




I Disturbi Gravi di Personalità nel DSM DP

Bologna 11 Giugno 2013



Attualmente, tra le maggiori sfide con le quali il campo della salute mentale si misura per aumentare la qualità dei servizi psichiatrici ci sono:

- **Orientare i servizi sui principi del recovery**
- **Implementare servizi sostenuti dall'evidenza scientifica.**
- **Aumentare le abilità di leadership della dirigenza**
- **Ridisegnare i servizi superando le barriere tra le diverse componenti del DSM e tra il DSM, altri servizi sanitari e i servizi sociali**

Le strategie di miglioramento sono complementari e applicate insieme favoriscono lo sviluppo di servizi che la maggior parte delle persone vorrebbe per sé o per la propria famiglia

Le sfide

Descrizione dell'intervento formativo:

- **Lezioni frontali** su quattro pratiche EB (SST, Psicoeducazione familiare, Illness Management and Recovery) e sui principi del recovery (18 giorni di 7 ore ciascuno ogni anno) ;
- **Job training :**
 - **Supervisione** da parte di **formatori interni** di **video** che rappresentano l'intervento in vivo
 - **Supervisioni mensili** a tutti i servizi da parte della **sottoscritta** in cui il personale medico e non medico spiega come ha modificato l'approccio ai pazienti alla luce del nuovo paradigma
 - Funzione di **coaching** dei **responsabili di servizio** e dei **coordinatori infermieristici**

FORMAZIONE trasversale congiunta tra tutte le UU.00.

Formazione continua per la leadership (Responsabili UOC e UOS, Coordinatori Infermieristici)

Seminari, supervisioni dell'attività dei dirigenti nella sede di lavoro e incontri con il personale di tutte le UOS e UOC da parte di un formatore esterno per:

- Favorire il mantenimento della motivazione degli operatori nei confronti del proprio lavoro.
- Definire chiaramente gli obiettivi e le prospettive future dell'organizzazione.
- Promuovere la crescita e l'evoluzione del gruppo.
- Sviluppare un clima di fiducia reciproca e di mutuo - aiuto.
- Fornire supporto .
- Promuovere un assetto organizzativo coerente con il mandato istituzionale.
- Favorire la formazione permanente.
- Definire parametri per valutare l'adeguatezza del personale al mandato affidato

Separatezza tra i singoli professionisti o UO o servizi

- I professionisti (o i diversi servizi) e lavorano in modo separato tra loro
- L'uno non sa l'obiettivo sul quale sta lavorando l'altro

Monotrattamento

- Viene affrontata solo la conseguenza biologica o solo quella psicologica o solo quella sociale della malattia mentale

**Il modello di assistenza psichiatrica
«Disintegrato» e «monodimensionale»**



Barriere professionali sono le più invisibili ma le più significative nell'ostacolare un'assistenza continuativa

- Differenze di training
- Differenze di linguaggio professionale
- Differenze di aspettative
- Differenze di paradigmi
- Differenze di stato e di potere
- Differenze economiche

Ontario College Health Association 2009

Le barriere professionali

Quando multiple agenzie lavorano indipendentemente l'una dall'altra :

- Incerta qualità dell'intervento
- Frammentazione e duplicazione degli sforzi
- Minore sostenibilità della risposta
- Iniqua distribuzione degli interventi e dei programmi

*WHO recommendation in Mental Health (2006); Fleury MJ, Mercier C.
Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.*

Quando si adotta un monotrattamento (prevalentemente quello psicofarmacologico)

- I pazienti hanno una remissione dei sintomi e delle ricadute ma restano disfunzionali e desocializzati

Conseguenze del modello «disintegrato» e «monodimensionale»

- Bisogni biologici
 - Riduzione dei sintomi e delle ricadute (farmaci)
- Bisogni psicologici: gestione delle emozioni, motivazione al cambiamento e al trattamento, contrasto allo stigma interno, recupero di un senso di sè sano e progettuale, recupero della prospettiva, individuazione di un obiettivo di vita (psicologo, operatore referente)
- Bisogni sociali (operatore referente) :
 - Ripresa di ruolo sociale (scuola, lavoro. Abitazione)
 - Miglioramento dei rapporti con i familiari e con gli amici

**L'evidenza di un approccio integrato:
Impatto della multidimensionale
malattia mentale**

IL trattamento integrato interdisciplinare e multidimensionale ha le seguenti caratteristiche:


- Omnicomprensivo:
 - necessità di intervenire su diverse dimensioni: biologiche, psicologiche, sociali
 - Necessità di intervenire su diverse aree di vita : lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo
 - Necessità di intervenire sulle comorbidità fisiche
- Sistemático: condotto con regolarità e con precise metodologie
- Intensivo: caratterizzato da interventi non diradati nel tempo
- Assertivo : riproposto costantemente anche in presenza di rifiuti e di drop-out

Cosa si intende per trattamento integrato

Pazienti che tendono a:

- Rifiutare sistematicamente il trattamento
- Rompere sistematicamente la relazione di cura
- Fare uso di sostanze
- Oscillare tra più servizi
- Mettere alla prova il sistema di cura con:
 - Interruzioni frequenti
 - Comportamenti autodistruttivi
 - Attacchi rabbiosi
 - Richieste di «trattamenti speciali»
 - Tendenza a ricercare l'operatore anche al di fuori del setting (telefonate incessanti, appostamenti, intrusioni nella vita privata degli operatori)

**Target di pazienti necessitanti di
teamwork con il contributo di più Unità
Operative (intra dipartimentale)**



Tali pazienti comportano un impegno emotivo e tecnico molto alto per cui un solo professionista oltre a non essere in grado di agire su tutte le aree interessate dalla malattia non riesce neanche a mantenere la continuità

Il lavoro di team può essere funzionale anche a contrastare i rischi che corre un unico professionista nella cura di questi pazienti

Carico emotivo e teamwork

- Il rischio è che di fronte ad attacchi, rabbia ed astio gli operatori assumano comportamenti:
 - Moralistici
 - Di rimprovero
 - Apertamente vendicativi e rifiutanti

conferma degli schemi relazionali patogeni del paziente
oppure

 - Formalmente impeccabili (aumento distanza)

conferma di rapporti umilianti e di sottomissione

oppure

 - seduttivi, oblativi o particolarmente gentili

danneggia l'autonomia del paziente rendendolo disponibile dalla gratificazione del terapeuta

Carico emotivo e teamwork

- Quali principali categorie diagnostiche?
 - Pazienti in doppia diagnosi (UO CSM, UO Riabilitazione psichiatrica , UO SPDC, UO SERT, Servizi Sociali)
 - Pazienti con gravi disturbi di personalità (borderline e antisociale; a volte narcisistico) (UO CSM, UO Riabilitazione psichiatrica , UO SPDC, UO SERT, Servizi Sociali)
 - Pazienti adolescenti con disturbi mentali e del comportamento (UO CSM, UO Riabilitazione Psichiatrica , UO SERT, UO UOMPIA, UO SPDC, Consultorio, Servizi Sociali)
 - Pazienti autistici adulti (UO CSM, PRIA, Servizi Sociali, Cooperative)
 - Pazienti psicotici con bisogni sociali (UO CSM, UO Riabilitazione Psichiatrica, Servizi Sociali)
 - Pazienti con disabilità intellettiva (UOMPIA, CSM, Servizi Sociali, privato sociale, MMG)
 - Pazienti psichiatrici con disturbi mentali e fisici dovuti all'invecchiamento (CSM, MMG Servizi Sociali)
 - I pazienti che passano dal servizio minori al servizio salute mentale adulti (disa+bili intellettivi, autistici, adolescenti con disturbo mentale)

Target di pazienti che oltre ad un trattamento integrato inter UO necessitano di cooperazione con altre agenzie sociali e sanitarie

- Aumento dei pazienti con necessità di trattamenti integrati multidimensionali e interprofessionali.
- Superamento della presa in carico delle singole UO (fallimento del modello di intervento sequenziale o parallelo)
- Modello di presa in carico su progetto di cura in cui sono coinvolte le competenze necessarie a prescindere dal servizio di appartenenza (CSM, SERT, RIAB, PSICH., SPDC, Servizi Sociali, Consultorio. MMG)
- Incontri sistematici con tutti i professionisti coinvolti per i pazienti complessi

**Lavorare per progetti centrati sul
paziente e non per servizi o per UO**

- La valutazione dei bisogni di cura è multidimensionale
- Si ragiona sugli esiti da raggiungere e non su una generica presa in carico
- Ognuno dei professionisti coinvolti definisce l'esito sul quale lavorare
- Ognuno dei professionisti coinvolti definisce il trattamento per perseguire l'esito

**Lavorare per progetti centrati sul
paziente e non per servizi o per UO**


Definizione delle figure professionali coinvolte:

- Medico, psicologo o operatore referente DP cosa fa?
- Psicologo consultorio cosa fa?
- Équipe SPDC cosa fa?
- Equipe Riabilitazione cosa fa?
- Medico, psicologo o operatore referente CSM cosa fanno?
- I servizi sociali cosa fanno?
- Il MMG cosa fa?

**Lavorare per progetti centrati sul
paziente e non per servizi o per UO**

- E' evidente l'interazione dei fattori sociali con I fattori biologici e biochimici nella "costruzione" della salute o della malattia
- Una casa decente, un lavoro utile, gli opportuni sussidi economici e la possibilità di frequentare attività di tempo libero sono tutti fattori che insieme o isolatamente contribuiscono alla riabilitazione e alla guarigione dalla malattia mentale.
- Insieme possono fare la differenza tra l'avere un futuro o non averlo

Ruolo dei Servizi Sociali nell'inclusione sociale delle persone con malattia mentale



Assunzione di iniziative istituzionali che attraverso la messa a disposizione di **risorse adeguate** favoriscono l'inserimento nella comunità dove gli utenti svolgano validi ruoli sociali

**Ruolo dei Servizi Sociali
nell'inclusione sociale delle
persone con malattia mentale**

- persone (sindaci, amministratori, datori di lavoro, insegnanti, condomini, istruttori sportivi, membri di associazioni, amici, pari, etc)
- posti (abitazioni, posti di lavoro, centri sportivi, corsi di formazione, luoghi ricreativi),

Cosa sono le risorse sociali?



Le risorse:

- favoriscono i processi di guarigione attraverso l'espletamento di ruoli sociali.
- rappresentano lo strumento principale per l'ultima fase del processo di riabilitazione psichiatrica, ossia quella dell'applicazione negli ambienti reali della comunità delle abilità apprese nei programmi riabilitativi (generalizzazione delle abilità).
- Ma anche quando le risorse sono disponibili e offerte con una modalità coordinata non sono in grado di contrastare da sole l'esclusione sociale.
- Gli utenti ripetutamente richiama l'attenzione all'approccio dei servizi e al contesto nei quali sono offerti

Qual è il ruolo delle risorse sociali?

Lavorare in stretta collaborazione con i professionisti della psichiatria per differenziare **le condizioni di disagio psicologico giovanile di quelle di disturbo mentale** soprattutto nella fascia di età dell'adolescenza.

•Disagio:

- Nella maggioranza dei casi il disagio si presenta in concomitanza con un qualche evento che di per sé è esterno al soggetto, ma che di fatto suscita in lui una condizione di sofferenza. Sotto questa voce vengono annoverate soprattutto le situazioni di perdita e di lutto, quali ad esempio: la morte di una persona cara, una separazione, un divorzio, una grave difficoltà economica, la condizione di emigrazione ecc.
- In altri casi si tratta di situazioni di disagio esistenziale (non meglio definibile) in genere. Questo si sostanzia in varie forme, quali ad esempio: senso di incompiutezza o di inadeguatezza, noia, mancanza di motivazione, abulia, ecc. Particolarmente in questi casi: non si tratta tanto di un disagio circoscritto e specifico, quanto piuttosto di un atteggiamento generale rispetto alla vita.

Il ruolo del consultorio nel modello integrato di intervento : prevenzione e intercettazione dei disturbi mentali dell'adolescenza

- Coinvolgimento negli interventi precoci; atteggiamento assertivo (proattivo) nei confronti dei servizi specialistici
- Disponibilità tempestiva della consulenza e del supporto di uno specialista del DSM per la gestione di pazienti complessi ma non psicotici
- Collaborazione con i servizi per la dipendenza patologica
- Presa in carico della comorbidità fisica dei pazienti con disturbo mentale a lungo termine
- Valutazione dei bisogni di cura psichiatrica di quei pazienti /con disturbo mentale a lungo termine che non stanno ricevendo assistenza specialistica

Il ruolo dei MMG nel modello integrato di intervento

E' necessario un coordinatore del team che:

- Riunisca sistematicamente il team per la revisione del piano di trattamento
- Si accerti che gli operatori comunichino tra loro e siano tutti al corrente del senso e degli obiettivi perseguiti dai colleghi
- Non esiste il responsabile del caso. La responsabilità è del team e di ogni singolo professionista per il suo specifico intervento

Lavorare per progetti centrati sul paziente e non per servizi o per UO

Quali esiti dovrebbero essere raggiunti dal integrated care model?

- Ridurre la frammentazione, incoerenza e duplicazione degli interventi
- Non far gravare sul paziente e sui suoi familiari in compito di collegare due o più UO, professionisti o servizi
- Focalizzarsi sulla persona vista come “intera” nel contesto in cui vive.
- Pervenire ad un’organizzazione “guidata” da valori in cui tutti i componenti dello staff e le altre agenzie-partner lavorano secondo obiettivi e principi comuni.

Vantaggi dell'integrazione

Implementazione del trattamento Dialettico Cognitivo Comportamentale (DBT) per il trattamento dei Disturbi di Personalità Gravi (Cluster B, in particolare Borderline), anche in Doppia Diagnosi.

Step:

- A. Formazione per l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità per adottare il modello di intervento della DBT di M. Linehan.
- B. Costituzione di un'equipe trasversale alle UO (programma centrato sul destinatario)
- C. Formazione tra pari
- D. Azioni cliniche
- E. Prospettive future

Modello di intervento DBP

Costituzione di un'equipe DBT multidisciplinare formata da operatori del CSM e delle DP Ravenna.

- 4 Psichiatri CSM e 2 Psichiatri SerT
- 2 Psicologi CSM e 1 Psicologo SerT
- 2 infermieri professionali CSM 1 infermiere professionale SerT
- 1 Educatore CSM
- 2 Gli operatori Dipendenze Patologiche facenti parte dell'equipe sono.
- 1 Assistente Sociale SerT

Attività formativa tra Pari al Modello DBT

- L'equipe si è formata a seguito delle quattro giornate di formazione al Modello DBT, condotte dalla dr.sse Bizzocchi e Ricca e rivolte agli operatori suddetti (Data costituzione equipe ottobre 2012)
- L'equipe ha quindi strutturati incontri a cadenze quindicinale in cui si prosegue l'attività formativa tra pari, si programmano le attività clinica con i pazienti, si supervisionano e si monitorano le azioni cliniche in essere.

Modello di intervento DPB

Azioni cliniche

- Valutazione psicodiagnostica per i pazienti segnalati per il trattamento. La valutazione di idoneità è a cura della dr. Bizzocchi e svolta utilizzando strumenti diagnostici dimensionali con riferimento alle caratteristiche cliniche dei Gravi Disturbi di Personalità.
- L'attività clinica ha avuto inizio nel dicembre 2012 e ha visto l'attivazione dei seguenti setting clinici per i pazienti, secondo il Modello di trattamento Dialettico Cognitivo Comportamentale (DBT) standard
 - Terapie individuali
 - Gruppi di Skills training
 - Consultazione telefonica d'urgenza a cura degli I.P e degli educatori coinvolti
 - Per quanto riguarda i familiari dei pazienti non sono attualmente attivi trattamenti, ma è obiettivo dell'equipe riuscire ad avviare i gruppi psicoeducativi per i familiari secondo il Modello DBT entro 2013, primi mesi del 2014.

Modello di intervento DBP

- Favorire una migliore conoscenza teorico-clinica del Modello DBT attraverso la formazione aziendale con la professoressa Barone. Ciò per creare una migliore organizzazione e collaborazione clinica tra le U.O che si occupano del trattamento di questi pazienti, i setting residenziali e di Ricovero;
- Potenziare la formazione tra PARI
- Favorire la partecipazione all'equipe DBT già in essere di operatori di altri Servizi e/o Distretti, attraverso la segnalazione di loro pazienti e la condivisione del loro trattamento. In questa direzione, attualmente è in trattamento gruppale 1 pz di Faenza e ne è stato proposto un altro da Lugo;
- Favorire la creazione di ulteriori equipe DBT;
- Attivare i trattamenti psicoeducativi per i familiari
- Migliorare il Servizio di Consulenza Telefonica d'Urgenza per i pz gravemente auto lesivi/suicidari.

Prospettive future

- In capo allo stesso clinico grava la responsabilità degli interventi specifici e quella degli interventi relativi alle funzioni generaliste (consulenza e liaison all'Ospedale Generale e ai MMG, psichiatria legale, copertura dei turni di guardia dei servizi territoriali e del SPDC). Conflitto tra il modello generalista e il modello specifico
- Le istituzioni sanitarie (e non solo) italiane fanno fatica ad incorporare lo stile di lavoro di team perché tradizionalmente fondate sul lavoro individuale del singolo professionista e sul concetto di prestazione settoriale e non di trattamento integrato

Criticità

- Lo stile di lavoro interdisciplinare e multidimensionale evidenzia un serie di aspetti anche questi tradizionalmente trascurati nella cultura istituzionale italiana:
 - Funzione di «staff management» dei dirigenti : Valutazione dei livelli di competenza professionale, della motivazione e dei comportamenti operativi del personale
 - Valutazione dell'efficacia del sistema di cura nel raggiungimento degli esiti attesi e non delle singole prestazioni
 - Posizione proattiva e responsabilità degli esiti da parte delle figure professionali non mediche
 - Cura nel passaggio delle informazioni da un servizio d un altro, da un professionista ad un altro

Criticità
