



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**Il caring notturno e la gestione
del paziente con delirium.**

Una revisione della letteratura

Relatore: Dott.ssa

LETIZIA TESEI

Tesi di Laurea di:

SIMONA ABBONIZIO

A.A. 2019/2020

A nonno Guido,

*con la speranza che oggi possa essere
orgoglioso di me*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag.1
1.1 Definizione del delirium	pag.2
1.2 Epidemiologia	pag.4
1.3 Fattori di rischio	pag.4
1.4 Fisiopatologia	pag.6
1.5 Diagnosi	pag.6
1.6 Caring notturno	pag.8
OBIETTIVO	pag.10
MATERIALI E METODI	pag.11
RISULTATI	pag.13
4.1 Sintesi degli studi reperiti	pag.13
4.2 Trattamento farmacologico	pag.21
4.3 Trattamento non farmacologico	pag.23
4.4 Contenzione fisica	pag.26
4.5 Tecniche di prevenzione ed educazione sanitaria	pag.26
DISCUSSIONE	pag.28
CONCLUSIONE	pag.31
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag.32
ALLEGATI	pag.36

ABSTRACT

Introduzione Il delirium è uno stato confusionale acuto caratterizzato da una alterazione fluttuante e transitoria dello stato di coscienza, a esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulle capacità cognitive e percettive. Rappresenta una problematica importante soprattutto del caring notturno: è proprio nelle ore notturne che il paziente diviene un “caso complesso”, poiché i sintomi si aggravano e, generalmente, nel turno notturno è invece prevista una minore presenza di personale.

Obiettivo L’obiettivo dell’elaborato è quello di definire le migliori pratiche assistenziali utili alla gestione del paziente con delirium durante il turno notturno.

Materiali e metodi È stata effettuata una revisione della letteratura consultando la banca dati MEDLINE attraverso PubMed per identificare gli studi primari e secondari che hanno indagato la gestione infermieristica del paziente con delirium durante il turno di notte.

Risultati Dallo studio emergono quattro tematiche principali inerenti alla gestione del paziente con delirium: il trattamento farmacologico, il trattamento non farmacologico, la contenzione fisica e la prevenzione ed educazione sanitaria.

Discussione e Conclusione Gli studi analizzati hanno fornito prove che il trattamento non farmacologico è da favorire rispetto a quello farmacologico; gli interventi si basano soprattutto su attività di prevenzione e di promozione del sonno durante il turno di notte. Al fine di migliorare l’assistenza dei pazienti con delirium durante il turno notturno, sarebbero tuttavia necessari ulteriori studi utili a sviluppare protocolli specifici di gestione che prendano in considerazione le peculiarità del caring notturno.

Parole chiave Nursing, delirium, night shift, sleep

INTRODUZIONE

Il delirium (o "stato confusionale acuto") è una sindrome clinica comune caratterizzata da disturbo della coscienza, funzione cognitiva o percettiva, che ha un inizio acuto e decorso fluttuante. Di solito si sviluppa nell'arco di 1-2 giorni; è una condizione grave a cui sono associati scarsi risultati. Tuttavia, può essere prevenuto e trattato se affrontato con urgenza (NICE, 2010). La fisiopatologia e la causa della prevalenza di morbilità e mortalità associata al delirium rimangono parzialmente sconosciute nonostante ad oggi, siano stati condotti numerosi studi che hanno portato ad una maggiore conoscenza riguardo questa condizione (Harrington & Vardi, 2014). Gli infermieri sono coloro, che garantiscono l'assistenza al paziente con cui lavorano a stretto contatto nell'arco della giornata, inclusa la notte. Il delirium di solito si sviluppa nell'arco di ore o giorni, ma in genere, i sintomi oscillano e peggiorano di notte. La variabilità dei sintomi clinici può rivelarsi una trappola diagnostica, poiché spesso gli infermieri o i parenti riferiscono che i pazienti manifestano un comportamento differente durante la notte mentre i medici trovano i pazienti lucidi il giorno successivo (Bown & Boyle, 2002). Nonostante il turno notturno rappresenta circa un terzo dell'assistenza ai pazienti ricoverati, è stata rivolta finora scarsa attenzione alle attività eseguite ed ai problemi degli infermieri che lavorano di notte (Saiani et al., 2020). In particolare, l'assistenza notturna è erogata quasi completamente dal personale infermieristico poiché, molto spesso, il personale di supporto non è presente durante la notte. Dunque, la complessità del turno di notte è dovuta dall'aumento di alcuni rischi clinici e dall'esigenza di assicurare un elevato livello qualitativo di assistenza con risorse professionali limitate (De Cordova et al., 2013). Purtroppo, malgrado, le evidenze in letteratura forniscano le linee guida e un piano per la gestione del paziente con delirium, questo non viene effettuato esclusivamente nel turno notturno. Per questo motivo, attraverso la revisione della letteratura si andrà ad effettuare una rassegna degli studi disponibili inerenti alla gestione del paziente con delirium durante il turno di notte comprendente i migliori interventi da attuare.

1.1 Definizione del delirium

Il termine Delirium deriva dal latino de (via da), e lira (solco): “essere fuori dal tracciato” (Maldonado, 2008), questo disturbo è stato descritto in medicina sin dall’antichità da Celso (I secolo D.C.) che utilizza il termine come sinonimo della “Frenite” descritta da Ippocrate (460 A.C.), per indicare un disturbo mentale transitorio presente durante un episodio febbrile e caratterizzato da agitazione psicomotoria, in contrapposizione al termine “letargia” (Lindesay, 1999). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) definisce il delirium come un disturbo ad insorgenza acuta, transitorio, con decorso fluttuante e nella maggior parte dei casi di breve durata (ore o giorni) che comprende perdita dell’attenzione ed alterazione dello stato di coscienza. Esistono tre forme di delirium relativamente allo stato psicomotorio:

1. delirium ipercinetico (25%) il soggetto verifica agitazione, confusione, talvolta aggressività con allucinazioni visive ed uditive.
2. delirium ipocinetico (25%) il soggetto si presenta apatico e letargico.
3. delirium misto (50%) nella quale presenta caratteristiche di entrambi i quadri descritti. (Levati et al., 2014)

Vengono maggiormente riconosciuti i sintomi del delirium ipercinetico rispetto a quello ipocinetico, che attira in minor misura l’attenzione del personale sanitario essendoci diminuite problematiche di gestione (NICE, 2010). Il delirium deriva da diverse eziologie ed è associato a numerosi esiti clinici e sistemici avversi come infezioni secondarie, cadute, aumento della durata dell’ospedalizzazione, costi sanitari e mortalità. Il delirium è stato descritto nella letteratura medica fin dall’antichità e ha acquisito molte etichette diagnostiche tra cui stato acuto confusionale, disfunzione cerebrale acuta, insufficienza cerebrale acuta, sindrome acuta cerebrale organica, psicosi in terapia intensiva ed encefalopatia metabolica (Harrington & Vardi, 2014). Può essere difficile distinguere tra delirium e demenza e alcune persone possono presentare entrambi le condizioni. Se esiste un’incertezza clinica sulla diagnosi, la persona deve essere gestita inizialmente per delirium (NICE, 2010). Infine, la differenza tra delirium e demenza non è semplice da determinare, pur essendo condizioni patologiche differenti, presentano ambedue un’alterazione delle funzioni cognitive. È da sottolineare la presenza della differenza tra delirium e demenza e da altre patologie come la schizofrenia e la depressione maniacale

(Bown & Boyle, 2002). Tuttavia, il delirium danneggia prevalentemente l'attenzione a differenza della demenza che attacca la memoria (Huang, 2019).

Altre specifiche caratteristiche permettono la diagnosi differenziale tra questi due disturbi, ovvero il delirium è causato solitamente da una malattia acuta o da una tossicità di un farmaco ed è spesso reversibile, invece la demenza è in genere causata da cambiamenti strutturali nel cervello, ha un'insorgenza più lenta, ed è quasi sempre irreversibile (Huang, 2019). Nella seguente tabella viene spiegata la differenza: (Tabella 1)

Caratteristiche	Delirium	Demenza
Esordio	Improvviso, con un momento d'esordio chiaro	Lento e graduale, con un momento d'esordio incerto
Durata	Da giorni a settimane, anche se può essere maggiore	Solitamente permanente
Causa	Quasi sempre un'altra condizione morbosa (p. es., infezione, disidratazione, uso o sospensione di alcuni farmaci)	Solitamente un disturbo cerebrale cronico (p. es., malattia di Alzheimer, demenza con corpi di Lewy, demenza vascolare)
Evoluzione	Di solito reversibile	Lentamente progressiva
Andamento notturno	Peggioramento quasi costante	Peggioramento frequente
Effetto del trattamento	Spesso risolve la sintomatologia	Può rallentare la progressione, ma non può mutare o curare il disturbo
Allucinazioni	Comune, soprattutto visiva	Spesso assente
Attività psicomotoria	Aumentata, ridotta o imprevedibile	Può essere normale

Tabella 1. Differenza tra delirium e demenza (Brown & Boyle, 2002; Huang 2019)

1.2 Epidemiologia

La durata media all'interno dell'ospedale dei pazienti con delirium è di una settimana, anche se frequentemente i sintomi permangono dopo la dimissione. Il delirium è un disturbo che si verifica nell'1-2% della popolazione, ma è altamente diffuso nei pazienti ospedalizzati al 14-24% (Abelli et al., 2020) e negli anziani, la prevalenza va dal 10 al 40% (Brugnetti et al., 2004). Il delirium si verifica nel 25% dei pazienti affetti da patologie neoplastiche e nel 30-40% dei pazienti affetti da AIDS. Il 51% dei soggetti sottoposti ad intervento chirurgico presentano delirium e in particolare sono particolarmente esposti coloro che hanno effettuato interventi di cardiocirurgia, chirurgia dell'anca e trapianti (Brugnetti et al., 2004). Inoltre, questo disturbo si verifica soprattutto nel paziente in ventilazione meccanica e in unità di terapia intensiva (Abelli et al., 2020) e nei pazienti terminali la prevalenza arriva all'80% (Brugnetti et al., 2004). Infine, presentano fattori di rischio i pazienti con ustioni, sottoposti a dialisi o che presentano lesioni del sistema nervoso centrale. Il paziente con delirium può presentare una maggiore mortalità (25-33%) e un aumento della durata della degenza (+7,78 giorni). Inoltre, richiede una maggiore intensificazione dell'assistenza infermieristica, istituzionalizzazione e maggiori costi sanitari (Brugnetti et al., 2004).

1.3 Fattori di rischio

Le raccomandazioni NICE si basano sulle revisioni sistematiche delle migliori evidenze disponibili e delineano i fattori di rischio per le persone che si presentano per la prima volta in ospedale:

- Età 65 anni o più.
- Compromissione cognitiva (passata o presente) e /o demenza. Se il deterioramento cognitivo è sospetto, confermarlo utilizzando una misura di deterioramento cognitivo standardizzata e convalidata.
- Attuale frattura dell'anca.
- Malattia grave (una condizione clinica che si sta deteriorando o è a rischio di deterioramento).

I fattori di rischio possono essere divisi in fattori predisponenti e precipitanti riassunti nella tabella 2:

Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
<p>-Caratteristiche demografiche: età di 65 anni o più, sesso maschile</p> <p>-Stato cognitivo: demenza, deterioramento cognitivo, storia del delirio, depressione</p> <p>-Stato funzionale: dipendenza funzionale, immobilità, basso livello di attività, storia delle cadute</p> <p>-Compromissione sensoriale: deficit visivo, problema uditivo</p> <p>-Diminuzione dell'assunzione orale: disidratazione, malnutrizione</p> <p>-Droghe: trattamento con più farmaci psicoattivi, trattamento con molti farmaci, abuso di alcool</p> <p>-Condizioni mediche coesistenti: malattia grave, molteplici condizioni coesistenti, malattia renale o epatica cronica, storia dell'ictus, malattia neurologica, disturbi metabolici, frattura o trauma, malattia terminale, infezione da virus dell'immunodeficienza umana</p>	<p>-Droghe: ipnotici sedativi, narcotici, farmaci anticolinergici. trattamento con più farmaci, astinenza da alcol o droghe</p> <p>-Malattie neurologiche primarie: ictus, particolarmente emisferico non dominante, sanguinamento intracranico, meningite o encefalite</p> <p>-Malattie intercorrenti: infezioni, complicazioni iatrogene</p> <p>-Grave malattia acuta: ipossia, shock, febbre o ipotermia, anemia, disidratazione, cattivo stato nutrizionale, basso livello di albumina sierica, disturbi metabolici (ad es. Elettroliti, glucosio, acido-base)</p> <p>-Chirurgia: chirurgia ortopedica, chirurgia cardiaca, Bypass cardiopolmonare prolungato, chirurgia non cardiaca</p> <p>-Ambientale: ammissione a un'unità di terapia intensiva, uso di limitazioni fisiche, uso del catetere vescicale, utilizzo di più procedure, dolore, stress emotivo</p> <p>-Privazione del sonno prolungata</p>

Tabella 2. Fattori precipitanti e predisponenti (Inouye, 2006)

1.4 Fisiopatologia

La fisiopatologia del delirium non è completamente conosciuta ed è tutt'ora un'area di ricerca (Gnerre et al., 2013). Sono stati proposti meccanismi differenti, per comprendere meglio la fisiopatologia del delirium, ma questi sono i più convalidati:

- Alterazione dei meccanismi di neurotrasmissione indotta da deficienza colinergica o da eccesso di dopamina come conseguenza dell'uso di alcuni farmaci (anticolinergici, antidepressivi, l-DoPa).
- Alterazione degli effetti di neurotrasmettitori come GaBa, 5-idrossitriptofano e melatonina.
- Danno cerebrale diretto indotto da insulti come l'ipossia, l'ipoglicemia e gli squilibri metabolici.
- Iperreattività del sistema immunitario cerebrale a stimoli infiammatori periferici
- Risposta acuta allo stress.
- Alterazioni neuro strutturali. (Gnerre et al., 2013)

1.5 Diagnosi

La diagnosi tempestiva è fondamentale per impedire ai pazienti di sviluppare gravi complicanze a lungo termine, dato che non sempre viene riconosciuta a causa della sua natura fluttuante e della sua sovrapposizione con la demenza (Inouye, 2006). La diagnosi del delirium è fondamentalmente clinica e si incentra su una precisa anamnesi, sull'osservazione del comportamento e sulla valutazione cognitiva. L'accertamento è sia medico che infermieristico; il personale infermieristico basandosi sull'osservazione deve porre attenzione nel rilevare i cambiamenti della sfera cognitiva del paziente, dell'agire quotidiano, del comportamento e dell'umore. Il disturbo si può presentare fluttuante, il comportamento può passare dall'agitazione psicomotoria al sopore (Levati et al., 2014). Nella valutazione primaria, è necessario notare le persone a rischio per i cambiamenti o le fluttuazioni recenti (entro poche ore o giorni) nel comportamento. Questi possono essere segnalati dalla persona a rischio, da un accompagnatore o da un parente (particolare attenzione per il delirio ipoattivo). Questi cambiamenti di comportamento possono influenzare:

- Funzione cognitiva: ad esempio, peggioramento della concentrazione, risposte lente, confusione.
- Percezione: ad esempio, allucinazioni visive o uditive.
- Funzione fisica: ad esempio, mobilità ridotta, movimento ridotto, irrequietezza, agitazione, alterazioni dell'appetito, disturbi del sonno.
- Comportamento sociale: ad esempio, mancanza di collaborazione con richieste ragionevoli, ritiro, o alterazioni nella comunicazione, nell'umore e / o nell'atteggiamento. (NICE, 2010)

Sono state proposte diverse scale di valutazione studiate per la diagnosi di delirium di cui:

- Confusion Assessment Method (CAM) che viene utilizzata in una popolazione ospedalizzata molto ampia e consente di distinguere il delirium dalla demenza e dalla depressione.
- Neelson and Champagne Confusion Scale (NEECHAM) questa scala è più dettagliata, ma di notevole complessità. Infatti, si devono prendere in considerazione tre diversi livelli di assessment: processing, comportamento e funzioni fisiologiche.
- Mini Mental State Examination (MMSE) non consente la diagnosi di delirium e la differenza tra delirium e demenza. Inoltre, il MMSE non rileva la caratteristica variabilità dei sintomi, né i disturbi psicomotori.
- Confusional State Evaluation (CSE) che esamina il disorientamento, le alterazioni del comportamento, il linguaggio inappropriato e le illusioni/allucinazioni.
- Delirium Rating Scale (DRS) composta da 10 items consente di quantizzare la gravità del delirium (Levati et al., 2014).

Il Confusion Assessment Method (CAM) è il miglior strumento per diagnosticare il delirium poiché è facile da utilizzare ed è molto accurato (Levati et al., 2014). Nella terapia intensiva o nella sala di risveglio dopo l'intervento chirurgico, deve essere utilizzata la CAM-ICU (NICE, 2010).

1.6 Caring notturno

L'assistenza infermieristica notturna è differente rispetto a quella diurna perché, oltre a garantire le prestazioni assistenziali necessarie, deve creare un ambiente per favorire il sonno e il comfort, nonché assicurare continuità delle cure e vigilanza (Saiani et al., 2020). L'intensità dell'assistenza erogata di notte è determinata dalle condizioni dei pazienti e dal loro bisogno di assistenza (Kemp, 1984). Soprattutto in Italia, c'è la convinzione che nella notte il personale infermieristico è poco impegnato nella gestione dei pazienti ed è dedicato ad attività di semplice sorveglianza; probabilmente per questo la letteratura sul turno notturno non è molto ricca. Infatti, i libri di assistenza indicano come garantire il bisogno di sonno e riposo del paziente, ma non specifiche strategie organizzative e assistenziali proprie dell'assistenza notturna (Saiani et al., 2020). Inoltre, c'è una tradizionale concezione nella quale l'attività assistenziale notturna viene vista come prevalentemente 'inattiva', passiva e a bassa intensità. L'assistenza notturna è diversa da quella diurna perché prima di tutto il giorno, i pazienti possono incontrarsi tra di loro, ricevono visite, sono occupati in molte attività diagnostiche o terapeutiche e gli operatori sono a stretto contatto con loro garantendo una vigilanza e sorveglianza continua. Durante la notte, questo sostegno diminuisce e la vigilanza deve essere più organizzata, regolare ed intensa (Saiani et al., 2020). Ma giorno e notte differiscono anche dal punto di vista emotivo-relazionale: nella notte tutte le preoccupazioni e le emozioni vengono amplificate. In un ospedale, la libertà di gestire la "propria notte" è limitata: la lettura notturna o la possibilità di guardare la televisione non è consentita ai pazienti in camere doppie o triple; oppure muoversi (quando è fisicamente possibile) anche perché gli spazi non sono familiari (Palese & Saiani, 2010). Nella revisione condotta da Luisa Saiani et al., (2020) si afferma che le attività notturne sono distinte in attività infermieristiche pianificate e non pianificate, a cui si aggiungono quelle per l'organizzazione, per le quali non sono necessarie le competenze infermieristiche. Nello studio si spiega che durante la notte l'assistenza infermieristica pianificata si svolge prevalentemente a inizio e fine turno in modo che da non interrompere il sonno del paziente. Nelle terapie intensive invece, non ci sono differenze tra giorno e notte: i controlli dei parametri vitali, delle condizioni cliniche, del bilancio idrico, dei parametri del ventilatore e la somministrazione delle terapie vengono fatti sulle 24 ore. Le attività non pianificate vengono eseguite principalmente nella parte centrale del turno di notte, su

chiamata o in risposta ai bisogni specifici dei pazienti. Di solito, gli infermieri vengono chiamati per esigenze non sempre prevedibili: un'urgenza, l'insorgenza di dolore, una caduta, l'agitazione, l'interagire semplicemente con i pazienti che possono avere bisogno di conforto. Inoltre, non vengono eseguite solo le attività di assistenza infermieristica ma anche quelle di carattere organizzativo e di supporto come il periodico controllo dei farmaci e della documentazione clinica, il riordino di materiali, degli archivi o il riordino dell'ambiente (Saiani et al., 2020). Inoltre, è da sottolineare come nel turno notturno, di norma c'è una diminuzione di personale soprattutto di quella di supporto per l'infermiere, e questo conduce alla difficoltà di intraprendere un'efficace sorveglianza dei pazienti. Una vigilanza di qualità è importante per garantire la sicurezza dei pazienti (Kemp, 1984), soprattutto dei pazienti con delirium, che si dimostra essere un caso complesso e impegnativo per l'assistenza infermieristica.

OBIETTIVO

L'obiettivo dell'elaborato è quello di definire le migliori pratiche assistenziali utili alla gestione del paziente con delirium durante il turno notturno attraverso una revisione della letteratura.

MATERIALI E METODI

Strategie di ricerca

È stata condotta una revisione della letteratura. La ricerca bibliografica è stata effettuata consultando la banca dati MEDLINE (attraverso PubMed). Sono stati imposti limiti temporali di pubblicazione per il reperimento degli articoli (ultimi 10 anni) e sull'età dei pazienti in studio (adulti +19 anni). La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo dei seguenti termini, sia per la ricerca libera sia con il MeSH database, singolarmente ed in combinazione con il termine "AND": "Nursing", "Delirium", "night shift", "night", "sleep". (Allegato 1)

Per condurre la revisione della letteratura è stato costruito il seguente PICO:

P: pazienti ospedalizzati

I: interventi infermieristici per la gestione del paziente con delirium durante il turno di notte

C: /

O: gestione ottimale del paziente con delirium durante il turno di notte

Criteri di inclusione-esclusione degli articoli

Sono stati inclusi nella revisione tutti gli articoli che si prefiggevano di indagare la gestione infermieristica del paziente con delirium, che comprendesse anche il turno di notte. I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

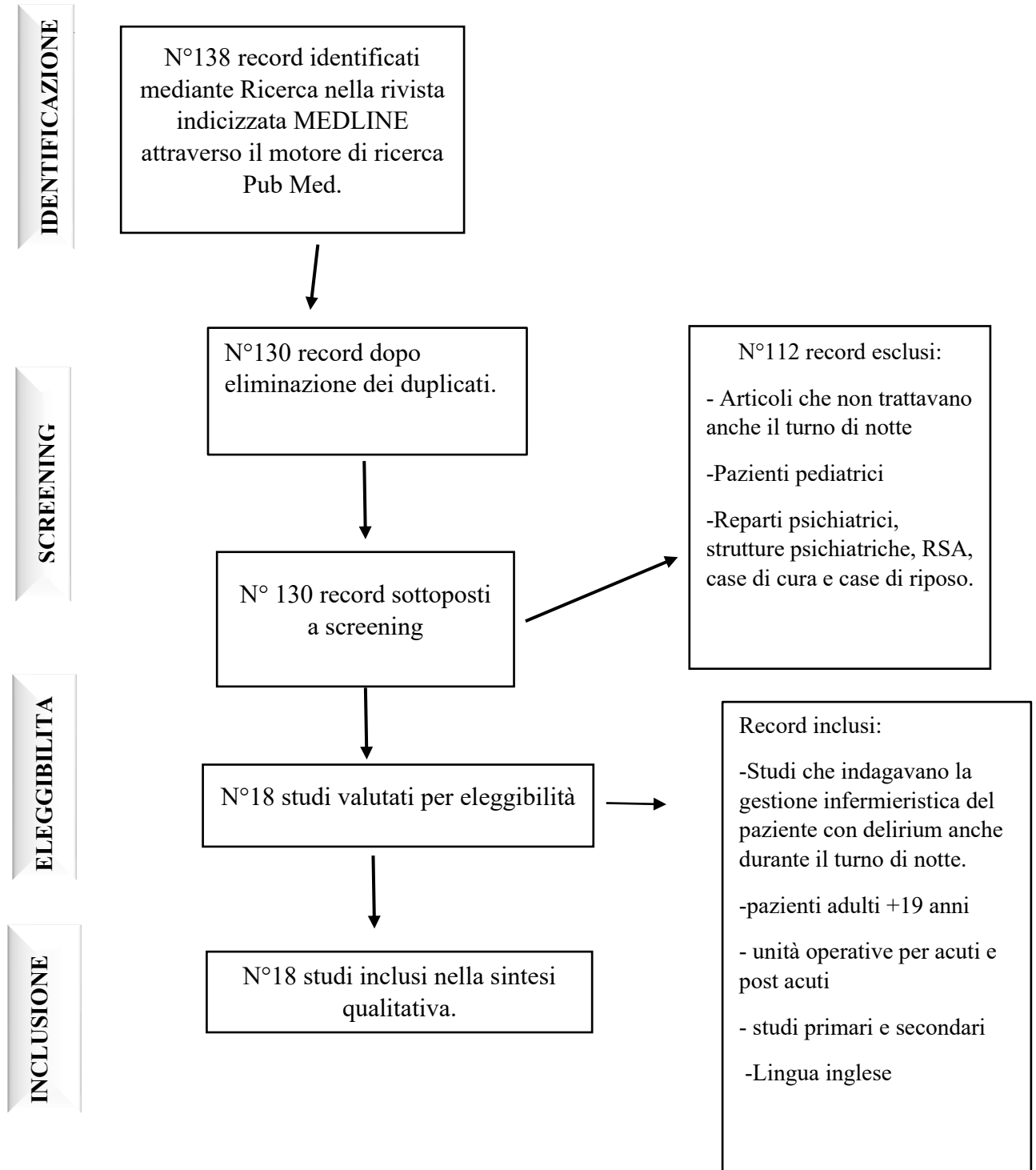
- Tipologia dei partecipanti: pazienti umani adulti +19 anni
- Setting degli studi: unità operative per acuti e post acuti
- Tipologia di studio: studi primari e secondari
- Lingua: inglese

Sono stati esclusi gli studi con:

- Articoli che non trattassero il turno di notte
- Pazienti pediatrici
- Reparti psichiatrici, strutture psichiatriche, RSA, case di cura e case di riposo

Valutazione qualitativa degli studi

Gli studi sono stati valutati seguendo le linee guida PRISMA statement.



(Figura 1)

RISULTATI

Sono stati selezionati diciotto articoli che hanno risposto ai criteri di inclusione stabiliti. Una sintesi degli studi reperiti è rappresentata dalla seguente tabella in cui per ogni articolo sono stati sintetizzati le informazioni riguardanti autori, data di pubblicazione, obiettivo dello studio, disegno dello studio, campione e setting e risultati principali:

4.1 Sintesi degli studi reperiti

<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Karabulut & Aktaş, (2016).	Lo scopo dello studio è esaminare l'approccio degli infermieri con i pazienti affetti da delirium postoperatorio nella post-anestesia e unità di terapia intensiva.	Descrittivo	87 infermieri Ospedale di ricerca di Erzurum a est della Turchia	Gli infermieri hanno riferito di aver somministrato farmaci per la gestione del dolore nei pazienti con delirium, massaggio, esercizio di respirazione ritmica e musicoterapia. Inoltre, hanno anche affermato di aver ridotto il rumore e l'illuminazione notturna per garantire il riposo
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>

Van Rompaey et al., (2012)	Questo studio ha ipotizzato che la riduzione del rumore attraverso i tappi per le orecchie durante la notte è utile nella prevenzione del delirium in terapia intensiva.	Studio clinico randomizzato	69 pazienti che dormono con i tappi per le orecchie. 67 pazienti che dormono senza tappi per le orecchie.	L'uso dei tappi per le orecchie durante la notte ha ridotto l'incidenza di confusione nella terapia intensiva. Dopo la prima notte, i pazienti che dormivano con i tappi per le orecchie hanno riportato una migliore percezione del sonno e minor comparsa di delirium.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Öztürk Birge, & Tel Aydin, (2017)	Questo studio si propone di indagare l'effetto dell'intervento non farmacologico, sul riconoscimento del delirium e sulle strategie di intervento degli infermieri di terapia intensiva.	Quasi sperimentale	95 pazienti 19 infermieri	I pazienti con delirium hanno un numero maggiore di farmaci nel trattamento quotidiano. Il rischio di delirio è aumentato di 8,5 volte per restrizione fisica e 3,4 volte per la presenza di ipo/ipernatriemia.

<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Palacios- Ceña et al., (2016)	Lo scopo di questo studio era quello di esplorare esperienze di medici e infermieri che si prendono cura dei pazienti con delirium nell'unità di terapia intensiva (ICU) e descrivere il processo di gestione.	Qualitativo, focus group	19 medici 19 infermieri 5 unità di terapia intensiva localizzate in 4 ospedali a Madrid (Spagna).	Gli infermieri hanno incontrato difficoltà nell'applicazione del contenimento verbale, nella gestione dei disturbi del sonno e nella mobilitazione precoce. La mancanza di un protocollo sul delirium genera conflitti riguardo al tipo di assistenza da applicare, soprattutto durante il turno notturno.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Schofield et al., (2012)	Lo scopo era quello di capire il tipo di conoscenza del delirium che hanno gli infermieri e come gestiscono questa tipologia di pazienti.	Analisi critica	33 incontri 15 interviste Ospedale per acuti	Sorveglianza visiva, controllo ambientale, e uso di restrizioni fisiche per la sicurezza del paziente.

<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Teece et al., (2020)	Identificare i determinanti che portano alla decisione di applicare la restrizione fisica o chimica nell'unità di terapia intensiva.	Revisione integrativa	Sono stati cercati sette database di scienze della salute per identificare e pubblicare letteratura grigia (1995–2019), con ulteriore ricerca manuale. È stata condotta una valutazione del processo a metodi misti.	Le restrizioni fisiche e l'uso di Lorazepam e Aloperidolo sono più comunemente applicate dagli infermieri che lavorano nel turno di notte.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Cullen & Balas, (2017)	Evidenziare come il delirium non venga riconosciuto dagli infermieri e fornire dieci suggerimenti per migliorare la diagnosi, la prevenzione e la gestione in ambito acuto.	Case study	Reparti per acuti Pazienti adulti	Eliminare farmaci che possono causare il delirium, supportare l'uso di tecniche non farmacologiche (promuovere il sonno, mobilitazione precoce, riorientamento cognitivo)
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>

Guo & Fan, (2016)	Valutare l'effetto di un programma di intervento preoperatorio e multidisciplinare per la prevenzione del delirium postoperatorio.	Trial clinico	122 pazienti che erano stati trasferiti nella terapia intensiva dopo l'intervento chirurgico presso un ospedale universitario in Cina	La prevenzione precoce del delirium è probabilmente la strategia di gestione più efficace.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Taguchi et al., (2007)	Esaminare se i ritmi circadiani dei pazienti dopo l'intervento chirurgico per cancro esofageo possono essere regolati e se le crisi di delirium postoperatorio possono essere ridotte con la terapia della light therapy.	Pilot study	11 pazienti operati per cancro esofageo presso l'Osaka University Hospital.	L'utilizzo della light therapy conduce a una diminuzione del delirium post operatorio.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Kratz, (2008)	Implementare protocolli preventivi basati sulla ricerca per diminuire gli esiti negativi associati	Pilot study	137 pazienti 7 unità infermieristiche medico-chirurgiche in 5 ospedali del	L'utilizzo di un protocollo basato su tecniche di orientamento, mobilitazione precoce e la

	a delirium / confusione acuta.		Midwest riconosciuti da Magnet	promozione di terapia non farmacologica per indurre il sonno ha migliorato le condizioni associate al delirium.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Day et al., (2009)	Individuare in modo collaborativo il modo in cui la gestione del delirium può essere migliorata.	Studio di ricerca sull'azione partecipativa	Reparto medico di cure acute da 32 posti letto in un grande ospedale di Nuovo Galles del Sud, Australia.	È diminuita l'incidenza di restrizioni fisiche, chimiche e di episodi di delirium soprattutto nel turno di notte.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Pretto et al., (2009)	Indagare gli effetti di un programma interdisciplinare di prevenzione e gestione del delirium (DPMP) sul carico di lavoro infermieristico.	Osservazionale	200 pazienti con frattura d'anca. Reparto di chirurgia e traumatologia 35 infermieri 7 infermieri Ospedale universitario in Svizzera	È stata rilevata una riduzione del carico di lavoro notturno nel reparto traumatologico. Il delirium è stato rilevato e trattato più rapidamente, il che ha portato a meno cure necessarie durante la notte.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>

Hosie et al., (2019)	Esaminare se i pazienti che necessitano di cure palliative sono trattate con terapie-non farmacologiche per gestire il delirium e i loro risultati.	Revisione sistematica	Pazienti adulti (>18 anni) Reparti per cure palliative	Gli interventi non farmacologici per i pazienti che hanno bisogno di cure palliative sono scarsamente utilizzati.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Dixon, (2018)	Propone di aiutare gli infermieri e gli studenti di infermieristica nella gestione del delirium in pazienti anziani		Pazienti adulti anziani Reparti acuti	È importante gestire la sicurezza ambientale, promuovere il sonno, la terapia del dolore e invogliare il supporto della famiglia.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Hanes & Colancecco, (2018)	Capire quali sono gli interventi non farmacologici nella gestione del paziente con delirium in terapia intensiva	Descrittivo	120 infermieri hanno ricevuto il sondaggio e 39 hanno risposto	Una strategia di rotazione giorno-notte è essenziale per prevenire il delirium o per diminuire il tempo di confusione.

<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Ungarian et al., (2019)	Fornire una panoramica del delirium e dei trattamenti non farmacologici; discutere gli attuali approcci farmacologici; rivedere la farmacologia della dexmedetomidina; e confrontarla con le attuali strategie di gestione farmacologica per il delirium.	Revisione della letteratura	Pazienti di terapia intensiva	Si suggerisce l'uso di dexmedetomidina per gestire il delirium oltre ai trattamenti non farmacologici.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Schreier, (2010)	L'assistenza infermieristica del delirium in pazienti ospedalizzati.			Interventi suggeriti: ridurre il dolore, riorientamento ripetuto del paziente, l'ascolto di musica, la rimozione di cateteri non appena possibile, astenersi dall'uso di restrizioni, attenta gestione dei farmaci,

				antidolorifici programmati, riduzione al minimo di rumori e stimoli non necessari e deambulazione precoce.
<i>Autore (anno)</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Disegno</i>	<i>Campione setting di studio</i>	<i>Risultati principali</i>
Yevchak et al., (2012)	Descrivere l'esperienza e la conoscenza degli infermieri in merito alla valutazione e alla gestione del delirium negli anziani ricoverati.	Qualitativo, pilot-study	16 infermieri Reparto di chirurgia, medicina, ortopedia	Valutare lo stato cognitivo del paziente e utilizzare tecniche non farmacologiche.

(Tabella 3. Risultati)

Dalla ricerca effettuata non sono stati reperiti articoli che trattassero esclusivamente la gestione notturna del paziente con delirium. L'analisi degli studi selezionati prende in considerazione quattro sotto temi importanti: il trattamento farmacologico, il trattamento non farmacologico, la contenzione fisica e le tecniche di prevenzione ed educazione sanitaria.

4.2 Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico è considerato l'ultima risorsa nella gestione dell'agitazione associata a delirium (Schreier, 2010). Ad oggi, non ci sono interventi farmacologici precisi approvati dalla FDA (Ungarian et al., 2019), e nello studio di Palacios-Ceña (2016) i medici hanno affermato di non avere un farmaco di riferimento per il trattamento del delirium. Ed è per questo che, viene spesso utilizzata un'ampia gamma di farmaci

secondo criteri ed esperienza personale senza che sia concordato un chiaro protocollo. In questo modo alcuni pazienti hanno ricevuto trattamenti diversi a seconda del medico di turno (Palacios-Ceña et al., 2016). I farmaci principalmente utilizzati sono l'alooperidolo, antipsicotici atipici come olanzapina, quetiapina e risperidone e la dexmedetomidina che sembra avere un effetto favorevole sulla riduzione dell'incidenza e sulla durata del delirium (Ungarian et al., 2019). Secondo la maggior parte degli infermieri, i medici sottovalutano la gravità del paziente con delirium, quindi prescrivono dosi farmacologiche inferiori al range terapeutico; questo è un problema che si presenta soprattutto durante il turno di notte (Palacios-Ceña et al., 2016). Tuttavia, nello studio di Teece et al., (2020) si evince come l'uso di sedazione farmacologica viene utilizzata maggiormente durante la notte con un aumento della dose di Lorazepam e Aloperidolo.

I farmaci rappresentano inoltre, un fattore di rischio e aggravante per il delirium, soprattutto in pazienti anziani (Kratz, 2008) essendo soggetti ad alterazioni del metabolismo ed eliminazione dei farmaci (Schreier, 2010) e più comunemente sottoposti a poli terapia (Cullen & Balas, 2017). I farmaci che più comunemente causano delirium sono agenti psicoattivi come le benzodiazepine, analgesici narcotici come la morfina, farmaci con effetti anticolinergici (Kratz, 2008) e meperidina (Schreier, 2010; Cullen & Balas, 2017). Ed è per questo che è importante interrompere l'assunzione di qualsiasi farmaco non necessario, poiché possono essere una potenziale causa di delirium. Infatti, nel lavoro di Cullen e Balas (2017), emerge come a causa delle potenziali reazioni avverse agli antipsicotici, si raccomanda, generalmente di utilizzarli solo se gli interventi non farmacologici hanno fallito, alla dose di efficacia più bassa e per il periodo di tempo più breve. Ma soprattutto per trattare i pazienti che sono gravemente agitati e che minacciano la propria sicurezza e quella degli altri. Dunque, i farmaci conosciuti causare delirium o avere un alto potenziale anticolinergico devono essere interrotti e deve esserci un'alternativa adeguata a tali pazienti (Ungarian et al., 2019).

Infine, per prevenire e gestire il paziente con delirium è ritenuta importante la somministrazione di terapia farmacologica per la gestione del dolore senza interrompere il sonno del paziente (Yevchak et al., 2012). Si deve comunque porre attenzione alla scelta del farmaco in quanto gli antidolorifici hanno un effetto sul delirium (Schreier, 2010) e preferibilmente devono essere utilizzati farmaci non oppiacei (Cullen & Balas, 2017).

4.3 Trattamento non farmacologico

Gli interventi non farmacologici per la gestione del paziente con delirium comprendono soprattutto: fornire supporto fisiologico, orientamento, mobilitazione, pianificazione e supporto per il sonno (Öztürk Birge & Tel Aydin, 2017). Gestire le cause profonde del delirium è fondamentale, e si consiglia di rassicurare ed educare i pazienti e i loro cari. Continuità assistenziale, coinvolgimento delle famiglie e ottimizzazione dell'ambiente sono tutti elementi importanti nella gestione del delirium e un approccio multidisciplinare consente un'alta qualità assistenziale e migliora i risultati dei pazienti (Dixon, 2018). In caso di agitazione del paziente l'obiettivo principale dell'assistenza infermieristica è mantenere il paziente al sicuro (Schreier, 2010). L'osservazione e la valutazione visiva per rilevare e interpretare i segni e sintomi del delirium sono degli aspetti fondamentali per la valutazione infermieristica e per la sicurezza del paziente (Irene Schofield et al., 2012). Nello studio di Yevchak et al., gli infermieri suggeriscono, per una maggiore sorveglianza, di raggruppare i pazienti con delirium nella stessa stanza (2012) avvantaggiando così, il lavoro degli infermieri ma non quello del paziente il quale potrebbe trarre maggior beneficio da una stanza singola (Schofield et al., 2012).

Gli infermieri rilevano la comparsa di delirium durante l'assistenza notturna e molti mettono in dubbio la necessità di svegliare costantemente il paziente per attuare interventi infermieristici in quanto ciò comprometterebbe la fase del riposo (Palacios-Ceña et al., 2016). La maggior parte degli interventi suggeriti dagli infermieri hanno coinvolto modifiche ambientali in cui si andava a controllare la quantità e qualità degli stimoli ricevuti dal paziente. L'ambiente per il paziente con delirium è un fattore che può indurre all'agitazione ma può essere anche uno di recupero (Yevchak et al., 2012) quindi è importante che sia confortevole e sicuro (Karabulut & Aktaş, 2016). Fornire un orologio di 24 ore, un calendario e una segnaletica chiara può aiutare ad affrontare il deterioramento cognitivo e il disorientamento, ed è importante evitare di spostare il paziente in una nuova area dell'ospedale (Dixon, 2018). Nello studio di Kratz (2008) si evidenzia come la promozione del sonno è un'importante strategia nella gestione del delirium e si sottolinea come fornendo al paziente un normale ciclo sonno/veglia si previene e si riduce l'agitazione. Il rumore è il fattore determinante per la causa di delirium nei pazienti di notte e dunque è importante per gli infermieri ridurre il rumore notturno (Dixon, 2018), abbassando i suoni di allarme dei monitor in terapia intensiva ed

evitando conversazioni notturne tra professionisti (Karabulut & Aktaş 2016; Palacios-Ceña et al., 2016). Il personale infermieristico oltre alla riduzione del rumore, ha implementato alcuni interventi per favorire il sonno, quali la riduzione del disordine nelle stanze (Kratz, 2008) e la riduzione delle luci (Karabulut, & Aktaş. 2016) fornendo un'atmosfera di penombra (Öztürk Birge & Tel Aydin, 2017). Inoltre, nello studio di Van Rompaey et al., si è dimostrato che i pazienti che dormivano con i tappi per le orecchie hanno riportato una migliore percezione del sonno, e hanno sviluppato confusione più tardi rispetto ai pazienti che dormivano senza tappi (2012). Dallo studio di Hanes e Colancecco è risultato come sia fondamentale, applicare una strategia di rotazione giorno-notte per prevenire il delirium in modo che il paziente riesca a distinguere le varie fasi della giornata e orientarsi meglio (2018). Il sonno può essere promosso anche attraverso semplici interventi come l'uso di bevande decaffeinatate (Kratz, 2008) e di coperte calde con un rapido massaggio alla schiena per fornire comfort (Yevchak et al., 2012). Nello studio di Taguchi et al., (2007) viene utilizzata la strategia della luce intensa come miglior metodo per mantenere o ripristinare il naturale ritmo circadiano promuovendo il risveglio diurno attraverso l'utilizzo di luci intense. Regolando così, il ritmo circadiano, si migliorano le condizioni generali del paziente riducendo al minimo il loro stress e diminuendo i casi di delirium notturno. Ma i primi interventi da attuare durante l'agitazione del paziente sono le tecniche di orientamento e di moderazione verbale (Öztürk Birge & Tel Aydin, 2017). Gli infermieri consigliano di utilizzare una conversazione lenta e tranquilla, rassicurando il paziente usando frasi brevi e semplici e chiamandolo per nome. È fondamentale, inoltre, ripetere le domande e dare tempo sufficiente per rispondere (Karabulut & Aktas., 2016). Uno degli interventi più efficaci è l'uso della tecnica della reminiscenza poiché può condurre a un periodo di riorientamento del paziente. La moderazione verbale però, è spesso accolta con scetticismo dagli infermieri che lavorano durante il turno di notte (Palacios-Ceña et al., 2016). Tutto questo è possibile cercando di evitare la deprivazione visiva e uditiva assicurando una visione e un udito adeguati (Kratz, 2008) attraverso l'uso di occhiali e apparecchi acustici (Öztürk Birge & Tel Aydin, 2017).

La mobilitazione, camminare o altri esercizi fisici sono strategie per prevenire e gestire il delirium ma non sempre applicate perché sono misure che richiedono molto tempo

(Yevchak et al., 2012) e sono complicate da eseguire a causa della mancanza di personale e attrezzature (Palacios-Ceña et al., 2016).

La collaborazione dei famigliari può rivelarsi un altro accorgimento importante per migliorare la gestione del paziente con delirium; questi spesso riluttanti, possono aiutare l'infermiere nella sorveglianza, riferendo qualsiasi cambiamento notato nel paziente (Yevchak et al., 2012). L'inclusione dei famigliari nella pianificazione e nell'erogazione delle cure porta a un miglioramento generale nei risultati del paziente, per essere efficace, questa dovrebbe iniziare non appena il paziente viene ammesso nella struttura ospedaliera (Dixon, 2018).

Dal momento che l'ansia, il dolore e i sedativi esacerbano o prolungano il delirium (Hanes & Colancecco, 2018) molti infermieri utilizzano la musicoterapia, in particolare la musica rilassante o il canale relax sulla televisione come strategia non farmacologica (Schreier, 2010). Difatti, nello studio di Hanes e Colancecco (2018), viene descritto come la musicoterapia diminuisca l'ansia nei pazienti, fornendo benefici fisiologici dopo 30 minuti di trattamento, portando alla riduzione di sedativi in paziente intubati e riducendo il dolore chirurgico se utilizzata durante l'intervento e questo.

Tra le altre strategie di gestione che gli infermieri utilizzano per prevenire e gestire il delirium c'è la diversione fisica e cognitiva, ed è per questo che vengono forniti ai pazienti libri, puzzle, riviste o giornali (Yevchak et al., 2012).

Infine, è importante garantire il funzionamento fisiologico del paziente, quindi monitorare i parametri vitali, l'ossigenazione attraverso eventuale ossigenoterapia e la temperatura corporea. Inoltre, si deve porre attenzione all'esigenze igieniche del paziente, al bilancio idro elettrolitico e fornire un'alimentazione adeguata (Karabulut & Aktas,, 2016). Fondamentale, è anche migliorare l'idratazione per prevenire la disidratazione, la stitichezza e cercare di utilizzare meno frequentemente l'uso di cateteri vescicali (Kratz, 2008).

4.4 Contenzione fisica

Le restrizioni fisiche sono più comunemente applicate dagli infermieri che lavorano durante il turno notturno e l'agitazione è il motivo principale per la quale si ricorre alla contenzione fisica. L'agitazione causata dal delirium può interferire con la somministrazione delle terapie per il sostenimento vitale, perciò le restrizioni sono utilizzate anche nella prevenzione all'estubazione o alla rimozione di dispositivi medici quali accessi venosi centrali, accesso arterioso e sondino naso-gastrico (Teece et al., 2020). La necessità di garantire la sicurezza del paziente durante un episodio di delirium è fondamentale per gli infermieri che, quindi, ricorrono alla contenzione (Schofield et al., 2012) per impedire ai pazienti di cadere e rimuovere dispositivi medici (Karabulut & Aktas., 2016).

La maggior parte dei professionisti ha segnalato l'uso indiscriminato di restrizioni (Palacios-Ceña et al., 2016) e non tutti gli infermieri hanno una conoscenza adeguata sugli aspetti legali delle restrizioni fisiche (Teece et al., 2020). Queste erano utilizzate quando il contenimento verbale falliva e divenivano una misura utilizzata in attesa di ordini medici più precisi, nonostante si sappia che l'uso debba essere prescritto dal medico (Palacios-Ceña et al., 2016). I pazienti trattenuti attraverso la contenzione fisica hanno mostrato paranoia intensificata, agitazione psicomotoria, confusione (Teece et al., 2020) e ulteriori problemi come perdita di mobilità, ulcere da pressione, aspirazione e delirium prolungato (Kratz, 2008).

4.5 Tecniche di prevenzione ed educazione sanitaria

Spesso, gli infermieri, trovano difficoltà nell'erogare assistenza infermieristica di alta qualità a un complesso mix di pazienti, in particolare quando i pazienti hanno diagnosi di demenza o di delirium. Un ostacolo importante all'implementazione degli interventi infermieristici, soprattutto per quelli non farmacologici sulla gestione del delirium, è la mancanza di educazione e di protocolli riguardo le migliori pratiche da attuare (Yevchak et al., 2012). Infatti, la revisione di Hosie et al., (2019) ha evidenziato ad esempio come le tecniche non farmacologiche per trattare il delirium non venivano utilizzate per i pazienti in reparti di cure palliative.

I pazienti, soprattutto dopo interventi chirurgici hanno un alto rischio a sviluppare delirium, e un programma infermieristico pre-operatorio può ridurre l'incidenza nel periodo post- operatorio, può favorire il riconoscimento precoce dei fattori di rischio da parte degli infermieri e la gestione sistematica della fase acuta (Guo & Fan, 2016).

Nello studio di Kratz l'uso di un protocollo basato sull'evidenza è stato intrapreso per implementare interventi infermieristici idonei e diminuire gli esiti negativi associati a delirium/confusione acuta. Dopo l'implementazione, l'unità medico-chirurgica ha registrato una riduzione del 62% delle cadute. L'uso di farmaci noti per causare confusione acuta è stato ridotto di più del 50%. Dall'attuazione, il tasso di caduta e l'uso di sistemi di contenzione sono diminuiti del 25% (2008). Inoltre, il delirium nei pazienti anziani con frattura dell'anca è comune e conduce a un aumento del carico di lavoro infermieristico. L'attuazione di un programma di prevenzione e gestione del delirium può condurre a una diminuzione del carico di lavoro soprattutto nel turno notturno nel reparto traumatologico (Pretto et al., 2009). Infine, si è dimostrato come la progettazione della pratica in collaborazione con vari professionisti sulla gestione del paziente con delirium ha portato a riduzione dell'incidenza, alla diminuzione dell'uso di restrizioni fisiche e chimiche e minori disagi durante il turno notturno (Day et al., 2009).

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura conferma che il delirium nei pazienti ricoverati in ospedale, è uno dei problemi che maggiormente impegna gli infermieri nella gestione assistenziale, in particolare nel turno notturno. Gli infermieri sono le figure professionali che hanno un contatto prolungato sia con il malato che con la famiglia e quindi sono fondamentali per valutare l'insorgenza del delirium e decidere il miglior intervento da attuare. Il lavoro svolto durante il turno notturno si è dimostrato un tema poco esplorato, nonostante sia considerato uno dei più problematici nella gestione del paziente delirante; dall'analisi degli articoli si evince come sia stata dedicata più attenzione alle strategie da mettere in atto per prevenire il delirium, che ai problemi correlati e alle attività da eseguire durante quest'ultimo. Infatti, gli studi revisionati, evidenziano come gli interventi applicati nel turno notturno sono maggiormente concentrati sulla prevenzione, la quale è probabilmente la strategia di gestione più efficace con cui intervenire (Guo & Fan, 2016); in questo modo, riconoscendo preventivamente i soggetti a rischio, si cerca di evitare attraverso numerose strategie la fase delirante. La diagnosi precoce è importante per trattare la condizione, orientare il paziente e impedire che la malattia raggiunga livelli irreversibili o ci sia un danno. La gestione del delirium si basa soprattutto su attività di prevenzione, diagnosi precoce e trattamenti farmacologici e non. Dall'analisi degli articoli è possibile dedurre i migliori interventi non farmacologici da attuare al fine di trattare tempestivamente il delirium. Gli interventi non farmacologici più efficaci sono risultati:

- Riorientamento cognitivo
- Ambiente adeguato
- Monitoraggio visivo
- Miglioramento del ciclo sonno veglia
- Promozione del sonno
- Mobilità anticipata e riabilitazione fisica
- Adattamenti per disturbi visivi e uditivi
- Assicurare la vicinanza dei familiari
- Parlare con il paziente, comunicazione attiva
- Gestione del dolore

- Musicoterapia
- Fornire orientamento con il calendario e ora
- Idratazione
- Nutrizione adeguata
- Regolazione della funzionalità intestinale
- Ossigenazione
- Ridurre l'uso di cateteri vescicali

Dalla letteratura si evidenzia anche come sia importante ricorrere alla terapia farmacologica solo quando nessun altro intervento è risultato efficace. Nonostante gli infermieri pensino che i medici utilizzino dosi farmacologiche inferiori al fabbisogno dei pazienti e che quindi non riescano a gestire la fase delirante, i risultati dei vari studi sottolineano che i farmaci dovrebbero essere usati solo se necessari e alla minima dose terapeutica. La motivazione di ciò è che numerosi farmaci possono causare delirium (Cullen & Balas, 2017), soprattutto nei pazienti anziani (Kratz, 2008; Cullen & Balas 2017), sottoposti maggiormente a politerapia. L'uso di restrizioni fisiche è utilizzato soprattutto durante il turno notturno; i motivi principali per quale vengono utilizzate sono la sicurezza e la prevenzione della rimozione dei dispositivi medici (Teece et al., 2020). La contenzione fisica tuttavia, deve essere attentamente prescritta e gli infermieri non sempre conoscono gli aspetti legali ed è fondamentale che siano consapevoli di come e quando le diverse forme di contenzione devono essere utilizzate attraverso interventi di formazione. Infatti, un problema rilevante è la mancanza sia di formazione degli infermieri (Yevchak et al., 2012) che di chiare raccomandazioni. L'uso di un protocollo e interventi mirati che prevedevano strategie di prevenzione primaria nei pazienti ospedalizzati ha condotto a un miglioramento sostanziale non solo del carico di lavoro (Preto et al., 2009), ma anche dell'incidenza di delirium nel paziente ospedalizzato (Kratz, 2008). Per questo, l'uso di protocolli, piani assistenziali mirati standardizzati possono aiutare non solo l'equipè infermieristica ma anche quella medica nella gestione del paziente con delirium durante il turno notturno.

Al fine di garantire una gestione ottimale del paziente con delirium durante il turno notturno, tali strumenti dovrebbero prevedere i seguenti interventi da attuare:

- Frequente monitoraggio visivo

- Evitare l'interruzione del sonno
- Fornire penombra di notte
- Evitare conversazioni rumorose tra i professionisti
- Silenziare gli allarmi dei monitor
- Posizione comoda
- Utilizzo di tappi per le orecchie
- Parlare lentamente con frasi comprensibili, rivolgendosi al paziente con il nome
- Evitare l'uso inappropriato di contenzione fisica
- Evitare la politerapia
- Gestione del dolore

Implicazione per future ricerche

Al fine di una migliore comprensione del fenomeno e un'appropriata gestione infermieristica, dovrebbero essere condotti ulteriori studi riguardo il turno notturno, dove la ricerca in questo ambito è piuttosto carente. In particolare, potrebbe essere interessante indagare sulla esclusiva gestione del paziente durante il turno notturno e sulle reali problematiche che ne conseguono, oltre che comprendere meglio le reali motivazioni e uso della contenzione fisica durante la notte. Inoltre, indagare sulle dinamiche e sul vissuto degli infermieri nel caring notturno, potrebbero rappresentare un filone di ricerca da esplorare al fine di condurre una migliore assistenza infermieristica.

CONCLUSIONE

Il delirium è una patologia molto spesso sottovalutata, è frequente infatti, che persone che non hanno un preesistente declino cognitivo, trovandosi in un ambiente ospedaliero e quindi diverso da quello domestico, sviluppino improvvisamente agitazione e confusione. Il quadro clinico del delirium è caratterizzato da estrema variabilità, a volte prevale l'ansia, irritabilità ed aggressività, altre volte si manifesta apatia e letargia. Si stima che circa un terzo degli individui ricoverati in ospedale di età superiore ai 70 anni sviluppino delirium ed è comune soprattutto in seguito ad interventi ortopedici, cardiocirurgici, e alla permanenza in terapia intensiva e alla ventilazione meccanica. Questo si è dimostrato un problema per la gestione infermieristica soprattutto nel turno notturno poiché il numero degli infermieri e del personale di supporto è minore e molte volte, proprio durante la notte, la patologia peggiora. La mancanza di chiare raccomandazioni sulla gestione durante il turno notturno conduce ad un'assistenza non sempre lineare ed efficace. La revisione condotta, ha evidenziato come la gestione infermieristica del paziente con delirium durante il turno notturno si basa principalmente sulla prevenzione, trattamenti non farmacologici e su terapia farmacologica. Tuttavia, è un tema che può essere largamente ampliato, e necessita di ulteriori studi che possano condurre ad una standardizzazione degli interventi e alla formulazione di raccomandazioni appropriate basate sulle evidenze disponibili. Poiché gli studi analizzati, considerano l'efficacia di singoli interventi, sarebbe utile integrare tutti gli interventi in un unico protocollo che preveda strategie specifiche per il caring notturno e valutarne l'efficacia.

BIBLOGRAFIA

- Abelli, M., Pini, S., Martinelli, R., & Forfori, F. (2019). Il delirium: una riconsiderazione delle caratteristiche cliniche e prospettive di trattamento con il passaggio dal DSM-IV al DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 54(5), 218-223.
- Association., A. P. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. *American Psychiatric Publishing*.
- Brown, T. M., & Boyle, M. F. (2002). Delirium. *Bmj*, 325(7365), 644-647.
- Brugnettoni L, Chiarabelli M, Frattarolo R. L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium. Da Centro Studi EBN Attività 2004 – 11° corso: 25-42.
- Cavallazzi, R., Saad, M., & Marik, P. E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Annals of intensive care*, 2(1), 49.
- Cullen, E., & Balas, M. C. (2017). Delirium monitoring and management in the acute care setting. *The Nurse practitioner*, 42(12), 37–42.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalised older people: a participatory action research study. *International journal of nursing studies*, 46(1), 13–22.
- De Cordova, P. B., Phibbs, C. S., & Stone, P. W. (2013). Perceptions and observations of off-shift nursing. *Journal of nursing management*, 21(2), 283-292.
- Dixon, M. (2018). Assessment and management of older patients with delirium in acute settings. *Nursing Older People*, 35-42.
- Guo, Y., & Fan, Y. (2016). A preoperative, nurse-led intervention program reduces acute postoperative delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(4), 229-235.
- Hanes, E., & Colancecco, E. (2018). A pilot study of nonpharmacologic management of delirium. *Nursing2019*, 48(8), 66-67.
- Harrington, C. J., & Vardi, K. (2014). Delirium: presentation, epidemiology, and diagnostic evaluation (part 1). *Rhode Island medical journal (2013)*, 97(6), 18–23.

- Hosie, A., Siddiqi, N., Featherstone, I., Johnson, M., Lawlor, P. G., Bush, S. H., Amgarth-Duff, I., Edwards, L., Cheah, S. L., Phillips, J., & Agar, M. (2019). Inclusion, characteristics and outcomes of people requiring palliative care in studies of non-pharmacological interventions for delirium: A systematic review. *Palliative medicine*, 33(8), 878–899.
- Inouye S. K. (2006). Delirium in older persons. *The New England journal of medicine*, 354(11), 1157–1165.
- Karabulut, N., & Aktaş, Y. Y. (2016). Nursing management of delirium in the postanesthesia care unit and intensive care unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(5), 397-405.
- Kemp J. (1984). Nursing at night. *Journal of advanced nursing*, 9(2), 217–223.
- Kratz A. (2008). Use of the acute confusion protocol: a research utilization project. *Journal of nursing care quality*, 23(4), 331–337.
- Lindesay, J. (1999). The concept of delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 310–314.
- Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Critical care clinics*, 24(4), 657-722.
- NICE. (2010). Delirium: prevention, diagnosis and management . *National Institute for Health and Care Excellence*, 1-22.
- Öztürk Birge, A., & Tel Aydın, H. (2017). The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 41, 33–42.
- Palacios-Ceña, D., Cachón-Pérez, J. M., Martínez-Piedrola, R., Gueita-Rodríguez, J., Perez-de-Heredia, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ open*, 6(1)
- Palese, A., & Saiani, L. (2010). Quanto lunga e difficile la notte in ospedale. *Editore*.

- Paola Gnerre, C. B. (2013). Delirium nell'anziano - Parte i: diagnosi, prevenzione, trattamento. *Italian Journal of Medicine*, 1-12.
- Pretto, M., Spirig, R., Milisen, K., DeGeest, S., Regazzoni, P., & Hasemann, W. (2009). Effects of an interdisciplinary nurse-led Delirium Prevention and Management Program (DPMP) on nursing workload: a pilot study. *International journal of nursing studies*, 46(6), 804-812.
- Saiani, L., Brugnolli, A., Ghitti, M. G., Martin, S., Rinaldi, N., & Zannini, L. (2010). L'assistenza infermieristica durante la notte: revisione narrativa della letteratura.
- Schofield, I., Tolson, D., & Fleming, V. (2012). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis. *Nursing inquiry*, 19(2), 165–176.
- Schreier, A. M. (2010). Nursing care, delirium, and pain management for the hospitalized older adult. *Pain Management Nursing*, 11(3), 177-185.
- Taguchi, T., Yano, M., & Kido, Y. (2007). Influence of bright light therapy on postoperative patients: a pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 289-297.
- Teece, A., Baker, J., & Smith, H. (2020). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of clinical nursing*, 29(1-2), 5–19.
- Ungarian, J., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2019). Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective?. *Critical care nurse*, 39(4), e8–e21.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical care (London, England)*, 16(3), R73.
- Yevchak, A., Steis, M., Diehl, T., Hill, N., Kolanowski, A., & Fick, D. (2012). Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. *International journal of older people nursing*, 7(2), 152–162.

SITOGRAFIA

Huang, J. (2019). Delirium. *Memory Impairment and Neurodegenerative Dementia (MIND) Center*. Disponibile in:

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/delirium-e-demenza/delirium> [05/11/2020]

Levati, A., Bono, D., Gorrin, M., Liberato, L., Mascherpa, A., Scabrosetti, R., Rapetti, I (2014). Raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento nel paziente anziano ricoverato. Disponibile in:

https://www.asst-pavia.it/sites/default/files/documenti%20riservati/Racc_prev_tratt_delirio_anziano_rev_0_2014_0.pdf [07/11/2020]

ALLEGATI

BANCHE DATI	TERMINI MESH	LIMITI	N°ARTICOLI	ARTICOLI SELEZIONATI
Medline	“Nursing” [Mesh] AND “delirium” [Mesh] AND “night”	/	3	2

BANCHE DATI	TERMINI MESH	LIMITI	N°ARTICOLI	ARTICOLI SELEZIONATI
Medline	“Nursing” [Mesh] AND “Delirium” [Mesh]	10 years Adult 19+years	122	13

BANCHE DATI	TERMINI MESH	LIMITI	N°ARTICOLI	ARTICOLI SELEZIONATI
Medline	"Nursing" [Mesh] AND "Delirium"[Mesh] AND "sleep"	Adult 19+years	13	3

(Allegato 1)

RINGRAZIAMENTI

Tutti sono a conoscenza del fatto di quanto io sia di poche parole quando devo esporre i miei pensieri ma a conclusione di questo percorso, desidero menzionare tutte le persone, senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.

Un ringraziamento particolare alla mia relatrice la professoressa Letizia Tesei, che ha saputo guidarmi, con suggerimenti pratici, nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato, il suo supporto è stato prezioso.

Vorrei ringraziare i tutor Palumbo, Giambartolomei e Falcetelli che ci hanno accompagnato in questo percorso universitario e al mio presidente di corso Sandro Ortolani che ci ha sempre sostenuto.

Vorrei ringraziare, i miei genitori Piera e Gianfranco, senza cui il supporto economico e morale non avrei avuto la possibilità di intraprendere questo percorso universitario, di essermi accanto nei momenti più difficili e di essere oggi quella che sono. Grazie per il vostro costante incoraggiamento, senza di voi non sarei mai arrivata fin qui, spero che i sacrifici da essi sostenuti oggi, almeno in parte, verranno ripagati.

Grazie alla mia piccola grande sorella Francesca, a cui non dico mai quanto le voglio bene, sei semplicemente la parte più bella di me. Ti auguro di avere le migliori soddisfazioni della vita e sai che per qualsiasi cosa potrai sempre contare su di me.

Ringrazio le mie persone preferite: i miei nonni Cesare, Ninetta, Maria e Guido, ovunque tu sia. Siete la colonna portante della mia famiglia e i miei più grandi sostenitori, dedico a voi questo mio percorso universitario. Grazie alla mia famiglia pazza speciale per la loro costante presenza, le mie zie Ada, Nadia, Mirella, i miei zii Domenico, Vincenzo, Tonino e i miei cugini Jacopo, Dalila, Monica, Maria Chiara e Raffaele.

Un grazie speciale a Riccardo, a cui non dico mai abbastanza grazie per supportarmi e supportarmi come nessun altro. Grazie per la sua infinita pazienza e per condividere con me ogni momento della mia vita.

Un ringraziamento doveroso alle mie amiche: Angela, Deborah, Giorgia, Katia, Lucrezia, Maura e Sabrina così diverse ma sempre unite. Dopo tutti questi anni siete ancora delle presenze costanti nella mia vita. Grazie perché siete per me casa e lo sarete per sempre, Vi voglio un bene immenso.

Un grazie fondamentale ad Angelica, non troverò mai le parole adatte per ringraziarti e farti comprendere quanto tu sia stata importante in questo percorso. Prima di iniziare il mio viaggio universitario non avrei mai pensato di poter trovare un'amicizia vera come la nostra. Non dimenticherò mai i miei primi giorni in casa e di come tu sia diventata una sicurezza.

Grazie a Fabio per esser stato semplicemente il fratello che non ho mai avuto. Siete la mia famiglia acquisita e non lo dimenticherò mai.

Un ringraziamento importante a Sofia e Francesca per aver trovato delle amiche speciali su cui ho sempre potuto contare, probabilmente oggi siete le uniche che possono davvero comprendere quanto siano stati duri ma allo stesso tempo belli questi anni universitari. Grazie perché mi avete insegnato ad essere più leggera e spensierata quando ne avevo bisogno, siete e sarete sempre le mie socie.

Grazie a Cristina e Federica per il vostro supporto prezioso, voi sapete quanti sforzi ci sono dietro questa tesi. Saremo sempre costantemente impreparate insieme.

Grazie a Gabriella per il nostro legame speciale, nonostante la lontananza e i km che ci dividono so di poter contare su di lei per qualsiasi cosa.

E infine, un grazie a tutti coloro (e con tutti, intendo proprio tutti) hanno avuto un peso determinante nel conseguimento di questo risultato, punto di arrivo e contemporaneamente di partenza della mia vita. Grazie per aver condiviso con me in questi tre anni le esperienze più importanti.