

INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI IN AMBITO RESIDENZIALE DI PAZIENTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

INTRODUZIONE

Queste indicazioni possono essere utili nella presa in carico in setting residenziale di bambini, adolescenti ed adulti con un Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

Lo scopo di queste indicazioni è quello di selezionare, alla luce anche delle indicazioni dell'ISS in materia di Autismo e della letteratura a disposizione sulla gestione delle emergenze ed urgenze psichiatriche, gli interventi più corretti nella gestione dei comportamenti problema e delle gravi crisi comportamentali in età evolutiva ed adulta.

In particolare l'obiettivo principale è quello di essere di ausilio per la comprensione del comportamento problema attraverso una sua valutazione qualitativa e quantitativa, promuovere un uso della terapia farmacologica come estrema ratio, privilegiando un approccio globale e psicosociale nella presa in carico della persona con autismo.

Le presenti indicazioni sono principalmente applicabili nei setting residenziali dove solitamente viene gestita la persona con autismo con un certo livello di gravità del disturbo e spesso con comorbidità di un disturbo del comportamento.

Sono state specificamente escluse le indicazioni relative all'intervento del 118 in caso di necessario ricovero in ambiente ospedaliero in età evolutiva, in quanto in Regione Abruzzo non sono presenti posti letto di Neuropsichiatria Infantile.

GRUPPO DI LAVORO

Il documento è stato redatto da un gruppo di lavoro multidisciplinare. Le professionalità coinvolte sono i neuropsichiatri infantili e gli psichiatri.

BACKGROUND E NECESSITA' DEL PRESENTE DOCUMENTO

Nel territorio abruzzese le persone con autismo con bisogno di residenzialità sono accolte in strutture con caratteristiche differenti: dalle Residenze Sanitarie Disabili, alle Comunità sociosanitarie, agli appartamenti protetti, alle comunità di area sociale o con caratteristiche familiari, ai pochi posti di residenzialità esclusivamente dedicata alle persone con ASD. Diversi sono anche le tipologie di utenti accolti: per età, comorbidità, livello di funzionamento, grado di autonomia, presenza e grado di comportamenti disfunzionali. Infine diverse risultano essere le dimensioni delle strutture e la numerosità degli utenti accolti.

Tenendo presente tali estreme diversità, il presente documento vuole essere una linea di indirizzo per la gestione dei comportamenti problematici in situazioni di gravità in setting residenziale. Le ampie diversità sottolineate richiederebbero una riflessione mirata e personalizzata sui requisiti, sulle competenze e sulle caratteristiche necessarie ai percorsi che nelle diverse tipologie di struttura si possono svolgere. Si auspica che a seguito di tali indicazioni ogni struttura elabori/migliori le proprie procedure interne.

DEFINIZIONI

Si definiscono comportamenti problematici (CP) quelle condotte che ostacolano l'apprendimento e l'interazione sociale (Emerson, 1995).

Si definiscono comportamenti problematici in situazioni di gravità o crisi comportamentali (CC), quella gamma di comportamenti esplosivi e dirompenti di aggressività fisica e verbale che possono comportare un serio rischio per la persona con ASD, per gli altri utenti e per gli operatori.

Il CP nella maggior parte dei casi non è parte della patologia, è conseguenza dei deficit dovuti alla patologia, è plasmato inavvertitamente dall'ambiente circostante e pertanto è sensibile al cambiamento (Sigafoos, 1995).

In base alla letteratura questi comportamenti possono avere una funzione sociale/comunicativa e sono relativi alla presenza di un interlocutore (comportamenti problematici relazionali) o possono invece avere una funzione di autoregolazione/omeostasi e riguardare solo la persona che li emette (comportamenti problema non relazionali).

Va sempre tenuto presente che dietro un comportamento problematico può celarsi un disturbo o un malessere organico che la persona affetta da autismo non riesce a riferire e gestire.

Una corretta gestione di un comportamento problema da parte degli operatori richiede sempre una valutazione quantitativa (quante volte è accaduto, in che momento si è verificato, cosa sia successo prima e dopo) e qualitativa dell'accaduto (quest'ultima evidenzia i rapporti fra il comportamento problematico della persona e l'ambiente, definisce la funzione comunicativa e le variabili che possono influenzarne la manifestazione).

I comportamenti problema infatti possono avere una funzione di ricerca di attenzione/rinforzo, conforto o cura piuttosto che di evitamento di situazioni/compiti noiosi o difficili; essere una stimolazione sensoriale o di interruzione di interazioni spiacevoli (ricerca/evitamento di stimolazioni, sollievo dal dolore fisico, rilascio di oppioidi).

Nella strutturazione di un piano di riduzione di un comportamento problema bisogna primariamente accertare la funzione del comportamento problema (analisi funzionale) e sulla base dei dati ottenuti sviluppare l'intervento.

Pertanto, al fine di poter discriminare la funzione svolta dal comportamento problematico, risulta utile utilizzare scale quali ad esempio il FAST (2002, The Florida Center on Self Injury) e schede di osservazione diretta/registrazione ABC (antecedenti-comportamento-conseguenze). È solo in base a tale analisi che potrà essere predisposto un intervento mirato ed individualizzato.

Alla base di un buon piano d'intervento per una persona con autismo, vi è la necessità di selezionare un comportamento alternativo, agire sugli eventi del setting, manipolare gli antecedenti e manipolare le conseguenze.

In particolare, ad esempio, se la funzione di quel comportamento problema è comunicativa l'intervento deve mirare a sostituire la modalità inadeguata di espressione con una modalità comunicativa adeguata; se invece la funzione è autoregolatoria l'intervento deve mirare a sostituire il comportamento inadeguato con un altro più adeguato di uguale valore rinforzante.

Gli interventi sugli antecedenti prevedono la pianificazione e la strutturazione di spazi/attività/tempi, l'anticipazione e la chiarificazione delle richieste ambientali/regole/comportamenti attesi, l'adeguamento delle attività alle capacità e motivazioni.

Altrettanto importante risulta essere il lavoro da predisporre per riuscire ad intervenire sulle conseguenze (solo dopo aver essere intervenuti sugli antecedenti): rinforzo, estinzione, costo della risposta, timeout.

È importante affrontare per primi i comportamenti più pericolosi e con frequenza più alta, affrontando un comportamento per volta.

LIVELLI DI ESCALATION DEL COMPORTAMENTO e STESURA DEL PIANO DI GESTIONE DEL COMPORTAMENTO

Qui sotto viene esemplificata l'escalation comportamentale che può avvenire in un determinato lasso di tempo.



Il lavoro di prevenzione e gestione dei comportamenti problematici nelle strutture residenziali, necessita della stesura di un PIANO DI GESTIONE DEL COMPORTAMENTO GENERALE (PGC) e di un PIANO DI GESTIONE PERSONALIZZATO DELL'UTENTE (PGP).

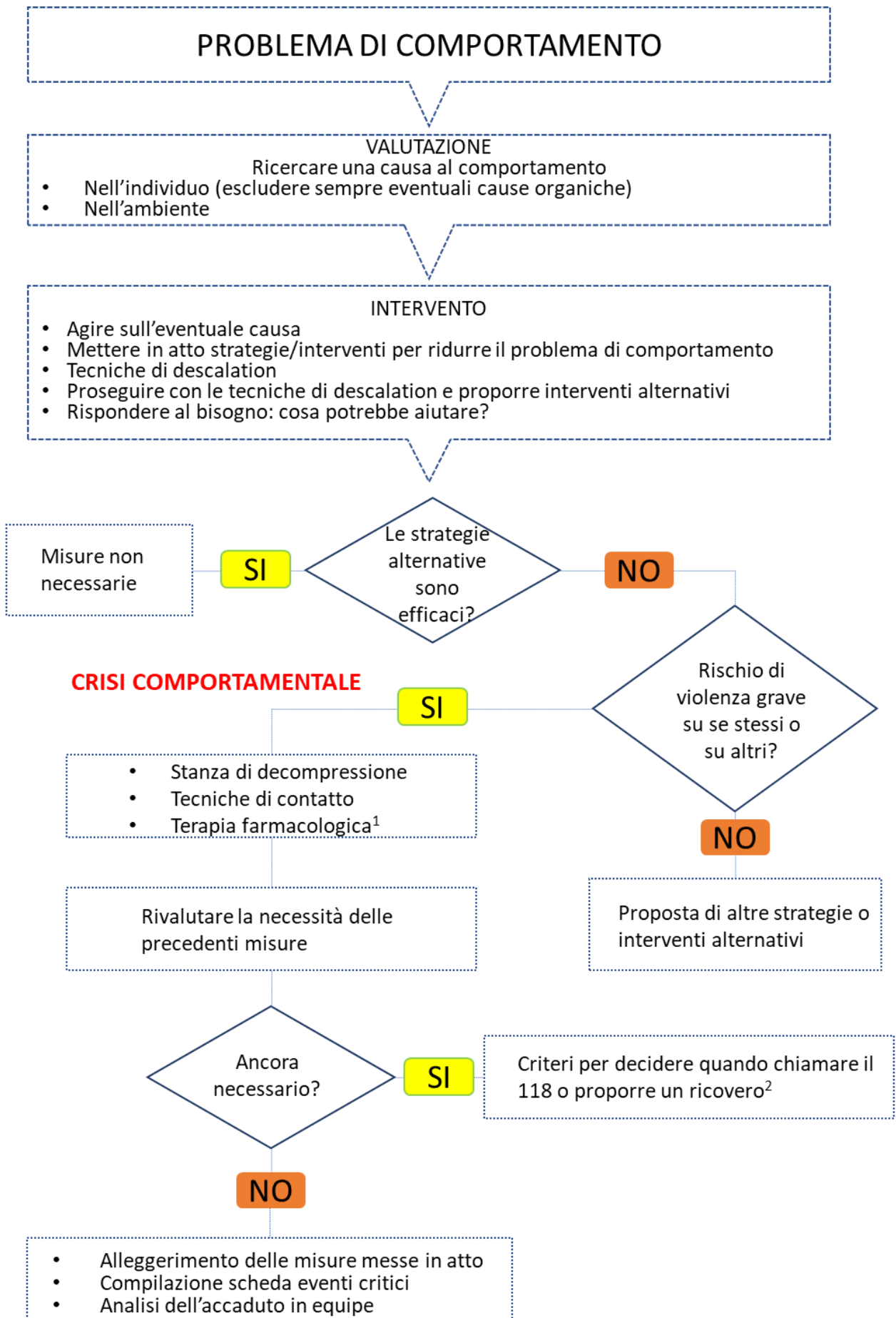
Questi due documenti sono fondamentali nella gestione dei comportamenti problematici in quanto espressione dell'alleanza fra educatori, fra educatori ed utente e fra educatori e familiari.

- PIANO DI GESTIONE DEL COMPORTAMENTO

IL PGC deve contenere la regolamentazione generale della struttura in merito alla gestione delle crisi di comportamento (responsabile, schede di compilazione etc.) e certificazione degli eventi formativi messi in atto per promuovere la conoscenza e la consapevolezza su tali temi. Nello specifico si ritiene importante che le strutture inseriscano moduli di formazione sulle Tecniche di Contatto per la gestione della persona con comportamenti problematici (come ad esempio il Team Teach). Tale formazione dovrà avere l'obiettivo di presentare ed aggiornare sugli strumenti teorici, ma soprattutto pratici, per la prevenzione del comportamento problema e per la gestione fisica e in sicurezza della crisi. L'insegnamento di tecniche di contatto deve essere inserito nel modello per la gestione del comportamento problema e per la riduzione del rischio clinico. Dovranno cioè essere illustrati i rischi, le modalità di gestione fisica da evitare e gli interventi specifici e codificati di aiuto, guida, stop e di tecniche per divincolarsi.

- PIANO DI GESTIONE PERSONALIZZATO

Il PGP dovrà contenere la descrizione dei comportamenti problematici, i loro fattori scatenanti, le notizie su eventuali condizioni mediche, problemi sensoriali, gli interessi e le attività preferite, le strategie di contenimento fisico e farmacologiche approvate. Deve essere firmato da tutte le figure coinvolte e responsabili del percorso abilitativo della persona con autismo.



1 - Nel Piano di Gestione Personalizzato va inserita la terapia al bisogno eventualmente somministrabile

2 - Nel piano di Gestione del Comportamento definito dalla struttura vanno esplicitati i criteri e le procedure da seguire

PUNTI CHIAVE DELL'INTERVENTO SUL COMPORTAMENTO PROBLEMA

- Evitare un'escalation del comportamento.
- Osservare il comportamento problema.
- Quando è possibile ignorare il comportamento problematico.
- Non perdere il controllo (es. fare quello che l'utente chiede perché lo avete deciso voi non perché si sta comportando male).
- In caso di comportamento ormai in atto chiedere un minimo di comportamento positivo prima di fornire un rinforzatore (es. guidarlo a tranquillizzarsi o a eseguire una richiesta minima prima di acconsentire alla sua richiesta).
- Cercare di riconoscere i segni prodromici di quel comportamento.
- Ri-organizzare l'ambiente in modo da eliminare la/le fonti di disturbo.
- Osservare se diminuisce l'agitazione motoria o vocale, se non diminuisce cercare di indirizzare la persona verso una alternativa/altra attività.
- Se non funziona praticare un intervento d'urgenza.
- Al termine della crisi comunque indirizzare il paziente verso un'altra attività e fare un'analisi del comportamento.

GESTIONE DELLE CRISI COMPORTAMENTALI CON AGITAZIONE ED AGGRESSIVITA' ACUTA

Inizialmente, è bene adottare delle tecniche comportamentali di DE-ESCALATION.

Tale tecnica consiste in interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività (tecniche di estinzione progressiva):

- presentarsi con sicurezza (siamo lì per lui) utilizzando un linguaggio semplice con frasi brevi,
- parlare lentamente, servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante,
- ridurre gli stimoli ambientali, non produrre rumori o urla, non correre,
- non polemizzare, criticare o contrastare,
- non pressare ma negoziare continuamente,
- non essere direttivi,
- cercare di non farsi colpire e di non colpire gli altri (non porsi frontalmente alla persona che si intende fermare bensì bloccarla da dietro in modo da proteggersi da eventuali danni; se si viene colpiti non rispondere aggressivamente ed aspettare la fine dell'episodio),
- rivolgersi al paziente usando il suo nome personale,
- rimuovere oggetti mobili o fragili,
- allontanare dalle vicinanze del luogo nel quale sta avvenendo la crisi chiunque possa essere in pericolo,
- introdurre suggerimenti o stimoli per facilitare comportamenti non problematici,
- non occuparsi del problema se c'è già qualcuno che lo sta già facendo in maniera adeguata e competente,
- chiedere aiuto se non si è in grado di occuparsi gestire il problema da solo

Una volta terminato l'episodio è fondamentale discutere in équipe dell'evento e riportare quanto accaduto e tutte le strategie attuate in cartella clinica (scheda eventi critici).

TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA FARMACOLOGICA *.

Il fallimento degli interventi di de-escalation orienta il processo decisionale degli operatori verso interventi contenitivi farmacologici che riducano la gravità dell'azione violenta. L'intervento d'urgenza è necessario quando c'è un rischio di lesione per l'utente, l'operatore, altri ospiti o ad oggetti; deve essere praticato da persone esperte e con specifica formazione, limitato nel tempo.

Ha lo scopo di ridurre la durata e l'intensità della crisi.

Il medico dovrà prioritariamente acquisire informazioni sull'anamnesi farmacologica del paziente contenute all'interno del PGP ed aver effettuato, se possibile, un esame fisico.

- La prima scelta dovrà essere fatta in base ad una eventuale anamnesi farmacologica che indichi la precedente risposta ad un farmaco sedativo di tipo antipsicotico.
- Successivamente verrà offerta terapia farmacologica per os privilegiando anti-psicotici di 2^a generazione registrati per l'impiego nei minori (es. risperidone ed aripiprazolo).
- Se vi sarà il rifiuto della terapia orale, perdurando lo stato di necessità, si prescriverà trattamento con antipsicotici di seconda generazione i.m. a dosaggio adattato al peso corporeo dell'ospite/utente (es. aripiprazolo).
- In caso di risposta non soddisfacente si potrà utilizzare trattamento i.m. con antipsicotici di 1^a generazione (es. Clorpromazina o aloperidolo adattati al peso corporeo).
- Andranno possibilmente evitate le benzodiazepine (BDZ) e comunque limitate all'impiego di BDZ a breve emivita i.m. a basso dosaggio. Le BDZ diventano il farmaco di prima scelta in caso di comorbidità con epilessia.

In caso di condizione medica che inficia la funzionalità cardiaca è utile evitare antipsicotici e soprattutto l'aloiperidolo (> rischio torsione di punta). E' consigliabile non usare anticolinergici (se non necessari) per non confondere ulteriormente il quadro clinico e **per il rischio di abuso**. Le benzodiazepine non sono da utilizzare in caso di sospetta o accertata condizione medica generale che inficia la funzionalità respiratoria o renale.

In ogni caso si dovrà privilegiare la somministrazione per OS e ricorrere all'IM in caso di assenza di cooperazione del paziente e passare a somministrazione orale appena possibile.

E' necessario monitorare temperatura corporea, frequenza cardiaca/pressione arteriosa, saturazione di ossigeno.

In caso di effetti collaterali è consigliabile:

- Distonia acuta: impiego di anticolinergici (eventualmente IM).
- Polso lento (<50) o irregolare: richiedere visita specialistica cardiologica.
- Ipotensione: (< 50mmHg): prediligere la posizione sdraiata e monitoraggio.
- Riduzione di frequenza respiratoria (< 10/min) o saturazione di O₂ (< 90%) da BDZ: impiego di flumazenil (0,3 milligrammi/microgrammi ev in 15 sec, ripetibili dopo 60 secondi;) da altre sostanze: effettuare ventilazione meccanica.
- Disinibizione paradossa in disabilità intellettiva e/o spettro autistico: non usare più BDZ.
- Iperpiressia: sospendere gli antipsicotici.

Durante e dopo la somministrazione del farmaco andrà mantenuto il contatto col l'utente e il medico si renderà disponibile a fornire tutte le spiegazioni richieste.

*NOTA. Da alcuni anni gli antipsicotici atipici sono ampiamente utilizzati anche in età pediatrica per il trattamento di bambini e adolescenti con disturbi psicotici e comportamentali. Tuttavia le indicazioni d'uso ufficialmente riconosciute in età pediatrica sono ristrette. In Italia, risperidone e aripiprazolo sono indicati per il trattamento della schizofrenia a partire dai 13 anni di età e del disturbo bipolare oltre i 10 anni di età. Inoltre,

gli stessi farmaci sono indicati per il trattamento dell'aggressività associata a disturbo autistico oltre i 5 anni. Bisogna tuttavia ricordare che nella pratica clinica l'utilizzo degli antipsicotici atipici in età pediatrica travalica spesso le indicazioni autorizzate, andando a costituire un ampio uso off label. In particolare, oltre alle indicazioni sopracitate, è comune l'uso dei nuovi antipsicotici per il controllo di comportamenti impulsivi e aggressivi in corso di svariate condizioni quali sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbo ossessivo-compulsivo, ritardo mentale, disturbi della condotta, sindrome di Tourette e disturbi del comportamento alimentare

BIBLIOGRAFIA

- Linea Guida n.21 “Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti”
- Linee di indirizzo per emergenza urgenza psichiatrica in età evolutiva S. Costa, R. Farruggia, F. Guccione – Giornale di Neuropsichiatria dell’età evolutiva 2018;38:57-72
- Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder. Marco O. Bertelli, Shoumitro Deb et al. 2022
- Trattamento farmacologico delle turbe comportamentali nei servizi di emergenza psichiatrica protocollo minimo di riferimento nella gestione delle urgenze psichiatriche – Società italiana di Psichiatria
- Comportamenti problema e alleanze psicoeducative Erickson (2002)
- Slides Corso di Alta Formazione dell’ISS ABA Infanzia e Adolescenza / Adulti - “I principi di base e le principali procedure dell’analisi del comportamento applicata I: comportamento problema”