alla domanda successiva.

- Se il paziente dice tutti i mesi a ritroso fino a “gennaio” dopo il suggerimento iniziale, considerare la risposta corretta anche se non ha detto “dicembre”

****Se la risposta anche a uno solo dei punti 4, 5, 6 o 7 è ‘Non corretto’, la Caratteristica 2 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

SINTOMI RIPORTATI DAL PAZIENTE

8. Nel corso dell’ultimo giorno si è mai sentito confuso?

- Se la risposta è “Non oggi, ma la notte scorsa”, si può precisare l’intervallo temporale specificando: “in un momento qualsiasi delle ultime 24 ore”. La domanda può anche essere anche riformulata chiedendo: “Si è sentito confuso riguardo qualcosa su cui normalmente non si sente confuso?”
- Codificate la risposta unicamente se il paziente è confuso riguardo ad informazioni elementari come ad esempio dove ha mangiato la sera, la data o le ragioni del ricovero, non riguardo a dettagli relativi a condizioni e/o trattamenti medici.

9. Nel corso dell’ultimo giorno ha mai pensato di non trovarsi realmente qui [in ospedale]?

- Si può fare un esempio: “Si è per caso svegliato nel cuore della notte o questa mattina pensando di essere a casa?”
- Un disorientamento passeggero al risveglio non va preso in considerazione (p.es. <15 secondi dopo il risveglio).

10. Nel corso dell’ultimo giorno ha visto cose che in realtà non c’erano?

- Se il paziente non capisce la domanda o avete la sensazione che la domanda vada riformulata, dite: “A volte, in ospedale, le persone si sentono confuse e pensano che siano successe loro delle strane cose. Vorrei sapere se cose del genere sono successe anche lei. Per esempio, ha pensato di vedere una tazza sul tavolo e quando ha fatto per prenderla non era lì?”
- Se il paziente non riporta dispercezioni in risposta a questa domanda, ma riferisce di un disturbo simile più avanti nell’intervista, riformulate le relative domande e chiedete se il paziente ha effettivamente vissuto una data esperienza. Dite per esempio: “Vorrei essere sicuro di averla capita bene. Ha detto che ha pensato di aver visto...?” Cercate poi di stabilire quando è successa esattamente la tal cosa, ossia se è accaduta nelle ultime 24 ore. Se la risposta è “sì, nelle ultime 24 ore”, cambiate di conseguenza le risposte alle domande corrispondenti.

****Se la risposta anche a uno solo dei punti 8, 9 o 10 è ‘No’, la Caratteristica 1 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

VALUTAZIONI DELL’OSSERVATORE

11. A. Durante l’intervista il paziente era sonnolento (richiede evidenza che il paziente si appisoli almeno una volta; per es. la testa ciiondola, il corpo sobbalza, gli occhi ruotano all’indietro, o inizia a russare; ma è ancora facile risvegliarlo)?

B. Durante l’intervista il paziente era stuporoso o comatoso (ossia era difficile o impossibile da risvegliare)?

- Un ridotto livello di coscienza (LOC) osservato entrando in camera e svegliando il paziente per la prima volta non va codificato. Anche se occorre sollecitare

fortemente il paziente per farlo svegliare, questo primo 'risveglio' è da considerarsi normale. Un livello di coscienza ridotto va codificato solo quando vi è evidenza che il paziente si sia addormentato mentre eravate ancora nella camera.

- Per valutare il livello di coscienza: usate i tre stimoli successivi per risvegliare il paziente:
 - i. voce alta;
 - ii. tocco leggero (prima sulla mano, poi sul braccio);
 - iii. voce alta e leggero scuotimento di una spalla.

Esempi: Un livello di coscienza alterato è presente (croce su 'Sì') se il paziente presenta una delle seguenti condizioni:

- Sonnolenza: Il paziente si risveglia prontamente al suono della voce o a un tocco leggero;
- Stupore: Il paziente si risveglia se chiamato a voce alta e scosso ripetutamente;
- Coma: Il paziente non è risvegliabile con nessuno di questi stimoli.

Ulteriori indizi:

- Se il paziente tiene gli occhi chiusi per tutta la durata dell'intervista, ma risponde correttamente alle domande senza dover ricorrere a nessuno degli stimoli sopra descritti, non va contrassegnato come 'sonnolento'. Deve esserci evidenza che si sia addormentato per essere codificato come 'sonnolento' (v. sotto).
- Per determinare se qualcuno è veramente addormentato, bisogna far prova di pazienza. Se non ricevete risposta alle domande e il paziente ha gli occhi chiusi, aspettate almeno 20-25 secondi per vedere se risponde spontaneamente. Se non lo fa, cercare attentamente altri segni di assopimento (occhi rivolti all'insù, testa ciondolante, russamento, fremiti, ecc.).
- Se gli occhi sono chiusi senza segni di assopimento, chiamate il paziente per nome e chiedetegli se dovete ripetergli la domanda o se stava 'giusto pensando alla risposta da dare'.

12. Il paziente appariva ipervigilante (ossia aveva risposte eccessivamente forti a oggetti/stimoli ambientali ordinari, spaventandosi inappropriatamente per cose da poco)?

- Se il paziente appare estremamente guardingo e scruta costantemente l'ambiente, focalizzandosi su alcuni oggetti, è ipervigilante. Potrebbe essere ipervigilante anche se si sofferma eccessivamente su degli oggetti. Quando il paziente appare ipervigilante perché sta svolgendo un compito specifico, per esempio piega ripetutamente dei fogli durante l'intervista, codificatelo come 'ipervigilante' solo se il paziente è contemporaneamente assorto nell'esaminare i fogli. È solo se il paziente esamina i fogli mentre li piega che tale comportamento va codificato come 'ipervigilante'. Il paziente può afferrare e raccogliere i fogli, ma non fissarsi su di essi. Spesso una qualità preconizzatrice dell'ipervigilanza si ha quando il paziente appare timoroso, per esempio quando sembra fissato su un monitor cardiaco e si ritrae per la paura.

****Se una delle risposte alle domande precedenti 11A, 11B o 12 è "sì", la caratteristica 4 è presente – seleziona la casella corrispondente sulla colonna a destra. Se 11b è "sì" e il paziente è stuporoso durante tutto il colloquio, segna gli item 13-20 come 'non valutabile' e seleziona tutte le rispettive caselle sulla colonna a destra. In questo modo verrà assegnato appropriatamente un punteggio di severità molto alto. Se il paziente è**

stuporoso solo durante alcune parti del colloquio, gli item 13-20 dovranno essere codificati domanda per domanda, in base alle osservazioni.

13. Il paziente aveva un flusso di idee poco chiaro o illogico (ossia aveva un linguaggio privo di senso, dava risposte inappropriate, faceva affermazioni contraddittorie o passava improvvisamente da un argomento all'altro)?

- Risposta senza senso: Alla domanda "Ha bisogno di aiuto per mangiare?" la risposta è "Tutti i bagagli sono qui."
- Affermazione contraddittoria: Il paziente prima dice di aver dormito tutta la notte e poi che l'infermiera ha continuato a svegliarlo entrando più volte in camera durante la notte.
- Codificate 'flusso illogico di idee' se un pensiero persistente impedisce al paziente di rispondere alla domanda dell'intervistatore.
- N.B. Il paziente deve essere in grado di parlare (ossia non essere comatoso o intubato) per valutare questo punto.

14. La conversazione del paziente era sconnessa, inappropriatamente verbosa o divergente (ossia dava risposte fuori tema o raccontava storie non correlate all'intervista)?

- Nel rispondere a una domanda il paziente ha una conversazione sconnessa, per esempio racconta una storia in modo inappropriatamente verboso o lungo. Alcuni pazienti sono semplicemente loquaci e ci mettono di più a rispondere alla domanda dell'intervistatore. L'eloquio deve essere eccessivo e fuori tema (cioè solo minimamente legato alla domanda) per essere codificato come 'sconnesso'.
- Alcuni pazienti sono semplicemente loquaci e ci mettono di più a rispondere alla domanda dell'intervistatore. Anche se la risposta del paziente potrebbe sembrare di primo acchito divergente, se ciò che dice è legato al tema e alla fine il paziente risponde alla domanda, la conversazione non è codificata come 'divergente'. Il discorso deve vertere su qualcosa di slegato dalla domanda o deve saltare ad un altro argomento perché la conversazione sia codificata come 'divergente'. Per esempio, l'intervistatore fa domande su problemi di sonno e il paziente risponde parlando della sua famiglia o chiedendogli se è sposato.
- N.B. Il paziente deve essere in grado di parlare (ossia non essere comatoso o intubato) per valutare questo punto.

15. Il linguaggio del paziente era insolitamente limitato o scarno (ossia dava risposte inappropriatamente brevi e stereotipate)?

- Per linguaggio limitato o scarno si intende che il paziente non inizia alcuna conversazione, ma risponde adeguatamente alle domande dicendo solo sì/no. L'intervistatore potrebbe dover ripetere le domande parecchie volte prima che il paziente risponda con qualcosa di diverso da sì/no. In casi gravi non vi è praticamente alcuno scambio con il paziente.

****Se la risposta anche a uno solo dei punti 13, 14 o 15 è 'Sì', la Caratteristica 3 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

16. Il paziente faceva fatica a tenere il filo di quanto veniva detto durante l'intervista (ossia chiedeva ripetutamente all'intervistatore di ripetere le domande)?

- Ci si trova effettivamente in questo caso quando l'intervistatore deve porre ripetutamente le domande prima che il paziente risponda. Altri comportamenti che denotano disattenzione sono i seguenti: a) il paziente non segue quanto viene detto durante l'intervista, ossia sta rispondendo a una domanda quando improvvisamente distoglie lo sguardo dall'intervistatore o smette di parlare e non completa la risposta; b) il paziente perde il filo dell'argomento, per esempio comincia a parlare con qualcun altro e non riprende l'intervista; c) il paziente perde talvolta il filo di ciò che sta dicendo lui stesso. Spesso, inoltre, ha poco contatto visivo con l'intervistatore, elemento questo che può essere presente anche quando il paziente risponde ad ogni domanda con la stessa identica risposta pur non essendo questa più appropriata alla domanda.

17. Il paziente appariva inappropriatamente distratto da stimoli ambientali (quali ad es. televisione, persone fuori dalla camera, conversazioni del compagno di stanza)?

- Se il paziente appare inappropriatamente distratto da stimoli normali, codificatelo come 'distrabile'. Tali pazienti non sono in genere capaci di fare astrazione da suoni o immagini facilmente riconoscibili, per cui basta ad esempio che sentano un vocio in corridoio, l'acqua che scorre o il bip di un cercapersona perché distolgano lo sguardo dall'intervistatore e smettano di rispondere alle domande. Se un paziente è distratto in modo inappropriato da un rumore momentaneo come quello di qualcosa che cade fuori dalla porta o da qualcuno che parla ad alta voce, non codificate questo elemento positivamente. Un segno sicuro che la distrazione del paziente non è inappropriata lo si ha quando anche l'intervistatore è distratto dallo stesso rumore.

****Se la risposta o al punto 16 o al punto 17 è 'sì', la Caratteristica 2 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

**Nota relativa agli ultimi 3 punti seguenti: La fluttuazione si riferisce alla persistenza del sintomo o dei sintomi durante l'intervista. Se il sintomo o i sintomi persistono durante tutta l'intervista, non c'è fluttuazione. Se i sintomi tengono ad andare e venire, è possibile che vi sia fluttuazione.

18. Il livello di coscienza del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista (ossia il paziente si è spesso addormentato in parte dell'intervista, ma è stato perfettamente sveglio in un'altra)?

- Esempio: In parte dell'intervista il paziente è stato vigile e ha risposto a tutte le domande, in altri momenti è stato invece sonnolento e difficile da risvegliare.

19. Il livello di attenzione del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista (ossia il paziente è stato molto disattento in parte dell'intervista, ma attento in un'altra)? N.B. Rispondere in modo corretto ad alcune domande e in modo non corretto ad altre non basta a codificare questo elemento positivamente.

- N.B. Che il paziente abbia risposto in modo corretto ad alcune domande e in modo non corretto ad altre non basta a codificare questo elemento positivamente.
- Il paziente mostra un livello fluttuante di attenzione o di disattenzione nello svolgere compiti sia informali che formali? Compiti formali (intervalli numerici, giorni della settimana e mesi dell'anno a ritroso): L'attenzione variava all'interno o tra i singoli punti? Il paziente era in grado di svolgere i compiti più difficili, ma faceva fatica a svolgere quelli più facili?

- Esempio: Per parte dell'intervista il paziente è in grado di concentrarsi sulle domande e tenere il filo di quanto viene detto, in altri momenti l'intervistatore non riesce a coinvolgere il paziente, che persevera a rispondere in maniera inappropriata.

20. Il linguaggio/pensiero del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista (ossia il paziente ha parlato molto lentamente in parte dell'intervista e molto velocemente in un'altra oppure il suo linguaggio è stato coerente in parte dell'intervista e senza senso in un'altra)?

- Il linguaggio/pensiero del paziente ha mostrato fluttuazioni durante l'intervista (ossia il paziente ha parlato molto lentamente in parte dell'intervista e molto velocemente in un'altra oppure il suo linguaggio è stato coerente in parte dell'intervista e senza senso in un'altra)?

****Se la risposta anche ad uno solo dei punti 18,19 o 20 è 'Sì', la Caratteristica 1 è presente → contrassegnate la casella bianca nella colonna a destra.**

DOMANDE SUPPLEMENTARI (da porre solo se NON è presente la Caratteristica 1, è presente la Caratteristica 2 e sono presenti o la Caratteristica 3 o la Caratteristica 4).

21. SE SI È AL PRIMO GIORNO DI OSPEDALIZZAZIONE E NON SONO DISPONIBILI VALUTAZIONI 3D-CAM PRECEDENTI: Consultate la cartella clinica o contattate un familiare, un amico o un operatore sanitario che conosca bene il paziente per capire se si è davanti a un cambiamento acuto del suo stato. Domanda: "Si è avuto un cambiamento acuto nella memoria o nel pensiero del paziente?"

- La domanda si riferisce a un cambiamento di comportamento recente. Il suo parente/amico è confuso? Sembra disorientato? Se, ad esempio, qualche volta dice improvvisamente cose senza senso potrebbe essere così. Codificate questo punto con 'sì' se questi cambiamenti sono NUOVI e si sono perlopiù manifestati nelle ore/giorni immediatamente precedenti. Se i problemi sono apparsi da molti mesi, rispondete NO. Se la risposta è 'sì', la Caratteristica CAM 1 va codificata positivamente, cosa che confermerebbe la presenza di delirium.
- Cercate nella cartella clinica una spiegazione al cambiamento di comportamento rispetto alla norma o la presenza di espressioni indicatrici di cause scatenanti del delirium come "stato mentale alterato", "cambiamenti nello stato mentale", "confusione acuta", "disorientamento", "allucinazioni" o "riorientamento". Per ulteriori informazioni, cfr. i seguenti articoli di riferimento:

Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, Bogardus ST, Leslie DL, Agostini JV. A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the Confusion Assessment Method. J Am Geriatr Soc. 2005;53:312-318

Saczynski JS, Kosar CM, Xu G, Puella MR, Schmitt E, Jones RN, Marcantonio ER, Wong B, Isaza I, Inouye SK. A Tale of Two Methods: Chart and Interview Methods for Identifying Delirium. J Am Geriatr Soc. 2014; 62:518-524.

22. SE SI È AL SECONDO GIORNO DI OSPEDALIZZAZIONE O PIÙ IN LÀ E SONO DISPONIBILI VALUTAZIONI 3D-CAM PRECEDENTI: Rivedete le precedenti valutazioni 3DCAM e determinate se vi è stato un cambiamento acuto nella risposta al test in base a QUALSIASI nuovo elemento “positivo”.

- Se ad esempio il paziente mostra un peggioramento in uno degli elementi legati all'attenzione nel test eseguito il secondo giorno, il cambiamento acuto può essere codificato in quella stessa data. Lo stesso vale per tutte le altre caratteristiche CAM. Se la risposta è 'Sì', la Caratteristica CAM 1 va codificata positivamente, cosa che confermerebbe la presenza di delirium.

Punteggio della 3D-CAM

La 3D-CAM è considerata positiva se sono presenti le seguenti caratteristiche: 1) Insorgenza acuta o decorso fluttuante + 2) Disattenzione + 3) Pensiero disorganizzato o 4) Livello di coscienza alterato.

Caratteristica	N. domanda	Risposta positive Qualunque risposta nella cella gialla
1. Insorgenza acuta -O- Decorso fluttuante	Uno qualsiasi dei punti 8, 9, 10 Uno qualsiasi dei punti 18, 19, 20	Sì, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso La risposta è 'Sì'/ Non valutabile
+		
2. Disattenzione	Uno qualsiasi dei punti 4, 5, 6, 7 O il punto 16 o il punto 17	Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso La risposta è 'Sì'/ Non valutabile
+		
3. Pensiero disorganizzato	Uno qualsiasi dei punti 1, 2, 3 Uno qualsiasi dei punti 13,14,15	Non corretto, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso La risposta è 'Sì'/ Non valutabile
-O-		
4. Livello di coscienza Alterato	i punti 11A e 11B o il punto 12	La risposta è 'Sì'
CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Riproduzione vietata senza autorizzazione		

3D-CAM FLOW

DIAGRAM

Feature 1: Acute Change/Fluctuating Course
Any ONE of the following present?
Assessment questions: Self report of confusion OR disorientation OR hallucinations
Observed fluctuations in: consciousness OR attention OR speech

YES/NO

Feature 2: Inattention
Any ONE of the following present?
Assessment questions incorrect: Digit Span 3 backwards OR 4 backwards OR days of week backwards OR months of year backwards
Observed: Trouble keeping track of interview or inappropriately distracted

NO

DELIRIUM NOT PRESENT

YES

Feature 3: Disorganized Thinking
Any ONE of the following present?
Assessment questions incorrect: Orientation to year, day of week, type of place
Observed: Flow of ideas unclear/illogical, conversation rambling/off target or abnormally sparse

YES

DELIRIUM PRESENT
(only if the first box, feature 1, is a yes. If not, see last box)

NO

YES

NO

DELIRIUM NOT PRESENT

Feature 4: Altered Level of Consciousness
Any ONE of the following present?
Observed: Patient sleepy, stuporous, comatose and/or hypervigilant

*Feature 1 Supplementary Questions: To be asked only if feature 2 is present and either feature 3 or feature 4 is present, but feature 1 is uncertain:
Contact a family member, friend or health care provider and ask, "Is there evidence of acute (sudden) change in mental status (memory or thinking) from the patient's baseline?"
OR
If 2nd day of hospitalization or later and previous 3D-CAM ratings are available: Has there been an acute change in performance, based on ANY new "positive" items?

YES

DELIRIUM PRESENT

Severità del Delirio Supplemento/Istruzioni

La recente letteratura sottolinea l'importanza di misurare non solo la presenza ma anche la severità del delirio. Un punteggio di severità del delirio può essere utile per seguire l'andamento nel tempo della severità del delirium di un certo paziente, sia nella pratica clinica che in studi di ricerca. Per questo abbiamo sviluppato e validato un metodo di misura della severità del delirio basato sullo strumento 3D-CAM che produce un punteggio grezzo di severità che va da 0 a 20. Questo punteggio è la somma degli item risultati positivi (tra i 20 item dello strumento 3D-CAM original), dove per item positivo si intende una risposta sbagliata ai test cognitivi (item 1-7 del 3D-CAM), una risposta affermativa del paziente agli item che esplorano la presenza di sintomi (item 8-10), o una risposta affermativa del valutatore agli item che esplorano l'osservazione di una certa caratteristica del linguaggio o comportamento del paziente (item 11-20).

Riferimento bibliografico: Vasunilashorn SM, Devinney MJ, Marcantonio ER, Berger, M. A New Severity Scoring Scale for the 3-Minute Confusion Assessment Method (3D-CAM). JAGS. August 2020 -VOL. 68, NO. 8

OPZIONALE: Punteggio di severità (3D-CAM-S): assegna 1 punto a ciascuno degli item da 1 a 20 che sono positivi/incorretti e fai la somma (è il numero totale delle caselle che sono state crociate nelle colonne 1-4 a destra corrispondenti alle 4 caratteristiche CAM).

Se almeno una delle domande 21 o 22 è posta ed è positiva, aggiungere un punto al punteggio finale, mantenendo comunque 20 come denominatore.

Punteggio 3D-CAM-S totale: _____/20

*Per esempio, se il paziente sbaglia il giorno della settimana, risponde erroneamente alla domanda sui numeri a ritroso, e il valutatore risponde positivamente alla domanda numero 17 (il paziente sembrava distratto?), il punteggio di severità è 3 su 20.

N.B. Per poter calcolare il punteggio di severità, è necessario somministrare lo strumento 3D-CAM per intero. Se si segue lo schema alternativo descritto nella sezione successiva, il quale permettono di saltare alcune domande, il punteggio di severità non si può calcolare.

Istruzioni supplementari e Schema alternativo

La 3D-CAM è uno strumento intuitivo che si presta bene ad essere utilizzato al capezzale del paziente. La scheda è divisa in 2 sezioni generali: la prima comprende le domande di valutazione del paziente (1-10), la seconda le valutazioni dell'osservatore (11-22). Vi sono poi delle sottosezioni (domande 1-3) che danno informazioni sulla Caratteristica 3. Cominciate a porre al paziente le domande da 1 a 10. Il ricapitolativo dei risultati va completato subito dopo aver concluso l'intervista al paziente.

Se la risposta a uno qualsiasi dei punti è 'Non corretto' o 'Sì' occorre contrassegnare la casella bianca sulla colonna a destra. Ognuna delle 4 colonne designa una caratteristica CAM. Se UNA QUALSIASI casella della colonna è contrassegnata, la caratteristica è considerata presente e deve essere marcata nella riga ricapitolativa in fondo alla scheda. L'algoritmo CAM è considerato positivo se sono presenti le seguenti caratteristiche: Caratteristica 1) Insorgenza acuta o decorso fluttuante + Caratteristica 2) Disattenzione + Caratteristica 3) Pensiero disorganizzato o Caratteristica 4) Livello di coscienza alterato.

Per abbreviare ulteriormente lo strumento, si può utilizzare il seguente schema alternativo.

Se la risposta a QUALSIASI item di una sottosezione è 'Non corretto' o 'Sì', le altre domande della stessa sottosezione possono essere saltate così come le valutazioni dell'osservatore corrispondenti alla stessa caratteristica CAM.

Esempio: Se il paziente non sa dire che giorno della settimana è, il pensiero disorganizzato (Caratteristica 3) è automaticamente presente, per cui l'osservatore può non porre la domanda immediatamente successiva (3. Può dirmi per favore in che posto ci troviamo?) e non ha inoltre bisogno di completare gli item 13, 14 o 15. L'osservatore passerebbe così direttamente alla domanda 4, la prima della sezione relativa all'attenzione, applicando via via lo stesso schema.

N.B. La validità dello strumento 3D-CAM è stata ora confermata anche quando si utilizza lo schema alternativo. È stato dimostrato che l'utilizzo dello schema alternativo non compromette l'accuratezza dello strumento quando chi lo somministra conosce lo stato iniziale del paziente. Se lo stato iniziale del paziente non è noto, raccomandiamo l'utilizzo dell'intero strumento 3D-CAM (vale a dire senza saltare degli item) almeno per la prima somministrazione. INOLTRE, l'utilizzo dello schema alternativo non permette di calcolare il punteggio di severità per il quale è necessario somministrare lo strumento per intero.

Supplemento sull'utilizzo dello strumento a scopi di ricerca

Quando si usa lo strumento 3D-CAM a scopi di ricerca, si suggerisce di assegnare dei codici numerici alle colonne/risposte nel database. Per esempio: 1-Corretto/No; 2-Incorretto/Sì, Non so, Nessuna risposta, Risposta senza senso; 7-Rifiuta; 9-Risposta mancante o saltata/Non valutabile. Suggerimento: si dovrebbe evitare il più possibile di saltare item o di avere risposte mancanti.

Abbiamo trovato che valutare pazienti in doppio, and discutere il punteggio insieme alla fine della valutazione, aiuta moltissimo a capire lo strumento e a diagnosticare il delirio in maniera uniforme.

Raccomandiamo la procedura seguente per formare il personale di ricerca all'utilizzo dello strumento 3D-CAM:

1. Fare pratica con la somministrazione dello strumento e la codifica delle domande, per prendere familiarità e sicurezza con il flusso dello strumento.
2. Fare pratica con la somministrazione dello strumento con pazienti anziani, in doppio. Discutere ogni discrepanza di codifica tra i due somministratori.
3. Raccomandiamo la somministrazione dello strumento ad almeno 5 pazienti con delirio e 5 pazienti senza delirio, in doppio, con discussione delle discrepanze, per avere una formazione standardizzata del personale dello studio. Nota: il personale dello studio non deve conoscere, prima della valutazione, se il paziente ha o non ha delirio.

Per garantire uniformità di codifica tra i diversi valutatori coinvolti nello stesso studio, raccomandiamo che il 5-10% delle valutazioni sia effettuata in simultanea da due valutatori. Mentre uno dei due assistenti alla ricerca dirige l'intervista al paziente, entrambi gli assistenti dovrebbero codificare le risposte stabilendo la presenza/assenza dei criteri CAM, in maniera indipendente e senza discussione. Questa modalità fornisce una formazione continua e serve a calcolare *l'inter-rater reliability* (una misura di concordanza tra i valutatori).

*Marcantonio ER, Ngo L, O'Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med*. 2014; 161(8): :554-61 PubMed PMID: 25329203

† Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8. PubMed PMID: 2240918.

10 CONSIGLI SU COME SVOLGERE LA 3D-CAM CON SUCCESSO

1. L'intervista "comincia" non appena varcate la porta della camera del paziente e iniziate a osservare il comportamento che ha al vostro arrivo. Finisce una volta che lasciate la stanza.
2. Nell'avvicinarvi al paziente osservate per prima cosa la sua reazione al vostro arrivo. Se non c'è tentativo d'approccio, cercate di attirare l'attenzione del paziente con stimoli progressivamente più forti: parlategli, toccatelo leggermente, scrollatelo dolcemente e infine scuotetelo un po' più energicamente per svegliarlo.
3. Parlate lentamente e in modo chiaro. Non abbiate fretta.
4. Nel valutare un disturbo del comportamento ricordate che il termine di confronto è il comportamento umano normale, per cui niente scuse del tipo è in ospedale, malato, vecchio, ha appena assunto farmaci, ecc.
5. Se il paziente mostra una crescente insofferenza durante l'intervista e sembra affaticato, dategli un incoraggiamento assicurandogli che vi sono ancora poche domande a cui rispondere.
6. Completate le sezioni osservazionali non appena terminata l'intervista.
7. Rivedete ogni punto dell'intervista prima di completare l'algoritmo.
8. La valutazione dell'attenzione è fondamentale per diagnosticare la presenza di delirium. Osservate attentamente la capacità del paziente di mantenere o di spostare adeguatamente l'attenzione durante lo svolgimento delle prove sia informali che formali.
9. I punti osservazionali vanno completati anche in caso di mancato completamento delle domande al paziente.
10. Prendete appunti che descrivano il comportamento o la performance del paziente a supporto delle osservazioni codificate.