

LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

INTEGRAZIONI CON IL PROGRAMMA ESORDI PSICOTICI



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri



LINEE DI INDIRIZZO PER IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Nel 2013 la Regione Emilia-Romagna ha promosso un'azione di miglioramento dell'offerta di cura per i DGP partendo dalla considerazione che i Servizi di Salute Mentale non offrivano un trattamento adeguato alle persone con disturbi di personalità



Programma Disturbi Gravi di Personalità: implementazione nei contesti reali delle Linee di Indirizzo (LI).



Il modello della configurazione dei Servizi viene ulteriormente rafforzato nell'aggiornamento delle Linee di Indirizzo regionali attraverso la specificazione del Percorso di Cura per fasi del Disturbo Borderline di Personalità.

SITUATION IN ITALY

- Few epidemiological studies available.
- Estimated 6.5% to 11.8% of treated population affected (Lora, 2009).
- Predominantly inappropriate treatments provided.

- **Data Source: Healthcare Utilization Databases (2013–2016)**
- Indicators: Accessibility, Appropriateness, Continuity, Safety
- Population: 18–65 years old
- **Total patients: 31,688**
- Only 10% had standardized assessments
- 50% experienced treatment discontinuity
- 12.7% hospitalized at least once

RESEARCH

Open Access

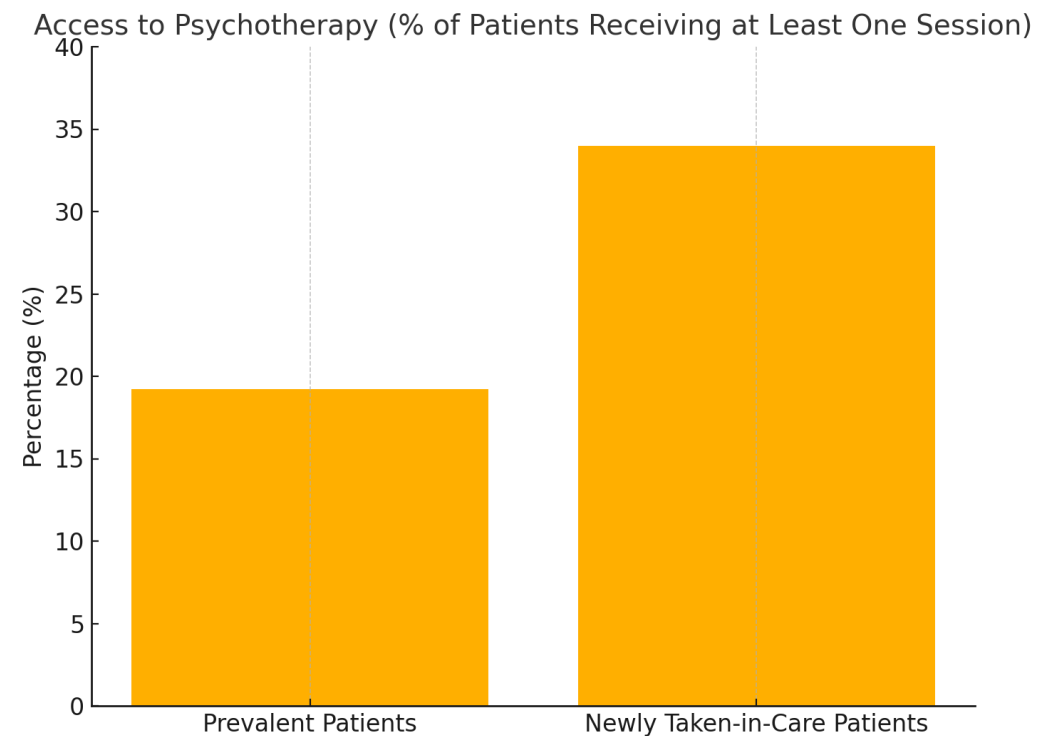


Assessing the quality of the care offer for people with personality disorders in Italy: the QUADIM project. A multicentre research based on the database of use of Mental Health services

Michele Sanza¹, Matteo Monzio Compagnoni^{2,3*} , Giulia Caggiu^{2,3,4} , Liliana Allevi⁴, Angelo Barbato⁵ , Jeannette Campa⁶, Flavia Carle^{3,7} , Barbara D'Avanzo⁵ , Teresa Di Fiandra⁸ , Lucia Ferrara⁹ , Andrea Gaddini¹⁰, Alessio Saponaro¹¹, Salvatore Scondotto^{3,12} , Valeria D Tozzi⁹ , Stefano Lorusso¹³, Cristina Giordani¹³, Giovanni Corrao^{2,3} and Antonio Lora^{3,4}

ACCESS TO PSYCHOTHERAPY IN THE QUADIM PROJECT : KEY DATA

- **Prevalent Patients:**
 - 19.2% received at least one psychotherapy session
 - Median number of sessions: 5.7 per person-year
- **Newly Taken-in-Care Patients:**
 - 34.0% received at least one psychotherapy session
 - Median number of sessions: 5.1 per person-year
- **Overall:**
 - Access to psychotherapy remains limited
 - Intensity of psychotherapy is lower than recommended standards





OBIETTIVI DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRATTAMENTO DEL 2024 DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Definizione del percorso di cura per il Disturbo Borderline di Personalità

Individuazione delle strategie terapeutiche evidence-based

Caratteristiche del Contratto di Cura

Modalità per lo Skills Training della DBT

Le terapie farmacologiche

I trattamenti rivolti ai familiari

Le comorbidità con l'uso di sostanze

Promozione delle Attitudini Terapeutiche di Equipe

Psicoterapia come
trattamento elettivo del DBP →
ma le difficoltà di
implementazione nei Servizi di
Salute Mentale pubblici
richiedono l'impiego di modelli
flessibili e aperti a vari livelli di
intensità di cura nell'ottica
della **stepped care** (Paris,
2013).



BACKGROUND ED EPIDEMIOLOGIA

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è un disturbo mentale dovuto a **cause genetiche e ambientali** che inizia nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e si caratterizza per l'instabilità delle relazioni interpersonali e la marcata disfunzione, la quale si esprime in vari ambiti del funzionamento del Sé e del funzionamento interpersonale (APA, 2013)

Prevalenza e Comorbidità

Il DBP presente nel
1,6% della popolazione
generale, 20% in
quella psichiatrica
(Ellison et al., 2018).
Comorbidità frequenti:

- Disturbi dell'umore (50%).
- Disturbi da uso di sostanze (60-70%).
- Disturbi alimentari, disturbo post-traumatico da stress, psicosi reattive.



CONSEGUENZE DEL DBP

Il DBP è associato ad uno scarso funzionamento sociale, ad una bassa qualità di vita e ad un aumento della mortalità.

Frequentemente esita in una forma di grave disabilità sociale residua.

Il tasso di suicidio è più elevato rispetto ad ogni altro disturbo psichiatrico, almeno il 5% nella prospettiva di vita (McClelland et al., 2023).

Impulsività e condotte autolesive associate portano le persone con il disturbo a ricorrere alle strutture sanitarie





PRINCIPI ALLA BASE DEL PERCORSO DI CURA NEI DSM-DP

Il percorso di cura del DBP nei DSM-DP deve essere:

- 1. **Personalizzato** e declinato per **fasi** fin dal primo accesso al Servizio.
- 2. Ispirarsi ad alcuni principi di carattere generale trasversali alle cornici delle psicoterapie EB che favoriscono **l'alleanza terapeutica** e la **realizzazione del paziente** nella prospettiva di recovery:

L'approccio non giudicante

L'orientamento all'empowerment

Lo sviluppo dell'alleanza terapeutica

L'ottimismo terapeutico

Lavoro di équipe e comunicazione



LA VALUTAZIONE E LA TRANSIZIONE DEI DISTURBI DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA IN ADOLESCENZA



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Milena Bizzocchi
Stefano Costa

LA TRANSIZIONE: ELEMENTI PRIORITARI

Una quota significativa di giovani si disperde durante il passaggio dai servizi di NPIA ai Servizi per Adulti.

Barriere all'accesso: **manca** di informazioni sui CSM, stigma, ansia rispetto all'impostazione e all'accessibilità.



Elementi per un efficace programma di transizione:



Curare il trasferimento delle informazioni fra servizi



Prevedere un periodo di cura parallelo fra i due servizi



Elaborare un piano della transizione



Personalizzazione caso per caso



Presenza di un referente del percorso



Offrire ai giovani strumenti e strategie per la loro salute in modo attivo



LA TRANSIZIONE: ELEMENTI PRIORITARI

Aspetti organizzativi per un passaggio qualificato:

- Accompagnamento fisico dei giovani pazienti o conoscenza dei professionisti che assumeranno la presa in cura
- La possibilità di usufruire di un accesso unico distrettuale
- Luoghi dedicati, non stigmatizzanti
- Coinvolgimento dei genitori nel passaggio
- Elaborazione con paziente e familiari di un contratto scritto
- Presenza di una apposita istruzione operativa dipartimentale sui passaggi di setting o di Servizi
- Costruzione di un team integrato con incontri prefissati
- Attenzione alla compliance dei pazienti e dei familiari



LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEL PAZIENTE CON DBP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Monica Pacetti
Francesca Martino
Marina Liotta

LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Il procedimento diagnostico non deve essere focalizzato esclusivamente sui comportamenti, ma sul quadro psicopatologico e il livello di funzionamento del paziente.

Utilizzare un
**approccio
empatico**, chiaro e
non giudicante.

Prestare attenzione
agli aspetti legati
allo **stigma**.

Sviluppare
consapevolezza sul
**legame tra
sofferenza attuale
ed esperienze
passate**.

Discutere i fattori
eziopatogenetici
del disturbo.





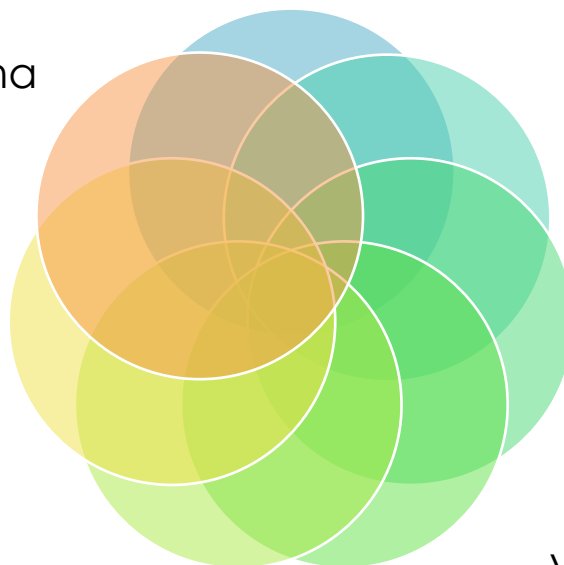
RACCOMANDAZIONI SULLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Iniziare preparando il contesto e disponendosi all'ascolto attivo e non giudicante.

Rendersi conto di quanto il paziente ha capito e riassumere quanto detto.

Lasciare spazio ad eventuali domande.

Discutere, programmare e concordare con il paziente una strategia che valuti la possibilità di intervento e i risultati attesi.



Invitare il paziente ad esprimere la propria volontà rispetto alla possibilità di essere informato o meno sulla diagnosi e prognosi della malattia.

Favorire il riconoscimento dei criteri diagnostici attraverso il rispecchiamento delle esperienze soggettive del paziente.

Valutare la percezione del paziente individuando il livello di consapevolezza attuale del disturbo e fornire informazioni chiare per descrivere la condizione clinica riscontrata.



IL CONTRATTO DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP



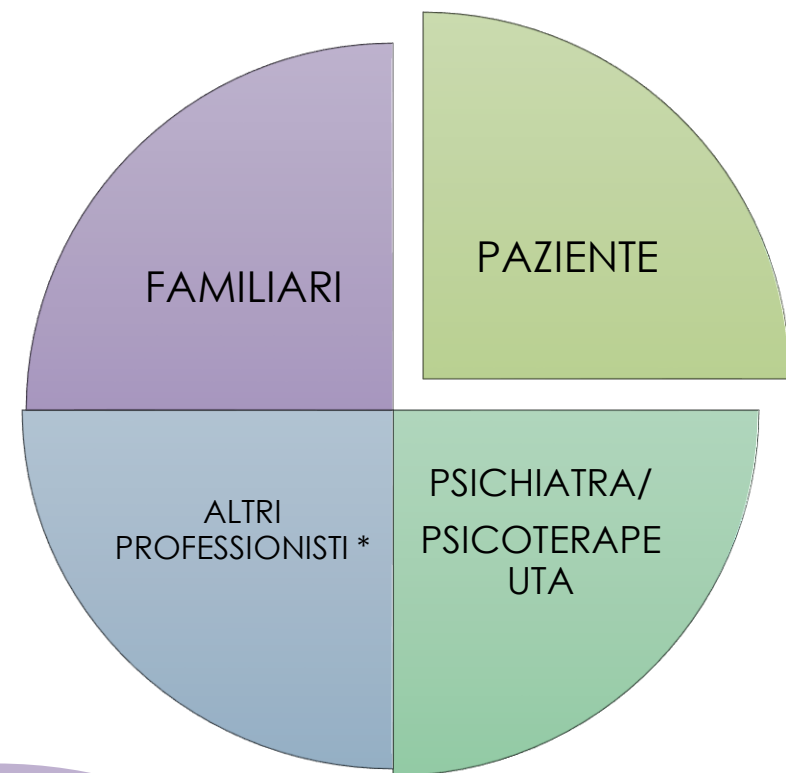
Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Panagiotis Sideris
Vitantonio Scagliusi

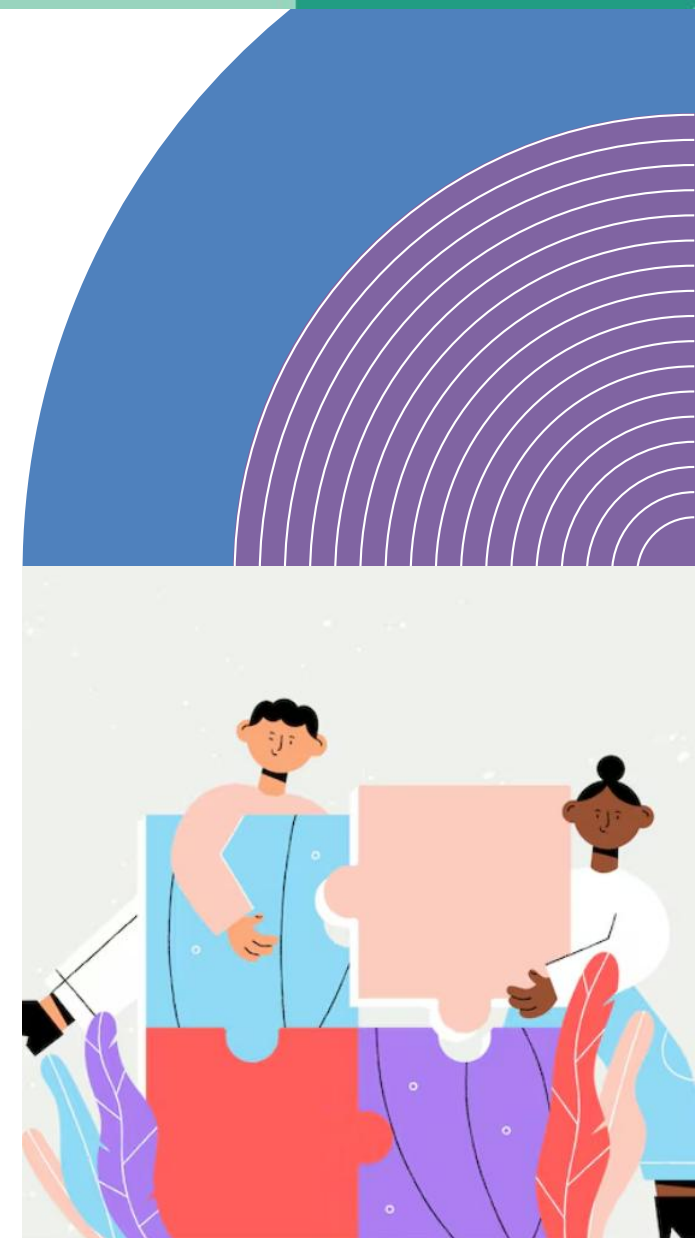


I PROTAGONISTI DEL CONTRATTO DI CURA



- OBIETTIVI A BREVE/MEDIO TERMINE
- OBIETTIVI A LUNGO TERMINE
- PIANO DI GESTIONE DELLA CRISI
- EVENTUALE ACCESSO A SERVIZI DIFFERENTI
- COMPORTAMENTI NON AMMESSI/NON NEGOZIABILI NEL CONTRATTO DI CURA

* Infermiere prof. / Educatore prof. / Tecnico della riabilitazione psichiatrica o Ass. sociale





FORMALIZZARE “CHI FA COSA”

Formalizzazione delle responsabilità

Valutazione delle risorse disponibili

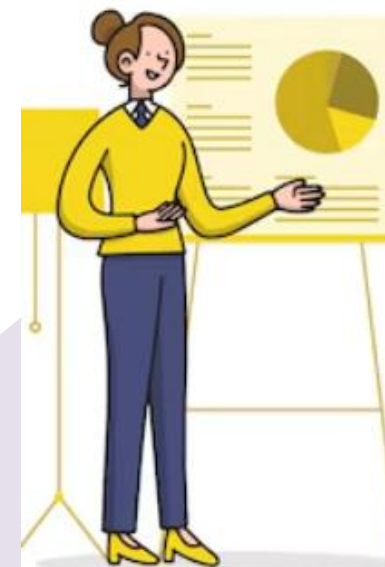
Evitare trattamenti inappropriati

Setting terapeutico chiaro

Gestione delle dinamiche complesse

Piano di gestione della crisi

Contratto di cura

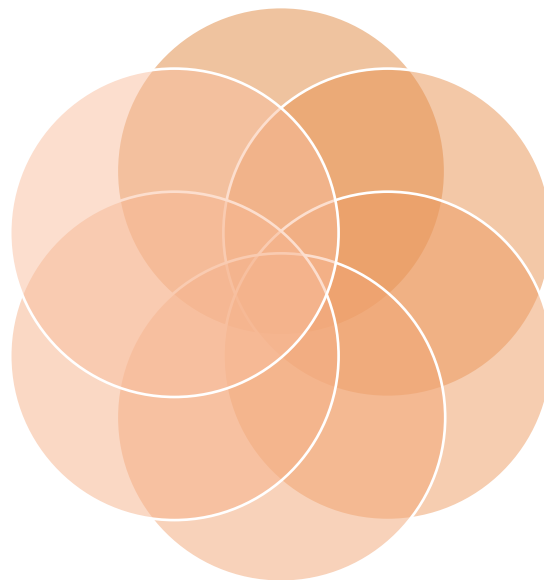


PIANO DI GESTIONE DELLA CRISI: COME NEGOZIARLO

Collaborare con le persone con DBP per sviluppare autonomia, capacità di scelta e responsabilità nel loro percorso di cura.

Considerare che alcune persone potrebbero aver vissuto **rifiuto**, abuso, trauma e stigma legato all'autolesionismo, e **adattare il servizio** di conseguenza.

Costruire una **relazione di fiducia**, lavorando in modo aperto, coinvolgente e non giudicante, e mantenendo coerenza e affidabilità.



Mantenere il **coinvolgimento attivo** dei pazienti nel trovare **soluzioni** ai loro problemi, anche durante le crisi.

Incoraggiare i pazienti a considerare **diverse opzioni di trattamento** e le scelte di vita disponibili, valutando le possibili conseguenze.

Esplorare le possibilità di trattamento con **fiducia** e **speranza**, sottolineando che il cambiamento è possibile e desiderabile.



LA GESTIONE DELLA CRISI E IL RICOVERO IN EMERGENZA DEL PAZIENTE CON DBP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Gianluca Farfaneti
Graziano Pompei

RACCOMANDAZIONI

Predisposizione del piano di gestione delle crisi orientato a promuovere le capacità di autogestione e le strategie di coping più adeguate, con un approccio empowering: si confermano gli elementi da inserire nel piano di crisi indicati dalle linee guida mettendo in rilievo i numeri telefonici della rete primaria amicale o familiare e le strategie di autogestione legate a interventi di psicoeducazione o skills training.

- Da considerare solo quando la crisi comporta rischi elevati per il paziente o altri, e non esiste un'alternativa idonea o su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.
- Cruciale coinvolgere attivamente il paziente nel processo decisionale, condividendo i potenziali benefici e rischi del ricovero, la durata e gli obiettivi.
- L'episodio di ricovero deve essere orientato fin dall'inizio alla dimissione.
- Gli interventi farmacologici devono essere limitati alla durata del ricovero e agli obiettivi specifici, evitando terapie a lungo termine.



IL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP NEI DSM-DP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Michele senza
Cristina Loddo

RACCOMANDAZIONI

Le Linee Guida Internazionali (LG) raccomandano come trattamento elettivo del DBP le psicoterapie evidence-based (EB) manualizzate: Terapia Dialettico Comportamentale; la Terapia basata sulla Mentalizzazione (MBT); La Transference Focus Therapy (TFS) di O. Kernberg; la Schema Focused Therapy (SFT) di J. Young. Tutti i modelli convergono nell'indicare la necessità di:

Interventi altamente strutturati nei setting operativi e nella declinazione delle modalità di intervento

Un atteggiamento proattivo nella relazione con il paziente

Adozione di principi di carattere generale quali l'atteggiamento non giudicante e l'orientamento all'empowerment del paziente.





GLI OSTACOLI NEI SERVIZI PUBBLICI

Attualmente in Italia la maggior parte dei pazienti riceve prevalentemente una farmacoterapia e ricoveri spesso troppo lunghi e/o ripetuti

L'applicazione di psicoterapie manualizzate e multimodali in un Servizio Pubblico non è semplice né sufficiente.

È necessario pianificare modelli di intervento che tengano conto dei diversi gradi di motivazione e di adesione alle proposte di cura da parte dei pazienti.

Review di Choi-Kain e collaboratori (2016)

I fattori critici dell'implementazione dei trattamenti EB del DBP nei paesi europei (DBT, MBT, SFT e TFT), si pongono su tre livelli:

- il primo è quello dei professionisti coinvolti;
- il secondo riguarda la metodologia del trattamento;
- il terzo il livello del management e dell'organizzazione dei Servizi.

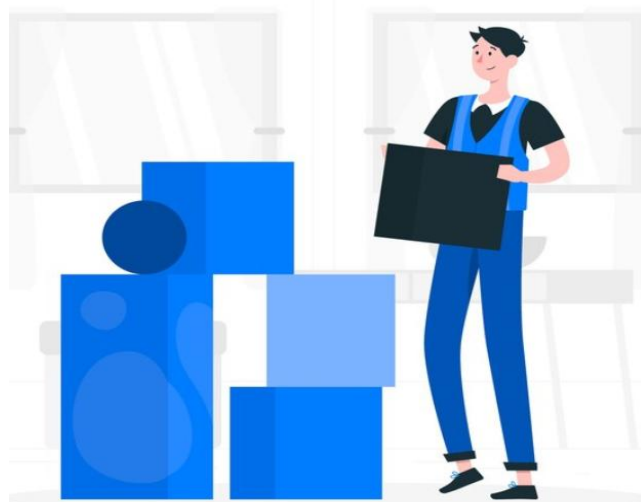


RACCOMANDAZIONI AGGIORNATE: PROGRAMMI

Per i pazienti con DBP e comportamenti minacciosi per la vita, seguiti dai Centri di Salute Mentale (CSM), si raccomanda il Programma 1 di 24 settimane, che segue il DBT Skills Training Standard per adulti (Linehan et al., 2006; Harned et al., 2008).

Per i pazienti con DBP trattati dal Ser.Dp, è consigliata l'integrazione del Programma 1 con il Programma 8, che include abilità specifiche per la dipendenza da sostanze (DBT-SUD; Dimeff & Linehan, 2008; 2011).

Per i pazienti ricoverati con DBP e comportamenti minacciosi per la vita, si suggerisce il Programma 7, che prevede un numero variabile di sedute di DBT skills training residenziali (Koerner, Dimeff & Swenson, 2007).



4 moduli

Mindfulness

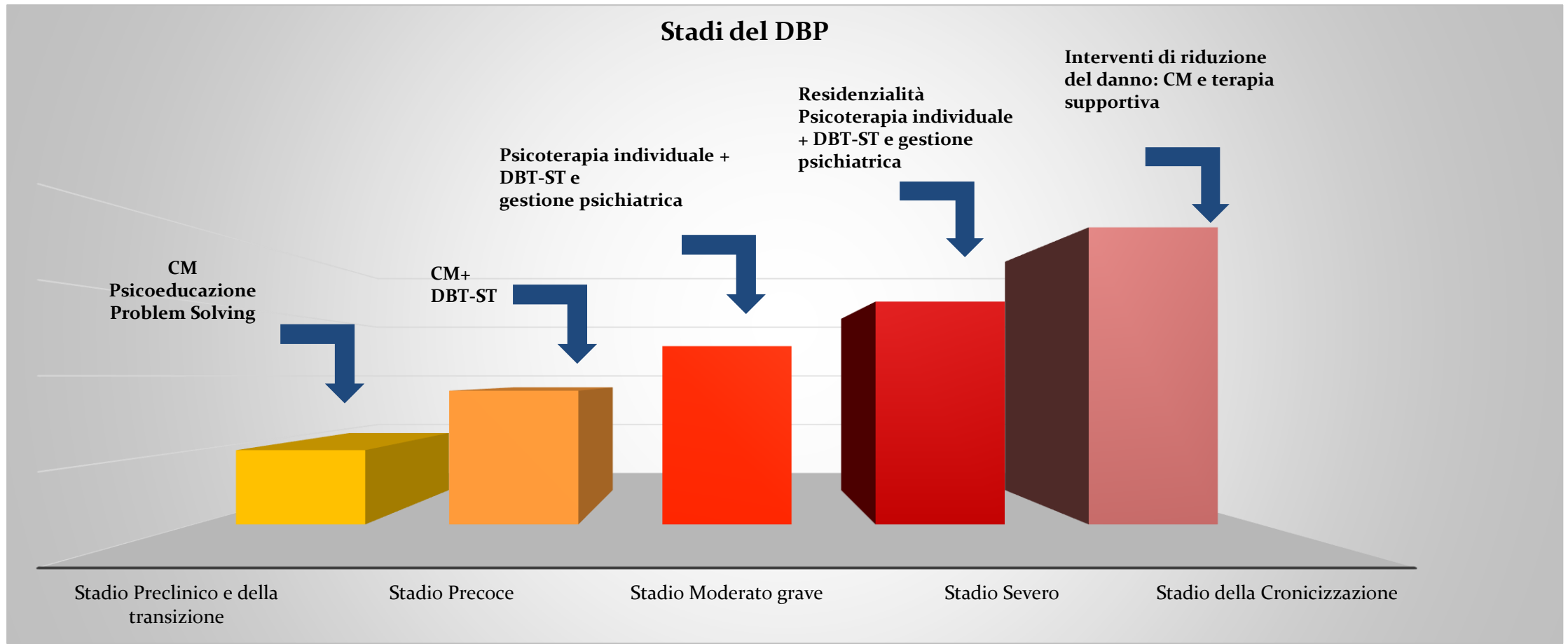
Tolleranza alla Sofferenza

Regolazione Emotiva

Efficacia interpersonale

IL PERCORSO DI CURA

Le tipologie di trattamento offerte variano in base al **livello di intensità** e gravità del disturbo, alle **risorse** e competenze disponibili e alla **motivazione** del paziente secondo il modello della Stepped Care di Paris (2013)





LE FASI DEL PERCORSO DI CURA DEL DBP

Il percorso di cura del DBP è concepito per **fasi diverse e consequenziali**, ognuna con finalità specifiche che seguono una **gerarchia di priorità** dei target oggetto di trattamento.

→ Ogni fase può avere una durata diversa, che varia da individuo a individuo, ma complessivamente rientra **tra i 18 e i 24 mesi**.

Il **Pretrattamento** comprende una serie di colloqui finalizzati a obiettivi specifici:



1. Assessment con l'utilizzo di test standardizzati



2. Restituzione della valutazione e comunicazione della diagnosi



3. Psicoeducazione



4. Contratto di cura e ingaggio positivo



5. Piano di crisi

Il **Trattamento** è erogato in regimi diversi a seconda dell'intensità di cura richiesta



Regime
ambulatoriale



Regime semi-
residenziale



Regime
residenziale



LE FUNZIONI DEL TRATTAMENTO

Le funzioni terapeutiche coinvolte nel trattamento del DBP, individuate da Gunderson (2008), sono:

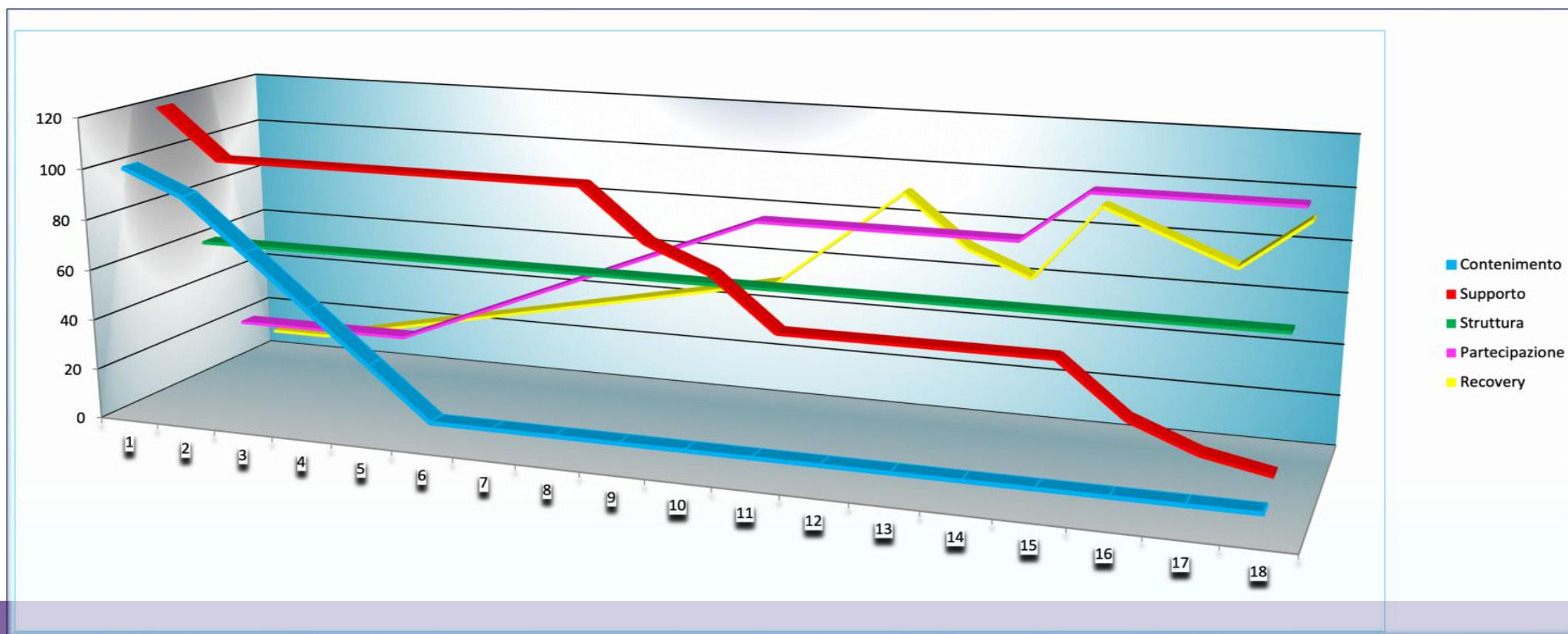
Contenimento

Supporto

Struttura

Partecipazione

Realizzazione





LE STRATEGIE TERAPEUTICHE

Psicoeducazione

Monitoraggio dei comportamenti disfunzionali e analisi delle
contingenze

Validazione

Problem Solving

Esposizione

Contenimento

Le Skills



LA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE CON DBP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

**Marco Menchetti
Margherita Magro
Clara Parmeggiani
Luca Pellegrini**



Sebbene la terapia farmacologica non sia la prima scelta, può essere **utile in combinazione con la psicoterapia** per gestire i sintomi del DBP. È importante che i medici valutino attentamente i rischi e i benefici.



L'uso di farmaci nel trattamento del DBP è comune nella pratica clinica, soprattutto con:
-benzodiazepine
-polifarmacoterapia

Circa 1 paziente su 10 con diagnosi di DBP assume almeno un farmaco e 1 su 5 assume stabilmente una polifarmacoterapia con quattro o più psicofarmaci.

Andamenti delle categorie di psicofarmaci:

- 1. Antidepressivi:** Stabilità nel tempo.
- 2. Antipsicotici di seconda generazione e stabilizzatori dell'umore:** tendenza alla riduzione nel tempo
- 3. Sedativo-ipnotici e antipsicotici di prima generazione:** importante riduzione nel corso degli anni.

Il declino nell'uso di sedativo-ipnotici e antipsicotici di prima generazione sembra indicare una **maggiore aderenza** alle raccomandazioni delle **linee guida** per il trattamento del DBP.



RACCOMANDAZIONI



Trattamento Farmacologico del DBP

Dovrebbe essere generalmente
breve, monitorato e riservato ai
casi gravi che presentano
comorbidità

Considerare gli importanti effetti
collaterali



Il Trattamento del DBP rimane una questione aperta e estremamente delicata per i clinici.

Il trattamento farmacologico
deve considerare il contesto
individuale di una persona, la sua
condizione somatica, gli obiettivi, i
valori e le preferenze di
trattamento.

Il trattamento medico deve
essere accompagnato da
informazioni esaustive.



Anticonvulsivanti per il Controllo della Rabbia

Le minime evidenze sugli episodi
di rabbia degli anticonvulsivanti
meriterebbero un
approfondimento.

Una review Cochrane del 2010 ha
individuato evidenze di efficacia
dei farmaci antiepilettici rispetto a
comportamenti aggressivi su base
impulsiva .

I TRATTAMENTI RIVOLTI AI FAMILIARI DEI PAZIENTI CON DBP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

**Paola Daniela Turilli
Biancamaria Bortolotti**



INTERVENTI RIVOLTI AI FAMILIARI: GRUPPO FAMILIARE MULTIPLO (GFM)

- Il programma GFM, ideato da John Gunderson, è condotto da clinici ed è rivolto a più nuclei familiari di pazienti con DBP.
- Fornisce informazioni sulla diagnosi e sulle strategie da adottare durante le crisi.
- Consiste in 12 incontri settimanali o quindicinali di 90 minuti ciascuno, condotti da un conduttore e un co-conduttore.

Programma e Struttura



- Psicoeducazione su DBP/teoria biosociale/trattamenti e prognosi.
- Creazione di uno spazio di confronto e supporto per i familiari.
- Apprendimento e generalizzazione di abilità dalla DBT (validazione, mentalizzazione, regolazione emotionale e tolleranza dello stress).
- Riduzione del senso di lutto e del carico familiare.

Obiettivi





PROGRAMMI

Programma Dialectical Behavior Therapy- Family Skills Training (DBT-FST)

A chi è rivolto → singole famiglie o a gruppi di familiari e si ispira alle competenze del modello DBT, come la mindfulness, la regolazione emotiva, la tolleranza allo stress e l'efficacia interpersonale.

Durata → 6 mesi e si richiede che il familiare in terapia segua contemporaneamente una terapia individuale DBT.

Gli obiettivi principali → insegnare ai familiari delle competenze utili per supportare il percorso terapeutico del paziente e migliorare il clima familiare. Al momento, il programma non dispone di studi di evidenza.

Fruzzetti/University of Nevada, Reno Program

Noto anche come DBT per coppie e famiglie, può essere svolto in un setting di gruppo o individuale, con o senza la presenza del paziente.

Il programma si basa su tecniche di mindfulness, con l'obiettivo di potenziare le capacità di regolazione emotiva dei partecipanti.





PROGRAMMA FAMILY CONNECTIONS

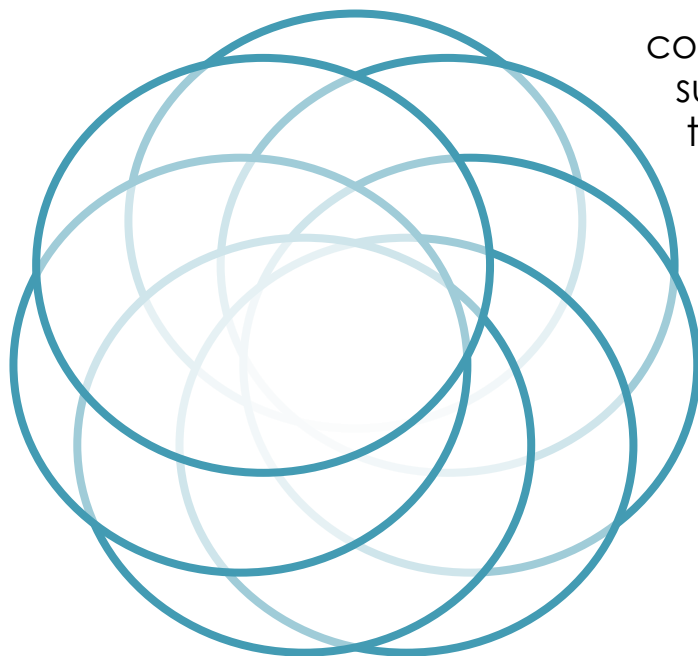
Gli obiettivi di FC sono così declinati:

Dare informazioni sul disturbo
(ampia e in continua
evoluzione)

Ridurre il carico
familiare

Ridurre lo stigma

Imparare a
comunicare



Implementare le
competenze dei familiari
su moduli specifici del
training di abilità DBT

Implementare il
supporto sociale
creando una rete tra i
familiari

Imparare a
riconoscere le proprie
ed altrui emozioni



LA COMORBILITÀ CON IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E L'INTEGRAZIONE TRA CSM E I SER.DP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Silvia Codeluppi
Beatrice Bassini
Giustina Lucia
Vitantonio Scagliusi
Graziana Schito
Elisa Violante



CARATTERISTICHE CLINICHE DELLA COMORBILITÀ DBP-DUS

Pazienti DUS con BPD:

- esordio più precoce
- sintomi più severi della dipendenza
- basso funzionamento sociale
- frequente poliabuso
- più elevato rischio suicidario
- periodi di astensione più brevi
- più frequenti dropout



Pazienti BPD con DUS:

- maggiore gravità della psicopatologia del DBP
- uso di sostanze precoce e maggiore
- esiti di trattamento più scarsi
- autolesionismo e comportamento suicidario
- ridotta compliance al trattamento
- tassi più elevati di recidiva
- esiti psicosociali più poveri



L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

L'organizzazione dei servizi e la formazione degli operatori per la comorbidità tra **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)** e **Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)**:

Approccio Integrato: si consiglia un approccio integrato, contemporaneo e congiunto. È importante adattarsi alle esigenze organizzative locali.

Criticità nell'Integrazione: le difficoltà di dialogo tra i servizi, la formazione degli operatori, il management e la gestione delle risorse sono ostacoli allo sviluppo di un modello di trattamento integrato.

Investimento in Qualità e Formazione: è cruciale investire nella qualità e nella formazione degli operatori. L'orientamento alla recovery è fondamentale per migliorare l'integrazione nelle pratiche cliniche.

Collaborazioni Territoriali: rafforzare le collaborazioni con le agenzie del territorio è essenziale per sostenere gli interventi di tipo sociale, come quelli legati a casa, lavoro e socialità.



RACCOMANDAZIONI

Comorbilità Non Considerata: le Linee Guida esistenti spesso non forniscono indicazioni specifiche sulla gestione della comorbilità DBP con altre condizioni come Depressione, Disturbi d'Ansia, Disturbi del Comportamento Alimentare (DNA), Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e Abuso di Alcol o Droghe.

Analisi delle Linee Guida: uno studio ha analizzato ventuno Linee Guida cliniche internazionali, inclusi undici per gravi patologie mentali (come disturbo bipolare, schizofrenia e altre psicosi), sette per DUS e solo tre per la DD.

Limitata Attenzione alla DD: nonostante l'elevata prevalenza della comorbilità DBP-DUS, le Linee Guida per DUS e patologie mentali gravi dedicano poco spazio alla diagnosi, al trattamento e alla gestione della DD.

Necessità di Ampliare le Linee Guida: è essenziale estendere le Linee Guida internazionali per includere la DD. Ciò garantirebbe un trattamento centrato sulla persona e integrato per questi soggetti

LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI NEI DSM-DP



Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

A CURA DI:

Michele Sanza

PERCHÈ LA FORMAZIONE DEVE ESSERE TRASVERSALE?



La **formazione** sui principi e sulle metodologie di intervento nucleari per il Disturbo Borderline di personalità (DBP), è **esigenza prioritaria** per lo sviluppo di tecniche di counselling e di case management trasversali.



La diffusione di queste competenze permette lo **sviluppo dell'offerta di cura** specialistica psicoterapeutica e dello Skills Training



Il modello di cura dei Disturbi di Personalità nei Servizi di Salute Mentale del Servizio Pubblico è fortemente connotato dalle caratteristiche di una **equipe curante**, piuttosto che dell'intervento specialistico fornito individualmente dall'operatore.



Gli interventi formativi e di supervisione devono tendere a sviluppare una **capacità di intervento diffusa** e con caratteristiche omogenee tra tutti gli operatori che compongono le equipe del sistema di Servizi di Salute Mentale.



**Grazie
dell'attenzione**