

La NPI del Bambino Gesù

Stefano Vicari

**Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza,
Dipartimento di Neuroscienze**



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

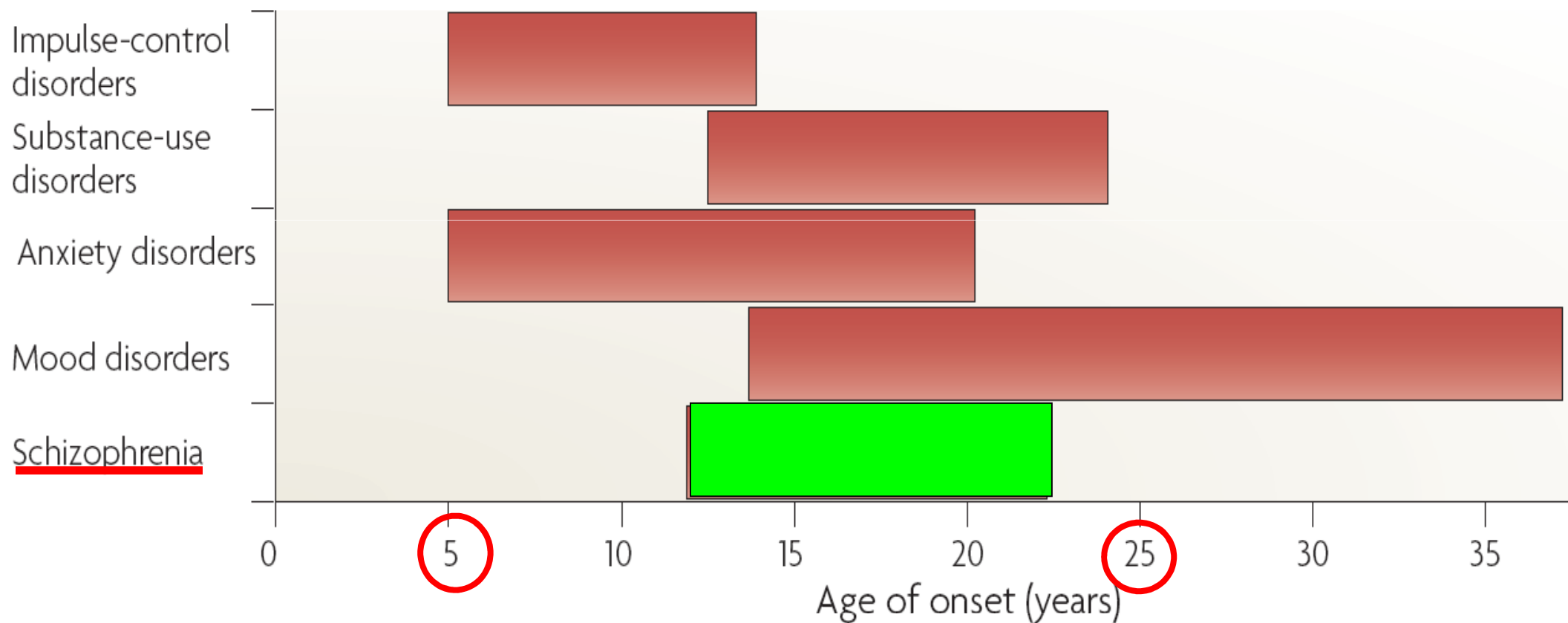


Figure 4 | Ranges of onset age for common psychiatric disorders. Recent data from the N

“Roughly half of all lifetime mental disorders in most studies start by the mid-teens and three quarters by the mid-20s. Later onsets are mostly secondary conditions. Severe disorders are typically preceded by less severe disorders that are seldom brought to clinical attention”

Kessler et al, Current Opinion Psychiatry, 2007

UOC di Neuropsichiatria IRCCS Bambino Gesù

UOC di Neuropsichiatria IRCCS Bambino Gesù

Reparto di degenza (2013: 323 dimissioni)

- 8 posti letto (due dedicati ad adolescenti con sospetto esordiopsicotico)
- Ricoveri ordinari, programmati, in urgenza da Pronto soccorso

Finalità

- Approfondimento diagnostico
- Gestione degli stati di acuzie

Modalità d'accesso

- Pronto Soccorso
- Programmato

UOC di Neuropsichiatria IRCCS Bambino Gesù

Day Hospital

- 10 équipes plurispecialistiche:
 - Psicosi e UHR
 - Disturbi dell'Umore
 - Ansia e DOC
 - Anoressia e DCA
 - ADHD e DOP
 - Dislessia
 - Disturbi del Linguaggio
 - Autismo
 - Disabilità Intellettiva
 - Abuso

Lun-Sab 8-14 e 14-20

Finalità

- Approfondimento diagnostico
- Interventi terapeutici e follow-up

Modalità d'accesso

- Si accede tramite prenotazione in seguito a visita ambulatoriale

UOC di Neuropsichiatria IRCCS Bambino Gesù

Ambulatorio

- Neuropsicologico (4 vv/settimana)
- Neuropsichiatrico (7 vv/settimana)

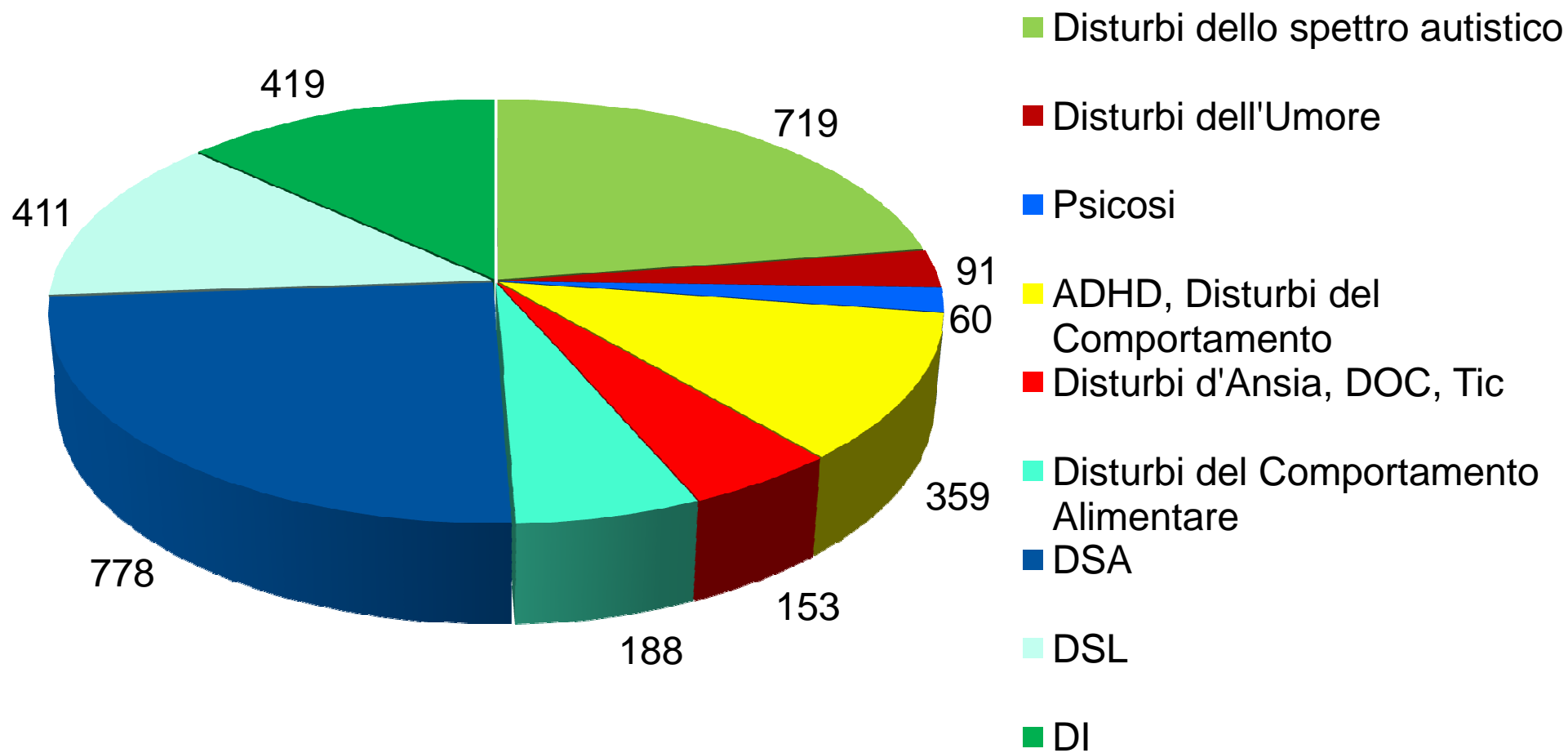
Finalità

- Prima visita, inquadramento diagnostico
- Follow-up in corso di trattamento

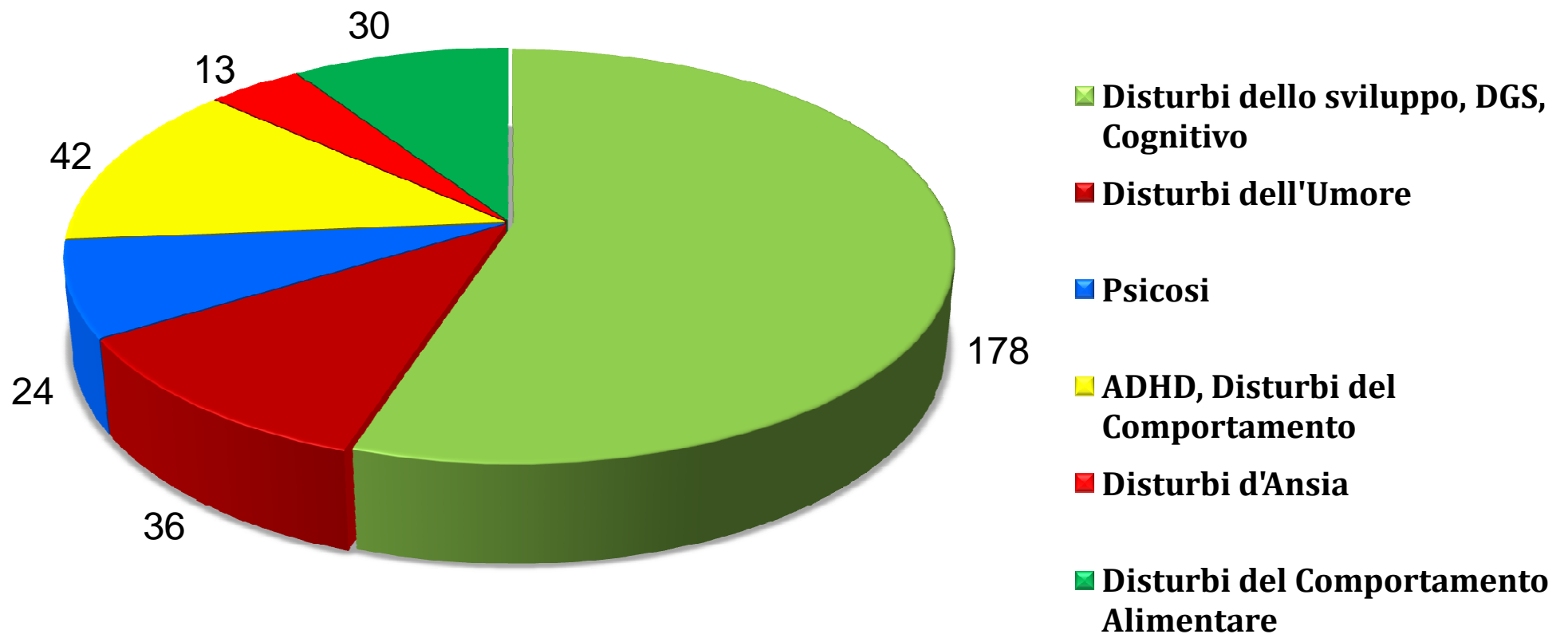
Modalità d'accesso

- Si accede tramite prenotazione

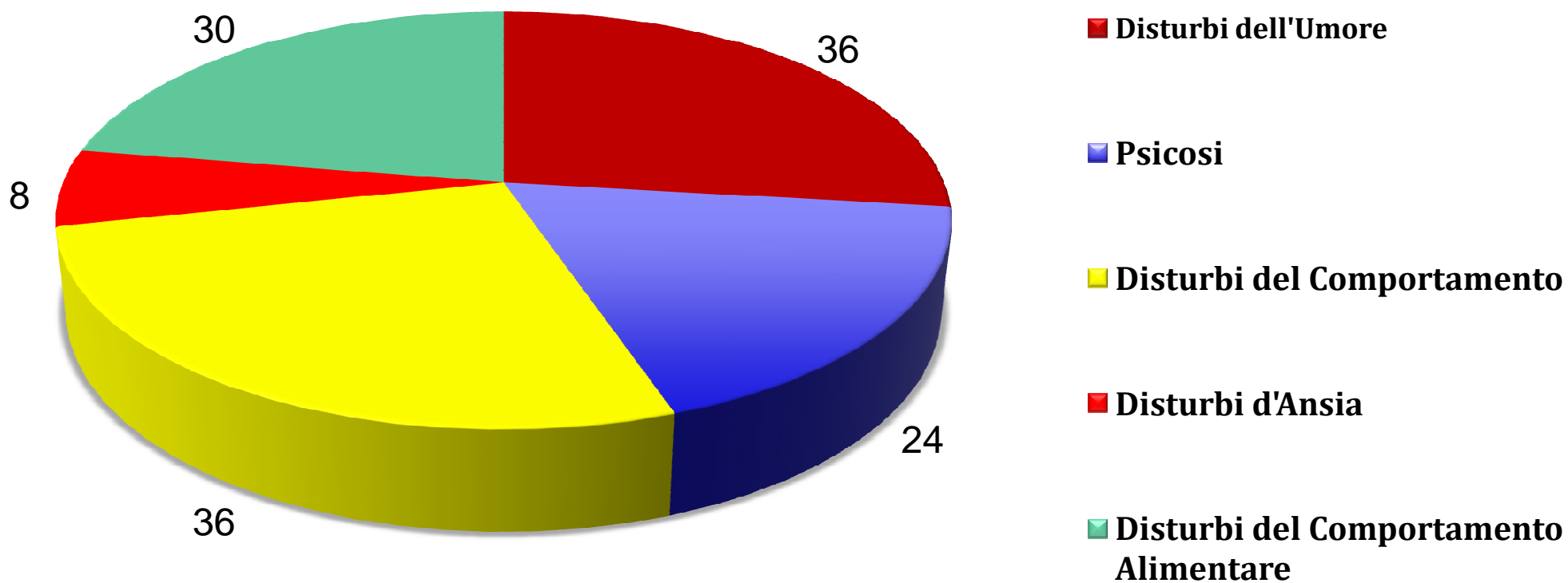
DH: Casistica totale 2013, N=3562



Reparto: Casistica totale 2013, N=323 (<13aa)



Reparto: Casistica totale 2013, N=134 (> 13 aa)



Il problema dell'aggressività

- Fenomeno in aumento
- Causa frequente di ricovero
- Causa frequente di infortunio personale infermieristico



I fattori strutturali per la prevenzione dell'aggressività

- Architettura di reparto
- Arredi
- Organizzazione e gestione degli spazi

Agire sui fattori strutturali richiede impegno, risorse finanziarie e tempo per cui appare una soluzione difficile da perseguire



I fattori strumentali per la prevenzione dell'aggressività

L'adozione di linee di condotta comune e condivise (linee guida, protocolli e procedure):

- esplicita ruoli, competenze, e responsabilità di ciascuno operatore
- evita strumentalizzazioni da parte del paziente
- evita lo stato d'incertezza che favorisce l'insorgere di condotte aggressive



I fattori umani

Clima di reparto

- Relazioni sane e comunicazione efficace tra dirigenza, staff e utenza
- Forte leadership
- Definizione chiara dei ruoli e delle funzioni (contribuisce ad eliminare quel clima d'incertezza ed imprevedibilità che favorisce le condotte aggressive)

Numero, attitudini, motivazione e formazione

- Un alto numero di personale è considerata una risposta organizzativa alla violenza
- Gli operatori non motivati, o con scarsa attitudine alla disciplina psichiatrica sono spesso coloro i quali perpetuano il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, rinunciando ad impegnarsi in una profonda e rinnovata opera assistenziale (*Siebold, 2009*)
- Gli operatori di recente assunzione o che non abbiano ricevuto una specifica formazione sono a più alto rischio d'incidenti (*Carmen & Hunter, 1998*)



Riconoscere l'aggressività

Per riconoscere e gestire adeguatamente una situazione potenzialmente aggressiva è necessario chiarire tre termini chiave:

- *AROUSAL*
- CICLO DELL'AGGRESSIONE
- *DE-ESCALATION*



Arousal

Attivazione psicomotoria con cambiamenti emotivi, fisici, psicologici

- Attivazione apparato cardiocircolatorio, sistema nervoso centrale (sistema limbico) e periferico, muscolatura scheletrica
- Inibizione delle abituali capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi
- Prevalere di idee dominanti

L'organismo si prepara all'attacco o alla fuga



Segni riconoscibili di *arousal*

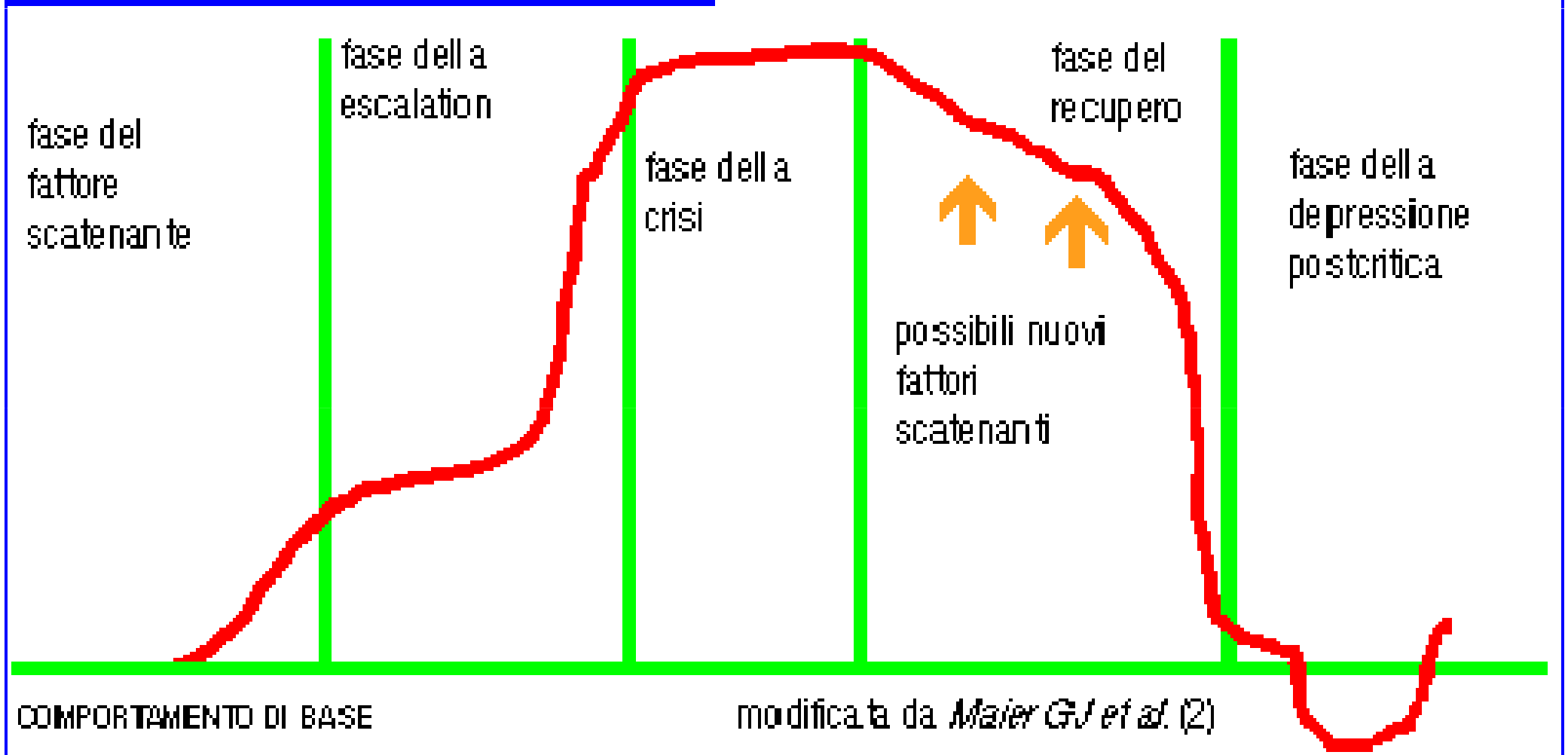
- Sudorazione profusa e midriasi
- Alzarsi in piedi
- Volto rosso o paonazzo
- Voce alta con minacce verbali
- Respiro rapido
- Contatto oculare diretto e prolungato
- Gestualità esagerata
- Tensione muscolare (contrattura della muscolatura facciale, stringere i pugni)
- Sguardo minaccioso
- Mancanza di recettività al primo intervento degli operatori



Ciclo dell'aggressività

Sistema predittivo di un comportamento violento

Il ciclo dell'aggressione



De-escalation

Insieme di interventi di desensibilizzazione che hanno come obiettivo il contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività.

- Comunicazione verbale: Talking down; Negoziazione; Ascolto attivo
- Comunicazione non verbale



Talk down

Approccio verbale volto al progressivo contenimento di una situazione potenzialmente aggressiva basato principalmente, ma non solo, sul contenuto del linguaggio



Suggerimenti per il Talk Down

- Stabilire un contatto verbale con il paziente
- Usare frasi brevi dal contenuto molto chiaro, se il paziente non ha compreso il significato, semplificarla sempre più, anche a scapito della completezza, della coerenza o logica
- Servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante
- Rivolgersi al paziente usando il suo cognome (o perlomeno chiedere al paziente come preferisce)
- Ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo e disponibile alla ricerca di una soluzione comune
- Non polemizzare o contrastare apertamente il paziente
- Formulare domande che prevedano una risposta aperta
- Porre il paziente a delle scelte alternative

Da evitare

- Dare ordini o avvertimenti
- Moraleggiare
- Discutere
- Biasimare, rimproverare o giudicare
- Dare soprannomi
- Analizzare o esaminare a fondo
- Ironizzare o fare del sarcasmo
- Elogiare o sminuire

Ascolto attivo

È un metodo per migliorare la capacità di ascolto; è un feedback di quello che si è appena ascoltato che il ricevente dà alla sua fonte di comunicazione

L'ascoltatore risponde a chi parla basandosi su quanto ha compreso del messaggio che gli è stato inviato



Ascolto attivo

- Prestare attenzione sia al contenuto che al significato
- Rispondere a messaggi emotivi
- Non interrompere il paziente mentre sta parlando
- Non ignorare i sentimenti del paziente
- Mostrare un chiaro interesse verso l'opinione del paziente e riconoscere la sua posizione ("capisco cosa intende", "mi piacerebbe sapere di più di questa cosa")
- Inclinare la testa da un lato, stabilire un contatto con lo sguardo e/o annuire rafforza l'idea che siamo interessati e partecipiamo attivamente nell'ascolto

Vantaggi dell'ascolto attivo

- Sottolinea che si è presenti
- Migliora la comunicazione
- Mostra empatia
- Riduce le incomprensioni
- Induce l'interlocutore ad esprimersi a pieno senza timore
- Costruisce rapporti



Suggerimenti per la Comunicazione non Verbale

- Posizionare il corpo in modo da comunicare lateralmente con il paziente (rotazione di circa 30° rispetto il paziente)
- Tentare di comunicare allo stesso livello del paziente
- Mantenere una giusta distanza
- Braccia abbassate, non incrociate e mani aperte mostrano che non siamo aggressivi
- Una testa dritta che s'inclina o che annuisce rafforza l'ascolto attivo
- Gesti lenti e delicati
- Assumere una posizione comoda e rilassata, senza invadere lo spazio del corpo
- Modulare la voce prestando attenzione al volume, al tono ed all'intensità
- Accompagnare comunicazione con lo sguardo, non fissare in modo continuo



Attenzione alle culture altre

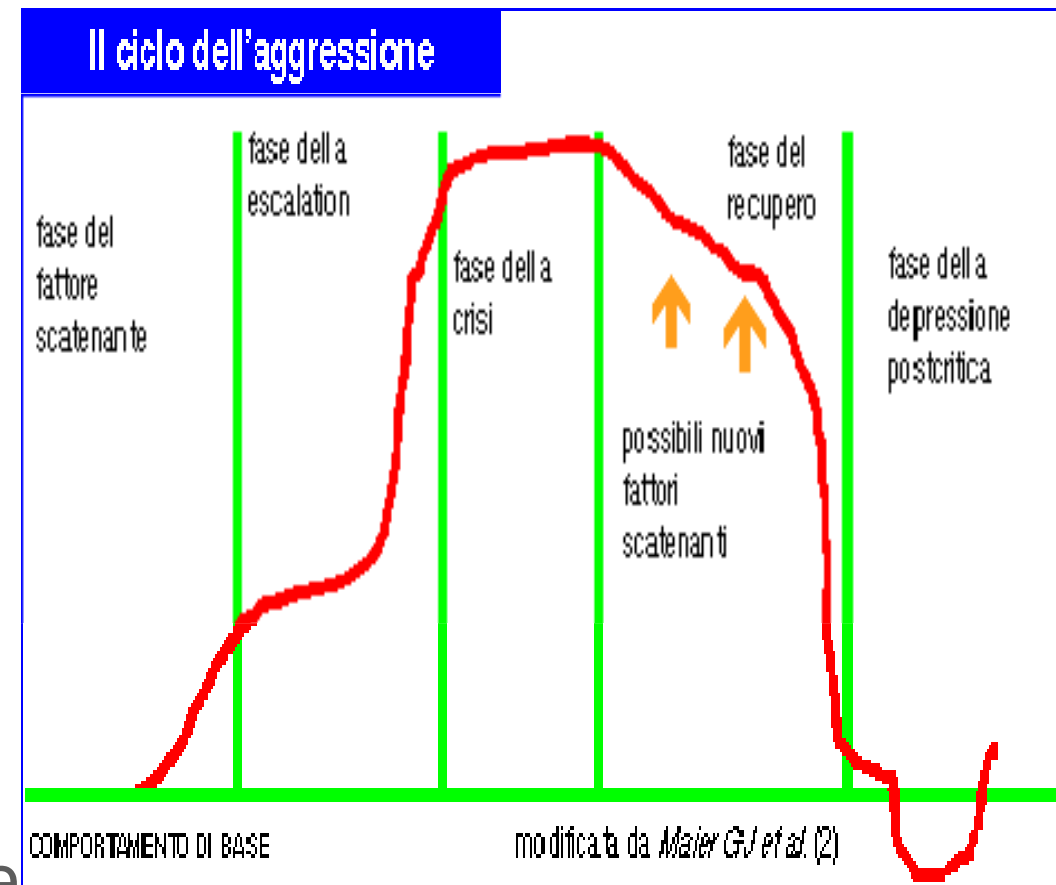
- *Sorriso:* spesso chi ascolta sorride. In Europa questo esprime un generico accordo. Nella cultura Giapponese il sorriso non esprime necessariamente un accordo
- *Occhi:* in Occidente guardare l'interlocutore negli occhi è inteso come un segno di franchezza. In Asia, il fissare una persona dritto negli occhi può essere una sfida. Mentre in Cina guardare negli occhi di chi parla è un segno di attenzione, in Giappone ci si guarda di quando in quando, ma mai durante un commiato
- *Espressioni del viso:* esprimere le proprie emozioni, sensazioni, giudizi, pensieri con la mimica facciale è una cosa "ovvia" nell'Europa mediterranea, in Russia. In Europa settentrionale ci si attende che queste espressioni siano abbastanza controllate, mentre in Oriente esse sono poco gradite. Si educano i bambini fin da piccoli ad una certa imperscrutabilità, cioè ad una riservatezza riguardo i propri sentimenti

Fase del Fattore scatenante (Trigger)

Scostamento dalla linea psicoemotiva dovuto a:

- Disinibizione indotta da sostanze
- Percezione di mancanza di alternative alla violenza
- Fattori di provocazione (veri o presunti)
- Eventi stressanti

Bisogna riconoscere il trigger e formulare un tentativo di rimozione (far capire al paz. che nessuno ha inteso deriderlo, o che la situazione ha possibili sblocchi di tipo negoziale)

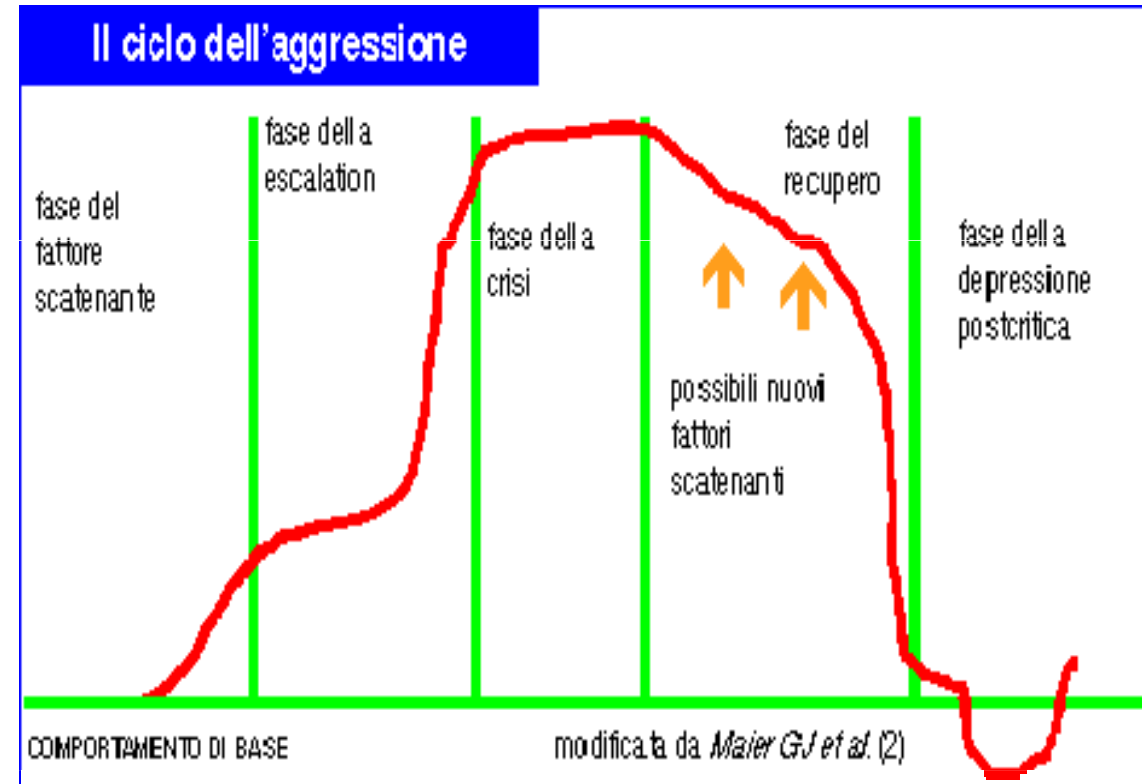


Fase della *escalation*

Ulteriore scostamento dalla linea basale.

Schemi d'intervento appropriato in questa fase prevedono l'utilizzo del talk down.

Una manovra aggiuntiva può essere l'allontanamento dal contesto, specie quando il trigger è determinato da un fattore ambientale.



Segni di successo dell'intervento di de-escalation:

- Dissipazione della tensione della voce
- Movimenti meno rigidi del corpo e degli arti del paziente
- Respiro più regolare
- Sguardo non più fisso

Fase critica

Viene raggiunto il massimo discostamento dalla linea basale

L'attenzione degli operatori deve essere focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze

Non sono possibili risposte fini

La gestione in acuto dell'aggressività è diverso dall'atto terapeutico in senso stretto; quest'ultimo è realizzabile solo quando esiste un minimo di rapporto fiduciario

Alcuni suggerimenti

dalle *Linee guida sulla contenzione fisica* Ospedale
Niguarda Ca Granda di Milano

- In base ai più moderni criteri di difesa personale, la frase che si ritiene oggi più efficace è “stai lontano” ripetuta costantemente.
- Se si viene afferrati per un polso, è opportuno piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell’aggressore, per indurlo a lasciare la presa.
- Per i morsi è opportuno spingere la parte morsa più a fondo nella bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il proprio corpo, quindi aiutarsi, magari chiudendo le narici dell’aggressore.

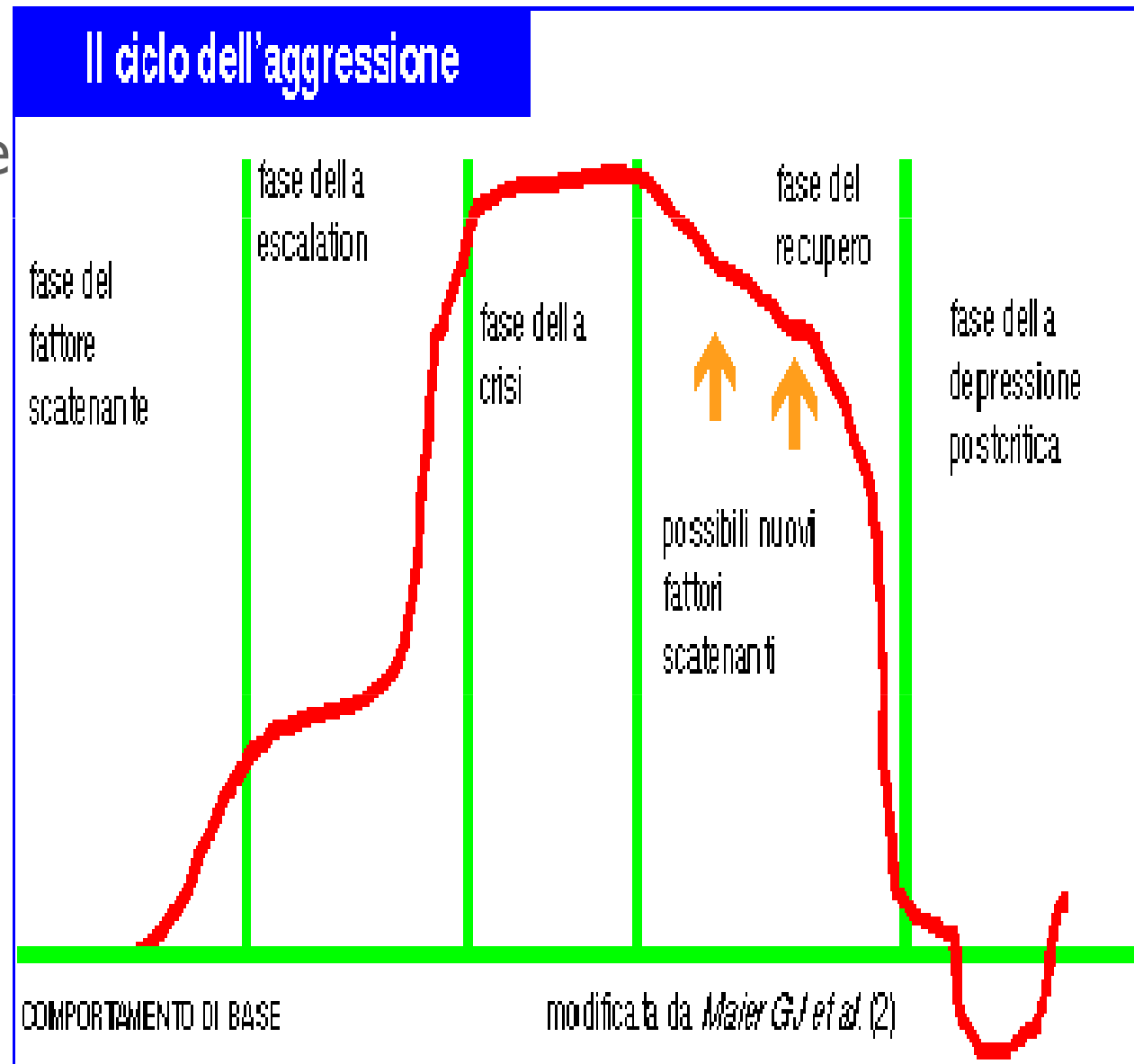
- Se si viene afferrati per i capelli, stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato, per limitare i danni, ed abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di equilibrio. La presa per i capelli ha lo scopo di dominare sull'altro, priva di stabilità l'intera persona, perciò è da ritenersi tra le più pericolose da subire.
- Sfuggire ad uno strangolamento è la chiave della sopravvivenza. Occorre abbassare il mento verso lo sterno proteggendo così la zona critica. La protezione della gola consente di non perdere conoscenza e guadagnare tempo al fine di liberarsi

Dopo l'aggressione:

- Dopo ogni episodio di violenza, organizzare incontri per elaborare il vissuto emotivo rilevante ma anche riflettere sugli aspetti pratici dell'accaduto
- Utile una supervisione esterna per i casi più gravi
- Non colpevolizzarsi ma imparare dall'esperienza
- Tornare al lavoro prima possibile
- Assicurarsi un sostegno, sia formale che informale
- Rassicurare la vittima in maniera incondizionata

Fase del recupero

- Graduale ritorno al comportamento normale
- Livello di *arousal* ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti
- Bisogna evitare interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio, perché si potrebbe scatenare una riacutizzazione della crisi



Fase della depressione post critica

Comparsa di emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna e rimorso

Bisogna mettere in atto interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento verificatosi e alla comprensione razionale delle circostanze che lo hanno determinato

- Praticare la *de-escalation* riduce il numero di incidenti in reparto, sia a carico di operatori che dei pazienti.
- Aiuta a rafforzare l'autostima e la soddisfazione professionale dell'operatore perché sente adempiuto il mandato per una relazione terapeutica e sana col paziente (*Cowin 2001*).
- Si evitano pratiche estreme (contenzione e isolamento) considerate sgradevoli e offensive dal personale e tanto più dal paziente (*Morales e Duphorne, 1995*)
- La International Society of psychiatric Mental Health Nurses (ISPAN) raccomanda che la risoluzione dei conflitti avvenga prioritariamente mediante le tecniche di *de-escalation* e di considerare la contenzione e l'isolamento come ultima risorsa

Valutazione della pericolosità

1. definire il rischio e valutare la gravità del potenziale danno
2. fare una stima delle probabilità che il rischio divenga reale
3. valutare l'imminenza che il rischio divenga reale



VALUTAZIONE DEL RISCHIO IMMINENTE PER COMPOR_TAMENTO_VIOLENTO (Tardiff 1992)

Aspetto del paziente,
uso di sostanze ,agitazione ,rabbia,
grado di accettazione delle procedure

Disponibilità di
oggetti in grado
di ferire

Gradi di lesioni procurate
in caso di violenza
già agita

Storia di abusi fisici
subiti durante l'infanzia

Pensiero paranoideo,
allucinazioni di comando,
disturbi organici del SNC

Storia di precedenti
comportamenti violenti,
inclusi TS, guida
pericolosa,danneggiame
nto di cose,
comportamenti sessuali
a rischio

Appartenenza a un gruppo
demografico a rischio:
giovane età, sesso maschile,
classe sociale ed
economica inferiore

Presenza di Disturbi
di personalità
antisociale, borderline



**presa in carico diretta
degli episodi**

```
graph TD; A[presa in carico diretta degli episodi] <--> B[De-escalation]; A <--> C[Contenimento]; A <--> D[Attenzione alla sicurezza];
```

De-escalation

mira a deviare il percorso
dalla confrontazione
alla soluzione
negoziale del conflitto

Contenimento:

impedisce di portare a termine
l'aggressione
bloccando l'evoluzione
comportamentale

Attenzione alla sicurezza.:

Limita le
conseguenze
dell'azione violenta

Tranquillizzazione rapida**(Adattato dalla Scheda proposta dal Coordinamento SPDC di Roma e Lazio)****1) INTERVENTI NON FARMACOLOGICI (DE-ESCALATION).**

↓ se non risponde

2) Trattamento orale → se accetta**Secondo passo: terapia orale****Aloperidolo 2-5 mg o Olanzapina 10-20 mg o Risperidone 1-2 mg,
(o Clorpromazina 25-50 mg)****eventualmente associati con lorazepam 2,5-5 mg o clotiapina 50-100 mg
(o Prometazina. 25-50 mg)****Ripetere dopo 60 minuti**

↓ se non accetta

3) Trattamento intramuscolare →**Terzo passo: terapia intramuscolare****(lorazepam 2-4 mg 1 f, oppure Delorazepam 2,5-5 mg 1f****+ aloperidolo 2-5 mg 1 f o olanzapina 5-10 mg o prometazina 25-50 mg).****Ripetere dopo 30-60 minuti (massimo 2 volte)**

↓ se inefficace o impossibile

4) Trattamento endovenoso →**Quarto passo: terapia endovenosa****lorazepam 2-4 mg 1 f in infusione lenta in 10 cc di soluz. fisiol.****+ aloperidolo 1-2mg 1 f).****In caso di insuccesso, ripetere dopo 15 minuti**