

## Redattori e coautori

A. Michelutti, S. Barbalarga, M. Cimigotto, G. Colloredo, C. Del Fabbro, A. Dorigo,  
D. Esposito, A. Granà, M. Gratton, P. Lindaver, R. Sartor, N. Vanon  
E. Biasutti, L. Cecotti, S. Marson



## Strutture operative

SOC Gravi Cerebrolesioni e Neuroriabilitazione  
SOSD Riabilitazione Neuropsicologica e Logopedica  
Presidio Ospedaliero IMFR "Gervasutta" di Udine

## Introduzione

I disturbi cognitivo-comportamentali sono molto frequenti come conseguenza di danno cerebrale acquisito e sono presenti in molti dei pazienti ricoverati presso la SOC Gravi Cerebrolesioni e Neuroriabilitazione del Presidio Ospedaliero IMFR "Gervasutta" di Udine. I requisiti essenziali della riabilitazione sono la collaborazione e la partecipazione attiva del paziente. Lo stato di agitazione post-lesionale che accompagna la fase post-acuta precoce di pazienti con grave cerebrolesione acquisita (GCA), in parte sostenuto o aggravato dai disturbi cognitivi, è uno dei problemi più rilevanti per l'equipe riabilitativa perché inficia la collaborazione del paziente e spesso è di difficile gestione. Per la valutazione e gestione di tale condizione si è resa necessaria la definizione di una specifica procedura che ha coinvolto nella sua redazione tutti gli operatori che partecipano al progetto riabilitativo individuale nella fase post-acuta.

## Obiettivi

La procedura si pone l'obiettivo di rendere omogenea e più efficace la gestione dei pazienti con agitazione all'interno del reparto riabilitativo ospedaliero, controllare e ridurre l'intensità degli episodi di aggressività del paziente, e in tal modo favorire il percorso riabilitativo. Una valutazione formalizzata dell'agitazione può aiutare a identificare il tipo di disturbo del comportamento, fornisce un linguaggio uniforme tra clinici e familiari e consente di valutare l'efficacia dell'intervento per ridurre l'agitazione. Le scale validate maggiormente utilizzate per l'agitazione in riabilitazione sono la LCF (*Level of Cognitive Functioning*), la ABS (*Agitated Behavior Scale*) e la CAP (*Confusion Assessment Protocol*).

## Procedura

Dall'analisi della letteratura sono stati individuati interventi farmacologici e non farmacologici e interventi farmacologici. Gli interventi NON farmacologici rappresentano la prima scelta da adottare per cercare di controllare il comportamento del paziente e favorire la sua partecipazione al trattamento riabilitativo e prevedono:

- il coinvolgimento precoce dei neuropsicologi per la presa in carico cognitiva, emotiva, comportamentale e familiare del caso
- strategie comunicative adeguate suggerite/individuate dal neuropsicologo di concerto con il logopedista
- la promozione di un corretto approccio al paziente agitato per il personale ed i familiari/caregiver ed il coinvolgimento dei caregivers in momenti informativi e/o educativi per la condivisione dei contenuti riabilitativi
- l'adattamento dell'ambiente alla condizione del paziente (es: preferibilmente in stanza singola con spazio adeguato ad accogliere anche l'eventuale familiare/caregiver se previsto, riduzione gli stimoli, ecc.)
- l'adattamento in modo flessibile del trattamento fisioterapico nella scelta dei luoghi, della durata, dell'intensità e del tipo di attività; la fisioterapia è raccomandata nelle fasi di agitazione e di amnesia post-lesionale, ma non deve essere fonte di stress per il paziente che non ne comprende i benefici a causa della ridotta consapevolezza
- non appena possibile, va avviato un *training* alle attività della vita quotidiana, guidato dal terapeuta occupazionale assieme al personale di *nursing* riabilitativo

Vanno inoltre limitati fattori scatenanti/aggravanti dell'agitazione quali:

- contenzioni fisiche che possono aumentare il disorientamento, la paura e l'agitazione; il loro utilizzo deve essere limitato il più possibile quando non evitabile
- presenza di *devices* (favorire lo svezzamento precoce dalla tracheocannula, dagli accessi venosi, dal sondino naso-gastrico e dal catetere vescicale); tali *devices* costituiscono stimoli fastidiosi o dolorosi per il paziente, aumentandone il grado di agitazione.



Dall'approccio caritatevole alle procedure EBM condivise

Interventi farmacologici: qualora gli interventi non farmacologici si dimostrassero insufficienti nel controllo dei disturbi comportamentali è necessario ricorrere alla somministrazione di farmaci al bisogno o continuativamente per settimane/mesi. La scelta dei farmaci è guidata dalle indicazioni delle *Consensus Conference* italiane sulle GCA, dalla letteratura, dall'esperienza clinica e dalla similitudine di utilizzo in pazienti con agitazione correlata ad altri quadri clinici. In linea generale, sulla base delle poche evidenze di letteratura e della esperienza clinica condivisa tra esperti, vengono utilizzati in prima linea beta-bloccanti ed antiepilettici come stabilizzatori, con l'eventuale aggiunta, in seconda linea, degli antipsicotici atipici. Nel caso di situazioni critiche da gestire nell'immediato, è possibile ricorrere ai neurolettici tipici o atipici eventualmente associati alle benzodiazepine, limitandone la durata di utilizzo allo stretto necessario.

## Conclusioni

Per rendere efficace la procedura è stata prevista la formazione del personale coinvolto nella gestione e nel trattamento del paziente agitato e/o aggressivo sia attraverso corsi residenziali e che di formazione sul campo. Per i familiari e *caregiver* sono previsti interventi educativi dei neuropsicologi attraverso incontri e colloqui dedicati e programmati in sede di progetto riabilitativo; viene inoltre consegnata ed illustrata una *brochure* informativa sul livello di funzionamento cognitivo e comportamentale del paziente agitato (scala LCF=4). La condivisione e la divulgazione dei contenuti della procedura a tutti i professionisti e ai familiari interessati hanno permesso di considerare l'agitazione psicomotoria come fase transitoria e superabile del percorso post-lesionale, di adottare comportamenti più uniformi e di adattare l'intervento riabilitativo in modo flessibile alle possibilità di collaborazione del paziente, riducendo i fattori scatenanti/aggravanti dell'agitazione.

## Bibliografia

- 1° Conferenza Nazionale di Consenso 2000 "Buona Pratica Clinica Nella Riabilitazione Ospedaliera Delle Persone Con Gravi Cerebrolesioni Acquisite"
- 2° Conferenza Nazionale di Consenso 2007 "Bisogni Riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da GCA e delle loro famiglie, nella fase post-ospedaliera"
- 3° Conferenza Nazionale di Consenso 2010 "Buona Pratica Clinica Nella Riabilitazione Ospedaliera Delle Persone Con Gravi Cerebrolesioni Acquisite"
- Ponsford J et al (2023) INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part I: Post-traumatic Amnesia, *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 38(1);p 24-37, DOI: 10.1097/HTR.0000000000000840
- Wheeler S, Acord-Vira A (2023), Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Traumatic Brain Injury, *American Journal of Occupational Therapy*, 77, 7704397010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.077401>
- Carrier, Sarah L et al. "Managing agitation during early recovery in adults with traumatic brain injury: An international survey." *Annals of physical and rehabilitation medicine* vol. 64,5 (2021): 101532. doi:10.1016/j.rehab.2021.101532
- Rahamani E et al. "Pharmacological Treatment of Agitation and/or Aggression in Patients with Traumatic Brain Injury: A Systematic Review of Reviews". *J Head Trauma Rehabil* pp E262-E283 2021