

## **INDICE**

### **ABSTRACT**

<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	pag. 1
<b>1.1</b> Epidemiologia .....	pag. 2
<b>1.2</b> Sintomatologia .....	pag. 2
<b>1.3</b> Fattori di rischio .....	pag. 3
<b>1.4</b> Diagnosi .....	pag. 4
<b>1.5</b> Strumenti di valutazione .....	pag. 4
<b>1.5.1</b> Il Confusion Assessment Method (CAM) .....	pag. 5
<b>1.5.2</b> La Neecham Confusion Scale.....	pag. 6
<b>1.5.3</b> Il 4AT .....	pag. 9
<b>1.5.4</b> La Delirium Observation Screening scale (DOS) .....	pag. 10
<b>1.6</b> Esiti del delirium .....	pag. 11
<b>1.7</b> Strategie per la prevenzione del delirium .....	pag. 12
<b>1.7.1</b> Strategie non farmacologiche .....	pag. 12
<b>1.7.2</b> Contenzioni meccaniche.....	pag. 13
<b>1.7.3</b> Ruolo dei caregiver.....	pag. 13
<b>1.7.4</b> Strategie farmacologiche .....	pag. 14
<b>2. OBIETTIVO</b> .....	pag. 15
<b>3. MATERIALI E METODI</b> .....	pag. 16
<b>4. RISULTATI</b> .....	pag. 18
<b>5. DISCUSSIONE</b> .....	pag. 31
<b>6. CONCLUSIONI</b> .....	pag. 33

<b>7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA.....</b>	<b>pag. 33</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>pag. 34</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>pag. 37</b>
-Copia del questionario somministrato .....	pag. 37
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>pag. 42</b>

## 1. INTRODUZIONE

Il termine delirio viene definito dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) dell'American Psychiatric Association come un disturbo dell'attenzione inteso come ridotta capacità di dirigere, focalizzare, sostenere, spostare l'attenzione, della consapevolezza rivolta al ridotto orientamento ambientale, come risultato di deficit cognitivi, disregolazione emotiva e alterazione del funzionamento psicomotorio che non sono spiegati da un altro disturbo neuro cognitivo preesistente, stabilito o in evoluzione (Raquel et al - 2024/ Wilson et al - 2020).

Tale disturbo si sviluppa in un breve periodo di tempo, di solito entro poche ore o pochi giorni.

In particolare il delirio è il disturbo acuto più comune della funzione cognitiva nei pazienti anziani (Iglseider et al - 2022).

Influiscono dei fattori di rischio che possono essere predisponenti quali le caratteristiche della persona assistita come l'aumento dell'età, il deterioramento cognitivo, le fragilità, le comorbidità e l'abuso di alcol; in alternativa fattori definiti precipitanti vale a dire i fattori relativi alla malattia acuta di presentazione, le lesioni, i traumi, gli interventi chirurgici, le reazioni avverse ai farmaci, l'ambiente sanitario, le complicazioni mediche, l'infiammazione e la sepsi (Raquel et al 2024/ Wilson et al - 2020).

Le sue ripercussioni comprendono una serie di eventi avversi come il deterioramento funzionale e cognitivo duraturo che può imporre un onere aggiuntivo alla famiglia e ai caregiver, l'aumento della durata della degenza ospedaliera e un carico supplementare all'assistenza infermieristica con aumento delle spese, della necessità di cure istituzionali e dei tassi di mortalità.

Pertanto è fondamentale effettuare degli interventi per prevenire il delirio e ridurre le conseguenze avverse.

L'approccio migliore è quello di mettere in pratica delle misure di sicurezza gestendo le cause del delirio e integrando la famiglia nel setting di cura.

Ad oggi la diagnosi è su base clinica a seconda della presenza o meno di alcune caratteristiche definenti (Wilson et al - 2020).

## **1.1 Epidemiologia**

Il delirio colpisce fino al 42% dei ricoverati e il 25% degli anziani ospedalizzati, l'insorgenza è acuta o subacuta (da una ora a giorni) ed è spesso associata all'insorgenza di malattie fisiche.

La durata è molto variabile, va da poche ore a mesi, con una durata massima totale di 6 mesi ma molto spesso gli stati deliranti si risolvono entro 1-2 settimane richiedendo un maggiore impegno da parte degli infermieri e dei familiari.

La relazione tra delirio ed età avanzata è stata dimostrata in numerosi studi, in quanto l'invecchiamento è caratterizzato dalla progressiva perdita di risorse e adattabilità, comprese le funzioni cerebrali, tuttavia non è chiaro fino a che punto l'età sia un fattore di rischio o se altri fattori associati all'età come la riduzione dello stato di salute, la compromissione sensoriale, le multimorbilità, i deficit neuro cognitivi e la polifarmacoterapia definiscano l'aumento del rischio (Iglseider et al - 2022).

## **1.2 Sintomatologia**

I sintomi principali includono:

- compromissione della cognizione e della coscienza
- incapacità di dirigere l'attenzione, irrequietezza e ipoattività
- percezione limitata degli stimoli ambientali e disorientamento situazionale
- percezioni errate e allucinazioni visive
- disturbi cognitivi (della memoria e del linguaggio)
- risposta di spavento in relazione a interventi sanitari

Questi sintomi spesso si aggravano nelle prime ore della sera e non possono essere meglio spiegati da altri disturbi neuro cognitivi preesistenti o in via di sviluppo (Wilson et al - 2020).

### 1.3 Fattori di rischio

Sono presenti dei fattori predisponenti (vulnerabili) e agenti scatenanti (nocivi) del delirio:

Fattori predisponenti	Agenti scatenanti
Età avanzata	Interventi chirurgici
Deficit neurocognitivo	Re-chirurgia
Fragilità	Perdita ematica acuta
Multimorbilità	Unità di terapia intensiva
Disturbi sensoriali	Infezioni acute
Anemia	Farmaci anticolinergici e psicoattivi
Malnutrizione	Privazione del sonno
Abuso	Immobilizzazione
Depressione	Astinenza
Isolamento sociale	Misure coercitive (contenzioni meccaniche)

*Tabella 1 - fattori predisponenti e agenti scatenanti del delirio*

Inoltre le malattie croniche renali, epatiche, cardiache, polmonari e del sistema nervoso centrale svolgono un ruolo significativo come fattori di rischio nel contesto delle multimorbilità.

Lo stress psicosociale può essere di notevole importanza ed anche i cambiamenti improvvisi, come il ricovero in ospedale o in una casa di cura, possono scatenare il delirio; altri fattori possono essere la privazione di stimoli, i cambi di stanza e lo stress degli accertamenti sanitari (Iglseider et al - 2022).

## **1.4 Diagnosi**

La diagnosi di delirium avviene principalmente per via clinica, l'esplorazione, l'osservazione e l'esame obiettivo sono indispensabili.

Le manifestazioni diagnostiche sono:

- incapacità di focalizzare l'attenzione
- perdita della capacità di pensare con chiarezza e coerenza
- percezione limitata degli stimoli ambientali e risposta inadeguata ad essi
- disturbi cognitivi (percettivi e della memoria) spesso caratterizzati da disorientamento situazionale (Iglseider et al - 2022).

## **1.5 Strumenti di valutazione**

Come strumenti di valutazione si possono utilizzare:

- Il Confusion Assessment Method (CAM)
- La Neecham Confusion Scale
- Il 4AT
- La Delirium Observation Screening scale (DOS).

### 1.5.1 Il Confusion Assessment Method (CAM)

E' uno strumento di screening che definisce la presenza di delirio, viene sottoposto a ciascuna persona assistita almeno una volta durante le prime 48 ore di ricovero, inoltre è raccomandato anche per le situazioni di emergenza (Gjestad - 2024).

**Appendix Table 2. The Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm\***

---

**Feature 1. Acute Onset and Fluctuating Course**

This feature is usually obtained from a family member or nurse and is shown by positive responses to the following questions: Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline? Did the (abnormal) behavior fluctuate during the day, that is, tend to come and go, or increase and decrease in severity?

**Feature 2. Inattention**

This feature is shown by a positive response to the following question: Did the patient have difficulty focusing attention, for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

**Feature 3. Disorganized Thinking**

This feature is shown by a positive response to the following question: Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

**Feature 4. Altered Level of Consciousness**

This feature is shown by any answer other than "alert" to the following question: Overall, how would you rate this patient's level of consciousness? (alert [normal], vigilant [hyperalert], lethargic [drowsy, easily aroused], stupor [difficult to arouse], or coma [unarousable])

---

\* The diagnosis of delirium by CAM requires the presence of features 1 and 2 and either 3 or 4.

*Figura 1 - Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye - 1990)*

## 1.5.2 La Neecham Confusion Scale

È uno strumento di screening del delirium basato sull'osservazione e consente l'utilizzo al letto del paziente durante l'assistenza regolare senza impegno per gli assistiti.

In particolare valuta la confusione acuta ed include tre diversi livelli di assesment (Miller - 2004):

NAME / ID: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_  
SCORED BY: \_\_\_\_\_

<b>LEVEL 1 - PROCESSING</b>	
<b>PROCESSING - ATTENTION: (Attention-Alertness-Responsiveness)</b>	
<u>4</u>	<b>Full attentiveness/alertness:</b> responds immediately and appropriately to calling of name or touch—eyes, head turn; fully aware of surroundings, attends to environmental events appropriately.
<u>3</u>	<b>Short or hyper attention/alertness:</b> either shortened attention to calling, touch, or environmental events or hyper alert, over-attentive to cues/objects in environment.
<u>2</u>	<b>Attention/alertness inconsistent or inappropriate:</b> slow in responding, repeated calling or touch required to elicit/maintain eye contact/attention; able to recognize objects/stimuli, though may drop into sleep between stimuli.
<u>1</u>	<b>Attention/alertness disturbed:</b> eyes open to sound or touch; may appear fearful, unable to attend/recognize contact, or may show withdrawal/combatative behavior.
<u>0</u>	<b>Arousal/responsiveness depressed:</b> eyes may/may not open; only minimal arousal possible with repeated stimuli; unable to recognize contact.
<b>PROCESSING - COMMAND: (Recognition-Interpretation-Action)</b>	
<u>5</u>	<b>Able to follow a complex command:</b> "Turn on nurse's call light". (Must search for object, recognize object, perform command.)
<u>4</u>	<b>Slowed complex command response:</b> requires prompting or repeated directions to follow/complete a complex command. Performs complex command in "slow"/over-attending manner.
<u>3</u>	<b>Able to follow a simple command:</b> "Lift your hand or foot Mr...". (Only use 1 object.)
<u>2</u>	<b>Unable to follow direct command:</b> follows command prompted by touch or visual cue—drinks from glass placed near mouth. Responds with calming affect to nursing contact and reassurance or hand holding.
<u>1</u>	<b>Unable to follow visually guided command:</b> responds with dazed or frightened facial features, and/or withdrawal-resistive response to stimuli, hyper/hypoactive behavior; does not respond to nurse gripping hand lightly.
<u>0</u>	<b>Hypoactive, lethargic:</b> minimal motor/responses to environmental stimuli.
<b>PROCESSING - ORIENTATION: (Orientation, Short-term Memory, Thought/Speech Content)</b>	
<u>5</u>	<b>Oriented to time, place, and person:</b> thought processes, content of conversation or questions appropriate. Short-term memory intact.
<u>4</u>	<b>Oriented to person and place:</b> minimal memory/recall disturbance, content and response to questions generally appropriate; may be repetitive, requires prompting to continue contact. Generally cooperates with requests.
<u>3</u>	<b>Orientation inconsistent:</b> oriented to self, recognizes family but time and place orientation fluctuates. Uses visual cues to orient. Thought/memory disturbance common, may have hallucinations or illusions. Passive cooperation with requests (cooperative cognitive protecting behaviors).
<u>2</u>	<b>Disoriented and memory/recall disturbed:</b> oriented to self/recognizes family. May question actions of nurse or refuse requests, procedures (resistive cognitive protecting behaviors). Conversation content/thought disturbed. Illusions and/or hallucinations common.
<u>1</u>	<b>Disoriented, disturbed recognition:</b> Inconsistently recognizes familiar people, family, objects. Inappropriate speech/sounds.
<u>0</u>	<b>Processing of stimuli depressed:</b> minimal response to verbal stimuli.

Figura 2 - Neecham Confusion Scale (Miller - 2004)

LEVEL 2 - BEHAVIOR	
<b>BEHAVIOR - APPEARANCE:</b>	
<u>2</u>	<b>Controls posture, maintains appearance, hygiene:</b> appropriately gowned or dressed, personally tidy, clean. Posture in bed/chair normal.
<u>1</u>	<b>Either posture or appearance disturbed:</b> some disarray of clothing/bed or personal appearance, or some loss of control of posture, position.
<u>0</u>	<b>Both posture and appearance abnormal:</b> disarrayed, poor hygiene, unable to maintain posture in bed.
<b>BEHAVIOR - MOTOR:</b>	
<u>4</u>	<b>Normal motor behavior:</b> appropriate movement, coordination and activity, able to rest quietly in bed. Normal hand movement.
<u>3</u>	<b>Motor behavior slowed or hyperactive:</b> overly quiet or little spontaneous movement (hands/arms across chest or at sides) or hyperactive (up/down, "jumpy"). May show hand tremor.
<u>2</u>	<b>Motor movement disturbed:</b> restless or quick movements. Hand movements appear abnormal—picking at bed objects or bed covers, etc. May require assistance with purposeful movements.
<u>1</u>	<b>Inappropriate, disruptive movements:</b> pulling at tubes, trying to climb over rails, frequent purposeless actions.
<u>0</u>	<b>Motor movement depressed:</b> Limited movement unless stimulated; resistive movements.
<b>BEHAVIOR - VERBAL:</b>	
<u>4</u>	<b>Initiates speech appropriately:</b> able to converse, can initiate and maintain conversation. Normal speech for diagnostic condition, normal tone.
<u>3</u>	<b>Limited speech initiation:</b> responses to verbal stimuli are brief and uncomplex. Speech clear for diagnostic condition, tone may be abnormal, rate may be slow.
<u>2</u>	<b>Inappropriate speech:</b> may talk to self or not make sense. Speech not clear for diagnostic condition.
<u>1</u>	<b>Speech/sound disturbed:</b> altered sound/tone. Mumbles, yells, swears or is inappropriately silent.
<u>0</u>	<b>Abnormal sounds:</b> groaning or other disturbed sounds. No clear speech.

Figura 3 - Neecham Confusion Scale (Miller - 2004)

LEVEL 3 - PHYSIOLOGIC CONTROL			
<b>PHYSIOLOGIC MEASUREMENTS:</b>			
<u>Recorded Values:</u>	<u>Normals:</u>		
_____ Temperature	(36-37°)	_____ Periods of apnea/hypopnea present?	1=yes, 0=no
_____ Systolic BP	(100-160)	_____ Oxygen therapy prescribed?	0=no, 1=yes, but not on, 2=yes, on now.
_____ Diastolic BP	(60-90)		
_____ Heart Rate [HR]	(60-100)		
_____ Regular / Irregular	(circle one)		
_____ Respirations	(14-22) (Count for one full minute)		
_____ O2 sat	(93 or above)		
<b>VITAL FUNCTION STABILITY:</b> (Count abnormal SBP and/or DBP as one value; count abnormal and/or irregular HR as one; count apnea and/or abnormal resp. as one; and abnormal temp. as one.)			
_____ 2	BP, HR, TEMP, RESPIRATION within normal range with regular pulse		
_____ 1	Any one of the above in abnormal range		
_____ 0	Two or more in abnormal range		
<b>OXYGEN SATURATION STABILITY:</b>			
_____ 2	O2 sat in normal range (93 or above)		
_____ 1	O2 sat 90 to 92 or is receiving oxygen		
_____ 0	O2 sat below 90		
<b>URINARY CONTINENCE CONTROL:</b>			
_____ 2	Maintains bladder control		
_____ 1	Incontinent of urine in last 24 hours or has condom cath		
_____ 0	Incontinent now or has indwelling or intermittent catheter or is anuric		
_____ LEVEL 1 Score: Processing	(0-14 points)	<b>Total Score of:</b>	<b>Indicates:</b>
		0-19	Moderate to severe confusion
_____ LEVEL 2 Score: Behavior	(0-10 points)	20-24	Mild or early development of confusion
		25-26	"Not confused," but at high risk for confusion
		27-30	"Not confused," or normal function
_____ LEVEL 3 Score: Integrative Physiological Control	(0-6 points)		
_____ TOTAL NEECHAM	(0-30 points)		

Figura 4 - Neecham Confusion Scale (Miller - 2004)

### 1.5.3 II 4AT

È uno strumento di rilevamento del delirio semplice e breve progettato per un uso clinico facile ed efficace e non richiedere una formazione speciale (Arnold - 2024).

**The 4AT: Assessment test for Delirium and Cognitive impairment**

**[1] ALERTNESS** **CIRCLE**  
*This includes patients who may be markedly drowsy (e.g. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.*

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

**[2] AMT4**  
 Age  date of birth  place (name of the hospital or building)  current year

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

**[3] ATTENTION**  
*Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December."  
 To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.*

Months of the year backwards Achieves 7 months or more correctly 0  
Starts but scores <7 months / refuses to start 1  
Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive) 2

**[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE**  
*Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (e.g. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs*

No	0
Yes	4

**4AT SCORE**

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment  
 1-3: possible cognitive impairment  
 0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

---

**GUIDANCE NOTES** **Version 1.2. Information and download:**  
[www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

The 4AT is a screening instrument designed for rapid initial assessment of delirium and cognitive impairment. A score of 4 or more suggests delirium but is not diagnostic: more detailed assessment of mental status may be required to reach a diagnosis. A score of 1-3 suggests cognitive impairment and more detailed cognitive testing and informant history-taking are required. A score of 0 does not definitively exclude delirium or cognitive impairment: more detailed testing may be required depending on the clinical context.

**Items 1-3 are rated solely on observation of the patient at the time of assessment.**  
**Item 4 requires information from one or more source(s), e.g. your own knowledge of the patient, other staff who know the patient (e.g. ward nurses), GP letter, case notes, carers.** The tester should take account of communication difficulties (hearing impairment, dysphasia, lack of common language) when carrying out the test and interpreting the score.

**Alertness:** Altered level of alertness is very likely to be delirium in general hospital settings. If the patient shows significant altered alertness during the bedside assessment, score 4 for this item. **AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4):** This score can be extracted from items in the AMT10 if the latter is done immediately before. **Acute Change or Fluctuating Course:** Fluctuation can occur without delirium in some cases of dementia, but marked fluctuation usually indicates delirium. To help elicit any hallucinations and/or paranoid thoughts ask the patient questions such as, "Are you concerned about anything going on here?"; "Do you feel frightened by anything or anyone?"; "Have you been seeing or hearing anything unusual?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

Figura 5 - 4AT (Arnold - 2024)

### 1.5.4 La Delirium Observation Screening scale (DOS)

È uno strumento di screening breve basato sull'osservazione e sui criteri del delirio DSM-IV, composto da 13 punti e progettato per consentire un'identificazione più rapida e semplice del delirium da parte dell'infermiere (Gavinski - 2016).

**Table 2: The DOS Scale**

---

The patient:	
1	Dozes during conversation or activities
2	Is easy distracted by stimuli from the environment
3	Maintains attention to conversation or action
4	Does not finish question or answer
5	Gives answers which do not fit the question
6	Reacts slowly to instructions
7	Thinks to be somewhere else
8	Knows which part of the day it is
9	Remembers recent event
10	Is picking, disorderly, restless
11	Pulls IV tubes, feeding tubes, catheters etc.
12	Is easy or sudden emotional (frightened, angry, irritated)
13	Sees persons/things as somebody/something else

---

Never = 0 point; Sometimes or always = 1 point  
Items 3, 8 and 9 are rated in reverse

*Figura 6 - Delirium Observation Screening (DOS) (Gemert - 2007)*

Diversi studi hanno dimostrato che lo strumento di valutazione più comunemente utilizzato nella pratica clinica è il Confusion Assessment Method poiché la sua sensibilità e la sua specificità sono pari al 95% risultando così uno strumento sensibile, specifico, realizzabile e facile da utilizzare; per questi motivi è definito il gold standard per la rilevazione del delirium (Igleseder et al - 2022/ Brefka et al - 2022); la Neecham Confusion Scale ha una sensibilità del 78% e una specificità del 95%; il test delle 4AT ha riportato una sensibilità e specificità dell'88%; la Delirium Observation Screening scale risulta avere una sensibilità del 90% e una specificità del 91%, per giunta è stata valutata dagli infermieri come più semplice da utilizzare, pertinente alla pratica clinica, efficace ed efficiente per lo screening del delirium nei pazienti ricoverati più anziani (Gemert e Schuurmans - 2007 / Gavinski - 2016).

Benchè le evidenze in letteratura forniscano vari strumenti per la valutazione del delirium adatti ad ogni contesto, come ad esempio il Confusion Assessment Method può essere effettuato anche durante le situazioni di emergenza, il Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) è specifico per la valutazione del delirium in terapia intensiva, la Neecham Confusion Scale può essere somministrata senza impegno per gli assistiti e il 4AT non richiede una formazione specifica, il delirium rimane sotto diagnosticato e non rilevato per molteplici ragioni tra cui la mancanza di formazione sul delirium (Wilson et al - 2020).

## **1.6 Esiti del delirium**

Il delirium è associato a molteplici esiti avversi che possono essere a breve termine come cadute, polmonite da aspirazione, angoscia, l'auto estubazione, la rimozione dei cateteri e a lungo termine come la dipendenza prolungata dal ventilatore nelle unità di terapia intensiva, i ricoveri prolungati, l'aumento delle spese, l'aumento del rischio di deterioramento cognitivo duraturo e l'aumento dei tassi di mortalità (Wilson et al - 2020 / Luetrakool - 2024).

## **1.7 Strategie per la prevenzione del delirium**

Dopo aver rilevato il rischio dell'insorgenza del delirium attraverso gli strumenti di valutazione, l'infermiere può mettere in atto delle strategie farmacologiche e non farmacologiche, in quanto il 30%-40% dei casi di delirium può essere prevenuto (Mei et al - 2023).

### **1.7.1 Strategie non farmacologiche**

Consistono nell'incentivare l'orientamento attraverso l'utilizzo di orologi, lavagne informative, favorendo la presenza dei caregiver familiari, la stimolazione cognitiva, gestire il dolore, effettuare una mobilitazione precoce, migliorare il sonno riducendo i rumori e la luce durante la notte, in particolare per migliorare la distinzione tra il giorno e la notte potrebbe aiutare porre accortezza sul tenere aperte le tende durante il giorno e spegnere le luci durante la notte (Davies et al - 2024), correggere i disturbi sensoriali, evitare la stitichezza, promuovere l'idratazione, la nutrizione e l'apporto d'ossigeno.

Dato che il disorientamento, la mancanza di distinzione tra il giorno e la notte, la privazione del sonno e l'ambiente sconosciuto sono frequenti durante il ricovero e rappresentano alcuni degli agenti scatenanti del delirium questi sono da valutare con cura inoltre, tali interventi sono raccomandati nelle linee guida Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Lee et al - 2021).

### **1.7.2 Contenzioni meccaniche**

Sono associate ad un aumentato rischio di delirio, per cui un uso restrittivo potrebbe ridurre la durata del delirio.

Le contenzioni più utilizzate sono le polsiere, ma altri presidi che vengono utilizzati sono le sponde del letto; esse vengono applicate per garantire la sicurezza del paziente durante il delirio iperattivo e l'agitazione grave, per evitare la rimozione involontaria dei dispositivi medici, prevenire le cadute e le lesioni correlate ad esse e per garantire cure mediche sicure.

L'utilizzo delle contenzioni è associato a diversi effetti avversi come sentimenti di paura, rabbia e disagio, diminuzione della mobilità e aumento del rischio di ulcere da decubito (Gottschalk - 2023).

Nonostante l'applicazione comune delle contenzioni i suoi benefici nei pazienti critici rimangono non accertati e potrebbero essere deleterie causando lesioni, aumentando l'agitazione ed il disagio psicologico quindi anche se le contenzioni hanno lo scopo di ridurre i potenziali rischi associati all'agitazione sembrano favorire lo sviluppo del delirio, dunque le contenzioni rappresentano un fattore di rischio modificabile (Sonneville et al - 2024).

### **1.7.3 Ruolo dei caregiver**

Per incentivare l'orientamento e la stimolazione cognitiva è rilevante il ruolo dei caregiver familiari poiché il loro compito è quello di promuovere le conversazioni, chiedendo di condividere le loro storie e i ricordi per stimolare gli assistiti, spiegando cosa li sta accadendo e cosa devono fare, incoraggiare la condivisione delle loro preoccupazioni e portare degli oggetti personali dei pazienti per creare un ambiente familiare (Davies et al - 2024).

#### **1.7.4 Strategie farmacologiche**

L'utilizzo dei farmaci è necessario nei casi di delirio iperattivo, ansia e agitazione grave.

I farmaci più utilizzati sono la melatonina in quanto migliora la qualità del sonno, la vitamina B1 perché le carenze nutrizionali sono associate al delirio (Mei - 2023), gli antipsicotici anche se risulta che non abbiano alcun effetto sulla risoluzione dei sintomi del delirium, le benzodiazepine seppure aumentano il rischio di insorgenza del delirium e possono trasformare il delirio iperattivo (caratterizzato da uno stato di ansia, irrequietezza, vigilanza aumentata, agitazione psicomotoria severa e comportamento aggressivo) in delirio ipoattivo (caratterizzato da un rallentamento dell'attività psicomotoria e può essere accompagnata da lentezza e letargia), ed il trazodone che viene utilizzato per migliorare i sintomi del delirio e ridurre la sua gravità (Iglseder - 2022).

Nonostante la significativa incidenza del delirium nei pazienti ospedalizzati non esiste un intervento farmacologico uniformemente accettato, in quanto non è supportato dalle attuali linee guida, per questo motivo il trattamento farmacologico rimane controverso (Wilson et al - 2020).

## **2. OBIETTIVO**

Obiettivo della mia ricerca sarà quello di valutare la conoscenza da parte degli operatori di questa patologia ed in particolare delle strategie che si possono mettere in atto per prevenire e per valutare i soggetti a rischio.

Il delirium porta a problematiche che coinvolgono l'assistito, i suoi familiari e gli operatori sanitari; impatta notevolmente sulla durata della degenza e sull'assistenza infermieristica.

Con riferimento a quest'ultimo punto lo scopo è quello di conoscere, attraverso una revisione della letteratura, strumenti e strategie facili ed efficaci per gli operatori sanitari in modo tale da ridurre i rischi correlati, migliorare la pratica clinica e descrivere il ruolo dell'infermiere per la prevenzione di questo fenomeno.

### **3. MATERIALI E METODI**

In supporto a questo elaborato di tesi è stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando anche la banca dati PubMed utilizzata come supporto alla parte introduttiva dell'elaborato.

In seguito è stata effettuata un'indagine sulle strategie di prevenzione del delirium all'interno dell'AST Pesaro-Urbino, somministrando un questionario agli infermieri. Sono stati coinvolti i professionisti che operano nelle unità operative (UO) di medicina interna, chirurgia generale, cardiologia e UTIC del presidio ospedaliero San Salvatore di Pesaro, Santa Croce di Fano e Santa Maria della Misericordia di Urbino, nel periodo di giugno, luglio, agosto e settembre 2024.

Sono state scelte tali UO in quanto rappresentano rispettivamente sia l'area medica che l'area chirurgica così da evidenziare come il delirium sia un problema presente all'interno di ogni ambito ospedaliero.

Sono state volutamente escluse le unità operative intensive per escludere categorie di pazienti (quale ad esempio quello nel risveglio dalla sedazione) che differiscono in maniera importante da quelli delle UO di base.

Il questionario somministrato agli operatori sanitari è suddiviso in 5 sezioni, nella prima sezione vengono descritte le informazioni generali relative al campione sia personali che inerenti all'ambito professionale e lavorativo, nella seconda sezione si indaga la conoscenza del delirium da parte degli infermieri, nella terza sezione vengono esaminate le strategie utilizzate per la prevenzione del delirium all'interno delle unità operative, nella quarta sezione si analizza l'esperienza pratica nella gestione del delirium ed infine nella quinta e ultima sezione viene richiesto agli operatori sanitari di proporre dei suggerimenti in merito alla formazione, ai presidi ed alle strategie relative all'argomento.

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

P = delirium nei pazienti geriatrici ospedalizzati

I = valutare la conoscenza di interventi infermieristici per la prevenzione del delirium valutati in letteratura

C = confronto con le strategie messe in atto nella realtà assistenziali dell'AST Pesaro-Urbino

O = riduzione degli esiti del delirium grazie all'uso di attività di prevenzione.

## 4. RISULTATI

### Informazioni generali

#### 1) Genere?

L'89,7% del campione ha risposto donna ed il restante 10,3% ha risposto uomo.

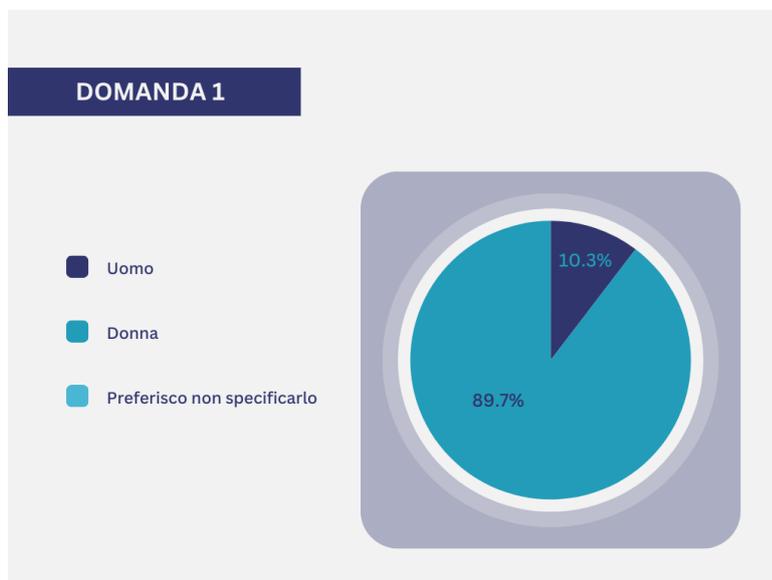


Grafico 1 - Genere dei partecipanti

#### 2) Età?

Il 34,5% del campione ha risposto 31-39 anni, il 22,4% ha risposto 23-30 anni, il 22,4% ha risposto 41-50 anni ed il restante 20,7% ha risposto 51-59 anni.

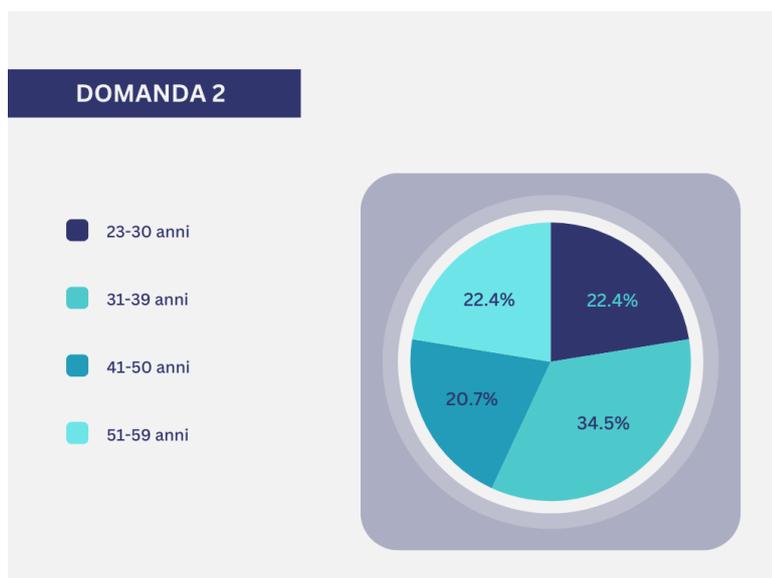


Grafico 2 - Età dei partecipanti

### 3) Anni di esperienza lavorativa come infermiere?

Il 46,6% del campione ha risposto 1-10 anni, il 24,1% ha risposto 12-20 anni, il 17,2% ha risposto 22-30 anni ed il restante 12,1% ha risposto 31-37 anni.

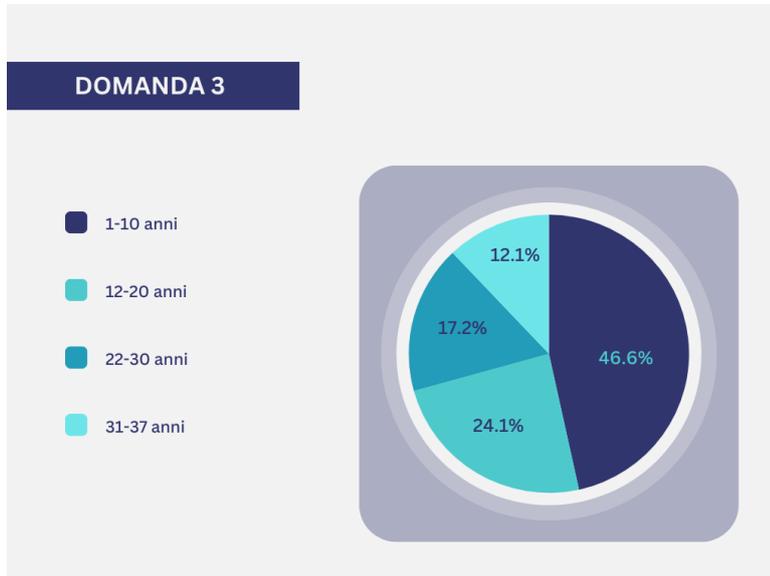


Grafico 3 - Anni di esperienza lavorativa dei partecipanti

### 4) In quale unità operativa lavori?

Il 50% del campione ha risposto medicina interna, il 25,9% ha risposto chirurgia generale ed il restante 24,1% ha risposto cardiologia-UTIC.

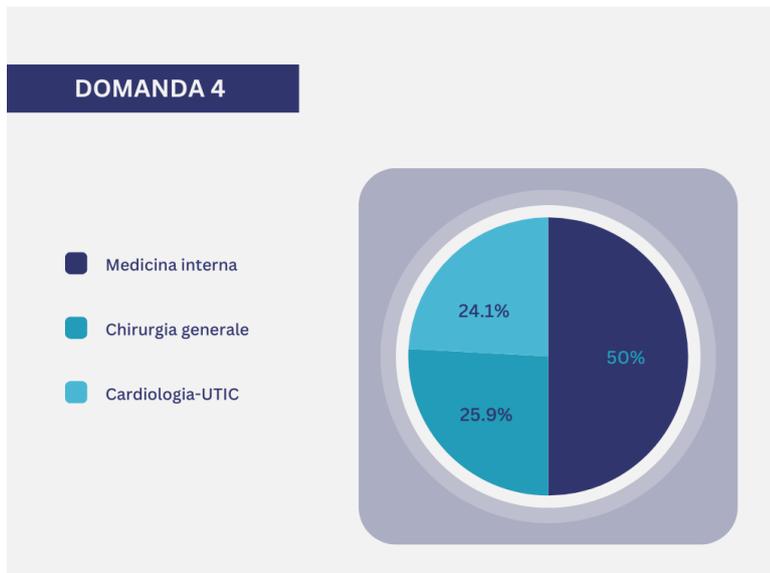


Grafico 4 - Unità operativa in cui lavorano i partecipanti

### 5) Qual è il tuo titolo di studio?

Il 77,6% del campione ha risposto laurea triennale, il 19% ha risposto scuola professionale ed il restante 3,4% ha risposto laurea magistrale.

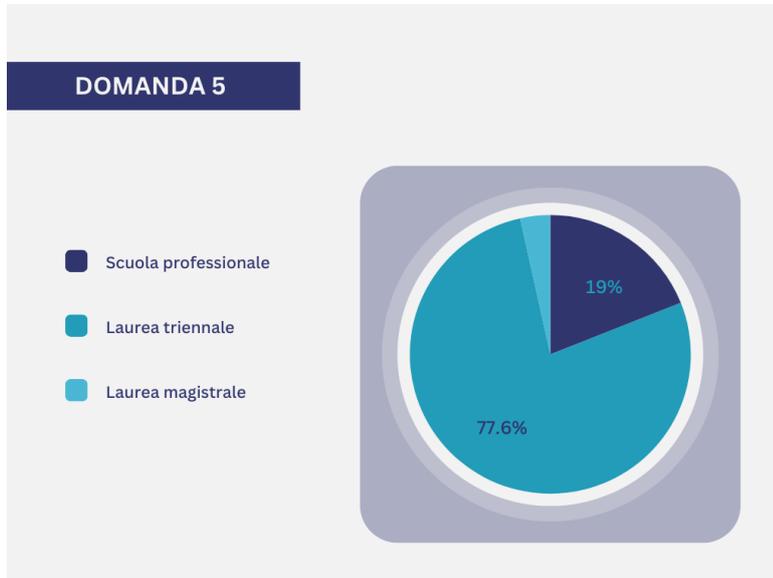


Grafico 5 - Titolo di studio dei partecipanti

## Conoscenza del delirium

### 6) Cos'è il delirium?

Il 100% del campione ha risposto uno stato di confusione acuta.

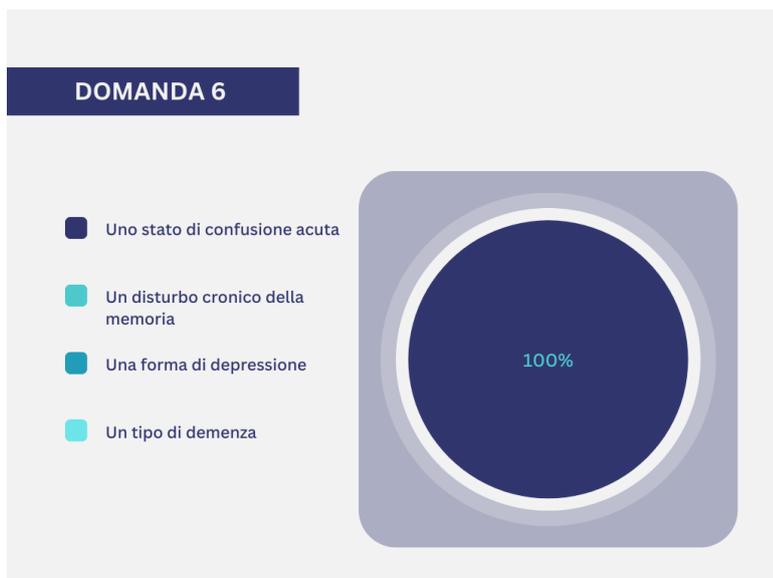


Grafico 6 - Risposte alla domanda 6

### 7) Quali sono i sintomi tipici del delirium?

L'85,3 % del campione ha risposto pensiero disorganizzato, il 10,3% ha risposto affaticamento ed il restante 4,4% ha risposto umore depresso.

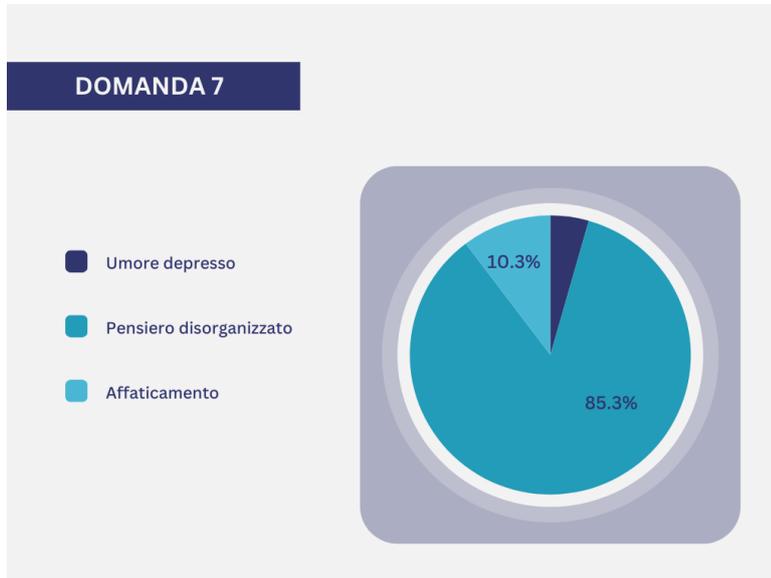


Grafico 7 - Risposte alla domanda 7

### 8) Quali sono i fattori di rischio del delirium?

Il 35,8% del campione ha risposto deprivazione del sonno, il 33,3% ha risposto stimoli ambientali, il 25,8% ha risposto dolore ed il restante 5% ha risposto nessuna delle risposte precedenti.

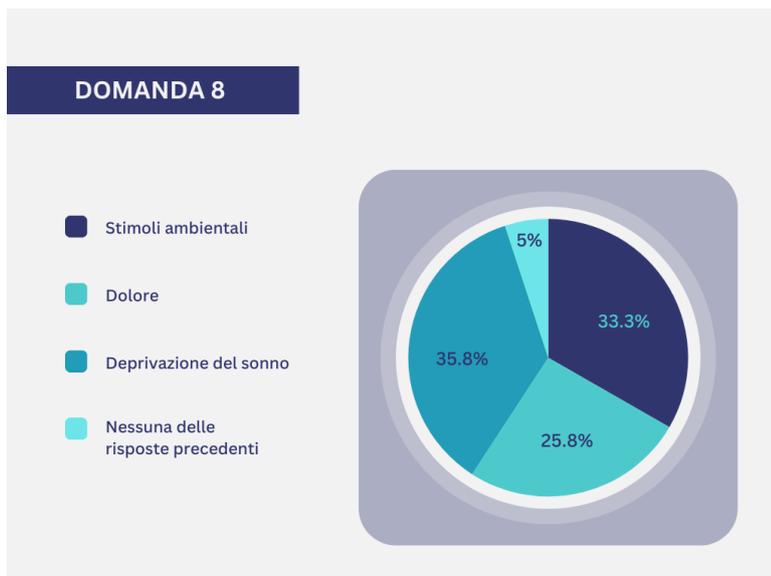


Grafico 8 - Risposte alla domanda 8

## Strategie utilizzate per la prevenzione del delirium

### 9) Quali protocolli o linee guida vengono seguiti nel reparto per la prevenzione del delirium?

Il 39,2% del campione ha risposto nessun protocollo o linee guida, il 27,8% ha risposto promozione dell'orientamento spaziale e temporale, il 20,3% ha risposto valutazione del rischio del delirio all'ammissione, l'11,4% ha risposto riduzione dei farmaci sedativi o psicotropi ed il restante 1,3% ha risposto parlare con i familiari per capire le abitudini della persona assistita.

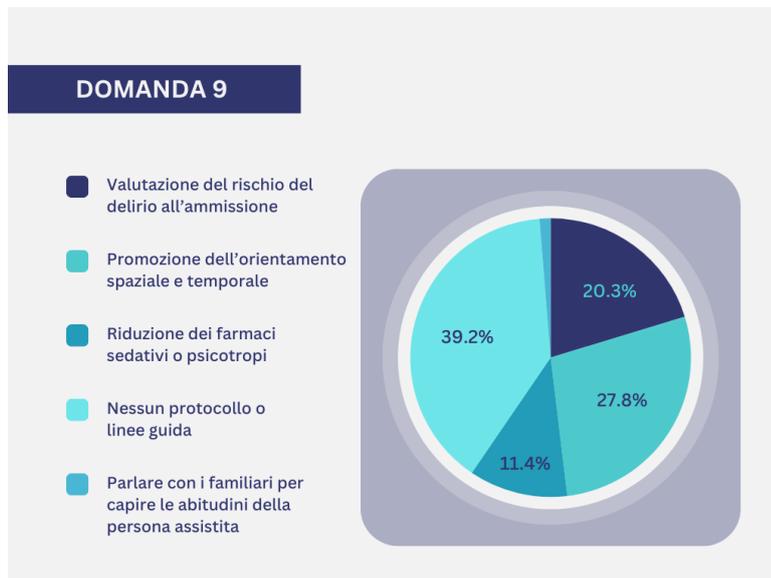


Grafico 9 - Risposte alla domanda 9

### 10) Quali strumenti vengono utilizzati nel reparto per valutare il rischio del delirium?

Il 91,1% ha risposto nessun strumento specifico, il 7,1% ha risposto CAM (Confusion Assessment Method) ed il restante 1,8% ha risposto Delirium Observation Screening scale (DOS).

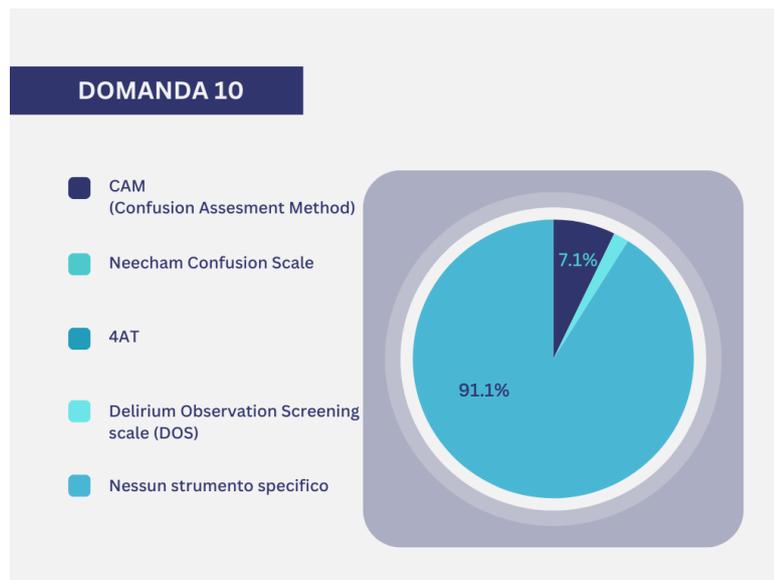
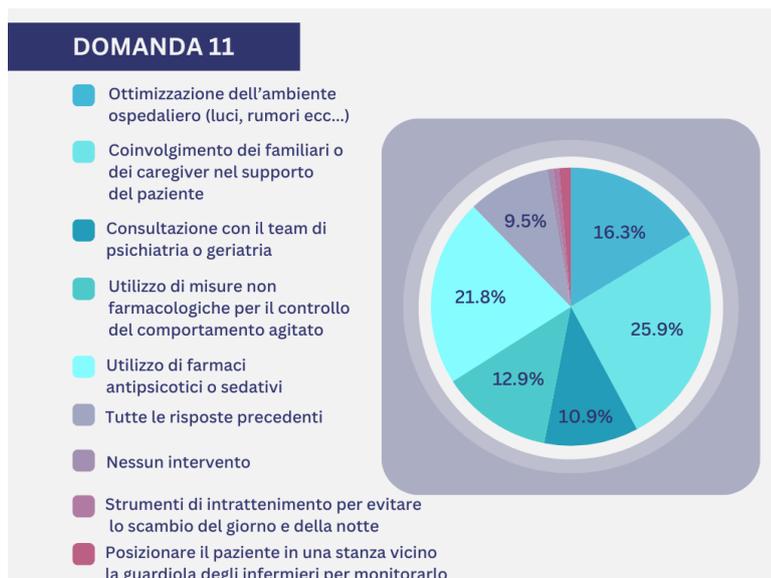


Grafico 10 - Risposte alla domanda 10

### 11) Quali interventi vengono attuati nel reparto per gestire i pazienti con delirium?

Il 25,9% ha risposto coinvolgimento dei familiari o dei caregiver nel supporto del paziente, il 21,8% ha risposto utilizzo dei farmaci antipsicotici o sedativi, il 16,3% ha risposto ottimizzazione dell'ambiente ospedaliero (luci, rumori ecc...) il 12,9% ha risposto utilizzo di misure non farmacologiche per il controllo del comportamento agitato, il 10,9% ha risposto consultazione con il team di psichiatria o geriatria, il 9,5% ha risposto tutte le risposte precedenti, l'1,4% ha risposto posizionare il paziente in una stanza vicino la guardiola degli infermieri per monitorarlo, il 0,7% ha risposto strumenti di intrattenimento, per evitare lo scambio del giorno e della notte ed il restante 0,7% ha risposto nessun intervento.

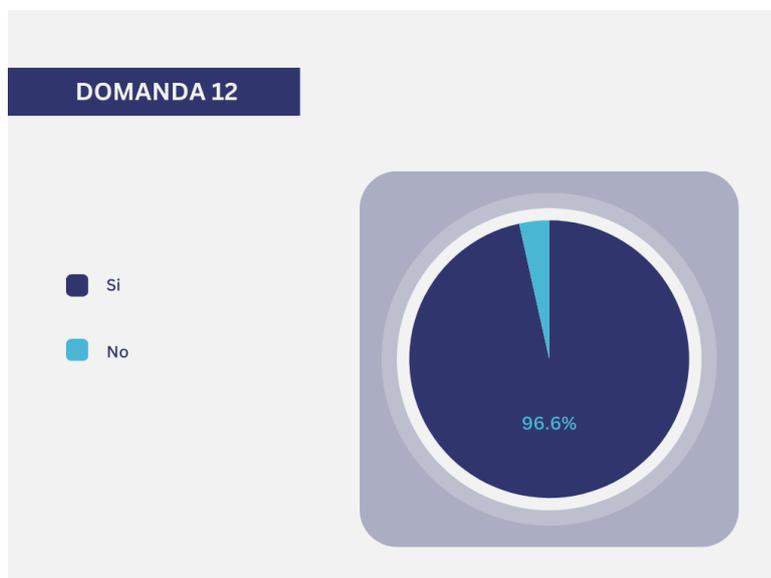


*Grafico 11 - Risposte alla domanda 11*

**Esperienza pratica nella gestione del delirium**

**12) Hai mai avuto in carico un assistito con delirium?**

Il 96,6% del campione ha risposto si ed il restante 3,4% ha risposto no.

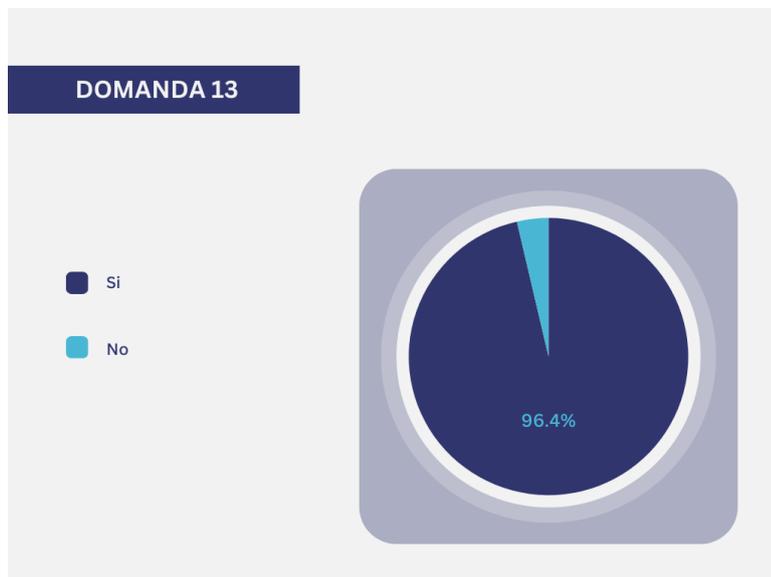


*Grafico 12 - Risposte alla domanda 12*

**13) Se nella precedente domanda hai risposto si**

**L'assistito con delirium ha richiesto una maggiore presa in carico?**

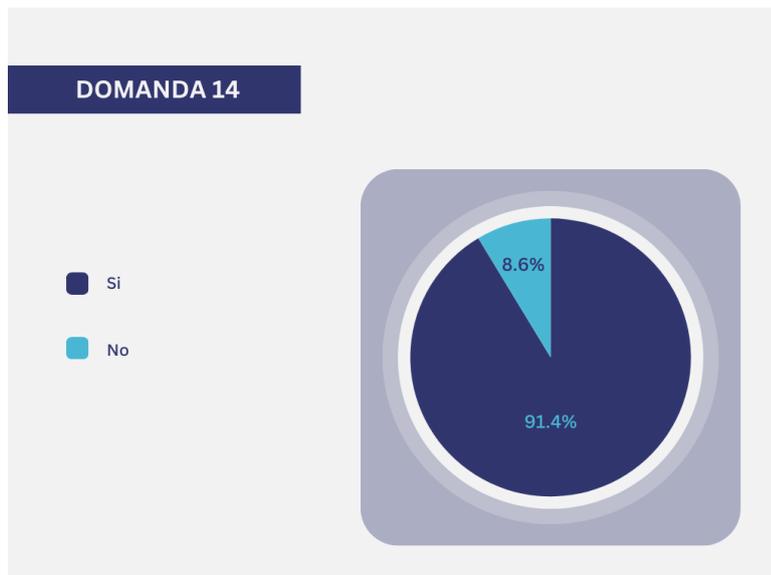
Il 96,4% del campione ha risposto si ed il restante 3,6% ha risposto no.



*Grafico 13 - Risposte alla domanda 13*

**14) Hai mai applicato le contenzioni fisiche ad un assistito con delirio iperattivo e agitazione grave?**

Il 91,4% del campione ha risposto si ed il restante 8,6% ha risposto no.

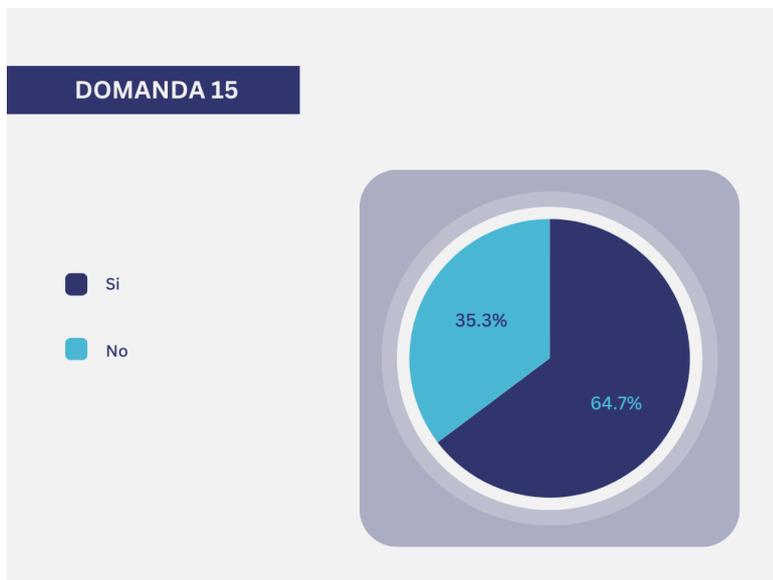


*Grafico 14 - Risposte alla domanda 14*

**15) Se nella precedente domanda hai risposto si**

**Le contenzioni fisiche hanno peggiorato il delirium?**

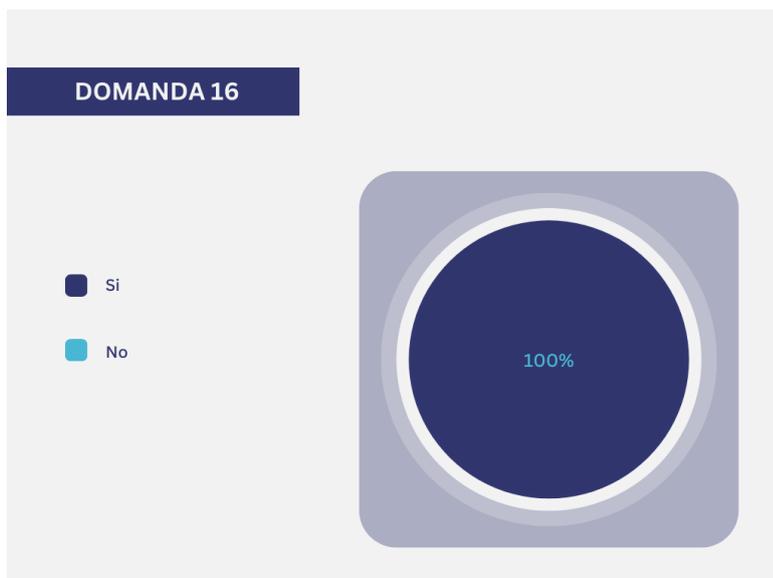
Il 64,7% del campione ha risposto si ed il restante 35,3% ha risposto no.



*Grafico 15 - Risposte alla domanda 15*

**16) Hai mai richiesto la presenza dei caregiver familiari per un paziente con delirium?**

Il 100% del campione ha risposto si.

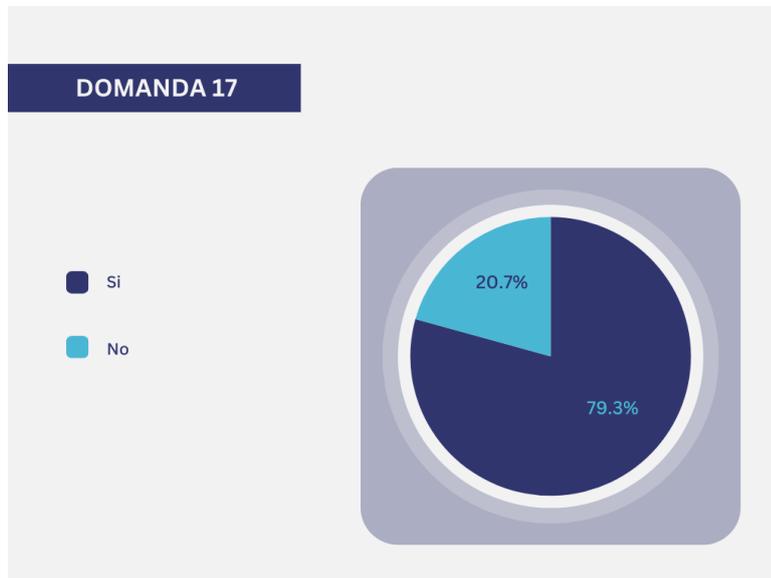


*Grafico 16 - Risposte alla domanda 16*

**17) Se nella precedente domanda hai risposto si**

**La presenza dei caregiver familiari ha migliorato la fase di delirium?**

Il 79,3% del campione ha risposto si ed il restante 20,7% ha risposto no.

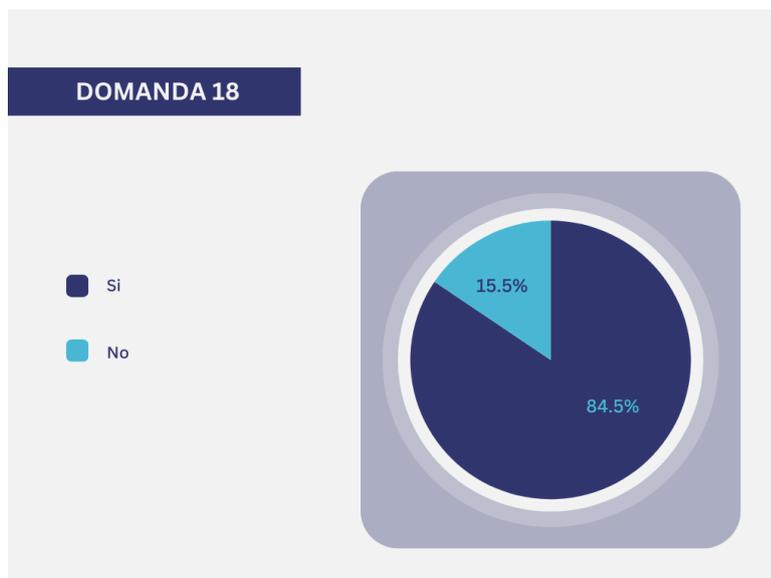


*Grafico 17 - Risposte alla domanda 17*

### **Suggerimenti**

**18) Ritieni di aver bisogno di formazione sulla prevenzione del delirium?**

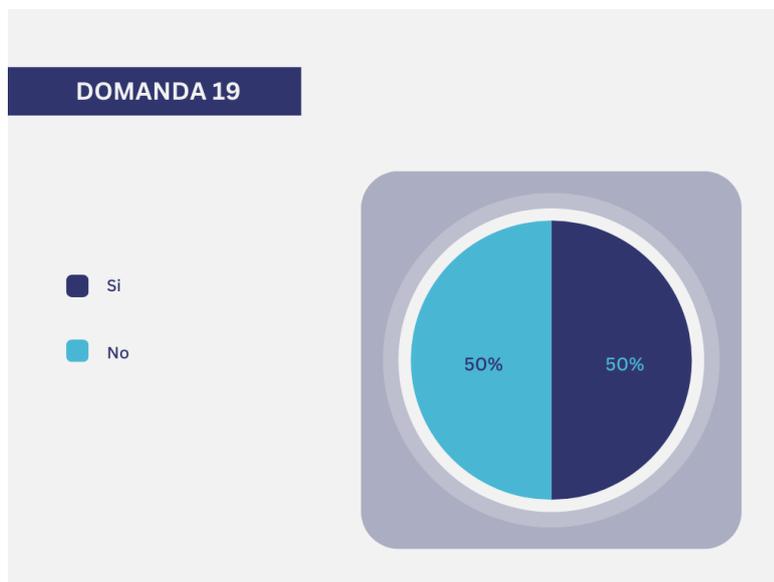
L'84,5% del campione ha risposto si ed il restante 15,5% ha risposto no.



*Grafico 18 - Risposte alla domanda 18*

**19) Ritieni di aver bisogno di presidi adeguati per la prevenzione del delirium?**

Il 50% del campione ha risposto si ed il restante 50% ha risposto no.

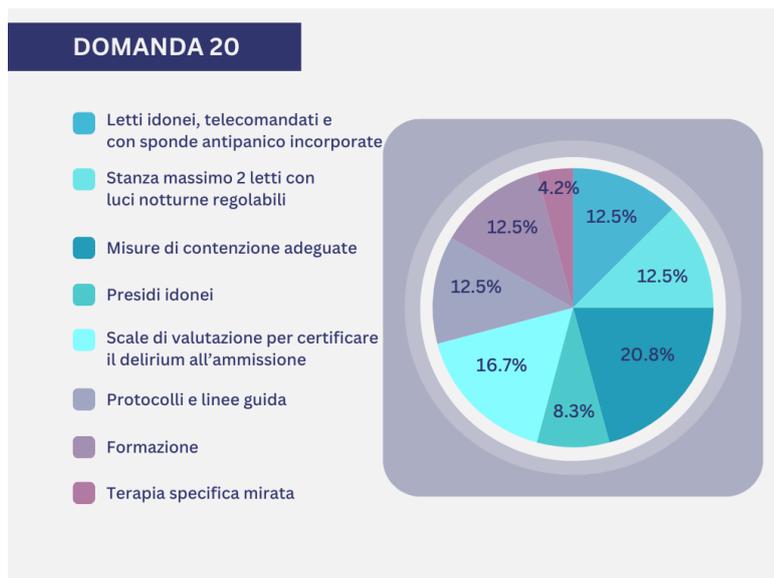


*Grafico 19 - Risposte alla domanda 19*

**20) Se nella precedente domanda hai risposto si**

**Quali sono i presidi di cui avresti bisogno?**

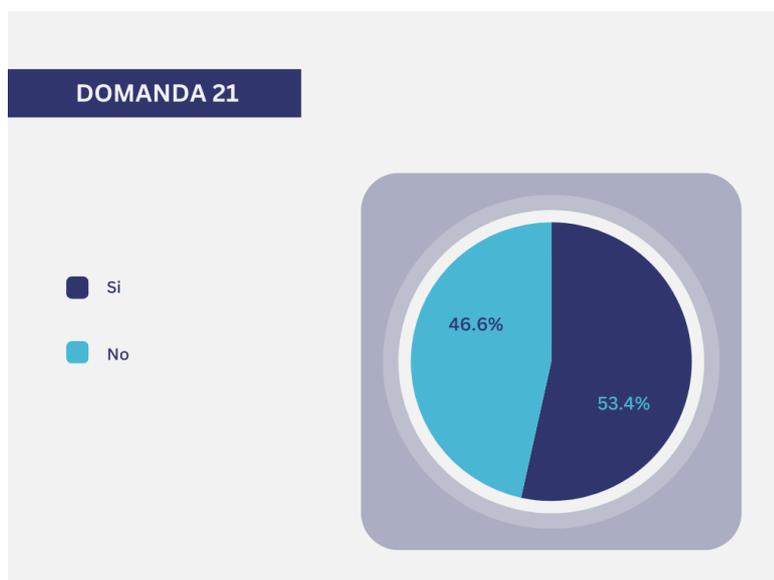
Il 20,8% del campione ha risposto misure di contenzione adeguate, il 16,7% ha risposto scale di valutazione per certificare il delirium all'ammissione, il 12,5% ha risposto protocolli e linee guida, il 12,5% ha risposto formazione, il 12,5% ha risposto stanza massimo a 2 letti con luci notturne regolabili, il 12,5% ha risposto letti idonei, telecomandati e con sponde antipánico incorporate, l'8,3% ha risposto presidi idonei ed il restante 4,2% ha risposto terapia specifica mirata.



*Grafico 20 - Risposte alla domanda 20*

**21) Ritieni di aver bisogno di altre strategie per la prevenzione del delirium?**

Il 53,4% del campione ha risposto si ed il restante 46,6% ha risposto no.

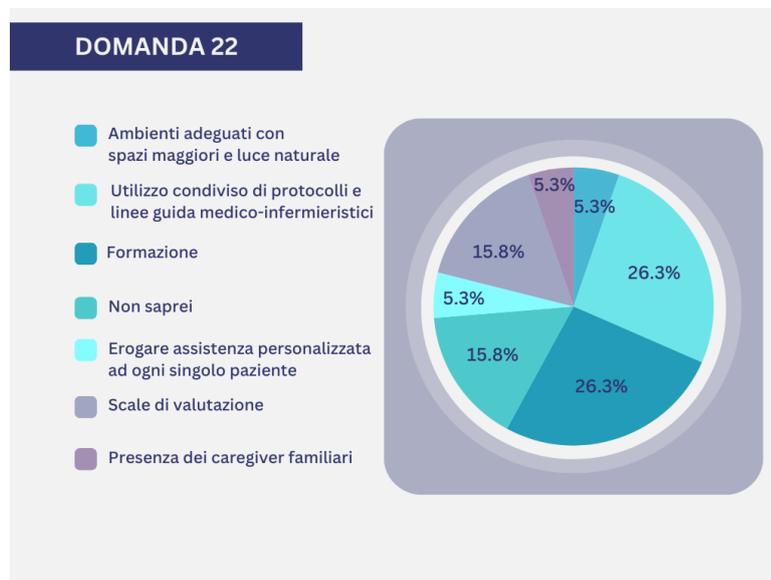


*Grafico 21 - Risposte alla domanda 21*

## 22) Se nella precedente domanda hai risposto si

### Quali sono le strategie di cui avresti bisogno?

Il 26,3% del campione ha risposto formazione, il 26,3% ha risposto utilizzo condiviso di protocolli e linee guida medico-infermieristici, il 15,8% ha risposto scale di valutazione, il 15,8% ha risposto non saprei, il 5,3% ha risposto ambienti adeguati con spazi maggiori e luce naturale, il 5,3% ha risposto presenza dei caregiver familiari ed il restante 5,3% ha risposto erogare assistenza personalizzata ad ogni singolo paziente.



*Grafico 22 - Risposta alla domanda 22*

## 5. DISCUSSIONE

Analizzando i risultati dell'indagine effettuata si evince come nella sezione del questionario relativa alle conoscenze del delirium ci siano delle lacune in merito ai sintomi tipici ed ai fattori di rischio del delirium.

Successivamente nella sezione inerente alle strategie utilizzate per la prevenzione del delirium il 39,2% ed il 91,1% del campione ha dichiarato che all'interno dell'unità operativa in cui lavora non vengono utilizzati protocolli, linee guida e strumenti specifici per valutare il rischio del delirium.

Nella sezione riguardante l'esperienza pratica nella gestione del delirium si deduce che sia una problematica fortemente presente nelle unità operative coinvolte nella ricerca in quanto il 96,6% del campione ha risposto di aver avuto in carico un assistito con delirium; questo dato è importante perché conferma come il delirium sia un problema attuale e frequente all'interno degli ospedali, come riportano le ricerche effettuate consultando gli articoli scientifici, il delirio colpisce infatti fino al 42% dei ricoverati. Questo tipo di problematica richiede secondo gli infermieri una maggiore presa in carico (96,4%).

Di seguito, visto che hanno indicato di non essere in possesso di strategie per la prevenzione del delirium, il 91,4% del campione ha risposto di aver applicato le contenzioni fisiche ad un assistito con delirium iperattivo e agitazione grave ma queste ultime hanno peggiorato il delirium.

Questo dato è in accordo con la bibliografia che indica come le contenzioni meccaniche aumentano il rischio di delirio in quanto associate a sentimenti di paura, rabbia e disagio aumentando così l'agitazione.

Nella sezione precedente, relativa alle strategie utilizzate per la prevenzione del delirium, il campione ha risposto che non vengono utilizzati protocolli, linee guida e strumenti specifici per valutare il rischio del delirium all'interno dell'unità operativa nella quale lavorano.

In seguito a questa mancanza si nota come la maggior parte dei professionisti ha risposto che per gestire i pazienti con delirium usa strategie semplici come il ricorso al coinvolgimento dei familiari o dei caregiver per la gestione dell'evento acuto.

Alla domanda “hai mai richiesto la presenza dei caregiver familiari per un paziente con delirium?”, il 100% del campione ha risposto di aver richiesto la presenza dei caregiver familiari, ed ha confermato come la presenza di questi ultimi abbia migliorato la fase di delirium dell’assistito.

Questo è un altro dato in accordo con le ricerche effettuate dove il ruolo dei caregiver viene descritto come strumento di notevole importanza per incentivare l’orientamento e la stimolazione cognitiva.

In merito a questo argomento analizzando i risultati si nota come all’interno dell’unità operativa di medicina interna emerge l’utilizzo di farmaci antipsicotici o sedativi come intervento che viene attuato per gestire i pazienti con delirium, tuttavia in letteratura risulta che gli antipsicotici non hanno alcun effetto sulla risoluzione dei sintomi del delirium e le benzodiazepine aumentano il rischio di insorgenza del delirium trasformando il delirio iperattivo in delirio ipoattivo; per giunta il trattamento farmacologico non è supportato dalle attuali linee guida per tale motivo quest’ultimo rimane controverso.

Nella parte finale dell’indagine viene chiesto agli operatori sanitari di proporre dei suggerimenti in merito alla formazione, ai presidi ed alle strategie relative all’argomento, la maggior parte del campione ha risposto di aver bisogno di formazione e strategie per la prevenzione del delirium; relativamente a queste ultime domande i soggetti hanno suggerito di aver bisogno di misure di contenzioni adeguate, dell’utilizzo condiviso di protocolli e linee guida medico-infermieristici e di scale di valutazione per certificare il delirium all’ammissione, riguardo a questa necessità la CAM risulta essere la soluzione migliore in quanto gli studi definiscono questa scala di valutazione come il gold standard per la rilevazione del delirium.

## **6.CONCLUSIONI**

La tematica del delirium rappresenta, in conclusione, un disturbo attuale e frequente all'interno degli ospedali, determinando una maggiore presa in carico da parte del personale infermieristico così da creare difficoltà nella gestione delle attività che devono svolgere durante il turno di lavoro.

Nonostante sia un problema attuale, all'interno delle unità operative non sono presenti protocolli, linee guida e scale di valutazione che possano supportare gli operatori sanitari, questo anche a causa della mancata formazione ed informazione sull'argomento, che come si deduce dalla ricerca effettuata, è richiesta da parte dei professionisti.

## **7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA**

La finalità di questo elaborato è quella di far emergere l'impatto che ha il delirium all'intero degli ospedali e poter formare il personale sanitario in merito, così da far comprendere l'importanza della prevenzione di questo fenomeno sia per il bene della persona assistita che per un miglioramento delle pratiche assistenziali.

Fornire scale di valutazione per prevenire il delirium da somministrare al ricovero del paziente, come già si effettua ad esempio per la prevenzione delle cadute, sarebbe utile con l'obiettivo di individuare chi presenta un maggior rischio e di seguito applicare delle misure di prevenzione adeguate.

Ad esempio incentivare l'orientamento della persona attraverso l'utilizzo di orologi, migliorare il sonno riducendo i rumori e la luce durante la notte, ponendo attenzione sul tenere aperte le tende durante il giorno e spegnere le luci durante la notte e coinvolgere i caregiver abituali per creare un ambiente più familiare possibile.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. Alex P. Raquer, Christine T. Fong, Andrew M. Walters, Michael J. Souter, Abhijit V. Lele (2024) *Delirium and Its Associations with Critical Care Utilizations and Outcomes at the Time of Hospital Discharge in Patients with Acute Brain Injury*, 60(2):304
2. Bernhard Iglseder, Thomas Frühwald e Christian Jagsch (2022) *Delirium in geriatric patients* 172(5-6):114-121
3. Cheryl Davies, Kaye Basire, Vicki Jones, David Gillmore, Annmarie Hoise, Anne Gourley e Aileen Collier (2024) *Beyond feasibility: a qualitative study of patients, their whānau (family) and staff perspectives and experiences of a non-pharmacological delirium-prevention intervention in two aotearoa/new zealand hospices* 67(4):327-336.e2
4. Elisabetta Arnold, Anne M Finucane, Stacey Taylor, Giulietta A Spiller, Siobhan O'Rourke, Julie Spenceley, Emma Carduff, Zoe Tiges e Alasdair Mj MacLulich (2024) *The 4AT, a rapid delirium detection tool for use in hospice inpatient units: Findings from a validation study*
5. Elise Gjestad, Vilde Nerdal, Ingvild Saltvedt, Stian Lydersen, Elisabeth Kliem, Truls Ryum e Ramune Grambaite (2024) *Delirium in acute stroke is associated with increased cognitive and psychiatric symptoms over time: The Nor-COAST study* 33(6):107667
6. Emad Yaghoubi, Seyed Vahid Shariat, Vahid Rashedi e Atefeh Ghanbari Jolfaei (2022) *Repetitive transcranial magnetic stimulation in delirium: a double-blind, randomized, sham-controlled, pilot study* 13(2): 237–246
7. Jo Ellen Wilson, Matthew F. Mart, Colm Cunningham, Yahya Shehabi, Timothy D. Girard, Alasdair M.J MacLulich, Arjen J.C Slooter e E. Wesley Ely (2020) *Delirium* 6(1):90
8. Judy Miller, Virginia Neelon, Mary Champagne, Donald Bailey, Nicholas Ng'andu, Michael Belyea, Elisa Jarrell, Lisa Montoya, and Addie Williams (2004) *The assesment of acute confusion as part of nursing care*

9. Katherine Gavinski, Ryan Carnahan e Michelle Weckmann (2016) *Validation of the Delirium Observation Screening Scale (DOS) in a hospitalized older population*
10. Liesbeth A Gemert van e Marieke J Schuurmans (2007) *The Neecham Confusion Scale and the delirium observation screening scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice*
11. Punchika Luetrakool Suthinee Taesotikul Kanyarat Susantitapong Chuthamanee Suthisisang, Sunthiti Morakul, Yuda Sutherasan, Viratch Tangsujaritvijit e Pitchaya Dilokpattanamongkol (2024) *Implementing pain, agitation, delirium, and sleep deprivation protocol in critically ill patients: A pilot study on pharmacological interventions* 17(3): e13739
12. Romain Sonnevile, Camille Couffignal, Florian Sigaud, Virginie Godard, Juliette Audibert, Damien Contoud, Adam Celier, Michel Djibre, Julien Schmidt, Pierre Jaquet, Armand Merkontso Dessap, Claire Bourel, Romane Bellot, Carine Roy, Fariza Lamara, Fatiha Essardy, Jean-Francois Timsit, Renaud Cornic e Lila Bouadma (2024) *Restrictive use of restraints and delirium duration in the intensive care unit (R2D2-ICU): protocol for a french multicentre parallel-group open-label randomised controlled trial* 14(4): e083414
13. Simone Brefka, Gerhard Wilhelm Eschweiler, Dhayana Dellmeier, Michael Denkinge e Christoph Leinert (2022) *Comparison of delirium detection tools in acute care* 55(2): 105–115
14. S K Inouye, C H van Dyck, C A Alessi, S Balkin, A P Siegal, R I Horwitz (1990) *Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delierium* 113(12):941-8
15. Susan Gottschalk, Gabriele Meyer, Burkhard Haastert e Jens Abraham (2023) *Prevention of physical restraints in the acute care setting (protect): study protocol for a cluster-randomised controlled pilot study* 13(1): e066291

16. Xi Mei, Yue-Hong Liu, Ya-Qing Han e Cheng-Ying Zheng (2023) Risk factors, preventive interventions, overlapping symptoms and clinical measures of delirium in elderly patients 13(12): 973–984

17. Yoonyoung Lee, Jongmin Lee, Jeounghee Kim e Youngsun Jung (2021) Non-pharmacological nursing interventions for prevention and treatment of delirium in hospitalized adult patients: systematic review of randomized controlled trials 18(16): 8853

## ALLEGATI

Copia del questionario somministrato.

### PREVENZIONE DEL DELIRIUM

#### Informazioni generali

- Genere?  
Uomo  
Donna  
Preferisco non specificarlo
  
- Età?  
.....
  
- Anni di esperienza lavorativa come infermiere?  
.....
  
- In quale unità operativa lavori?  
Medicina interna  
Chirurgia generale  
Cardiologia e UTIC  
Altro.....
  
- Qual è il tuo titolo di studio?  
Scuola professionale  
Laurea triennale  
Laurea magistrale

## Conoscenza del delirium

- Cos'è il delirium?
  - Uno stato di confusione acuta
  - Un disturbo cronico della memoria
  - Una forma di depressione
  - Un tipo di demenza
  
- Quali sono i sintomi tipici del delirium?
  - Umore depresso
  - Pensiero disorganizzato
  - Affaticamento
  
- Quali sono i fattori di rischio del delirium?
  - Stimoli ambientali
  - Dolore
  - Deprivazione del sonno
  - Nessuna delle risposte precedenti

## Strategie utilizzate per la prevenzione del delirium

- Quali protocolli o linee guida vengono seguiti nel reparto per la prevenzione del delirium?
  - Valutazione del rischio del delirio all'ammissione
  - Promozione dell'orientamento spaziale e temporale
  - Riduzione dei farmaci sedativi o psicotropi
  - Nessun protocollo o linee guida
  - Altro.....
  
- Quali strumenti vengono utilizzati nel reparto per valutare il rischio del delirium?
  - CAM (Confusion Assesment Method)
  - Neecham Confusion Scale
  - 4AT
  - La Delirium Observation Screening scale (DOS)
  - Nessun strumento specifico
  - Altro.....
  
- Quali interventi vengono attuati nel reparto per gestire i pazienti con delirium?
  - Ottimizzazione dell'ambiente ospedaliero (luci, rumore ecc...)
  - Coinvolgimento dei familiari o dei caregiver nel supporto del paziente
  - Consultazione con il team di psichiatria o di geriatria
  - Utilizzo di misure non farmacologiche per il controllo del comportamento agitato
  - Utilizzo di farmaci antipsicotici o sedativi
  - Tutte le risposte precedenti
  - Nessun intervento
  - Altro.....

## **Esperienza pratica nella gestione del delirium**

- Hai mai avuto in carico un assistito con delirium?  
Si  
No
  
- Se nella precedente domanda hai risposto si  
L'assistito con delirium ha richiesto una maggiore presa in carico?  
Si  
No
  
- Hai mai applicato le contenzioni fisiche ad un assistito con delirio iperattivo e agitazione grave?  
Si  
No
  
- Se nella precedente domanda hai risposto si  
Le contenzioni fisiche hanno peggiorato il delirium?  
Si  
No
  
- Hai mai richiesto la presenza dei caregiver familiari per un paziente con delirium?  
Si  
No
  
- Se nella precedente domanda hai risposto si  
La presenza dei caregiver familiari ha migliorato la fase di delirium?  
Si  
No

## Suggerimenti

- Ritieni di aver bisogno di formazione sulla prevenzione del delirium?  
Si  
No
  
- Ritieni di aver bisogno di presidi adeguati per la prevenzione del delirium?  
Si  
No
  
- Se nella precedente domanda hai risposto si  
Quali sono i presidi di cui avresti bisogno?  
.....
  
- Ritieni di aver bisogno di altre strategie per la prevenzione del delirium?  
Si  
No
  
- Se nella precedente domanda hai risposto si  
Quali sono le strategie di cui avresti bisogno?  
.....

## **RINGRAZIAMENTI**