

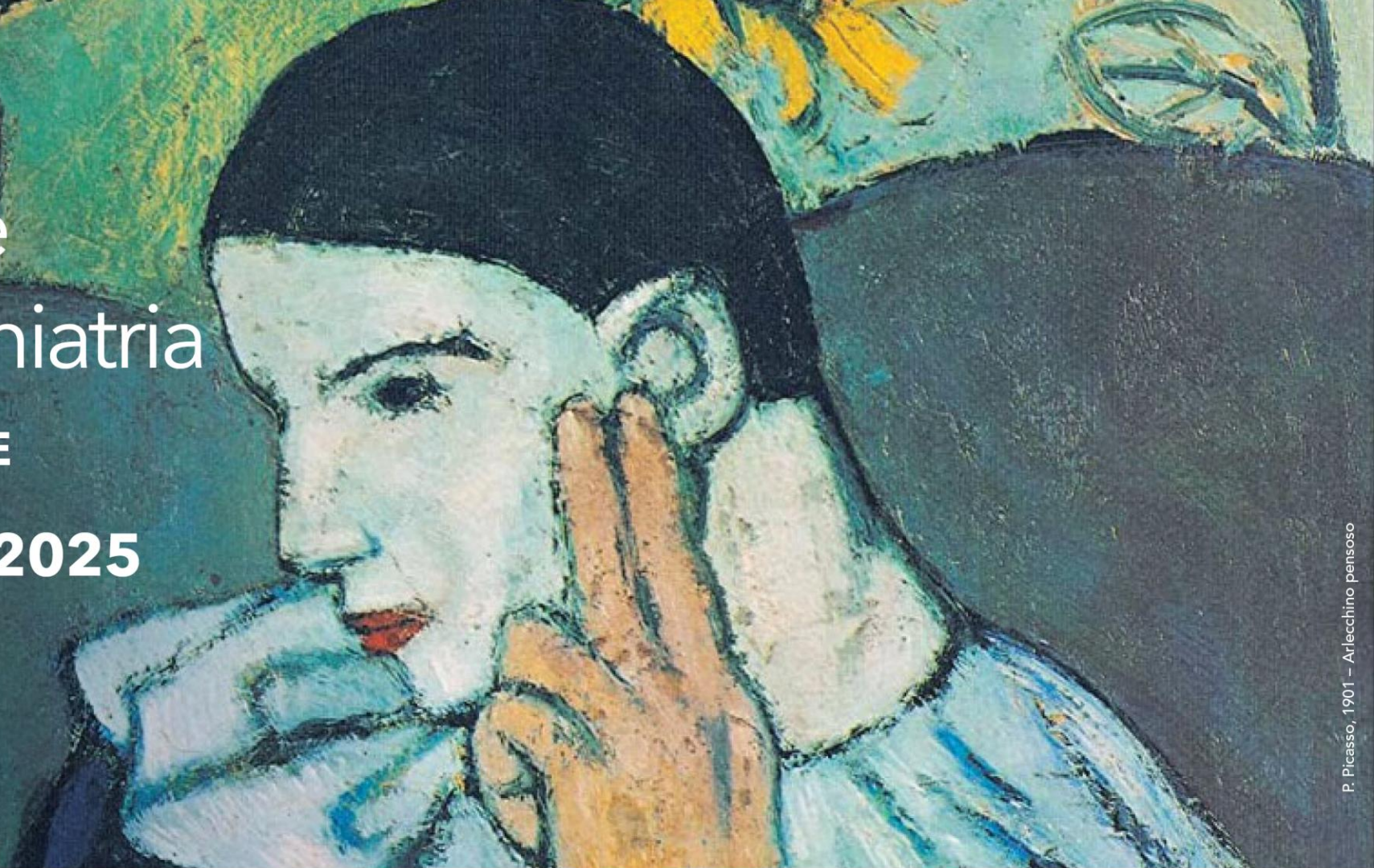
...la vita scolpisce la mente...

Up Date di Neuropsichiatria

6^a EDIZIONE

10/11 ottobre 2025
TORINO


Humana



P. Picasso, 1901 - Arlecchino pensoso

Michela Gatta

Azienda Ospedale-Università e Università di Padova

LA GESTIONE DEL PAZIENTE ACUTO



PAZIENTE ACUTO

**chi verte in condizione di
URGENZA/EMERGENZA PSICHATRICA**

urgenza

situazione acuta e grave in cui la sofferenza psichica e/o un comportamento, collegati ad una psicopatologia, richiedono un intervento immediato per i rischi che tale stato comporta per la persona stessa o gli altri.

emergenza

nell'emergenza l'elemento psicopatologico gioca un ruolo di secondo piano rispetto alle problematiche psicosociali/contextuali/relazionali che definiscono una rottura, spesso improvvisa, dell'equilibrio con l'ambiente.

Secondo il DSM-5, non ci sono definizioni formali specifiche di "emergenza" o "urgenza" psichiatrica, ma queste condizioni vengono valutate clinicamente in base alla gravità e all'imminente rischio per il paziente o per altri.

Il DSM-5 suggerisce una valutazione rapida e completa degli aspetti:

- rischio di danneggiamento a sé o ad altri,
- presenza di sintomi psicotici, suicidari o violenti,
- compromissione grave delle funzioni cognitive o vitali.

In pratica clinica e nei doc di riferimento italiani che si rifanno al DSM-5, si utilizzano codici di triage psichiatrico per differenziare i livelli di gravità:

- Codice Rosso** per emergenze con pericolo di vita imminente,
- Codice Giallo** per urgenze che richiedono intervento rapido ma con paziente collaborante,
- Codice Verde** per situazioni meno gravi che necessitano valutazioni non immediate.



Classe	Descrizione
Classe 1	È riferita a situazioni in cui è presente un potenziale pericolo di vita o che comportano un rischio per il soggetto e/o altri; include: tentativo di suicidio, agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta (aggressività, agitazione psicotica, panico, discontrollo degli impulsi), grave abuso fisico e trascuratezza estrema, condotte alimentari disfunzionali con grave scadimento delle condizioni cliniche generali.
Classe 2	Comprende disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Include: intensa angoscia/severi attacchi di panico, sintomi di conversione e somatoformi, vittime di gravi traumi fisici o psichici.
Classe 3	Comprende situazioni che necessitano di un pronto riconoscimento, ma che non necessitano di un intervento immediato quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri.
Classe 4	Si riferisce a situazioni percepite come urgenti che richiedono un intervento psichiatrico non urgente: l'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture in grado di rispondere ("falso allarme").

Classificazione di Rosenn (1984) riadattata da Gail (2006)

Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva

Tab. IV. Triage nelle acuzie psichiatriche dell'età evolutiva.

Triage psichiatrico	Quadro clinico
Codice Rosso	Situazioni con potenziale pericolo di vita e rischio per sé e/o per gli altri • Agitazione psicomotoria (APM) estrema (tentato suicidio con grave APM e ideazione suicidaria persistente, psicosi acuta con APM grave, gravi agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta, aggressività, panico, discontrollo degli impulsi ecc) • Grave compromissione delle funzioni vitali e cognitive (es per ingestione di alcol e/o sostanze stupefacenti, o in seguito a tentativo di suicidio, ecc.)
Codice Giallo	Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti • Agitazione psicomotoria grave/moderata con manifesta aggressività verbale che permane anche in PS, irrequietezza fisica, gestualità accentuata (es. crisi maniacale grave, disturbo esplosivo della personalità, crisi psicotica acuta, attacco di panico con grave agitazione, intensa angoscia, vittime di traumi fisici e psichici ecc.) • Recente violenza verso sé o altri e/o pregressi accessi in PS per comportamenti violenti (es. tentativi di suicidio o atti auto lesivi senza ideazione suicidaria persistente) • Quadri clinici a rilevante componente organica, secondaria a disturbi o traumatismi psichici gravi (disturbo della condotta alimentare con grave decadimento delle condizioni cliniche generali, sintomi psichiatrici rilevanti in grave abuso fisico/sexuale o trascuratezza estrema ecc.) Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Pazienti in genere sufficientemente collaboranti • Episodio psicotico acuto senza agitazione • Episodio depressivo con ideazione suicidaria con paziente collaborante alla valutazione
Codice Verde	Situazioni che necessitano di pronto riconoscimento ma che non richiedono un intervento immediato • Disturbi psichiatrici minori con/ senza agitazione lieve (es. stato di ansia, somatizzazioni, attacchi di panico) in particolare se con anamnesi psichiatrica nota quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri • Sospetto disturbo somatoforme (es. pz con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati)
Codice Bianco	Difficoltà psicosociali con disturbo psichico non grave ma senza caratteristiche di emergenza, situazioni in cui il motivo della richiesta sembra essere legato ad una richiesta di aiuto. L'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture ipotizzate in grado di rispondere ("falso allarme")



PAZIENTE ACUTO CH VERTE IN CONDIZIONE di urgenza/emergenza psichiatrica

2 dimensioni, non sempre alternative:

1) una dimensione clinica,

2) una dimensione ambientale



Quali tipologie di quadri clinici caratterizzano il paziente acuto in psichiatria dell' età evolutiva?

La grande maggioranza degli studi clinici disponibili riguarda la popolazione di pazienti che **afferiscono in PS e ricoverati in condizioni a potenziale rischio di vita per sé o per gli altri.**

Danno per sé (autolesionismo e suicidalità)

Danno per gli altri (grave apm, gravi condotte aggressive)

Complessi quadri di co occorrenza



- Overhage, L., Hailu, R., Busch, A. B., Mehotra, A., Michelson, K. A., & Huskamp, H. A. (2023). Trends in acute care use for mental health conditions among youth during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2195>
- National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020. Bommersbach TJ, McKean AJ, Olfson M, Rhee TG. *JAMA*. 2023 May 2;329(17):1469-1477. doi: 10.1001/jama.2023.4809.
- Psychiatric Emergencies in Minors: The Impact of Sex and Age. So P, Wierdsma AI, Vermeiren RRJM, Mulder CL. *Pediatr Emerg Care*. 2022 Jun 1;38(6):258-263. doi: 10.1097/PEC.0000000000002674. Characteristics, Clinical Care, And Disposition Barriers For Mental Health Patients Boarding In The Emergency Department. Kraft CM, Morea P, Teresi B, Platts-Mills TF, Blazer NL, Brice JH, Strain AK. *Am J Emerg Med*. 2021 Aug;46:550-555. doi: 10.1016/j.ajem.2020.11.021.
- Children's Mental Health Emergency Department Visits: 2007-2016. Lo CB, Bridge JA, Shi J, Ludwig L, Stanley RM. *Pediatrics*. 2020 Jun;145(6):e20191536. doi: 10.1542/peds.2019-1536.
- Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, Holingue C, Keefer A, Riley A. *Pediatrics*. 2019 Apr;143(4):e20182192. doi: 10.1542/peds.2018-2192.
- Characteristics and Triage of Children Presenting in Mental Health Crisis to Emergency Departments at Detroit Regional Hospitals. Williams K, Levine AR, Ledgerwood DM, Amirsadri A, Lundahl LH. *Pediatr Emerg Care*. 2018 May;34(5):317-321. doi: 10.1097/PEC.0000000000001057.
- Acute Crisis Care for Patients with Mental Health Crises: Initial Assessment of an Innovative Prehospital Alternative Destination Program in North Carolina. Creed JO, Cyr JM, Owino H, Box SE, Ives-Rublee M, Sheitman BB, Steiner BD, Williams JG, Bachman MW, Cabanas JG, Myers JB, Glickman SW. *Prehosp Emerg Care*. 2018 Sep-Oct;22(5):555-564. doi: 10.1080/10903127.2018.1428840.
- Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population. Holder SM, Rogers K, Peterson E, Ochonma C. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017 48(6):993-1000
- Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016 Nov;44(6):203-11.
- Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illnesses. Pittsenbarger ZE, Mannix R. *Acad Emerg Med*. 2014 Jan;21(1):25-30. doi: 10.1111/acem.12282.
- Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in The Emergency Medical Services System. Dolan MA, Fein JA; Committee on Pediatric Emergency Medicine. *Pediatrics*. 2011 May;127(5):e1356-66. doi: 10.1542/peds.2011-0522. Review.

Motivi neuropsichiatrici di accesso all'ospedale in regime di urgenza

- ✓ **Aggressive Behavior (34-42%);**
- ✓ **Depression (18-38%, of which half at suicide risk);**
- ✓ **Self-injury Behavior (22.8%);**
- ✓ **Anxiety symptoms (14.6-28.4%);**
- ✓ **Psychotic spectrum disorders (5.1-16%);**
- ✓ **Drugs/Alcohol Abuse (18%).**

→ hospitalisation 18.5%-82%

Il 21-76% degli accessi per problemi mentali risulta in una diagnosi psichiatrica

confusiva sovrapposizione tra
“ospedalizzazione” ed “urgenza/emergenza psichiatrica”

- ✓ *Non tutte le condizioni che accedono ad un Pronto Soccorso sono reali urgenze*
- ✓ *Non tutte le condizioni che accedono ad un Pronto Soccorso devono esitare successivamente in un ricovero*
- ✓ *Non tutte le condizioni che conducono ad un ricovero sono condizioni di urgenza*

“Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service”, Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(10):1197-202;

“More with less”, Calderoni D, Ferrara M, Sarti MI, Nardocci F, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*. 2008; 28 (2): 149-166;

“Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth”, Gill PJ, Saunders N, Gandhi S et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(6):475-482.

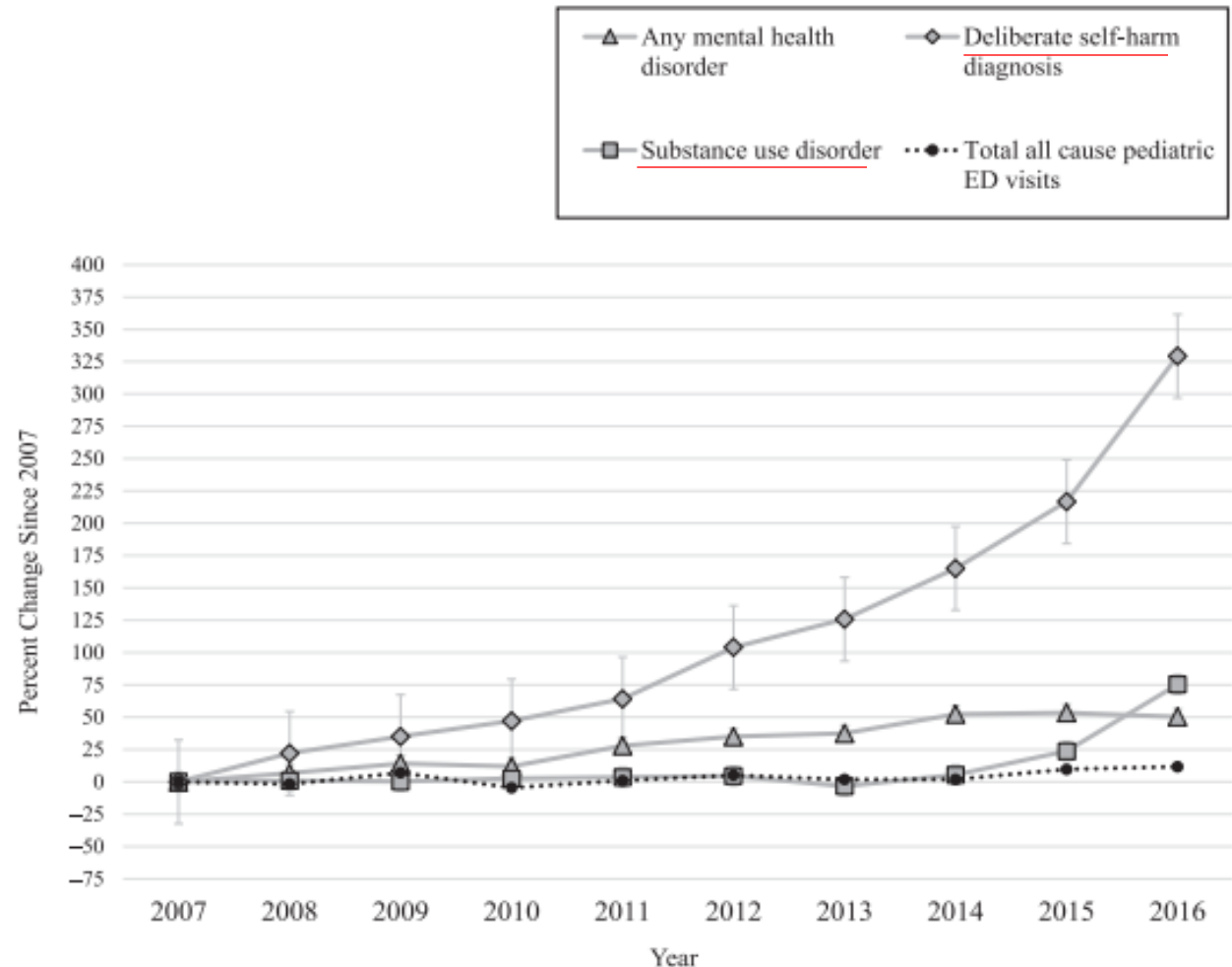
Children's mental health emergency department visits have skyrocketed over last decade

Lo CB, Bridge JA, Shi J, et al. Children's Mental Health Emergency Department Visits: 2007–2016. Pediatrics. 2020; 145(6):e20191536

Emergency department visits for mental health disorders rose 60% from 2007-2016.

ED pediatrici statunitensi 2011-2015 (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS): aumento del 53% delle visite psichiatriche tra i bambini (6-11 anni) e del 54% tra i giovani (12-17 anni) (Kalbet al. 2019).

ED pediatrico di Boston 2010 -2016: aumento del 45% del numero di visite per la salute mentale rispetto a un aumento di solo il 13% delle visite in ED per altri motivi (Hoffmann et al, 2019).



National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020

May 2, 2023, Volume 329, Number 17

Tanner J. Bommersbach, MD, MPH; Alastair J. McKean, MD; Mark Olsson, MD, MPH; Taeho Greg Rhee, PI

Table 2. National Trends of Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Children, Adolescents, and Young Adults (per 1000 Capita) by Age Group, 2011-2020^a

		2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	Average annual percent change (95% CI)	P value	P value for interaction ^b
Any psychiatric diagnosis									
5-9 y	4.8	5.4	12.5	12.2	11.8	12.2 (4.0 to 20.7)	.002	.04	
10-14 y	11.9	15.8	29.5	27.3	36.5	12.9 (7.9 to 18.2)	<.001		
15-19 y	42.6	43.3	58.9	55.1	63.3	4.9 (1.8 to 8.1)	.002		
20-24 y	54.0	58.5	85.7	77.5	72.7	4.9 (2.2 to 7.6)	<.001		
Mood-related ^c									
5-9 y	3.0	1.7	3.5	3.9	2.4	3.3 (-8.9 to 17.3)	.61	.55	
10-14 y	7.5	8.9	14.5	10.9	17.5	9.3 (2.5 to 16.5)	.006		
15-19 y	22.7	21.0	33.5	31.0	32.3	4.9 (0.7 to 9.3)	.02		
20-24 y	26.0	24.1	37.4	32.6	32.4	4.5 (0.5 to 8.7)	.03		
Behavioral (nonsuicidal) ^c									
5-9 y	1.5	3.0	4.8	3.6	2.4	5.6 (-6.7 to 19.6)	.39	.70	
10-14 y	4.2	5.6	9.0	9.3	12.7	13.5 (4.9 to 22.7)	.002		
15-19 y	4.8	6.1	7.5	10.8	10.2	9.7 (1.4 to 18.7)	.02		
20-24 y	4.4	4.2	6.3	4.1	5.9	3.1 (-6.3 to 13.6)	.53		
Substance use ^c									
5-9 y	0.17	0.16	0.18	0.58	0.97	24.9 (-14.2 to 82.1)	.25	.74	
10-14 y	1.4	2.8	3.0	3.0	3.2	7.4 (-6.1 to 22.8)	.30		
15-19 y	13.9	17.4	20.1	16.5	18.3	2.2 (-3.0 to 7.7)	.41		
20-24 y	25.0	32.3	50.5	43.0	31.8	4.0 (0.4 to 7.8)	.03		
Psychosis ^c									
5-9 y	0.4	0.3	0.5	1.2	2.1	33.7 (1.6 to 75.9)	.04	.18	
10-14 y	0.9	1.2	1.2	2.7	3.6	21.6 (2.4 to 44.4)	.03		
15-19 y	2.5	3.0	2.9	3.1	5.6	9.4 (-2.9 to 23.2)	.14		
20-24 y	4.4	4.3	9.3	6.3	6.4	5.8 (-3.0 to 15.5)	.20		
Suicide-related ^c									
5-9 y	0.1	0.3	2.3	4.0	3.5	32.9 (10.8 to 59.3)	.002	.70	
10-14 y	2.3	3.1	9.9	9.7	13.2	21.3 (11.3 to 32.1)	<.001		
15-19 y	5.8	8.6	15.3	18.6	24.5	18.5 (11.5 to 25.9)	<.001		
20-24 y	5.2	3.6	11.1	17.5	18.6	22.3 (14.0 to 31.1)	<.001		
Other ^c									
5-9 y	1.4	2.0	4.5	4.8	4.7	14.3 (1.3 to 28.9)	.03	.38	
10-14 y	5.1	6.4	15.0	13.6	18.1	14.6 (7.3 to 22.5)	<.001		
15-19 y	14.9	13.6	21.1	21.4	26.5	14.6 (7.3 to 22.5)	<.001		
20-24 y	11.7	11.9	18.1	16.1	22.9	9.5 (3.7 to 15.6)	.001		



European Child & Adolescent Psychiatry (2023) 32:113–122
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01843-1>

ORIGINAL CONTRIBUTION

The impact of COVID-19 related lockdown measures on self-reported psychopathology and health-related quality of life in German adolescents

European Child & Adolescent Psychiatry
<https://doi.org/10.1007/s00787-022-02044-0>

EDITORIAL

Self-harm: a transdiagnostic marker of psychopathology and suicide risk during the COVID-19 pandemic?

➤ *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Sep;62(9):998–1009. doi: 10.1016/j.jaac.2022.11.016. Epub 2023 Feb 16.

Self-Harm in Children and Adolescents Who Presented at Emergency Units During the COVID-19 Pandemic: An International Retrospective Cohort Study

➤ *Swiss Med Wkly*. 2022 Feb 23;152:Swiss Med Wkly. 2022;152:w30142. doi: 10.4414/smw.2022.w30142. eCollection 2022 Feb 14.

The mental distress of our youth in the context of the COVID-19 pandemic

Meta-Analysis ➤ *Lancet Psychiatry*. 2023 May;10(5):342–351.

doi: 10.1016/S2215-0366(23)00036-6. Epub 2023 Mar 9.

Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis

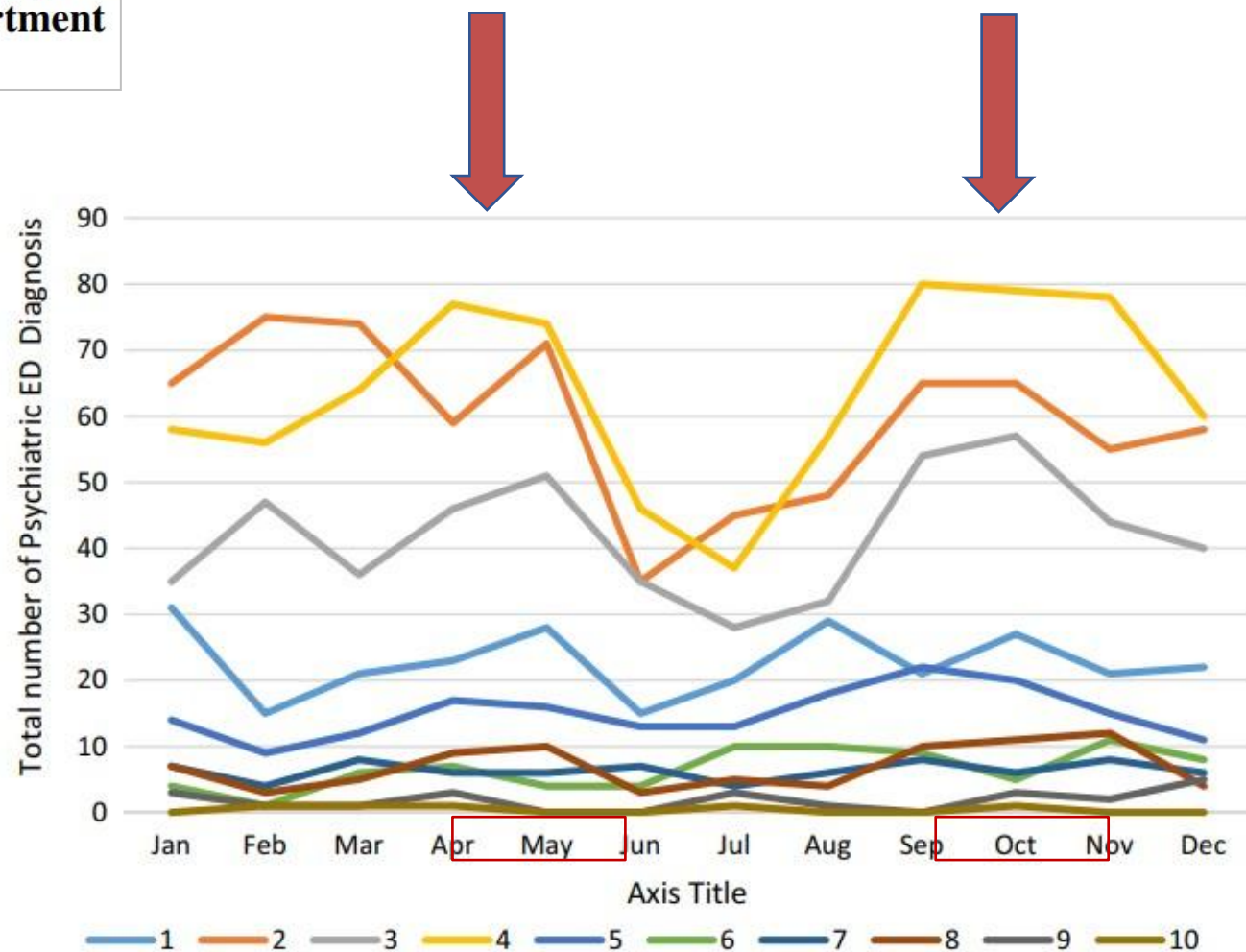
Meta-Analysis ➤ *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Jul;31(7):1–13.

doi: 10.1007/s00787-021-01741-6. Epub 2021 Mar 7.

Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study

Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population

Fig. 3 Number of Psychiatric diagnoses by Month in the ED, 1 Substance-related disorders, 2 Disorders first usually diagnosed in infancy, childhood, or adolescence, 3 Mood disorders, 4 Anxiety disorders, 5 Adjustment disorders, 6 Personality Disorder, 7 Schizophrenia and other psychotic disorders, 8 Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified, 9 Impulse-control disorders not elsewhere classified and 10 Eating or Sleep Disorders





QUADRI CLINICI ACUTI in PSICHIATRIA dell' ETA' EVOLUTIVA

- ❑ Schizofrenia ad esordio precoce (Very Early Onset Schizophrenia - VEOS), insorgenza prima dei 13 anni con sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero, compromissione del funzionamento sociale).
- ❑ Disturbi dell'umore gravi (episodi maniacali acuti o depressione con rischio suicidario elevato).
- ❑ Stati di agitazione psicomotoria e aggressività incontrollata.
- ❑ Agiti autolesionistici e comportamenti suicidari.
- ❑ Disturbi neuroevolutivi con aggravamenti acuti, (es. gravi scompensi comportamentali in autismo o disabilità intellettive).
- ❑ Disturbi dell'alimentazione con complicanze mediche acute (es.gravi squilibri elettrolitici, grave ipotensione e bradicardia, ...).
- ❑ Reazioni dissociative da trauma o sostanze, psicosi indotte da sostanze.



Danno per sé (autolesionismo e suicidalità)

Danno per gli altri (grave apm, gravi condotte aggressive)

Complessi quadri di co occorrenza

AGITAZIONE PSICOMOTORIA - Definizione

“eccessiva attività motoria associata a una sensazione di tensione interna”

Tale alterazione può coinvolgere:

- il comportamento motorio (frenesia, turbolenza, agitazione),
- il comportamento psichico (incoerenza ideativa, logorrea),
- il comportamento relazionale (eteroaggressività: verso l'ambiente o persone).

L'andamento di un episodio di agitazione psicomotoria è caratterizzato da un CONTINUUM, cioè: da una condizione di 'normalità' o semplice attivazione ideativa e comportamentale si può arrivare a stati acuti e violenti più o meno rapidamente e più o meno prevedibilmente (APM da causa organica o scompenso psicotico acuto)





Gravità dell'agitazione PM

mild agitation

tensione, tirare vestiti o capelli, mangiarsi le unghie, difficoltà a stare fermo e irritabilità

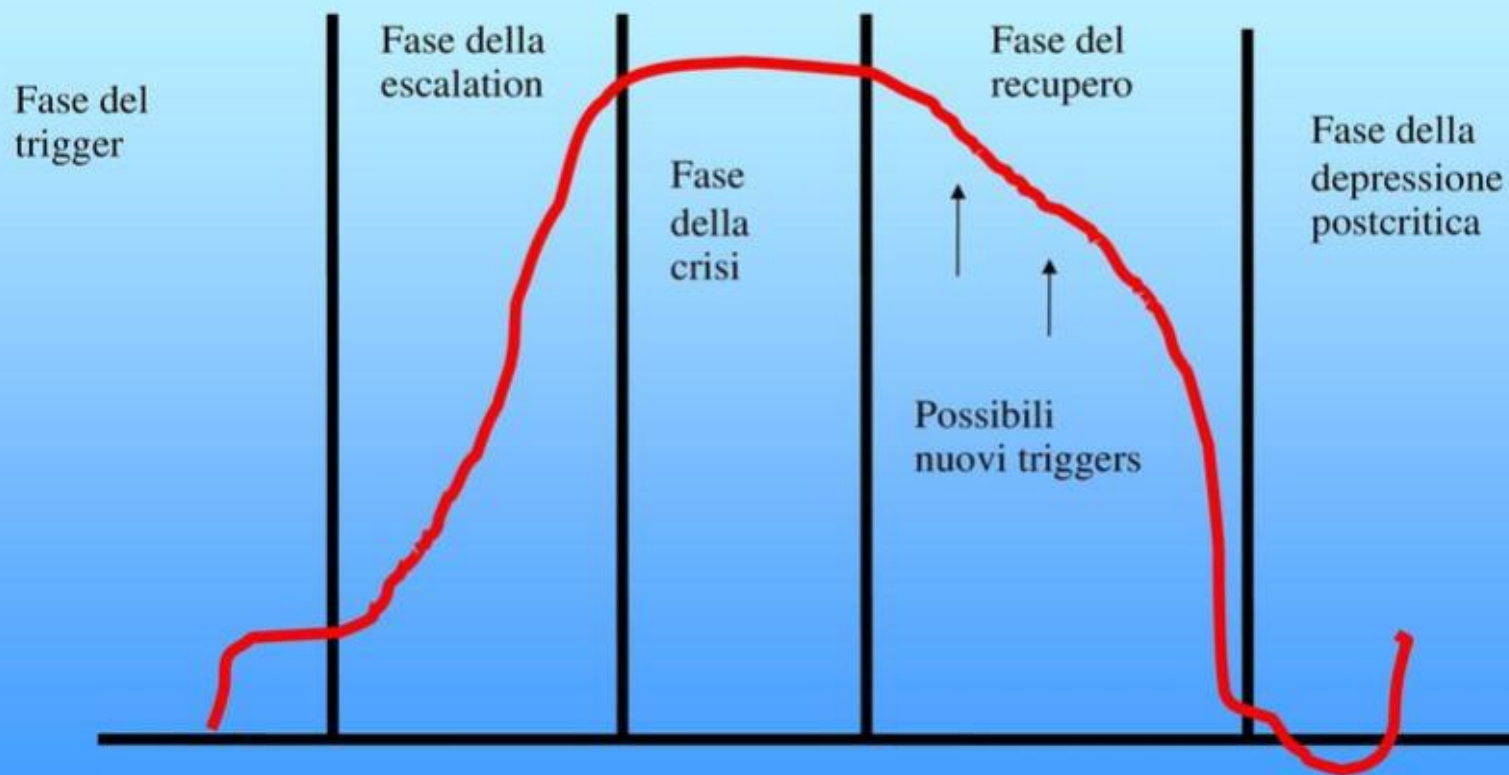
moderate agitation

alzare la voce o urlare, fare dichiarazioni minacciose, camminare su e giù, dondolarsi, lanciare piccoli oggetti senza mirare agli altri, graffiare leggermente senza rompere la pelle, colpire leggermente o sbattere brevemente la testa

severe agitation

comportamenti che pongono il paziente o altri a rischio imminente danno. Ciò include tentativi di aggredire altri, spostare o lanciare oggetti di grandi dimensioni, distruggere proprietà, tentativi di strangolamento, tentativi di taglio o di graffiatura profonda della pelle, o sbattere per tempo prolungato la testa

Il ciclo dell'aggressione



(Maier e Van Rybroek, 1995)

Da: La contenzione fisica in ospedale.
Evidence based guideline. Data revisione
gennaio 2008;
http://www.ospedaleniguarda.it/resources/LG%20La%20contenzione%20fisica%20in%20ospedale_1182.pdf

Il ciclo dell'aggressione



Fase del trigger

Fase della escalation

Fase del recupero

Fase della depressione postcritica

Fase della crisi

Possibili nuovi triggers

Comportamento di base



(Maier e Van Rybroek, 1995)



Acuzie psico-comportamentale

Le cause più frequenti di agitazione/aggressività acuta nei giovani includono l'esacerbazione di disturbi del neurosviluppo (ADHD, autismo o disabilità intellettive) o l'insorgenza di disturbi dell'umore e psicotici.

Recognizing, Managing and Treating Acute Agitation in Youths. V.Salvi et al, Curr Pharm Des, 2021

1. **Delirium** alterazione dello stato mentale associata a un problema medico sottostante come condizioni metaboliche, neurologiche o infettive
2. **Intossicazione da sostanze** oppioidi e da alcol
3. **Patologie psichiatriche** psicosi o disturbo bipolare
4. **Dolore** soprattutto in pazienti con DSA, disordini del neurosviluppo, disabilità intellettiva e di comunicazione

Crisis in the Emergency Department. Child Adolesc Psych Clin N Am. R.Gerson 2018, Pharmacology Management of Acute Agitation in Youth in the Emergency Department. Hoffmann et al., Pediatric Emergency care 2021

Approccio multimodale

Vi è consenso sul fatto che
la gestione dell'agitazione debba essere
individualizzata, multidisciplinare e collaborativa.



Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. R. Gerson et al. Western Journal of Emergency Medicine, 2019



AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE AZIENDALE
SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

**UOC ACCETTAZIONE E PRONTO
SOCCORSO PEDIATRICO**

PROCEDURA

**AGITAZIONE PSICOMOTORIA
IN PRONTO SOCCORSO**



THE MODIFIED OVERT AGGRESSION SCALE (MOAS)

THE MODIFIED OVERT AGGRESSION SCALE (MOAS)*

Patient _____
Rater _____ Date _____

INSTRUCTIONS

Rate the patient's aggressive behavior over the past week. Select as many items as are appropriate. Refer to the pocket guide for the full measure.

SCORING

1. Add items in each category
2. In scoring summary, multiply sum by weight and add weighted sums for total weighted score. Use this score to track changes in level of aggression over time.

Verbal aggression

- ____ 0 No verbal Aggression
____ 1 Shouts angrily, curses mildly, or makes personal insults
____ 2 Curses viciously, is severely insulting, has temper outbursts
____ 3 Impulsively threatens violence toward others or self
____ 4 Threatens violence toward others or self repeatedly or deliberately
____ SUM VERBAL AGGRESSION SCORE

Aggression against Property

- ____ 0 No aggression against property
____ 1 Slams door, rips clothing, urinates on floor
____ 2 Throws objects down, kicks furniture, defaces walls
____ 3 Breaks objects, smashes windows
____ 4 Sets fires, throws objects dangerously
____ SUM PROPERTY AGGRESSION SCORE

Autoaggression

- ____ 0 No autoaggression
____ 1 Picks or scratches skin, pulls hair out, hits self (without injury)
____ 2 Bangs head, hits fists into walls, throws self onto floor
____ 3 Inflicts minor cuts, bruises, burns, or welts on self
____ 4 Inflicts major injury on self or makes a suicide attempt
____ SUM AUTOAGGRESSION SCORE

Physical Aggression

- ____ 0 No physical aggression
____ 1 Makes menacing gestures, swings at people, grabs at clothing
____ 2 Strikes, pushes, scratches, pulls hair of others (without injury)
____ 3 Attacks others, causing mild injury (bruises, sprain, welts, etc.)
____ 4 Attacks others, causing serious injury
____ SUM PHYSICAL AGGRESSION SCORE

CATEGORY	SUM SCORE	WEIGHTS	WEIGHTED SUM
Verbal Aggression		x 1	
Aggression against Property		x 2	
Autoaggression		x 3	
Physical Aggression		x 4	
Total Weighted Score			

*Modified from Kay SR, Wolkenfeld F, Muzil LM (1998). Profiles of aggression among psychiatric patients: I. nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176:535-546

Recommendations in this publication do not constitute an exclusive course of treatment or serve as a standard of care. Variation, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original document is a part of Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician Toolkit. Copyright © 2010, the American Academy of Pediatrics. All Rights Reserved. The American Academy of Pediatrics does not endorse or make any modifications made to this document and its content shall remain the sole responsibility of the user.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



SSION SUPPORT FOR CLINICIANS

Page 1 of 1



REGIONE DEL VENETO

**Azienda
Ospedale
Università
Padova**

UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE UOC PSICHIATRIA

ISTRUZIONE OPERATIVA

**Gestione delle urgenze e emergenze
psichiatriche in età evolutiva**



Il PS, la Pediatria o altri «spazi non NPJA», possono presentare **dei limiti**:

- **strutturali** (locali non dedicati, oggetti pericolosi...)
- **ambientali** (ambiente rumoroso e caotico, accesso h24, flussi importanti)
- **attitudinali** (competenze specifiche medico-infermieristico all'emergenza-urgenza)





To do first

Il paziente deve essere ricoverato in una *stanza di sicurezza specializzata*, se disponibile.

Se il paziente viene ricoverato in una stanza standard del pronto soccorso, è necessario *rimuovere gli oggetti potenzialmente pericolosi*.

[Una checklist specifica per la struttura può aiutare a garantire la rimozione di oggetti come il contenuto di contenitori per oggetti taglienti, bombole di ossigeno, aste utilizzate per appendere i liquidi per via endovenosa, cestini dei rifiuti, glove box e sedie.]

È necessario avviare un *adeguato livello di osservazione* del paziente, che includa assistenza infermieristica individuale o personale di sicurezza, se necessario.

Se disponibile, attivare il *team dedicato alle emergenze comportamentali*.



AGITAZIONE PSICOMOTORIA - Panoramica

SINTOMO

L'agitazione acuta è una presentazione sempre più comune e ha un'ampia diagnosi differenziale



EZIOLOGIA

- Metabolica
- Neurologica
- Infettiva
- Tossicologica
- Psichiatrica



INQUADRAMENTO

- Anamnesi mirata;
- EO per quanto possibile
- test del glucosio
- test aggiuntivi a seconda della presentazione specifica del pz



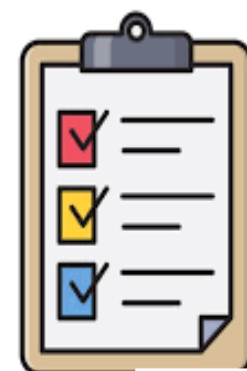
TERAPIA

1. Contenimento verbale: **tecniche de-escalation**
2. Interventi farmacologici
 - Benzodiazepine
 - Antipsicotici
 - Sedazione profonda
3. Contenzione fisica



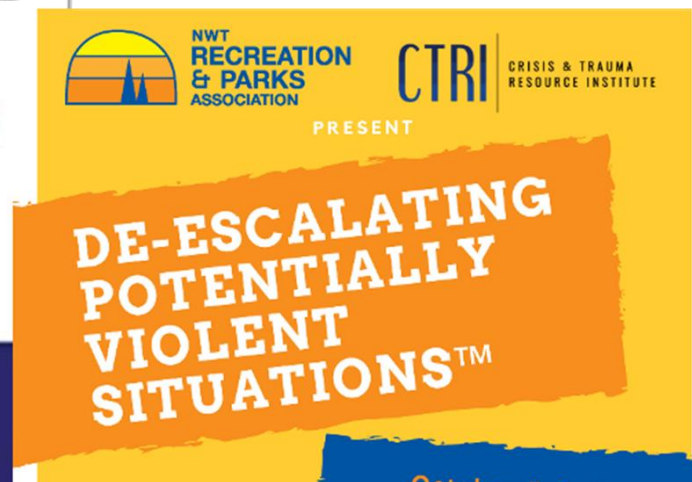
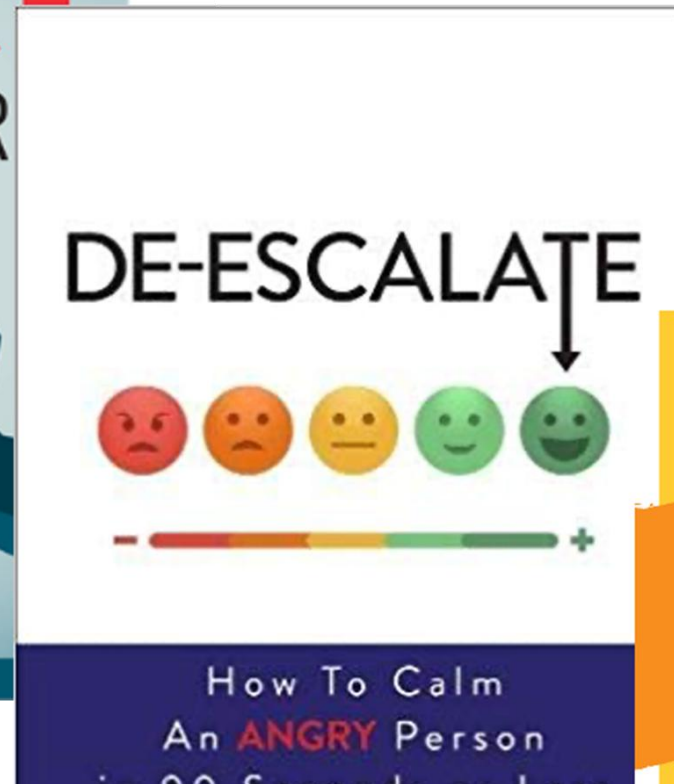
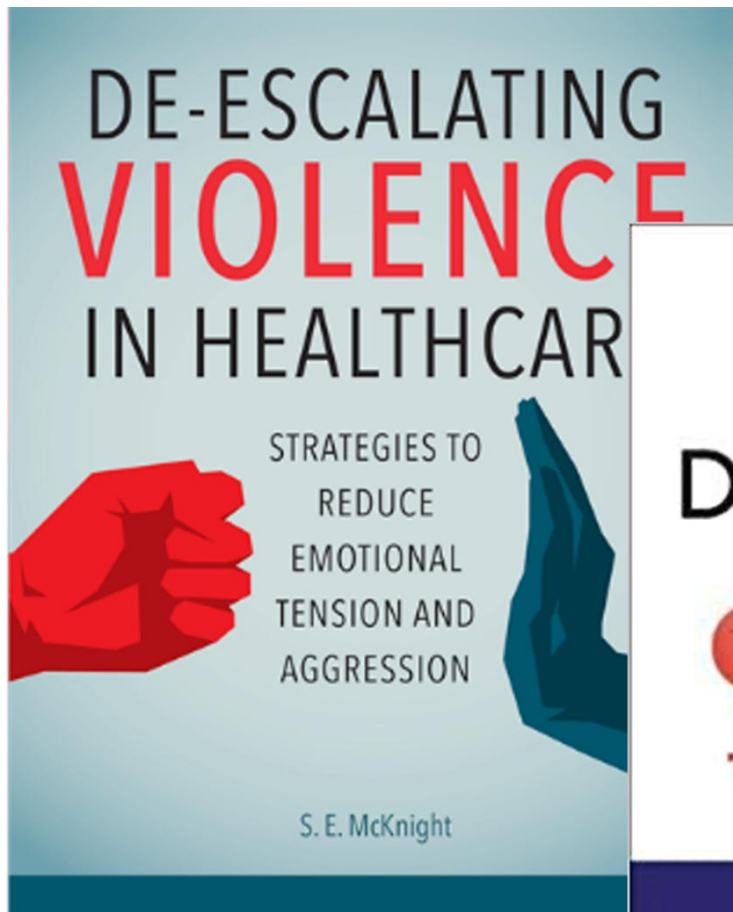
DIAGNOSI DIFFERENZIALE

CAUSE	FATTORI DI RISCHIO	APPROCCIO
CHIRURGICHE	Interventi maggiori, traumi, ipossia, abuso di alcool/sostanze	EO, pulsossimetro, alcolemia, test tossicologico
MEDICHE	Ustioni, infezioni, ipovolemia, ipossia, ipo/iperglicemia, endocrinopatie	PV, EO, indici di flogosi, emocromo, stick glicemico, dosaggi ormonali
NEUROLOGICHE	Masse/traumi cranici, patologie cerebrovascolari, infezioni SNC, epilessia, disturbi del movimento	TC, RM, rachicentesi, emocromo, EEG, EO
FARMACOLOGICHE	Tossine ambientali, sovradosaggio/sdr da sospensione di farmaci	Livelli ematici, anamnesi ed EO
ESOTOSSICHE	Tossici/stupefacenti/alcool	Anamnesi, EO, livelli ematici PS
PSICHICA (primitiva)	Fasi eccitative o miste dei disturbi dell'umore, fasi produttive dei disturbi psicotici, disturbi del controllo degli impulsi, sindromi psico-organiche	Anamnesi ed EO



Strumenti tecnici per la gestione della crisi in acuto

DE ESCALATION: è una combinazione di tecniche verbali e non verbali per ridurre l'agitazione, l'aggressività e il potenziale di violenza. La de-escalation è un intervento complesso che mira a stabilizzare, rallentare o ridurre l'intensità di una situazione potenzialmente violenta.



Strumenti tecnici per la gestione della crisi in acuto

Nell'ambito delle tecniche di deescalation, gli interventi basati sulle competenze comunicative verbali vengono definite *"Talk down"*.

NEGOZIAZIONE e TALK DOWN -1

1. Non infastidire, minacciare, iperstimolare o comunque assumere un atteggiamento negativo verso il minore;
2. Non invadere lo spazio occupato dal minore, quindi mantenere una distanza utile;
3. Non fissare negli occhi il minore (sfida);
4. Non voltare le spalle al minore;
5. Non toccare il minore senza il suo permesso;
6. Stabilire un contatto verbale;
7. Usare frasi brevi, dal contenuto molto chiaro;
8. Servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante;

P	Pay attention to my body, thoughts, and feelings. What happens to my body when I get angry? eg. clenched fist, elevated heart-rate? These are messages that I need to pause. Am I breathing? What story am I telling myself?	!
A	Assess what is activating me What feelings are being activated? Do I not feel heard? Do I feel misunderstood? Am I upset about what is said or something else that happened to me recently?	
U	Understand the roots of my feelings What values of mine are being challenged? Am I seeking to resolve a disagreement or maintain power and control over something or someone else?	
S	Set boundaries, Separate, Ensure Safety If you are not able to show up in dignity and respect. Step away. Set boundaries. Work with problem when you are less frustrated. It is important everyone feels safe.	
E	Empathize with those involved Everyone deserves respect. How could the other person be experiencing me? How will my actions impact others? What are others trying to express? How can we work for understanding?	

Strumenti tecnici per la gestione della crisi in acuto

NEGOZIAZIONE e TALK DOWN-2

9. Rivolgersi al minore usando il suo nome personale;
10. Ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con il minore;
11. Non pressare ma negoziare continuamente;
12. Non polemizzare, criticare o contrastare;
13. Continuare a dichiararsi d'accordo con i contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni;
14. Non assecondare idee bizzarre o aspettative irreali; nn fare promesse che non si possono mantenere;
15. Non essere direttivi né agire con contro-aggressività;
16. Porre il paziente di fronte a delle scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo dall'originario programma psico-motorio;
17. Solo quando l'agitazione comportamentale è ridotta, porre gradualmente crescenti limiti fino al ristabilirsi del controllo e della sicurezza.





philosophy of yes

Applicare la “**philosophy of yes**” : dare risposte affermative precisando successivamente le limitazioni

Esempi:

***Si, capisco perfettamente** le ragioni per le quali sei così arrabbiato/a, ora però dobbiamo evitare di peggiorare la situazione...*

***Certo! Hai ragione** che non potere usare il telefono ti fa arrabbiare ma purtroppo adesso non è possibile...*



regola delle “Three F”

Utilizzare la regola delle “three F”:

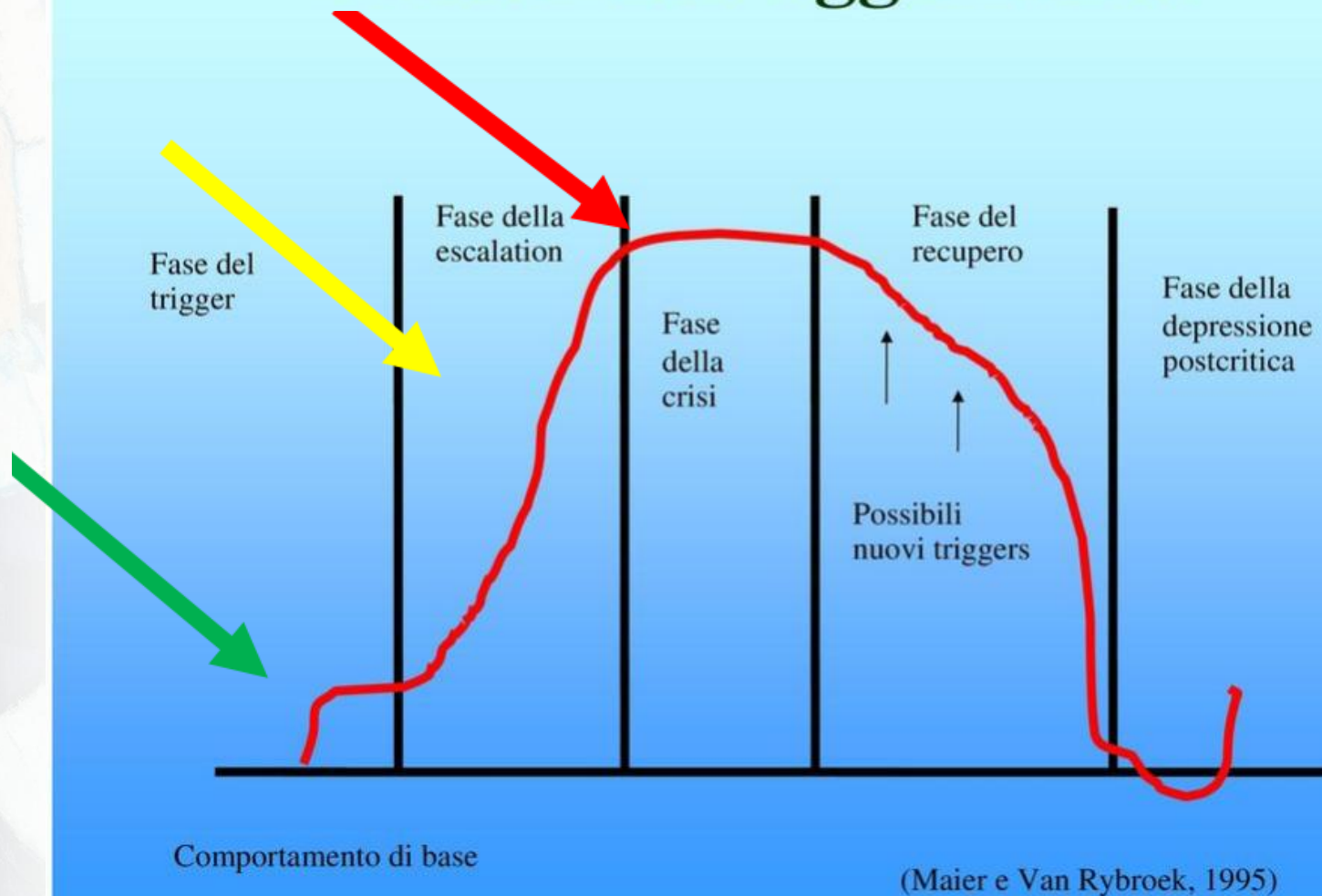
FEEL, FELT, FOUND

- I understand how you could **FEEL** that way
- Others in the same situation have **FELT** that way, too
- Most have **FOUND** that (doing) can help

(Morgan, 2002)

La de-escalation consiste in interventi di desensibilizzazione progressiva volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività

Il ciclo dell'aggressione

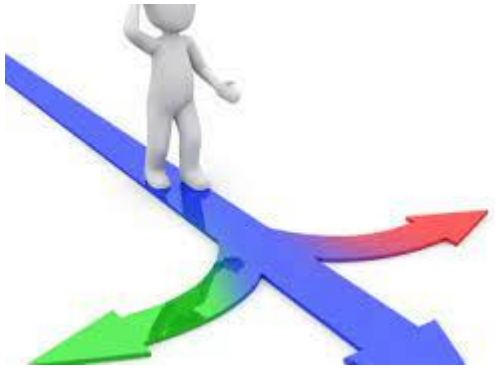


Da: La contenzione fisica in ospedale. Evidence based guideline. Data revisione gennaio 2008;
http://www.ospedaleniguarda.it/resources/LG%20La%20contenzione%20fisica%20in%20ospedale_1182.pdf



COSA NON FARE	COSA FARE
Movimenti improvvisi o di avvicinamento al paziente	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi
Guardarlo fisso negli occhi	Offerta di cibo, acqua
Girare le spalle al paziente	Usare tono di voce basso, per indurre il paziente a sintonizzarsi su tonalità più basse
Essere lontani dalla via d'uscita	Dare un limite alla contrattazione: impossibile in certe condizioni
Usare ironia sarcasmo o totale condiscendenza	Controllo della postura e del non verbale
Interrompere o criticare il paziente che sta parlando	Iniziare in un contesto di sicurezza (facilità di chiamare aiuto, panic buttons, verbal code, personale sufficiente)
Ordinare di stare calmo	Mantenere una distanza fisica e una posizione naturale di difesa

Trattamento farmacologico APM±AGGRESSIVITÀ



La scelta terapeutica deve essere guidata

- dall'eziologia
- dalla severità dell'agitazione
- da possibili interazioni fra farmaci
- dalle caratteristiche farmacocinetiche

Hoffmann et al, 2021

AGITAZIONE PSICOMOTORIA - FTerapia

BENZODIAZEPINE sia per OS che IM

- Rari effetti indesiderati
- Presenza di antidoto (Flumazenil: 0,01 mg/kg/dose, ripetibile ogni 60 secondi fino alla ripresa dello stato di vigilanza, dose max 0,05 mg/kg (adulto 2mg)
- Non necessitano di monitoraggio continuo dei parametri vitali
- Non necessitano dell'esecuzione preventiva di esami ematochimici

Da evitare se

- abuso o intossicazione alcolica
- intossicazione da oppiacei
- patologie che compromettono l'apparato respiratorio
- disabilità intellettiva/disturbi del NSV

... preferibile utilizzare il **LORAZEPAM**:

- efficace
- sicuro
- gestibile

Farmaco	Per OS		Per EV o IM	
	Onset of action e ripetibilità	Dose di attacco	Onset of action e ripetibilità	Dose di attacco
Lorazepam (Tavor)	20-30 min Ripetibile dopo 4 ore	0,05-0,1 mg/kg (max 4 mg) DC { <12 aa 0,5-1 mg >12 aa 0,5-2 mg → 20 gtt = 1 mg	5-10 min IM Ripetibile: - ogni 2 ore se EV - Ogni 20-30 min per IM	EV 0,05 mg/kg (max 4 mg) IM 0,1 mg/kg (max 4 mg)
Alprazolam (Xanax)	20-60 min	0,005 mg/kg/dose (max 4 mg) DC: 0,25-0,5mg → 10 gtt= 0,25 mg		
Diazepam (Valium, Tranqurit)	Ripetibile dopo 10 min	0,5 mg/kg (max 10 mg/dose) DC: 5 mg 10 gtt= 2 mg	Ripetibile dopo 2-3 ore Non per im	EV 5-10 mg
DC: dose consigliata				

AGITAZIONE PSICOMOTORIA - FTerapia

ANTIPSICOTICI TIPICI E ATIPICI

- Sintomi psicotici
- Intossicazione alcolica: accertata o presunta
- Discontrollo comportamentale scarsamente controllabile e/o con componente aggressiva

Da evitare se

- intossicazione da stimolanti
- condizione medica che altera funzionalità cardiaca

AP tipici:

- **Aloperidolo** (alta potenza)
- **Promazina, Clorpromazina** (bassa potenza)
- **Clotiapina**
 - maggior selettività verso i recettori dopaminergici
 - maggior incidenza di effetti extrapiramidali

AP atipici:

- **Risperidone, Olanzapina, Aripiprazolo**
 - maggior rischio di complicanze cardiologiche e metaboliche: allungamento QTc, ipotensione, aritmie



Farmaco	Per OS		Per IM	
	Dose	Ripetibilità	Dose	Ripetibilità
Aloperidolo (Serenase, Haldol)	0.025-0.075 mg/kg	60 min-2 ore (max 5 mg/die)	max 0.1 mg/kg	max 2w/die
	0.5-3 mg → 20 gtt: 2 mg		1-5 mg NO ev	
Clorpromazina (Largactil)	0.5-2mg/kg	30-45 min (max 2-3/die)	0.25-0.5 mg/kg	1-2 ore
	< 12 aa: 25 mg > 12aa: 50 mg		NO ev	
Olanzapina (Zyprexa)	max 0.1-0.2 mg/kg	(max 30 mg/die)		
	5-10 mg			
Aripiprazolo (Abilify)	max 0.1 mg/kg	(max 20-30 mg/die)	4.8-9.7 mg pari a ½-1 fiala	2 ore

AGITAZIONE PSICOMOTORIA - FTerapia

OLANZAPINA:

- disturbo bipolare, psicosi NAS e ADHD, episodio maniacale con comportamenti aggressivi;
- miglioramento del sonno
- controllo aggressività
- **EC: AUMENTO DI PESO e dell'appetito, sonnolenza**

**EFFICACIA
SICUREZZA**

ARIPIIPRAZOLO:

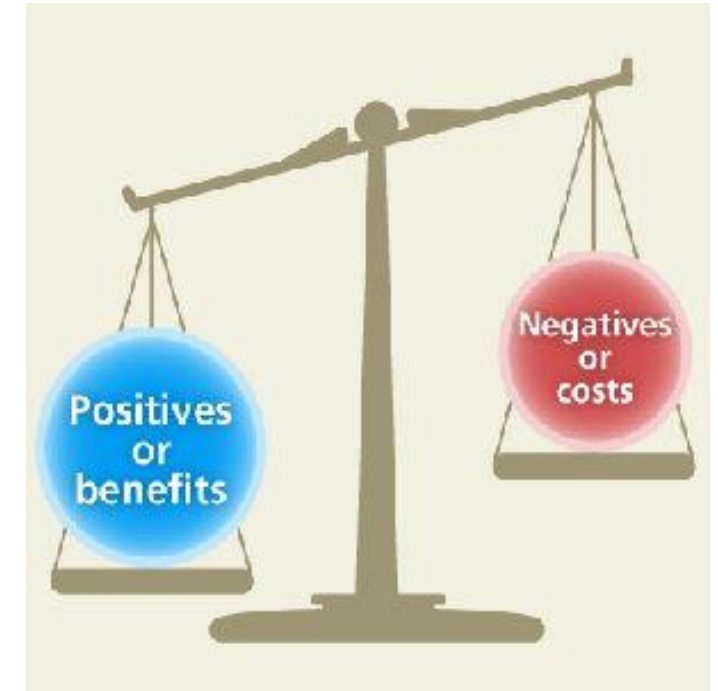
- aggressività e comportamenti autolesionistici;
- **EC più comune: SEDAZIONE**

**EFFICACIA
SICUREZZA
TOLLERABILITA'**

ALOPERIDOLO:

- **agitazione grave e irrequietezza (85%) + BDZ**
- delirio con disorientamento, allucinazioni e deliri (15%)
- **EC: EPS, cardiologici, sdr Neurolettica maligna**

**EFFICACIA
SCARSA TOLLERABILITA'**



AGITAZIONE PSICOMOTORIA - FTerapia

- VPA → OS → efficace e sicuro nel trattamento a 6 mesi 950 ± 355 mg/die
EV → efficace, tollerato nell'agitazione acuta 1200-2000 mg/die

RISPERIDONE

- disturbo del NSV (aggressività, agitazione, autolesionismo)
- disturbi comportamentali dirompenti (DBD) e DI;

A Critical Review of the Psychomotor Agitation Treatment in Youth. Beniamino Tripodi, Irene Matarese, Manuel Glauco Carbone. *Life* 2023 Jan 20;13(2):293



ALFA-2 AGONISTI (CLONIDINA)

- ansia, iperattività ipereccitazione



DIFENIDRAMINA

- Ansia acuta

Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. R. Gerson et al. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2019

EFFICACIA

APM ACUTA

RIDUZIONE della frequenza degli episodi di agitaz,pm in pazienti con APM CRONICA

EFFICACIA su:

- irritabilità esplosiva;
- umore agitato, espansivo, grandioso;
- > probabilità di aumentare i comportamenti aggressivi durante la riduzione graduale del farmaco vs riduzione graduale di VPA.
- **EC principali: EPS**

EFFICACIA

- **EC: monitorare PA e RC**

Evitare associaz con BDZ e APA per rischio ipotensivo

EFFICACIA

Da evitare in:

- Delirium
- Anamnesi positiva per disinibizione paradossa

Da associare a aloperidolo o clorpromazina se timore EEP

DELIRIUM

- **Pain** should be treated while avoiding over-sedation and limiting exposure to **opioid analgesia, which can worsen delirium.**
- Medications may be needed to address underlying etiologies potentiating delirium, **support sleep, and ameliorate physical symptoms such as pain or nausea.**

Medication for agitation can be necessary for safety, as well as **avoiding medications** that may **worsen confusion or behavior** in the setting of delirium, namely anticholinergics, benzodiazepines, and opioid analgesics. ❌

Neuroleptics are the most commonly used pharmacologic intervention for delirium. Second-generation neuroleptics such as **risperidone, olanzapine, and quetiapine** have eclipsed haloperidol as the first-line agents. ✅

Psychosis	• Clarify diagnosis and contributing causal factors • Assess for catatonia • Assess for comorbid anxiety or psychological trauma • Assess and monitor physical health	• Minimize overstimulation • Provide a structure and routine • Clarify roles of care team members and care being provided • Provide a quiet, calm, private environment • Monitor for any comorbid pain or discomfort and treat	• Neuroleptics • Lorazepam
Delirium	• Conduct a thorough evaluation of clinical and pharmacologic factors influencing presentation (Table 4) • Minimize use of benzodiazepines, opioids and anticholinergics • Be aware of developmental and psychiatric baseline	• Provide regular verbal reassurance • Continually reorient the patient • Provide familiar objects, comfort from home • Engage caregivers in deescalation strategies • Minimize overstimulation • Address any sensory deprivation • Provide a quiet, calm, private environment • Ensure patient is in appropriate care setting and strongly consider transfer to medical ED	• Neuroleptics • Alpha-2 agonists

Table 4 Critical care acronym: causes for evaluation and monitoring of pediatric delirium	
Cardiovascular	Anemia, shock, vasculitis, hypertensive encephalopathy
Respiratory	Respiratory insufficiency, respiratory failure, pneumothorax
Infection	Sepsis, encephalitis, urinary tract infection, meningitis, fever, pneumonia, tracheitis, cellulitis/skin breakdown, surgical site infection
Toxins	Polypharmacy, heavy metals, drug-drug interactions
Inflammatory process	Autoimmune and rheumatologic disease
CNS disorder	Stroke, seizure, head trauma, intracranial bleed, tumor, anoxic injury
Abuse/withdrawal	Alcohol, benzodiazepines, opioids, barbiturates
Liver	Liver insufficiency, liver failure, hyperammonemia
Constipation	
Alimentation	Electrolyte imbalance, nutritional deficiencies, dehydration
Renal	Renal insufficiency or failure
Endocrinopathies	Glycemic disturbance, thyroid disease, parathyroid disease, adrenal disease

Abbreviation: CNS, central nervous system.

From Malas N, Brahmbhatt K, McDermott C, et al. Pediatric delirium: evaluation, management and special considerations. Curr Psychiatry Rep 2017;19(9):65; with permission.



INTOSSICAZIONE

If the substance ingested is unknown, there is consensus that *lorazepam* should be used, *and potentially combined with haloperidol* if the patient is severely agitated or hallucinating.

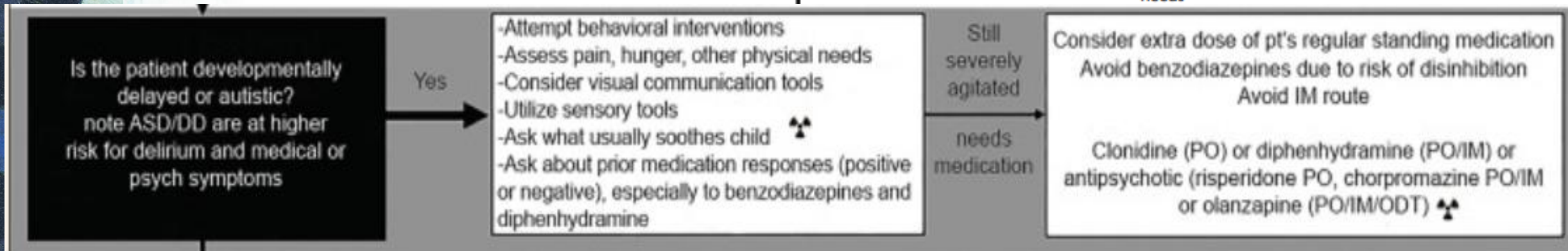
Substance intoxication or withdrawal	• Assess physical health closely, including medical comorbidities and medical stability • Obtain toxicologic work-up, including consideration of gas chromatography mass spectrometry	• Minimize overstimulation • Provide verbal reassurance, reorientation if evidence of comorbid delirium • Use calming strategies that are historically helpful • Ensure patient is in appropriate care setting and strongly consider transfer to medical ED setting	• Benzodiazepines • Neuroleptics (if aggressive) • Alpha-2 agonists
--	---	---	---

AUTISMO-NEUROSviluppo

An extra dose of the child's regular standing medication may be preferable given risk of ADEs.

IM administration should be avoided unless absolutely necessary for safety.

Autism spectrum disorder and intellectual disability	• Assess ability to communicate needs and emotions • Assess developmental needs • Assess and monitor physical health	• Minimize overstimulation • Attempt to enhance communication via visuals, use of caregivers and using communication strategies that historically work • Provide structure and routine • Use calming strategies that are historically helpful • Be aware of sensory needs	• Benzodiazepines^b • Diphenhydramine^b • Alpha-2 agonists • Neuroleptics
--	--	---	---





se le misure non farmacologiche e farmacologiche sono inefficaci o impraticabili e/o il paziente è a rischio di causare lesioni a sé stesso o agli altri e/o per prevenire una grave interruzione al programma di trattamento (incluso il danno grave a oggetti della struttura).

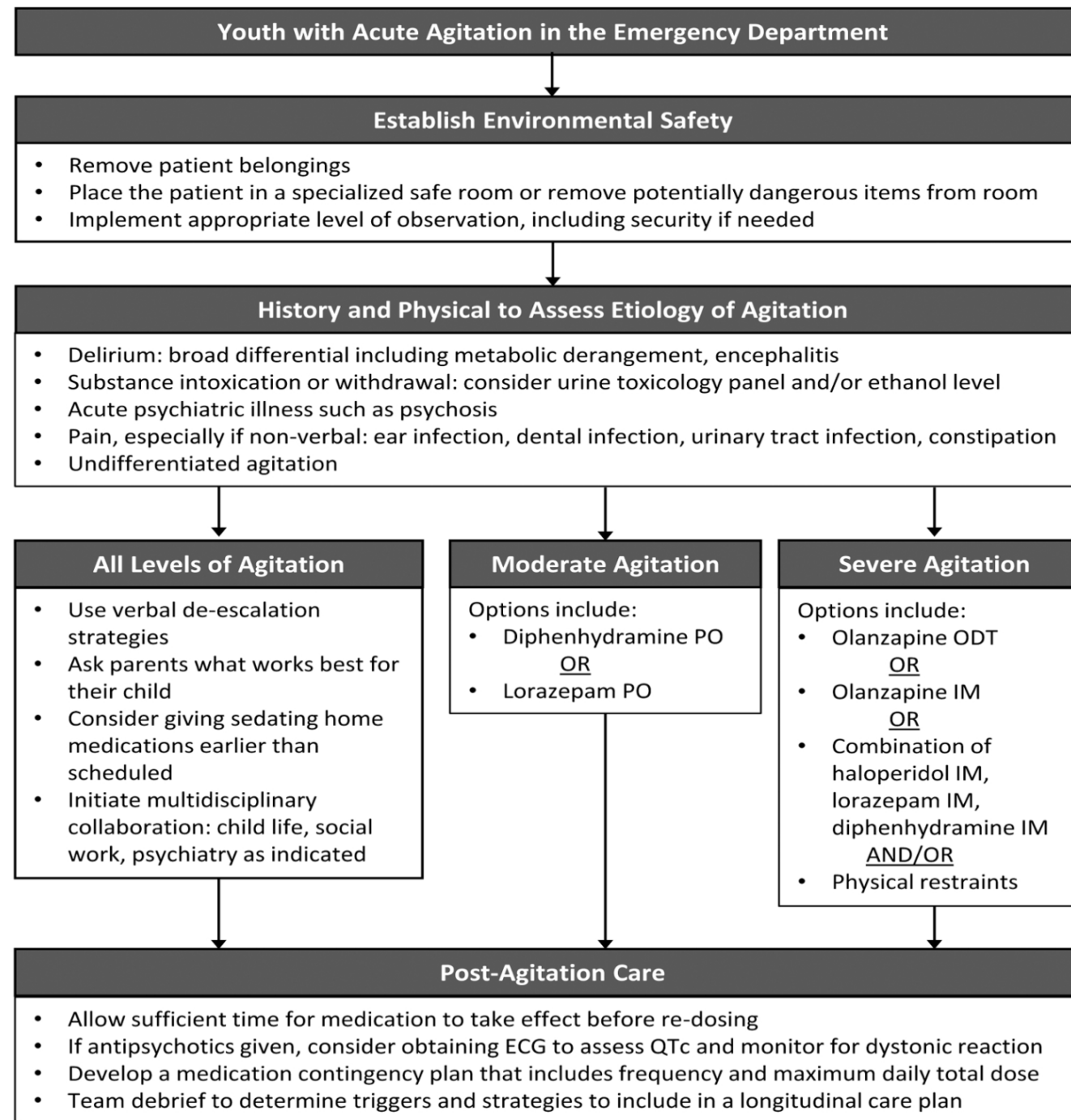
CONTENZIONE FISICA: *gli operatori intervengono fisicamente a bloccare i movimenti di un paziente*

Articolo 54 Codice Penale - Contenzione Fisica

“L’ applicazione del contenimento fisico deve essere riservata alle situazioni di eccezionale gravità non altrimenti gestibili che, mettendo a repentaglio l’incolumità del paziente e/o della comunità, si configurano come stati di necessità”

Articolo 54 Codice Penale- Stato di Necessità

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”



Hoffmann et al, 2021





GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Michela Gatta
UOC NeuroPsichiatria Infantile
Azienda Ospedale-Università e Università di Padova

michela.gatta@unipd.it