

Applicazione di strumenti e modelli su progetti regionali:

Disturbi gravi di personalità

Michele Sanza

Direttore Programma Dipendenze Patologiche Azienda
USL della Romagna – Cesena

Misurare gli esiti dei trattamenti rispetto alla prognosi naturale

Un intervento terapeutico è considerato efficace se migliora l'evoluzione del processo più della sua evoluzione naturale attesa.



Prognosi del DBP

- Elevato rischio suicidario (dal 3 al 10%)
 - Il cattivo funzionamento sociale si estende al periodo successivo la remissione dei sintomi
 - Elevata comorbidità con altre patologie psichiatriche (Asse I e Asse II).
-
- **Una valida opzione terapeutica deve:**
 - diminuire il rischio suicidario,
 - migliorare il funzionamento sociale e relazionale
 - ridurre l'importanza dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali

Un tempo, il Pessimismo Terapeutico regnava sui Disturbi di Personalità

- “Il pessimismo terapeutico che regna in questo campo può essere tuttavia alquanto attenuato, in quanto oggi non si può escludere la possibilità di qualche influenza positiva esercitata più che dalla relazione psicoterapeutica individuale, che resta sempre superficiale, dallo psicodramma e dalla psicoterapia di gruppo che si ripropone una rieducazione delle attitudini sociali.”

R. Rossini Trattato di Psichiatria, Bologna 1981

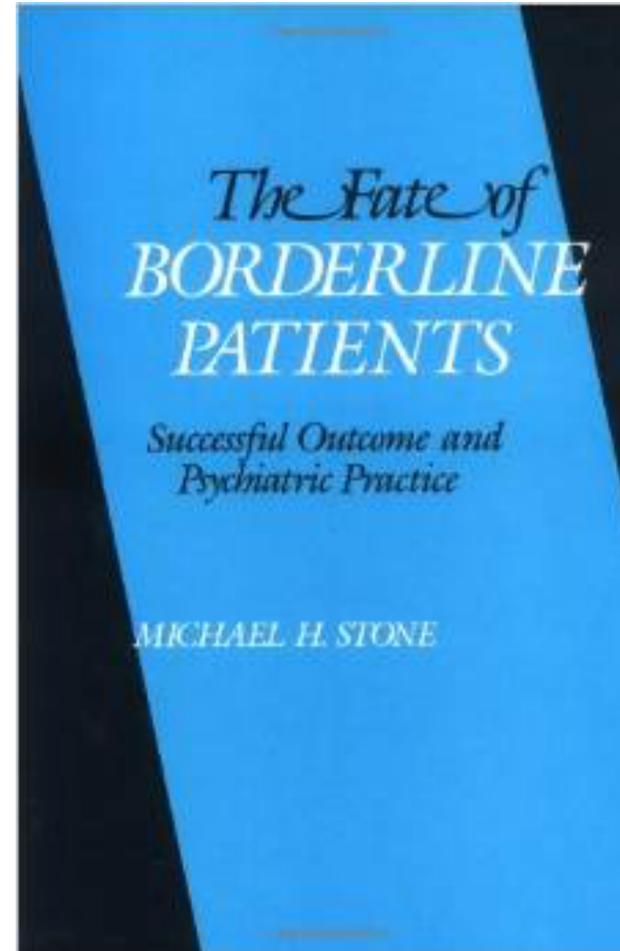
La psicoanalisi

- Il pensiero psicoanalitico ortodosso considerava l'analizzabilità quale discriminante tra nevrosi e psicosi.



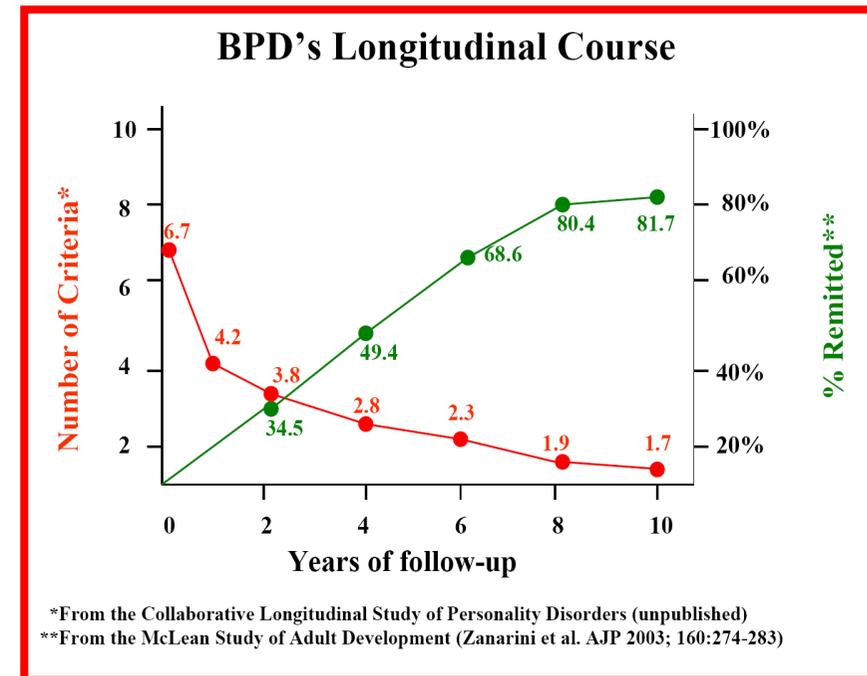
Oltre il “colloquialismo” psicoanalitico

- Lo studio PI 500 è un follow up condotto su 550 pazienti ricoverati tra il 1963 e il 1976 presso il NY State Psychiatric Hospital con diagnosi di disturbo borderline di personalità.



Collaborative Longitudinal PD Study (Skodol, 2005)

- 688 pz. con PDs, di cui 158 BPD, studiati per 10 anni
- Gli studi prospettici mostrano che il numero dei criteri diagnostici soddisfatti dopo due anni è incompatibile con la diagnosi DSM IV;
- La remissione dei sintomi è selettiva:
 - L'Instabilità affettiva è il più stabile dei criteri del BPD seguito da rabbia intensa e inappropriata.



Remissione dei sintomi e funzionamento psicosociale

- Il funzionamento psicosociale rimane basso anche dopo la riduzione dei sintomi;

TABLE 3. Psychosocial Functioning in Month Before Assessment for Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Patients With Major Depressive Disorder

Area of Functioning ^a	Score for Patients With Personality Disorders								Score for Patients With Major Depressive Disorder (D) (N=97)		Significant Differences ^b
	Schizotypal (S) (N=86)		Borderline (B) (N=175)		Avoidant (A) (N=157)		Obsessive-Compulsive (O) (N=153)		Mean	SD	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
Employment	3.7	1.4	3.6	1.5	2.8	1.6	2.3	1.3	2.7	1.4	SB>AOD; A>O
Household duties	2.8	1.2	3.0	1.3	2.6	1.2	2.3	1.2	2.9	1.1	B>AO; SD>O
Student work	3.2	1.3	3.5	1.3	2.6	1.2	2.2	1.3	3.2	1.2	B>AO; SD>O
Interpersonal relationships											
Parents	3.1	1.2	3.1	1.3	2.8	1.3	2.5	1.1	2.4	1.1	SB>AOD; A>D
Siblings	3.1	1.3	2.8	1.2	2.7	1.2	2.3	1.0	2.3	0.9	S>AOD; BA>OD
Spouse/mate	3.4	1.2	3.1	1.3	2.8	1.3	2.3	1.1	3.0	1.4	S>AO; B>O
Children	2.4	1.2	2.1	1.2	1.9	1.2	1.4	0.8	1.7	1.0	S>O
Relatives	2.8	1.1	2.4	1.1	2.6	1.1	2.4	1.0	2.1	0.8	S>D
Friends	3.5	1.2	3.2	1.2	3.1	1.3	2.7	1.2	2.6	1.0	S>AOD; BA>OD
Recreation	3.3	1.2	3.5	1.2	3.0	1.2	2.7	1.2	3.2	1.1	SB>AO; D>O
Global satisfaction	3.6	0.9	3.5	0.9	3.2	0.8	3.0	0.9	3.3	0.8	SB>AOD; AD>O
Global social adjustment	4.1	0.7	3.9	0.9	3.6	0.8	3.2	0.9	3.5	0.9	SB>AOD; AD>O
Global assessment of functioning ^c	54.1	9.7	54.3	9.3	60.4	10.6	64.7	10.6	60.7	10.2	O>SBAD; AD>SB

^a From the Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation—Baseline Version (38). Multiple regression analyses that controlled for demographic differences and comorbid axis I diagnoses showed that significant differences among the groups existed for all areas except interpersonal relationships with relatives other than parents, siblings, or spouse/mate ($F=3.56-29.24$, $df=4$, $196-651$, $p<0.01$).

^b Post hoc between-group comparisons ($p<0.01$, Duncan's multiple range test).

^c From DSM-IV axis V; scores range from 1 to 100, with higher scores reflecting higher functioning.

- Il gruppo dei BPD che non rimettono la sintomatologia ha un funzionamento ancora più negativo: i sintomi condizionano il funzionamento psicosociale.

Recovery from BPD

- Studio del 2010
- N= 290 pazienti con BPD
- Valutati con strumenti standardizzati ogni due anni per un intervallo complessivo di 10 anni.

Article

Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study

Mary C. Zanarini, Ed.D.

Frances R. Frankenburg, M.D.

D. Bradford Reich, M.D.

Garrett Fitzmaurice, Sc.D.

Objective: The purposes of this study were to determine time to attainment of recovery from borderline personality disorder and to assess the stability of recovery.

Method: A total of 290 inpatients who met both DSM-III-R and Revised Diagnostic Interview for Borderlines criteria for borderline personality disorder were assessed during their index admission using a series of semistructured interviews and self-report measures. The same instruments were readministered every 2 years for 10 years.

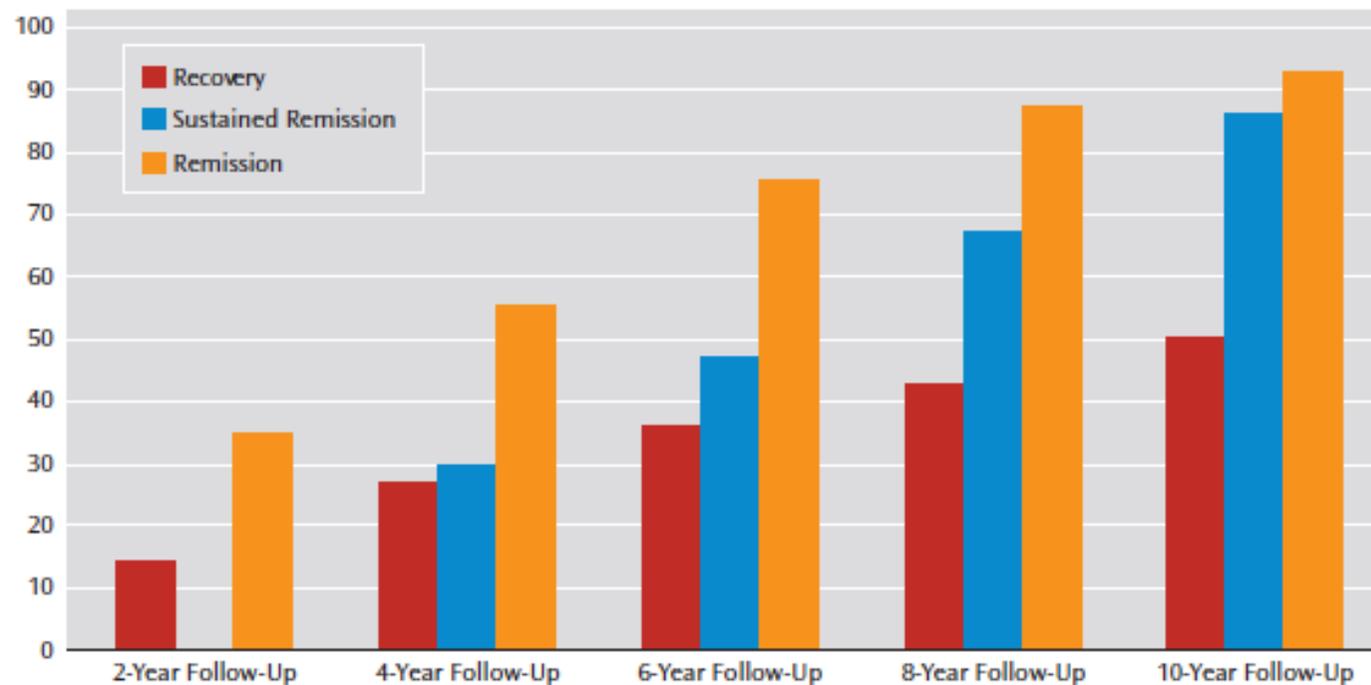
Results: Over the study period, 50% of participants achieved recovery from borderline personality disorder, which was defined as remission of symptoms and having good social and vocational

functioning during the previous 2 years. Overall, 93% of participants attained a remission of symptoms lasting at least 2 years, and 86% attained a sustained remission lasting at least 4 years. Of those who achieved recovery, 34% lost their recovery. Of those who achieved a 2-year remission of symptoms, 30% had a symptomatic recurrence, and of those who achieved a sustained remission, only 15% experienced a recurrence.

Conclusions: Taken together, the results of this study suggest that recovery from borderline personality disorder, with both symptomatic remission and good psychosocial functioning, seems difficult for many patients to attain. The results also suggest that once attained, such a recovery is relatively stable over time.

(Am J Psychiatry 2010; 167:663-667)

FIGURE 1. Time to Attainment of Remission, Sustained Remission, and Recovery From Borderline Personality Disorder^a



^a Remission is defined as no longer meeting DSM-III-R and Revised Diagnostic Interview for Borderlines criteria for borderline personality disorder for at least 2 years, and sustained remission as no longer meeting criteria for at least 4 years. Recovery is defined as having remission of symptoms and having good social and vocational functioning during the previous 2 years.

Conclusioni dello studio Zanarini 2010

- La metà dei pazienti del campione va in recovery ;
- La recovery si è dimostrata relativamente stabile nel tempo (un terzo dei pazienti ha avuto una successiva ricaduta);
- Più del 90% dei pazienti ha avuto una remissione di due anni e del'84% una remissione di 4 anni dalla sintomatologia.
- Questi risultati confermano le conclusioni dello studio CLPS (Skodol) a riguardo della buona prospettiva clinica e meno buona di valido funzionamento sociale.

Quali misure di esito per i trattamenti del DBP?

Linehan et al., 2006

- Studio randomizzato (N=110);
- Confronta DBT (N=60) versus Community Treatment by Experts CBTE (N=51);
- Durata un anno; follow up 24 mesi.

ORIGINAL ARTICLE

Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder

Marsha M. Linehan, PhD; Katherine Anne Comtois, PhD; Angela M. Murray, MA, MSW; Milton Z. Brown, PhD; Robert J. Gallop, PhD; Heidi L. Heard, PhD; Kathryn E. Korslund, PhD; Darren A. Tutek, MS; Sarah K. Reynolds, PhD; Noam Lindenboim, MS

(REPRINTED) ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 63, JULY 2006 WWW.ARCHGENPSYCHIATRY.COM
757

©2006 American Medical Association. All rights reserved.

Tentativi di suicidio

- Lo studio valuta l'incidenza dei TS nel corso del periodo di trattamento (365 giorni) e di ulteriori 500 gg.
- Il gruppo DBT ha avuto il 23% di TS contro il 46 del CBTE.

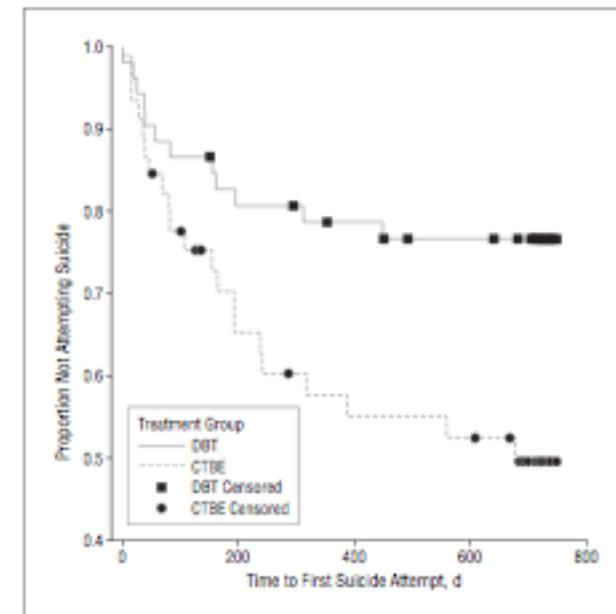


Figure 3. Survival analysis for time to first suicide attempt. The treatment period ended at 365 days, and the follow-up period ended at 730 days. CTBE indicates community treatment by experts; DBT, dialectical behavior therapy.

Conclusioni

- I risultati di questo studio confermano il dato che l'efficacia della Terapia Dialettico Comportamentale non può essere ricondotta ai fattori generici associati con l'esperienza clinica.
- La DBT è un trattamento efficace nel ridurre i tentativi di suicidio nel Disturbo Borderline di Personalità.

Clarkin et al, 2007

- Confronta la Transfert-Focused Psychotherapy (N=23), con la DBT (N=17) e il trattamento supportivo aspecifico (N=22).
- Durata un anno

Article

Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study

John F. Clarkin, Ph.D.

Kenneth N. Levy, Ph.D.

Mark F. Lenzenweger, Ph.D.

Otto F. Kernberg, M.D.

Objective: The authors examined three yearlong outpatient treatments for borderline personality disorder: dialectical behavior therapy, transference-focused psychotherapy, and a dynamic supportive treatment.

Method: Ninety patients who were diagnosed with borderline personality disorder were randomly assigned to transference-focused psychotherapy, dialectical behavior therapy, or supportive treatment and received medication when indicated. Prior to treatment and at 4-month intervals during a 1-year period, blind raters assessed the domains of suicidal behavior, aggression, impulsivity, anxiety, depression, and social adjustment in a multiwave study design.

Results: Individual growth curve analysis revealed that patients in all three treatment groups showed significant positive change in depression, anxiety, global functioning, and social adjustment across 1 year of treatment. Both transference-focused psychotherapy and dialectical

behavior therapy were significantly associated with improvement in suicidality. Only transference-focused psychotherapy and supportive treatment were associated with improvement in anger. Transference-focused psychotherapy and supportive treatment were each associated with improvement in facets of impulsivity. Only transference-focused psychotherapy was significantly predictive of change in irritability and verbal and direct assault.

Conclusions: Patients with borderline personality disorder respond to structured treatments in an outpatient setting with change in multiple domains of outcome. A structured dynamic treatment, transference-focused psychotherapy was associated with change in multiple constructs across six domains; dialectical behavior therapy and supportive treatment were associated with fewer changes. Future research is needed to examine the specific mechanisms of change in these treatments beyond common structures.

[Am J Psychiatry 2007; 164:922-928]

- Lo studio valuta le variazioni registrate in 6 domini:
 - Suicidalità
 - Aggressività
 - Impulsività
 - Ansia
 - Depressione
 - Adattamento sociale

TABLE 1. Measures and Related Outcome Domains

Measure	Outcome Domain
Overt Aggression Scale-Modified (34)	Suicidality
Anger, Irritability, and Assault Questionnaire (35)	Aggression
Barratt Impulsiveness Scale-II (29)	Impulsivity
Brief Symptom Inventory (36)	Anxiety
Beck Depression Inventory (37)	Depression
Global Assessment of Functioning Scale (18)	Social Adjustment
Social Adjustment Scale (38)	Social Adjustment

Conclusioni

- I pazienti con Disturbo Borderline di Personalità rispondono ai trattamenti strutturati con modificazioni evolutive in molteplici domini.
- La Terapia basta sul Transfert si associa a cambiamenti importanti in tutti i domini indagati. La DBT e il trattamento supportivo sono associati a minori variazioni.

McMain et al., 2009

- 180 pz. assegnati random a dbt (=90) o trattamento psichiatrico strutturato (=90);
- Gli outcome vengono misurati su vari livelli comportamentali e sintomatologici.

Article

A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder

Shelley F. McMain, Ph.D.

Paul S. Links, M.D.

William H. Gnam, M.D.

Tim Guimond, M.D.

Robert J. Cardish, M.D.

Lorne Korman, Ph.D.

David L. Streiner, Ph.D.

Objective: The authors sought to evaluate the clinical efficacy of dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management, including a combination of psychodynamically informed therapy and symptom-targeted medication management derived from specific recommendations in APA guidelines for borderline personality disorder.

Method: This was a single-blind trial in which 180 patients diagnosed with borderline personality disorder who had at least two suicidal or nonsuicidal self-injurious episodes in the past 5 years were randomly assigned to receive 1 year of dialectical behavior therapy or general psychiatric management. The primary outcome measures, assessed at baseline and every 4 months over the treatment period, were frequency and severity of suicidal and nonsuicidal self-harm episodes.

Results: Both groups showed improvement on the majority of clinical outcome

measures after 1 year of treatment, including significant reductions in the frequency and severity of suicidal and nonsuicidal self-injurious episodes and significant improvements in most secondary clinical outcomes. Both groups had a reduction in general health care utilization, including emergency visits and psychiatric hospital days, as well as significant improvements in borderline personality disorder symptoms, symptom distress, depression, anger, and interpersonal functioning. No significant differences across any outcomes were found between groups.

Conclusions: These results suggest that individuals with borderline personality disorder benefited equally from dialectical behavior therapy and a well-specified treatment delivered by psychiatrists with expertise in the treatment of borderline personality disorder.

(Am J Psychiatry 2009; 166:1365-1374)

McMain: outcome comportamentali

	DBT group = 90	General Psychiatry Management = 90
	Media	Media
Misure di outcome		
Suicidi ed episodi autodistruttivi		
Baseline	20,94	32,19
12mesi	4,29	12,87
Accessi in PS		
Baseline	1,99	2,08
12mesi	0,93	1
Accessi in PS per TS		
Baseline	1,01	0,77
12mesi	0,41	0,29
Giornate di ospedalizzazione		
Baseline	10,52	8,07
12 mesi	3,73	2,23

McMain: outcome sintomatologici

TABLE 2. Outcomes for 180 Patients With Borderline Personality Disorder Assigned to Receive 1 Year of Dialectical Behavior Therapy or General Psychiatric Management, by Treatment Assignment

Outcome Measure	Treatment Assignment				Analyses ^a					
	Dialectical Behavior Therapy (N=90)		General Psychiatric Management (N=90)		Time Effect		Group Effect			
	Mean	SD	Mean	SD	Coefficient ^b	p	Coefficient ^b	p	Effect Size ^c	
Normally distributed outcomes										
Maximum medical risk of suicide and self-injurious episodes ^d					-0.20	<0.0001	-0.02	0.64	0.89	
Baseline	4.26	2.87	3.67	2.64						
4 months	2.44	2.42	2.24	2.53						
8 months	1.73	2.43	1.59	2.40						
12 months	1.69	2.37	1.32	2.03						
Symptom severity (Zaner-Burke Rating Scale for Borderline Personality Disorder, total score)					-0.53	<.001	-0.09	0.33	1.13	
Baseline	15.49	6.14	14.94	6.59						
4 months	10.50	5.98	9.86	5.29						
8 months	8.57	6.20	9.36	5.83						
12 months	7.93	6.11	8.16	5.79						
Depression (Beck Depression Inventory)					-0.83	<0.001	-0.30	0.16	1.10	
Baseline	37.19	12.46	35.40	10.60						
4 months	29.06	15.01	28.28	13.98						
8 months	24.16	15.34	27.55	15.53						
12 months	22.18	16.14	24.83	14.83						
Anger (State-Trait Anger Expression Inventory, anger expression-out subscore)					-0.11	0.004	-0.04	0.46	0.35	
Baseline	17.92	5.29	17.60	5.51						
4 months	16.62	5.73	17.35	6.07						
8 months	16.03	4.75	16.43	5.61						
12 months	15.81	5.19	15.96	5.11						
Health-related quality of life (EQ-5D)					0.30	0.13	0.11	0.68	0.24	
Baseline	57.69	21.55	55.29	19.41						
4 months	60.00	19.51	59.86	21.33						
8 months	63.91	19.19	59.10	22.24						
12 months	63.84	20.47	59.41	22.03						
Symptom distress (Symptom Checklist-90-Revised, total score)					-0.04	0.001	0.001	0.91	0.69	
Baseline	1.91	0.77	1.85	0.76						

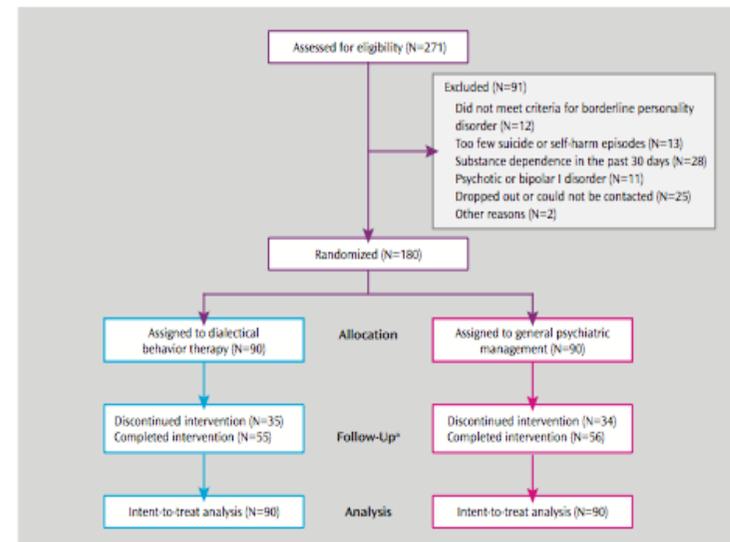
(continued)

L'adesione al trattamento

- La perc dei drop out è pari (=34% nei due gruppi).
- Linehan (2006) riporta una perc di adesione del 75%;
- Verheul (2003) 63%
- Clarkin (2007) 57%

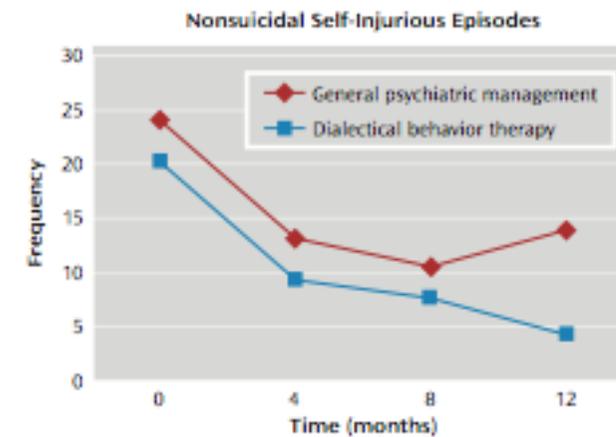
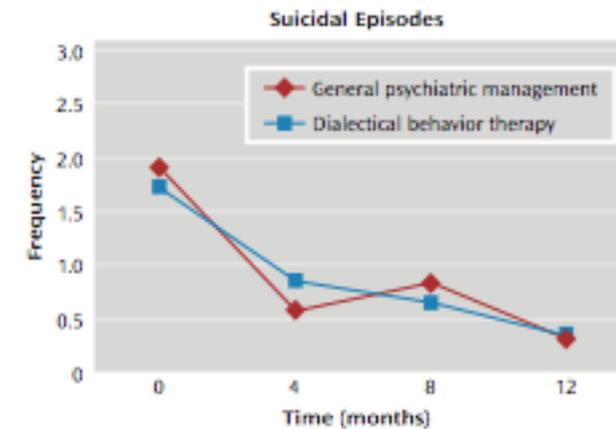
TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

FIGURE 1. Flow of Participants in a Study Comparing Dialectical Behavior Therapy and General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder



* Seven patients in the dialectical behavior therapy group and five in the general psychiatric management group did not attend any follow-up assessments.

- I comportamenti suicidari e quelli autolesivi mostrano una progressiva riduzione senza differenze significative tra i due approcci.



Gli autori dichiarano:

- “ Contrariamente alle nostre aspettative la DBT non si è dimostrata superiore rispetto al trattamento psichiatrico strutturato. Entrambi i trattamenti sono risultati parimenti efficaci su molteplici outcomes. Questi risultati ampliano il numero dei trattamenti elegibili per il Disturbo Borderline: gli interventi efficaci spaziano dalle psicoterapie specifiche alla gestione clinica esperta, purchè questa avvenga in seno ad un formato coerente e stabile come quello offerto dalle linee guida APA.”

MBT follow up a lungo termine

- Lo studio valuta l'efficacia della MBT in trattamento semiresidenziale confrontata con il TAU, 8 anni dopo l'inserimento in un RCT e 5 anni dopo la conclusione della MBT.
- N=41.

Article

8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual

Anthony Bateman, F.R.C.Psych.
Peter Fonagy, Ph.D., F.B.A.

Objective: This study evaluated the effect of mentalization-based treatment by partial hospitalization compared to treatment as usual for borderline personality disorder 8 years after entry into a randomized, controlled trial and 5 years after all mentalization-based treatment was complete.

Method: Interviewing was by research psychologists blind to original group allocation and structured review of medical notes of 41 patients from the original trial. Multivariate analysis of variance, chi-square, univariate analysis of variance, and nonparametric Mann-Whitney statistics were used to contrast the two groups depending on the distribution of the data.

Results: Five years after discharge from mentalization-based treatment, the men-

talization-based treatment by partial hospitalization group continued to show clinical and statistical superiority to treatment as usual on suicidality (23% versus 74%), diagnostic status (13% versus 87%), service use (2 years versus 3.5 years of psychiatric outpatient treatment), use of medication (0.02 versus 1.90 years taking three or more medications), global function above 60 (45% versus 10%), and vocational status (employed or in education 3.2 years versus 1.2 years).

Conclusions: Patients with 18 months of mentalization-based treatment by partial hospitalization followed by 18 months of maintenance mentalizing group therapy remain better than those receiving treatment as usual, but their general social function remains impaired.

[Am J Psychiatry 2008; 165:631-638]

- 5 anni dopo la dimissione dalla MBT, il gruppo sperimentale ha mostrato esiti globalmente migliori rispetto al TAU:
 - Suicidalità (23% versus 74%)
 - Persistenza dei criteri diagnostici (13% versus 87%)
 - Utilizzo dei servizi (2 anni versus 3,5 anni di trattamento psichiatrico ambulatoriale)
 - Utilizzo di farmaci (0,02 versus 1,90 anni in cui il pz assumeva tre o più farmaci al giorno)
 - Adattamento sociale (istruzione o lavoro 3,2 anni versus 1,2 anni)

Review

Fernando Lana¹
M^a Isabel Fernández-San Martín²

To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials

¹Instituto de Neuropsiquiatria y Adicciones (INAD), Centre Emili Mira
Parc de Salut Mar, Barcelona

²Unidad de Evaluación, Sistemas de Información y Calidad
Institut Català de la Salut, Barcelona

Authors Therapy duration	Therapy (n)/ Control (n) Evaluation ^b	Patients PA %	Days of admission mean	Patients SA %	Number of SA mean	Patients S-I %	Number of S-I mean
Linehan et al, 1991, 1 yr.	DBT(22)/UT(22) Period 8-12m	36.4/54.5 13.6/31.8	8.5/38.9* -	63.6/95.5+ *35.0/61.9*	*6.8/33.5* *0.6/9.3*	- -	6.1/32.3# -
Bateman Et Fonagy, 1999 18 months	MBT (19)/UT(19) Period 12-18m	^c 0.0/36.8+	nc/nc #	5.2/63.2#	-	36.8/84.2+	-
Verheul et al, 2003, 1 yr.	DBT(27)/UT(31) Period 6-12m	- -	- -	7.4/25.8 -	- -	^g 29.6/41.9 35/57	^h 3.3/41.6+ -
Linehan et al, 2006, 1 yr.	DBT(52)/ECT (49) 12-24m	19.6/48.9# 23.4/23.7	- -	5.8/14.3 ^c 23/46+	^g 5.0/7.4 -	- -	6.4/16.8 -
Davidson et al, 2006, 1 yr.	CBT+(53)/UT(49) 0-24m	32.1/40.8 33.9/46.9	0.7/1.2 1.0/1.7	33.9/42.9 43.4/53.1	0.6/1.0 0.9/1.7*	- -	- -
Giesen-Bloo et al, 2006, 3 years	SFT (44)/TFP (42)	-	-	-	-	-	-
Clarkin et al, 2007, 1 yr.	DBT (30)/ TFP (30)/ DST (30)	-	-	-	-	-	-
Bateman Et Fonagy, 2009 18 months	MBT(71)/SCM (63) Period 6-12m Period 12-18m	8.5/23.8* 2.8/19.0+	0.7/4.1* 0.2/1.3+	32.4/47.6 2.8/25.4 #	0.4/0.6* 0.03/0.3#	36.6/58.7* 23.9/42.9*	1.3/1.7 0.4/1.7 #
MacMain et al, 2009, 1 yr.	DBT(90)/GPT (90) Period 8-12m	-	3.7/2.2	-	*4.3/12.9	-	-
Doering et al, 2010, 1 yr.	TFP (52)/ECT (52)	-	11.7/18.9*	13.7/21.2	0.3/0.4	73.1/67.3	16.9/22.0
Carter et al, 2010, 6 months	DBT(38)/UT+ (35) Period 0-6m	18.4/20.0	5.1/9.5	*75.0/67.0	^g 5.2/8.4	-	-

For the abbreviations of the therapies, see table 1. PA= psychiatric admission. SA= suicide attempt. S-I= self-injuries. The standard deviation (SD) of the mean and the mean of the absolute value (n) together with the percent do not appear to facilitate the reading of the table (see references in the bibliography). a)Para-suicide (SA+S-I). b)Except when specified to the contrary, results of the first year, c)period 18-24 months, d)period 0-24 months, e)period 3-6 months. f)Data of 22 patients in each treatment. g)Mentioned by NICE guide.
*p<0.05, +p<0.01, #p<0.001

Tipologie di esiti negli studi di efficacia delle terapie dei DP

- Outcome clinico fenomenologici:
 - Persistenza della diagnosi categoriale (SCID II)
 - Variazione di specifici aspetti dimensionali con strumenti psicometrici (Barratt Scale; Beck Depression Inventory)
 - Scale di carattere globale (Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder; Borderline Personality Disorder Checklist; GAF)
 - Questionari autosomministrati per la valutazione di specifici aspetti della psicopatologia (Self Harm Inventory)

- **Outcome indiretti:**
 - Giornate di ospedalizzazione; numero di ricoveri;
 - Accessi in pronto soccorso
 - Tentativi di suicidio / Suicidio fatale
- **Outcome di processo** (si può dire?)
 - Conclusione del trattamento
 - Drop out
- **Outcome sociali**
 - Occupazione; relazioni; qualità di vita

Il Progetto regionale Disturbi Gravi di Personalità

- I Disturbi Gravi di Personalità sono **condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale** al quale si contrappone una reale difficoltà nell'accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati;
- Quest'ultimo aspetto richiama l'importanza di una revisione delle attuali pratiche terapeutiche, finalizzata a favorire l'accesso di pazienti, spesso confinati ai margini dell'attività dei servizi.

Definizione dei DGP

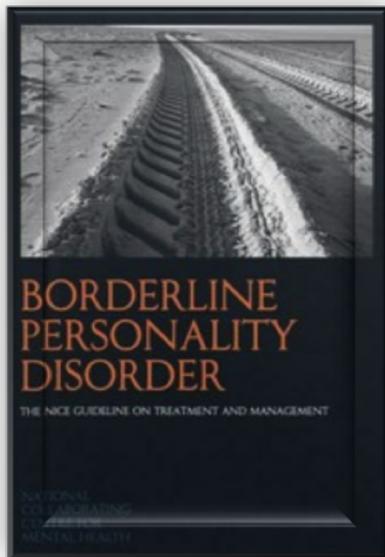
- Alterazione stabile del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sé con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo;
- Criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale;
- Riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale;
- Frequente comorbilità con patologie di Asse I.

- Le condotte abnormi
- Solo un aspetto dei DGP;
- L'ambito dei DGP deve essere limitato prevalentemente alle categorie diagnostiche con particolare riguardo al cluster B del DSM – IV TR, con esclusione del Disturbo Antisociale.



Le Linee di Indirizzo

- Adattamento delle Linee guida internazionali al contesto regionale



I DGP nel Documento sui Percorsi di Cura approvato dalla Conf. Stato Regioni

- Nella seduta del 13 novembre 2014 la Conferenza Stato regioni ha approvato il documento sui percorsi di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale.



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
14/131/CR08b/C8

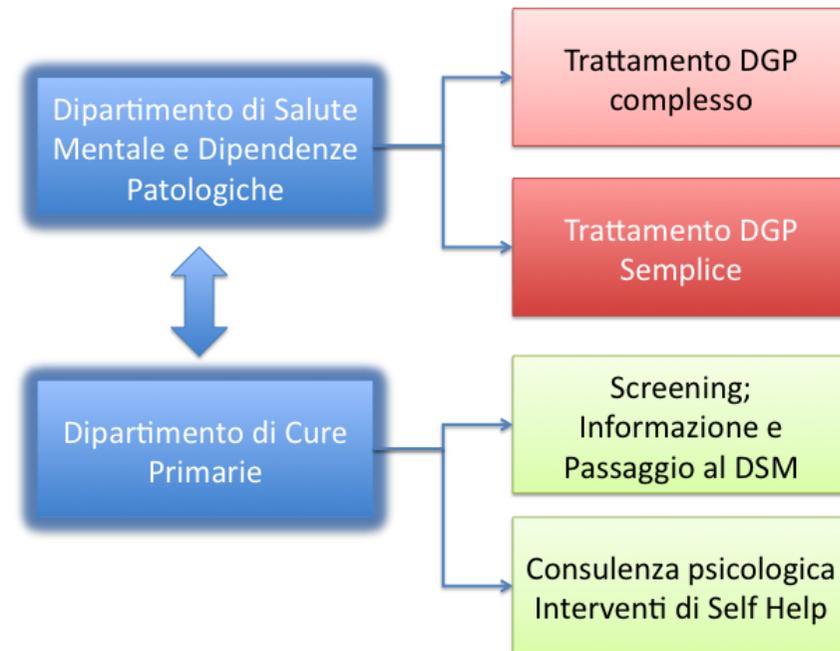
PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SULLA
DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI
DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI
SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI
PERSONALITÀ

Gli standard individuati

1. Configurazione dei Servizi;
2. Passaggi e Transizioni;
3. Contratto;
4. Gestione delle Crisi;
5. Diagnosi;
6. Trattamenti Farmacologici;
7. Trattamenti Psicologici;
8. Sviluppo dell'Equipe.

(1) Configurazione dei servizi

- Rete regionale referenti dipartimentali
- Attivazione dei percorsi di cura (semplice e complesso)
- Promozione di livelli meno invasivi / intensivi di cura



Trattamento Semplice versus Trattamento complesso

Semplice

- Diagnosi clinico fenomenologica basata su criteri operativi nosografici DSM V
- Contratto Terapeutico
- Piano di gestione delle crisi
- Approccio Psicosociale preminente
- Durata non definita, valutazione periodica dei risultati

Complesso

- Diagnosi con strumenti standardizzati
- Contratto Terapeutico
- Piano di gestione delle crisi
- Psicoterapia individuale
- Skills training di gruppo
- Durata di un anno
- Valutazione di esito

Percentuale trattamenti complessi DGP (ad elevata intensità di cura)

Utenti DGP con più di 40
prestazioni* anno

Totale Utenti DGP
Servizi per adulti

*Psicoterapie individuali e di gruppo e / o
Psicoeducazione

N° INDICATORE	DGP 9
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale trattamenti complessi DGP (ad elevata intensità di cura)
RACCOMANDAZIONE	La frequenza delle sedute terapeutiche deve essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita. Comunque il riferimento nella fase di trattamento intensivo è di almeno una seduta per settimana per una durata non inferiore ai 6 mesi. I trattamenti di gruppo si sono rivelati efficaci nella riduzione dell'impulsività e nel raggiungimento di altri obv terapeutici evolutivi. E' appropriato e valido l'utilizzo dello Skills Training della DBT
RAZIONALE	La densità delle prestazioni di psicoterapia e psicoeducazione distingue i trattamenti semplici da quelli complessi.
FASE DI ASSISTENZA	Trattamento elettivo semplice e complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	L'indicatore distingue i pazienti per intensità di cura in base alla quota di prestazioni di tipo psicoterapico annue ricevute. Si considerano ad alta intensità (trattamento complesso) i pazienti che abbiano ricevuto almeno 40 prestazioni tra le seguenti tipologie: a. Seduta di psicoterapia individuale b. Seduta di psicoterapia di coppia c. Seduta di psicoterapia familiare d. Seduta di psicoterapia di gruppo e. Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia individuale f. Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia di gruppo g. Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti individuale h. intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti di gruppo
DENOMINATORE	Totale utenti DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Regione Emilia Romagna, Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, 2011
FONTI	Flusso SDO
NOTE	

Percentuale di Pazienti DGP che partecipano a gruppi di auto aiuto

Utenti DGP in gruppi di auto aiuto

Totale Utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 17
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale di Pazienti DGP che partecipano a gruppi di auto aiuto
RACCOMANDAZIONE	I Servizi di Salute Mentale si attivano per promuovere gruppi di auto aiuto anche in collaborazione con le associazioni locali di pazienti e/o familiari nonché, se sussiste o è sussistita una comorbidità con una dipendenza da sostanze, e/o di tipo comportamentale, con il volontariato ACAT e Anonimi (Alcolisti, Tossicodipendenti, Giocatori);
RAZIONALE	Valuta la percentuale di pazienti DGP che partecipano a gruppi di auto aiuto
FASE DI ASSISTENZA	Promozione del recupero
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Utenti con diagnosi DGP che partecipano a gruppi di auto aiuto
DENOMINATORE	Totale utenti con diagnosi DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	
FONTI	Flusso SISM
Note	

Percentuale di Pazienti DGP che usufruiscono di programmi di inserimento lavorativo

Utenti DGP che usufruiscono di programmi di inserimento lavorativo

Totale Utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 18
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale di Pazienti DGP che usufruiscono di programmi di inserimento lavorativo promossi dai Servizi
RACCOMANDAZIONE	Attraverso la collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali vengono avviati programmi per l'inserimento lavorativo nella forma di tirocini e di IPS - Individual Placement and Support.
RAZIONALE	Valuta la percentuale di pazienti DGP che usufruiscono di programmi di inserimento lavorativo promossi dai servizi
FASE DI ASSISTENZA	Promozione del Recupero
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Utenti con diagnosi DGP che usufruiscono di programmi di inserimento lavorativo promossi dai servizi (tirocini lavorativi e IPS)
DENOMINATORE	Totale utenti con diagnosi DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	
FONTI	Flusso SISM
Note	

(2) Passaggi e Transizioni

- I tempi della transizione devono essere definiti, precisi ed al contempo elastici a seconda delle esigenze cliniche (a partire dai 17 anni, un periodo di almeno 6 mesi);
- Le informazioni fornite ai ragazzi ed ai familiari devono essere chiare;
- Si devono prevedere dei protocolli scritti definiti fra servizi di NPIA e servizi di Psichiatria Adulti ;
- Si deve prevedere il coinvolgimento del ragazzo e – qualora possibile – dei familiari (con l'obiettivo di affrontare le diverse aree di vita che la transizione comporta) nella costruzione congiunta di un progetto di cura.

Codici NPIA a rischio evolutivo DGP

- Dai 14 ai 18 si monitorano i disturbi che possono evolvere nell'adulto in Disturbi della Personalità.
- “Vengono suggeriti i seguenti codici ICD-10:
 - F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni
 - F90.1 disturbo ipercinetico della condotta
 - F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione
 - F91.3 disturbo oppositivo provocatorio
 - Per i quadri descritti, a partire dai 16 anni, è quindi opportuno attivare un approfondimento diagnostico ed eventualmente il percorso diagnostico-trattamentale oggetto dei seguenti indirizzi”.
 - Regione Emilia Romagna: “Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità” pg 20 versione breve.

Passaggi strutturati dalla NPIA

Diagnosi codici NPIA a
rischio di DGP inviati ai
Servizi per adulti

Totale Utenti DGP
Servizi per adulti

N° INDICATORE	DGP 3
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Monitoraggio delle condizioni cliniche dell'età evolutiva che possono evolvere in DGP
RACCOMANDAZIONE	<p>Estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, ad alcuni quadri clinici di consistente gravità che vengono indicati come possibili precursori di DP.</p> <p>Vengono suggeriti i seguenti codici ICD-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni • F90.1 disturbo ipercinetico della condotta • F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione • F91.3 disturbo oppositivo provocatorio
RAZIONALE	E' un indicatore che permette di definire la proporzione di pazienti con DGP inviati dalla NPIA e precedentemente diagnosticati con categorie diagnostiche a rischio di evoluzione in DP.
LIVELLO DI ASSISTENZA	Trattamento Specifico (semplice o complesso)
TIPO DI MISURA	Tasso
NUMERATORE	Utenti con storia di diagnosi F92, F90.1, F91.1, F91.3, passati dalla NPIA ai Servizi di Salute Mentale con invio formale
DENOMINATORE	Utenti con diagnosi DGP in carico ai Servizi di Salute Mentale
FONTI	Flusso NPIA e Flusso SISM
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	National Collaborating Centre for Mental Health. <i>Borderline personality disorder: treatment and management. National clinical practice guideline number 78</i> . Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.
NOTE	

(3) Il contratto di Cura

- Il contratto terapeutico definisce le regole e il setting del rapporto di cura;
- Il contratto è parte integrante di ogni rapporto di cura, ma le sue caratteristiche assumono una specifica rilevanza per il trattamento dei Disturbi di Personalità.



IL Contratto Terapeutico è un atto scritto che contiene

- la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- le competenze attivate dall'equipe;
- le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- il piano di gestione delle crisi

Percentuali utenti DGP con contratto

Utenti con contratto formalizzato (codici 09)

Totale utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 7
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale di utenti DGP con contratto formalizzato
RACCOMANDAZIONE	<p>Lo strumento di definizione del piano di cura è il Contratto Terapeutico che consiste in un atto scritto redatto in duplice copia (triplice se coinvolge altri familiari) sottoscritto dal paziente e da un referente dell'equipe, nel quale sono specificati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gli obiettivi di breve termine del trattamento e gli specifici steps intermedi che la persona e gli altri membri del contesto familiare devono raggiungere; 2) gli obiettivi di medio e lungo termine del progetto terapeutico, inclusi quelli lavorativi ed abitativi, realistici e connessi agli obiettivi di breve termine; 3) le competenze e le risorse attivate dall'equipe; 4) le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia); 5) le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio); 6) il piano di gestione delle crisi.
RAZIONALE	Misura il livello di appropriatezza della cura del paziente con DGP. E' appropriato il trattamento che prevede il coinvolgimento attivo del paziente (empowerment).
FASE DI ASSISTENZA	Trattamento Specifico – Semplice e Complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Codici diagnosi DGP primaria o secondaria (codice 09 programmi e percorsi) e con formalizzazione del contratto terapeutico
DENOMINATORE	Totale utenti con diagnosi DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità Regione Emilia Romagna, 2013
Fonti	Flusso SISM
Note	

(4) Piano di Gestione delle Crisi

- Trasferire la gestione delle crisi dai setting emergenziali a quelli territoriali;
- Sviluppare le capacità di autoefficacia e di autoregolazione nell'utente;
- Predisporre un piano preventivo personalizzato parte integrante del piano di cura;
- Assicurare la circolazione delle informazioni tra i diversi setting coinvolti (compreso quelli di emergenza).

Percentuale Utenti DGP con contratto e piano gestione crisi

Contratti completi di
piano gestione crisi

Totale utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 13
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale Contratti (piani) terapeutici che contengono il piano di gestione delle crisi
RACCOMANDAZIONE	Quando una persona con un Disturbo Grave di Personalità presenta una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione della crisi, in precedenza redatto e sottoscritto, per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment;
RAZIONALE	Esprime la percentuale dei contratti formalizzati con i pazienti DGP che contengono al loro interno una sezione dedicata alla gestione delle crisi
FASE DI ASSISTENZA	Trattamento elettivo semplice e complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Contratti (piani) terapeutici che contengono il piano di gestione delle crisi
DENOMINATORE	Totale contratti formalizzati con pzoenti DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	
FONTI	Flusso SISM; Flusso Sider
NOTE	

(5) Qualità delle Diagnosi

Trattamento complesso

- valutazione funzionale descrittiva;
- valutazione con strumenti standardizzati a T0, T1 (sei mesi) e T2 (12 mesi).

Strumenti diagnostici standardizzati individuati

- SCID II SCID I
- BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list) (T0; T2)
- GAF (Global Assessment of Functioning)
- BIS-11 (Scala di Barratt per la valutazione dell'impulsività)
- DSHI (valutazione dell' autolesionismo)
- DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
- DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)
- AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)
- SHI (Self Harm Inventory)

Diagnosi DGP con valutazione diagnostica standardizzata

Codici DGP con diagnosi standardizzata

Totale Utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 6
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Diagnosi DGP con valutazione strutturata
RACCOMANDAZIONE	Nell'ambito del Trattamento Complesso, che prevede una fase di assessment standardizzato, si consiglia l'uso dei seguenti strumenti: <ul style="list-style-type: none"> 1) SCID II per la diagnosi categoriale di Disturbo di personalità; 2) E' altresì indicato l'impiego della SCID I per i casi di possibile comorbilità con Disturbi di Asse I; 3) BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list) 4) GAF (Global Assessment of Functioning)
RAZIONALE	E' un indicatore di qualità che permette di individuare la proporzione di pazienti che ricevono una diagnosi supportata dall'uso di strumenti standardizzati di valutazione.
FASE DI ASSISTENZA	Trattamento Complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Codici diagnosi DGP con almeno una valutazione standardizzata nell'anno di rilevazione:
DENOMINATORE	Totale utenti con diagnosi DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Curatore edizione italiana: Mazzi F., Morosini P., De Girolamo G., Guaraldi G. (2003) Ed. O.S. Organizzazioni Speciali Prunas A., Sarno I., Capizzi S., Madeddu F., La versione italiana del Borderline Personality Disorder Check List Minerva Psichiatrica 2006 Giugno;47(2):143-54
Fonti	Flusso SISM
Note	per i CSM con prestazione SISM: 06 Valutazioni standardizzata mediante test

(6) Trattamenti Farmacologici

- Il trattamento farmacologico dovrebbe essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità;
- Considerando gli importanti effetti collaterali, molta cautela dovrebbe essere usata nel trattare i sintomi/comportamenti associati;
- In queste situazioni l'uso dei farmaci dovrebbe essere di breve durata (minimo tempo necessario), attentamente monitorato e riservato ai casi più gravi, in assenza di alternative terapeutiche.

Percentuale di pazienti DGP in trattamento farmaco terapeutico continuativo

Utenti DGP in trattamento
farmacologico per più di 6
settimane

Totale Utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 10
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Percentuale di pazienti DGP in trattamento farmaco terapeutico continuativo
RACCOMANDAZIONE	Il trattamento farmacologico dei DGP deve essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.). Considerando gli importanti effetti collaterali, deve essere usata cautela nel trattare i sintomi/comportamenti associati.
RAZIONALE	Esprime la percentuale di pazienti DGP privi di altre comorbidità trattati con farmaci psicotropi per un periodo medio lungo (> 6 settimane) rispetto al totale dei pazienti DGP in trattamento
FASE DI ASSISTENZA	Trattamento elettivo semplice e complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	Pazienti con diagnosi DGP esclusiva (privi di altri disturbi comorbidi) in trattamento farmacologico per più di 6 settimane
DENOMINATORE	Totale utenti DGP
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	National Collaborating Centre for Mental Health. <i>Borderline personality disorder: treatment and management. National clinical practice guideline number 78</i> . Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009. National Health and Medical Research Council. <i>Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder</i> . Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
FONTI	Flusso SISM; Flusso FED (farmaci a erogazione diretta)
NOTE	

(7) Lo sviluppo della motivazione e gli interventi di psicoterapia.

- Strutturare un approccio di trattamento di servizio preliminare alla psicoterapia che utilizzi modelli di contratto e relazione terapeutica specifici caratterizzati da:
 - Responsabilizzazione;
 - centratura sul paziente;
 - Gestione delle resistenze;
 - orientamento al cambiamento e all' adesione e alla negoziazione dei vari percorsi di trattamento e riabilitazione.

Esito positivo psicoterapia

DGP in trattamento
psicoterapico in corso o
conclusione concordata

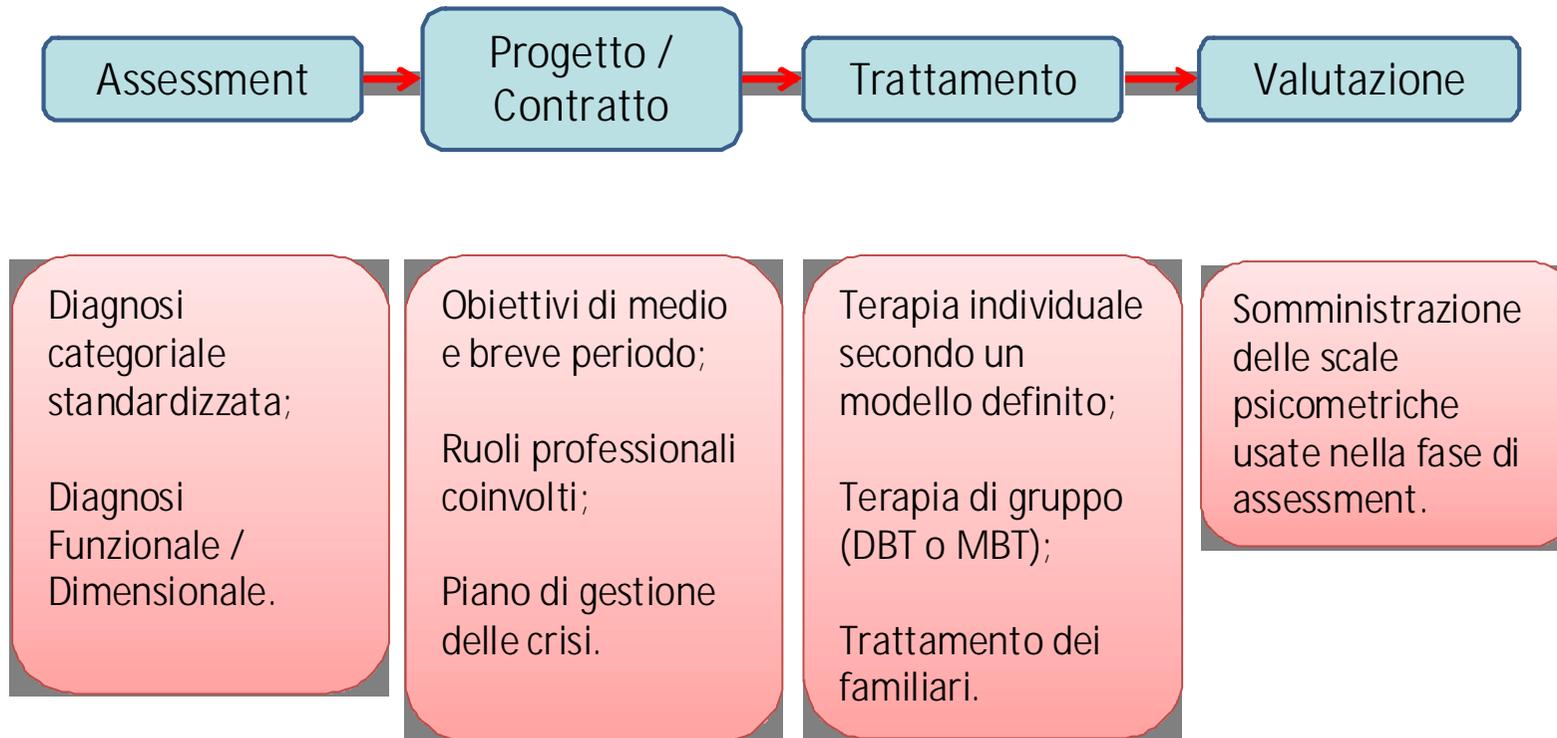
Totale Utenti DGP

N° INDICATORE	DGP 26
DISTURBO	Disturbo Grave di Personalità
NOME DELL'INDICATORE	Esito positivo psicoterapia
RACCOMANDAZIONE	
RAZIONALE	E' un indicatore che permette di valutare la quota di pazienti DGP che concludono il trattamento psicoterapeutico sul totale degli utenti DGP a cui viene erogato il trattamento psicoterapeutico.
FASE DI ASSISTENZA	Conclusione Trattamento elettivo Complesso
TIPO DI MISURA	Rapporto
NUMERATORE	codici diagnosi DGP primaria o secondaria in Trattamento psicoterapeutico, con trattamento ancora in corso o conclusione concordata.
DENOMINATORE	1) Salute mentale adulti codici diagnosi DGP primaria o secondaria (codice 09 programmi e percorsi).
FONTI	Flusso SISM
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	
NOTE	

(8) Lo sviluppo dell'Equipe

- La formazione deve riguardare non solo gli aspetti tecnici relativi ai singoli trattamenti efficaci, ma investire anche **il sistema dei valori di riferimento** che consentano di rimuovere gli ostacoli culturali che riducono l'accessibilità ai servizi e ai trattamenti appropriati per i DGP.

Il protocollo di ricerca Trattamento Complesso



Assessment

- **Standard operativo: valutazione funzionale descrittiva, valutazione con strumenti standardizzati a T0, T1 (sei mesi) e T2 (12 mesi).**
- SCID II per la diagnosi categoriale di Disturbo di personalità (T0, T2)
- E' altresì indicato l'impiego della SCID I per i casi di possibile comorbidità con Disturbi di Asse I (T0);
- BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list) (T0; T2)

Strumenti impiegati a T0, T1, T2

- GAF (Global Assessment of Functioning)
- BIS-11 (Scala di Barratt per la valutazione dell'impulsività)
- DSHI (valutazione dell' autolesionismo)
- DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
- DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)
- AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)
- SHI

La ricerca qualitativa sulle esperienze di cura

- Studio Osservazionale Esperienze di Cura 2014
- Metodologia Narrativa – Analisi qualitativa dei risultati
- Obiettivo:
- rilevare le esperienze di cura di persone con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, seguite dai Servizi DSM.-DP indagando le seguenti aree tematiche:
 - accesso al Servizio,
 - conoscenza della diagnosi,
 - strutturazione del percorso terapeutico con particolare attenzione alle fasi di acutizzazione del disturbo,
 - ruolo della famiglia nel percorso di cura e percezione di cambiamento del ruolo sociale.

- Lo studio è un' indagine osservazionale multicentrica con modulo di intervista semi-strutturata per raccogliere le esperienze di cura vissute dei paziente con Disturbo Borderline di Personalità.
- L'Ausl di Cesena è il centro promotore e capofila nella raccolta dei dati.
- La ricerca coinvolge i Dipartimenti di Salute Mentale dell'Ausl della Romagna.

Metodologia dello studio

Fase 1: Predisposizione dello strumento della ricerca

- stesura del modulo di intervista semi-strutturata basato sulle Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità

Fase 2: Campionamento

- Individuazione di 5 utenti per ogni DSM-DP equamente divisi tra C.S.M. e Ser.T. per i quali gli operatori verificano la disponibilità a partecipare allo studio. Il campione della ricerca è composto da 20 pazienti.

Fase 3: Intervista

- L'intervista dura di norma circa 75 minuti e viene registrata al fine di raccogliere in modo fedele l'esperienza di cura narrata dal paziente.
- Per ogni paziente vengono raccolte una serie di dati socio-anagrafici di base.

Fase 4: Analisi del testo narrativo

- Lettura ed analisi delle esperienze di cura ed individuazioni di elementi salienti

Conclusioni

- La valutazione del progetto DGP si sviluppa su tre livelli:
 1. Aderenza agli standard fissati dalle Linee di Indirizzo mediante indicatori di processo (si valutano i servizi)
 2. Valutazione di efficacia del trattamento complesso sulla base esiti clinici (si valutano popolazioni di piccole dimensioni)
 3. Valutazione attraverso la raccolta delle esperienze degli utenti (si raccolgano elementi per la programmazione dei servizi / percorsi)