



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità



Servizio salute Mentale  
Dipendenze Patologiche  
Salute nelle Carceri





- per il comitato scientifico, traslare ed adattare le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali al contesto regionale;
- per il gruppo organizzativo, contribuire all'analisi di adattabilità ai diversi contesti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna.

Il documento prodotto, denominato “Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna”, che sarà presentato il giorno 11 giugno 2013 in occasione del convegno che si terrà presso la sede regionale Terza Torre, è l'esito del lavoro coordinato dei comitati.

Si invia il documento affinché le raccomandazioni contenute siano rese operative in ambito aziendale.

Cordiali saluti

  
Tiziano Carradori

**LINEE DI INDIRIZZO  
PER IL TRATTAMENTO  
DEI DISTURBI GRAVI  
DI PERSONALITÀ.**

1	MIGLIORARE IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE CON DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ .....	4
1.1	IL PROGETTO REGIONALE .....	4
1.2	Gli 8 QUESITI INDIVIDUATI DAL COMITATO SCIENTIFICO DGP. ....	8
2	I GRAVI DISTURBI DI PERSONALITA' .....	9
2.1	INTRODUZIONE.....	9
2.1.1	Definizione dei Disturbi Gravi di Personalità.....	9
2.1.2	I Gravi Disturbi di Personalità come problema di salute pubblica. ....	10
2.1.3	La Regione Emilia-Romagna.....	10
3	LA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI .....	12
3.1	INTRODUZIONE.....	12
3.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	13
3.2.1	Principi Trasversali .....	13
3.2.1.1	Approccio relazionale teso all'empowerment della motivazione al trattamento... ..	14
3.2.1.2	Autonomia e Scelta .....	15
3.2.1.3	Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia. ....	15
3.2.1.4	La sussidiarietà tra i diversi livelli di intensità di cura e il trattamento per fasi (stepped care). ....	15
3.2.1.5	Accesso ai Servizi .....	17
3.2.1.6	Funzione esperta Dipartimentale .....	17
3.2.1.7	Coinvolgere i familiari .....	18
4	INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA CON I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'ADULTO E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	19
4.1	INTRODUZIONE.....	19
4.2	INTEGRAZIONE FUNZIONALE FRA SERVIZI: PASSAGGIO SERVIZI INFANTILI/ADULTI, NECESSITÀ DEL PROGETTO DI CURA. ....	19
4.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE. ....	20
4.3.1	Accesso ai servizi.....	20
4.3.2	Affrontare la conclusione del trattamento e supportare le transizioni .....	21
4.3.3	I servizi ospedalieri .....	22
4.3.4	Coinvolgimento dei famigliari .....	22
5	IL CONTRATTO TERAPEUTICO .....	23
5.1	INTRODUZIONE.....	23
5.2	IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE. ....	23
5.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	24
6	LA GESTIONE DELLA CRISI .....	27
6.1	INTRODUZIONE.....	27
6.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	28
6.2.1	Principi del trattamento delle crisi .....	28
6.2.2	Il Trattamento farmacologico della crisi .....	28
6.2.3	Follow up della Crisi.....	29
6.2.4	Ricovero in Ospedale (SPDC – SPOI).....	30

7	GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ.....	31
7.1	INTRODUZIONE.....	31
7.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	32
8	LE TERAPIE FARMACOLOGICHE EFFICACI NEL TRATTAMENTO DEL DGP OFFERTO DAI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE .....	34
8.1	INTRODUZIONE.....	34
8.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	34
9	GLI INTERVENTI DI CARATTERE PSICOTERAPEUTICO DISPONIBILI NEI SERVIZI DEI DSM-DP.....	36
9.1	INTRODUZIONE.....	36
9.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	37
10	Quali sono le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di Equipe nei confronti dei Disturbi Gravi di Personalità? .....	39
10.1	INTRODUZIONE.....	39
10.2	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	40

# 1 MIGLIORARE IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE CON DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ

## 1.1 IL PROGETTO REGIONALE

La Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta n. 313 del 23 marzo 2009, ha approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011. Il suddetto Piano ha individuato i Disturbi di Personalità tra i bisogni emergenti prioritari e ha indicato la necessità di ridefinire l'accessibilità e il trattamento di queste condizioni nell'ambito del rinnovato approccio di Salute Mentale complessivamente proposto.

Nel corso del 2011, il **Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna** ha promosso un progetto di innovazione tecnico-organizzativa dei DSM – DP con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità e la qualità dell'offerta per i DGP. **Il Coordinamento delle Direzioni dei DSM – DP della Regione Emilia-Romagna**, nella riunione del 10 settembre 2011, ha condiviso l'opportunità e l'importanza di migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche alle persone con Disturbi Gravi di Personalità (DGP).

Successivamente, con determinazione del Direttore Generale dell'Assessorato alle Politiche di Salute della Regione Emilia Romagna n. 3489 del 20 marzo 2012, sono stati costituiti un Comitato Scientifico e un Gruppo Organizzativo, con l'obiettivo di declinare le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia Romagna. Per i due tavoli di lavoro, entrambi coordinati dall'Azienda USL di Cesena, sono state individuate le specifiche funzioni:

- per il comitato scientifico, traslare ed adattare le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali al contesto regionale ed approfondire gli aspetti tecnici e organizzativi inerenti lo sviluppo e il miglioramento della pratica clinica per il trattamento dei DGP;
- per il gruppo organizzativo, contribuire all'analisi di adattabilità ai diversi contesti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna, affiancando il CS nella individuazione delle azioni necessarie per la diffusione locale delle raccomandazioni.

**COMPONENTI DEL COMITATO SCIENTIFICO:**

Michele Sanza coordinatore del Comitato Scientifico, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore Programma Dipendenze Patologiche Azienda USL di Cesena;  
Francesca Nauselli, supporto organizzativo al Coordinamento;

Domenico Berardi, Professore Ordinario di Psichiatria Università degli Studi Bologna  
Nicola Bussolati, Dirigente Psicologo Unità Operativa Ser.T Azienda USL di Reggio Emilia  
Paola Ceccarelli, Responsabile Direzione Infermieristica e Tecnica Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Cesena  
Stefano Costa, Dirigente medico NPI, Responsabile Unità Operativa di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, UOC NPIA Servizi Specialistici, Area Dipartimentale NPIA, DSM-DP AUSL di Bologna  
Marco Menchetti, Ricercatore Confermato di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna  
Maristella Miglioli, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore U.O.C. Centro di Salute Mentale Fidenza, Azienda USL di Parma  
Claudio Ravani, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Forlì  
Gloria Samory, Medico Responsabile dell'Ospedale privato accreditato "Villa Azzurra Spa" - Riolo Terme - Ra  
Vitantonio Scagliusi, Dirigente Medico di Psichiatria Unità Operativa Sert- Città di Piacenza.  
Enrico Semrov, Dirigente di Medico di Psichiatria, Direttore Unità Operativa Centro di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Reggio Emilia.

Il Comitato Scientifico è stato supportato dall' Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nella formulazione delle strategie di ricerca e nell'elaborazione dei risultati con il contributo delle documentaliste: Chiara Bassi e Annamaria Camerlingo

**COMPONENTI DEL GRUPPO ORGANIZZATIVO:**

dott. Ezio Boiardi, Azienda USL Piacenza;  
dott.ssa Donatella De Buglio, Azienda USL Piacenza;  
dott. Marco Venuta, Azienda USL Modena;  
dott. Daniela Dariol, Azienda USL Modena;  
dott. Gabriele Moi, Azienda USL Parma;  
dott. Giancarlo Breviario, Azienda USL Parma;  
dott. Enrico Semrov, Regione Emilia-Romagna;  
dott. Angela Gerhard, Azienda USL Reggio-Emilia;  
dott. Claudio Bartoletti, Azienda USL Bologna;  
dott. Marco Monari, Azienda USL Bologna;  
dott.ssa Raffaella Campalastri, Azienda USL Bologna;  
dott.ssa Rita Salerno, Azienda USL Bologna;  
dott. Stefano Gardenghi, Azienda USL Imola;  
dott. Roberto De Falco, Azienda USL Imola;  
dott. Roberto Bosio, Azienda USL Cesena;  
dott.ssa Alessia Dragani, Azienda USL Cesena;  
dott.ssa Dorotea Ricca, Azienda USL Ravenna;  
dott.ssa Federica Mazzoni, Azienda USL Ravenna;  
dott.ssa Daniela Ghigi, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Daniela Casalboni, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Milena Bizzocchi, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Franca Angelini, Azienda USL Forlì;  
dott. Alessandro Arena, Azienda USL Forlì;  
dott. Gino Targa, Azienda USL Ferrara;  
dott.ssa Filomena Catera, Azienda USL Ferrara.

La metodologia per l'individuazione e la programmazione delle azioni di miglioramento è stata inserita nell'ottica dell'applicazione delle LG ai Percorsi Clinico Assistenziali dei Dipartimenti. Da qui la definizione di **Linee di Indirizzo Regionali** per promuovere l'adattamento delle LG internazionali nei contesti locali. Il Comitato Scientifico ha quindi individuato, sulla base del confronto tra esperti, otto quesiti specifici riguardanti gli aspetti prioritari dell'accessibilità e del trattamento dei DGP, quesiti sui quali, attraverso l'esame della letteratura sono state elaborate le specifiche raccomandazioni.

Per quanto riguarda l'esame della letteratura, sono state esaminate, con lo strumento standardizzato AGREE II, le principali Linee Guida internazionali sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, assimilabile al *core* della definizione dei DGP<sup>1</sup>. E' stata pertanto individuata come LG di riferimento quella del National Institute for Clinical Excellence del 2009.

Successivamente è stata esaminata la copertura dei quesiti da parte della LG di riferimento,

---

<sup>1</sup> Dal momento che i DGP coprono categorie diagnostiche diverse, le raccomandazioni delle presenti Linee di Indirizzo andranno integrate con le eventuali Linee Guida per i Disturbi di Personalità Narcisistico e Istrionico, ferma restando l'esclusione dell'Antisociale dalle finalità specifiche di questo documento.

ed è stata estesa la ricerca delle fonti, primarie e secondarie, agli anni successivi la sua pubblicazione. In questa ricerca sono state utilizzate le medesime strategie adottate dal NICE. Inoltre, per ogni quesito è stata approfondita la letteratura nazionale e quella non codificata tra le fonti di spessore scientifico e culturale elevato. Dal momento che i DGP coprono categorie diagnostiche diverse, le raccomandazioni delle presenti Linee di Indirizzo andranno integrate con le eventuali Linee Guida per i Disturbi di Personalità Narcisistico e Istrionico, ferma restando l'esclusione dell'Antisociale dalle finalità specifiche di questo documento.

Per esaminare l'adattabilità delle raccomandazioni originali, sono state esaminate le criticità e le opportunità del contesto locale, facendo ampiamente riferimento alla disamina delle caratteristiche dell'accesso ai servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche elaborata dalla Regione nel 2011; analisi rappresentata nel documento Piano dell'Accesso elaborato dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri (Azioni dei DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010). Nel corso di due incontri con il Gruppo Organizzativo, sono state discusse le bozze delle raccomandazioni adattate al fine di raccogliere ulteriori feed back sulla concreta possibilità di traduzione pratica delle stesse nei contesti dipartimentali.

In una fase avanzata della definizione delle Linee di Indirizzo sono state consultate Le Società Scientifiche Nazionali e La Consulta Salute Mentale della Regione Emilia Romagna per un parere sulla bozza del documento. Le Società Scientifiche interpellate sono state: Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Psichiatria Sezione Dipendenze Patologiche (SIP-DIP), Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI), Società Italiana di Psichiatria ed Epidemiologia Sociale (SIEP), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Federazione Italiana dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (Federserd), Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale, Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC).

La Consulta Regionale Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, organismo con compiti di rappresentanza, proposizione, consultazione e verifica, in cui sono rappresentati tra gli altri i Comitati Utenti Familiari delle undici aziende sanitarie emiliano romagnole, ha espresso parere favorevole dopo un ampio dibattito nel corso della riunione del 30 aprile 2013.

Il documento "Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia Romagna" in forma estesa, completo delle strategie di ricerca e dell'analisi della letteratura, è scaricabile dal portale web del servizio sanitario regionale dell'Emilia Romagna ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)) nella sezione dedicata alla salute mentale.

La versione, che qui si introduce, è una sintesi del documento esteso, ad uso dei professionisti, degli utenti e dei loro familiari che diffonde gli aspetti focali delle Linee di Indirizzo e, in particolare, le raccomandazioni adattate per l'accesso e il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

## 1.2 GLI 8 QUESITI INDIVIDUATI DAL COMITATO SCIENTIFICO DGP.

1. Quale è la configurazione generale dei servizi più funzionale ai fabbisogni di flessibilità e di continuità del trattamento del DGP?
2. Qual è l'importanza dell'integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Servizi di Psichiatria dell'Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche) per l'efficacia del trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità?
3. Quali sono le caratteristiche del contratto terapeutico delle strutture organizzative dei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con i pazienti con diagnosi di DGP in funzione della configurazione dei servizi?
4. Quali sono gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del Disturbo Grave di Personalità nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?
5. Quali sono gli strumenti diagnostici disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per assicurare la specificità e l'attendibilità delle diagnosi dei DGP?
6. Quali sono le terapie farmacologiche efficaci nel trattamento dei DGP offerti dai Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?
7. Quali sono gli interventi di carattere psicoterapeutico disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di documentata efficacia? A quali obiettivi terapeutici intermedi corrispondono?
8. Quali sono le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di equipe nei confronti dei DGP?

## **2 I GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ**

### **2.1 INTRODUZIONE.**

L'area dei Disturbi di Personalità (DP), ha assunto una crescente importanza per i Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche a causa dei cambiamenti epidemiologici degli ultimi anni che hanno visto aumentare i disturbi da esternalizzazione. Al riconoscimento dello specifico problema di salute hanno contribuito i cambiamenti culturali della Psichiatria: la sistematizzazione nosografica categoriale, che seppur gravata da bias di affidabilità ha contribuito alla ricerca sugli esiti e sull'efficacia dei trattamenti, il riconoscimento di una prognosi non sempre sfavorevole che ha smentito il presupposto della immodificabilità della struttura della personalità. Non ultimo il superamento delle posizioni moralistiche e giudicanti che caratterizzavano l'approccio della psicopatologia ai disturbi di personalità, tradizionalmente intesi come categorie residuali associate ad una valutazione negativa.

A fronte della migliore conoscenza clinico pratica dei DP, e dello sviluppo di alcuni modelli di cura, lo stato dell'arte dei servizi rimane prevalentemente legato ad un'offerta generalista improntata dal quadro di riferimento sorto intorno al trattamento delle disabilità derivate dalle Psicosi. Tale modello è inadeguato ad intercettare i nuovi bisogni di cura che si esprimono nelle forme di gravi sofferenze psichiche in assenza di durevoli incrinature dell'esame di realtà. Condizione che rende necessaria la definizione di un contratto terapeutico basato sullo sviluppo della motivazione al trattamento e della responsabilizzazione dell'assistito.

#### **2.1.1 DEFINIZIONE DEI DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ.**

Il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) è stato scelto per indicare condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sè, con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo. Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale. Presentano una frequente comorbilità con patologie di Asse I, particolarmente i Disturbi dell'Umore, i Disturbi da Uso di sostanze e i Disturbi dell'alimentazione che complicano il quadro clinico e ne aggravano la prognosi.

L'eleggibilità per i trattamenti erogati dal DSM – DP in favore di pazienti con Disturbo di Personalità deve essere riportato al quadro psichico (alterazione del funzionamento mentale) e alla importanza della menomazione e/o disabilità socio-relazionale. Le condotte abnormi, invece, sono solo un aspetto dei DGP, che, in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico né predittivo dell'efficacia dei trattamenti. Pertanto, la riduzione al solo quadro comportamentale dirompente, comporta il rischio di un'acritica generalizzazione che stigmatizza l'utenza come indesiderabile e problematica. Per contenere il fenomeno dei falsi positivi, o

misdiagnosi, l'ambito dei Disturbi di Personalità Gravi viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM – IV TR, o gruppo dell'impulsività con l'esclusione del Disturbo Antisociale .

### **2.1.2 I GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ COME PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA.**

In un'ottica di Salute Pubblica, i Disturbi Gravi di Personalità sono condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale al quale si può contrapporre una reale difficoltà nell'accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati.

Misurare il carico di patologia e di sofferenze associato ai DGP è molto difficile, anche per l'indeterminatezza dei percorsi di cura che non consentono un'adeguata rilevazione dei bisogni espressi. Le misure epidemiologiche disponibili forniscono rilevanti informazioni per stimare il peso complessivo del problema di salute. Gli studi di prevalenza nella popolazione generale europei indicano che i DP globalmente intesi interessano il 10% della popolazione adulta generale e i disturbi del Cluster B (quelli caratterizzati da impulsività e antagonismo) coprono il 3,5 %. Per quanto concerne la distribuzione del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) nei servizi psichiatrici ambulatoriali e ospedalieri, si stima una prevalenza media nei servizi psichiatrici ospedalieri pari al 20%, quella nei setting ambulatoriali pari al 10% . Un'analisi dell'attività dei Servizi di Salute Mentale – escluse le dipendenze patologiche - sviluppata sui dati forniti dai Sistemi Informativi di alcune regioni, tra cui l'Emilia Romagna, ha riportato che il carico dei DP si attesta intorno al 10% della popolazione in carico.

Sebbene la prognosi dei DGP di lungo periodo, sia aperta alla concreta possibilità di un miglioramento della sintomatologia clinica, il carico di morbidità e di mortalità generale che vi è associato rimane elevato. Infatti, in aggiunta alla sintomatologia nucleare, devono considerarsi le patologie comorbide di Asse I e quelle di tipo biologico. La comorbidità in Asse I riguarda i disturbi dell'umore, l'abuso di sostanze, i disturbi dell'alimentazione. Le patologie organiche, indirettamente connesse ai DGP sono mediate dallo stile di vita che, in ragione di specifici comportamenti espone a forti rischi per la salute. Infine il tasso dei suicidi tra le persone con Disturbo Grave di Personalità è il più elevato in assoluto rispetto a tutte le altre patologie di interesse psichiatrico: per il solo Disturbo Borderline di Personalità (DBP), si stima un'incidenza tra l'8 e il 10% contro il 4,5 % della schizofrenia e il 3% del Disturbo Bipolare. Naturalmente a questi aspetti vanno sommate le sofferenze individuali e familiari derivanti dalle prospettive del fallimento sociale cui le persone con DGP vanno incontro.

### **2.1.3 LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Le profonda riorganizzazione dei servizi avviata in Emilia Romagna con il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 - 2011 ha reso le nostre organizzazioni più adatte ad accogliere i fabbisogni dei DGP. In particolare, il rafforzamento delle interconnessioni tra le diverse Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche favorisce la continuità dei percorsi di cura, soprattutto per le giovani generazioni che sono quelle maggiormente interessate dai DP. Le diversità tra le culture organizzative della Salute Mentale adulti e dei Ser.T, che oggi possono anche

essere di ostacolo all'integrazione, costituiscono un patrimonio di strategie complementari da valorizzare nel trattamento dei DGP che per definizione deve intendersi per fasi a diversa intensità e qualità assistenziale .

Sul versante dell'integrazione esterna, le politiche regionali si presentano coerenti con le attuali conoscenze sui DGP e sono potenzialmente in grado di interpretare la complessità dei fabbisogni connessi. Le migliori prospettive prognostiche cliniche dei DP non si estendono al funzionamento sociale, che richiede un sostegno specifico nell'ambito dei percorsi di autonomia che il Piano Attuativo ha individuato come fondamento del discrimine tra sistema di cura e sistema di comunità.

### 3 LA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI

#### 3.1 INTRODUZIONE

Le acquisizioni sulla longitudinalità dei DGP nel corso dell'intero arco biografico, indicano l'utilità di sviluppare, una visione di lungo termine del trattamento. L'osservazione del decorso longitudinale fornisce un quadro dei DGP come condizioni psicopatologiche relativamente stabili, soprattutto negli aspetti della disregolazione emotiva, che si associano a manifestazioni comportamentali intermittenti, prevalentemente espressione di conflitti interni o di tipo relazionale. Ad una prognosi relativamente favorevole di questi disturbi, si contrappongono il carico di sofferenza individuale e familiare, l'elevato tasso di suicidalità e la prospettiva di uno scarso funzionamento sociale, che non si estingue a seguito del miglioramento dei sintomi, ma anzi tende a peggiorare nell'età avanzata. E' difficile affermare quanto il miglioramento sintomatologico riportato dai follow up internazionali possa essere spontaneo, coadiuvato dall'autoriflessione e dall'apprendimento, o legato al successo delle terapie. Le evidenze di efficacia di alcuni interventi specifici suggeriscono che le terapie sono utili, soprattutto nella risoluzione degli aspetti sintomatologici di stato, ed in particolare quelli connessi al discontrollo degli impulsi. Ma è evidente che, per pazienti portatori di patologie così complesse, gli scopi del trattamento vanno oltre gli obiettivi di semplice contenimento della sintomatologia. Si estendono allo sviluppo di una rete di protezione finalizzata a coadiuvare il paziente, e la sua famiglia, nella riduzione dei rischi specifici connessi al disturbo nucleare, primo fra tutti la suicidalità, ma anche l'abuso di sostanze, la conflittualità e la promiscuità sessuale. L'obiettivo strategico del trattamento deve essere quello di condurre indenni questi pazienti verso l'età in cui l'enfasi del disturbo si stempera, nello stesso tempo operando per garantire e promuovere il ruolo sociale.

Nel dettare le priorità del progetto terapeutico e la progressione degli interventi, si inserisce la variabile dell'adesione ai trattamenti. Nella cura dei pazienti con DGP i servizi devono saper coniugare in uno schema unico, l'identificazione delle priorità strategiche con gli obiettivi delle fasi di terapia (farmacologica e psicoterapeutica), inserendo il progetto in uno schema di relazione con il paziente rispettoso della sua autonomia e proteso ad elicitare collaborazione e responsabilizzazione.

La continuità tra la Neuropsichiatria Infantile e i servizi per gli adulti è un elemento di fondamentale rilievo per la tempestività del riconoscimento dei DGP, che altrimenti rischiano di essere intercettati dai servizi attraverso i percorsi di emergenza urgenza, per via dei frequenti tentativi di suicidio, o per l'espressione di bisogni sanitari secondari, come la comorbilità con le dipendenze e/o i Disturbi del Comportamento Alimentare. E' necessario governare questi percorsi rendendoli armonici e comunicanti, creare le premesse perché siano superate le barriere e le divisioni imposte al tracciato dei pazienti da un'organizzazione dei servizi che riflette la categorialità delle diagnosi, ma stenta ad interpretare le comorbilità e i continuum.

Gli interventi terapeutici non vanno declinati a spot, ma inseriti in una matrice di continuità flessibile e porosa, che può connettere il paziente ai servizi anche per molti anni consecutivi, con o senza interruzioni. Il progetto terapeutico deve essere concepito per fasi, con obiettivi definiti e

misurabili, e differenziando l'intensità e la durata dei trattamenti in funzione dei bisogni e della motivazione del paziente. Ai servizi è richiesto un atteggiamento flessibile e di lavorare monitorando i risultati parziali del trattamento.

Infine, la prognosi a distanza è spesso favorevole, almeno per i sintomi dei criteri diagnostici. Nel corso della 4<sup>o</sup> decade quasi sempre la psicopatologia si riduce e il disturbo va in remissione. Ma questo dato clinico è distonico con il funzionamento sociale che rimane basso. Sostenere i pazienti sul piano sociale con programmi di inserimento lavorativo è di fondamentale importanza nella prospettiva del miglioramento effettivo della qualità di vita e delle possibilità di emancipazione esistenziale che devono accompagnarsi alla riduzione della sintomatologia clinica

## **3.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>2</sup>**

### **3.2.1 PRINCIPI TRASVERSALI**

***“Principi di carattere generale che devono essere considerati nel rapporto di cura dei DGP***

*Le esperienze delle persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP), delle loro famiglie, dei professionisti impegnati nel loro trattamento suggerisce che oltre il tipo di intervento tecnico che viene proposto è importante il modo in cui questo è offerto. I principi di carattere generale che vengono di seguito presentati sono orientati a promuovere una relazione terapeutica costruttiva, a bilanciare gli sforzi per soddisfare i bisogni di una persona con un atteggiamento teso a sviluppare l'auto efficacia.*

#### ***Partecipazione Attiva.***

*Le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) spesso trovano difficile far fronte alle proprie crisi e possono cercare altri affinché si occupino dei loro problemi. I professionisti coinvolti possono sentirsi responsabili di indicare le soluzioni ottimali per il superamento della crisi, e così facendo minano le potenzialità di sviluppo dell'autonomia e della capacità di scelta di questi pazienti. Pertanto è molto importante cercare di assicurare la partecipazione attiva dei pazienti nella ricerca delle soluzioni anche nel corso degli stati di crisi.*

#### ***Presupposto di capacità***

*Mentre le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) possono fare enorme fatica nel compiere scelte informate e consapevoli, soprattutto nelle fasi di crisi, gli sforzi compiuti dai professionisti per indurre le soluzioni che considerano migliori possono limitare lo sviluppo dell'autoefficacia. Per questa ragione è necessario incoraggiare i pazienti e i loro familiari a ragionare sulle diverse opzioni di scelta e riflettere sulle conseguenze di ciascuna di esse.*

#### ***Essere coerenti ed affidabili***

---

<sup>2</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

*Le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) possono provare difficoltà nell'instaurare relazioni di fiducia anche a causa di pregresse esperienze di trascuratezza ed abuso. Perciò è essenziale un approccio coerente dei terapeuti per instaurare una relazione efficace. Mostrarsi affidabili facendo ciò che si dichiara, ed evitare false promesse ed assicurazioni, può aiutare a sviluppare fiducia, contenere l'ansia e supportare lo sviluppo di una relazione terapeutica. Di contro, cambiare spesso le condizioni in cui si offrono i servizi o gli operatori di riferimento può comportare conseguenze negative sul funzionamento mentale delle persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP).*

### ***Equipe e comunicazione.***

*Molte persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) cercano di affrontare le proprie difficoltà interpersonali estremizzando la rappresentazione delle persone, considerandole a tratti degne del massimo di fiducia per poi sentirsi traditi dalla loro inaffidabilità. Questo meccanismo scissionale può inficiare l'attività terapeutica quando molteplici figure professionali sono impegnate sullo stesso programma di cura. La regolare comunicazione tra coloro che forniscono prestazioni e trattamenti ai pazienti è necessaria per assicurare coerenza ed efficacia. Le persone con DGP sono sfidanti sotto il profilo emotivo e possono creare intense reazioni controtransferali nei terapeuti. Su questa base si possono determinare contrasti all'interno dell'equipe che conducono ad atteggiamenti di ipercritica incrociata. In queste circostanze la leadership dell'equipe è essenziale. La leadership è data piuttosto che presa o assunta in conseguenza del ruolo ricoperto. Le qualità di un buon leader non sono specifiche per tutti i gruppi professionali. La leadership richiede una volontà di investitura chiara e sicura nei confronti della figura professionalmente rilevante che si assume la responsabilità di esercitare una funzione guida. La naturale tendenza dei membri dell'equipe a fornire un contributo individuale porta alla necessità di processi decisionali basati sulla condivisione a riguardo delle strategie terapeutiche, come della gestione del rischio o delle scelte riguardanti formazione e supervisione.*

### ***Aspettative realistiche***

*Le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) tendono a sperimentare un miglioramento graduale e lento della sintomatologia. Perciò aiutare i fruitori dei servizi ad impostare un insieme di obiettivi realistici a breve termine, integrati e coerenti con gli obiettivi di lungo termine, consente di mostrare che il cambiamento è possibile. Alla stessa maniera anche i professionisti devono saper accettare la lentezza e la gradualità dei cambiamenti.”*

#### **3.2.1.1 Approccio relazionale teso all'empowerment della motivazione al trattamento**

**Nei nostri Servizi lavorare con persone con Disturbo Grave di Personalità significa molto spesso imbattersi in pazienti che, nonostante la manifesta realtà clinica e comportamentale, non ritengono le proprie condotte e i propri vissuti “problematici”. Tale inclinazione difensiva, che si traduce in atteggiamenti di dolorosa “resistenza” al cambiamento, rende necessario posizionare l'offerta di aiuto al giusto livello di appropriatezza. Le equipe che lavorano con persone con Disturbi Gravi di Personalità dovranno favorire l'aggancio del paziente attraverso un approccio relazionale**

specificatamente rivolto al sostegno e all'empowerment del cambiamento realisticamente possibile.

### 3.2.1.2 Autonomia e Scelta

*Lavorare in partnership con le persone con Disturbo di Personalità per sviluppare e promuovere autonomia rispettando le due seguenti modalità:*

- *assicurare che i pazienti siano coinvolti attivamente nella ricerca delle soluzioni per i loro problemi, anche nel corso delle crisi;*
- *incoraggiarli a considerare le diverse opzioni trattamentali, le diverse possibilità di vita disponibili e le conseguenze delle possibili scelte adottate.*

*I professionisti che lavorano con le persone con Disturbi Gravi di Personalità devono partecipare ad una regolare supervisione assicurata nella forma di supervisione di equipe (vedi capitolo 11) al fine di favorire la coerenza e la coesione tra i diversi membri del gruppo.*

### 3.2.1.3 Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia.

*Quando si lavora con le persone con Disturbo Grave di Personalità occorre:*

- *affrontare le diverse opzioni di trattamento in un'atmosfera di fiducia ed ottimismo, spiegando che la guarigione è possibile e può essere raggiunta;*
- *costruire una relazione basata sulla fiducia, lavorare in modo trasparente, non giudicante, affidabile e coerente.*
- *considerare sempre, quando si attiva un trattamento, che molte persone possono avere avuto esperienze di rifiuto, abuso, trauma e possono avere conosciuto lo stigma spesso associato all'autolesionismo e alla diagnosi di Disturbo di Personalità.*

### 3.2.1.4 La sussidiarietà tra i diversi livelli di intensità di cura e il trattamento per fasi (stepped care).

Contrariamente a quanto si era ritenuto in passato, i DGP possono evolvere favorevolmente e i trattamenti hanno la potenzialità di accelerare i cambiamenti maturativi o comunque di renderli possibili. Molte volte i trattamenti specifici non sono attuabili o non vi sono le condizioni di adesione e la motivazione necessaria al programma terapeutico. I servizi continuano, anche in queste situazioni, ad operare perseguendo obiettivi parziali di tutela della salute, di gestione delle fasi critiche di stress, e di salvaguardia del ruolo sociale. Sempre mantenendo l'obiettivo generale di favorire lo sviluppo della motivazione e della adesione verso forme specifiche di trattamento. In questo senso il rapporto tra il paziente e il "servizio" - possono essere anche più servizi - si declina in una storia lunga, spesso di anni, in cui è necessario definire l'appropriatezza degli interventi rispetto alle diverse fasi evolutive del

disturbo. In linea teorica sono applicabili modelli a “coda di topo”, in cui a partire dalla diagnosi si sviluppa un programma di cura prima intensivo, successivamente orientato al trattamento psicoterapeutico e al follow up contenuto nell’arco di due anni. Questo assetto è solo parzialmente compatibile con il nostro quadro di riferimento, ove il rapporto di cura nei confronti delle patologie gravi è mandatorio e dove le soglie di accesso ai trattamenti devono necessariamente essere tenute basse. Nel contesto italiano / regionale la configurazione ottimale è frutto dell’intersezione tra interventi terapeutici, sviluppo dell’empowerment individuale e reti sociali. I percorsi si sviluppano per fasi di trattamenti, scelti in base al principio di appropriatezza (minore invasività e minore costo) evitando deleghe indefinite nel tempo ed aspecifiche sui servizi.

Al fine di schematizzare le diverse e molteplici possibilità di evoluzione degli interventi per intensità di cura, si identificano due livelli principali che riguardano l’area sanitaria e l’area sociale:

**Livello 1:** Area Sanitaria: Medici di Medicina Generale; Area sociale: auto aiuto, associazionismo .

**Livello 2:** Area Sanitaria: Servizi Specialistici; Area sociale: inserimenti lavorativi; abitazione

Al primo livello si pongono gli interventi assicurati dalla rete dei servizi e che spesso hanno carattere di informalità. Il livello 1 della configurazione dei servizi è molto importante per le popolazioni giovani, con elevate comorbidità che possono essere individuate nei contesti di prossimità. Il contatto con gli spazi giovani, i servizi sociali degli Enti Locali, ma anche le attività strutturate dei servizi di prossimità delle Dipendenze Patologiche sono elementi specifici del contesto che favoriscono il riconoscimento precoce delle condizioni di maggiore gravità e possono essere di aiuto nella costruzione del percorso di trattamento dei Servizi Specialistici.

Il secondo livello è erogato dai servizi territoriali specialistici del DSM – DP e si articola in diverse possibilità di intensità di cura che oscillano tra il setting ambulatoriale e i setting semiresidenziale e residenziale. Premesso che questi ultimi due devono perdere le caratteristiche di puro intrattenimento e le finalità abitative, possono essere considerati i luoghi ove si sviluppano i trattamenti di maggiore intensità terapeutica. Trattamenti destinati ad evolvere nel rapporto territoriale - ambulatoriale sullo sfondo della rete dei servizi del primo livello, sia di area sociale, quanto di area sanitaria.

In questa prospettiva è possibile descrivere due fondamentali tipologie di programmi:

*Trattamento complesso:* la diagnosi è ottenuta con strumenti standardizzati; il paziente afferisce ad una psicoterapia individuale e / o di gruppo; la gestione psichiatrica prevede il trattamento farmacologico di supporto; l’equipe accede a programmi di formazione e di

supervisione specifici. Questo intervento di maggiore intensità può essere sviluppato in tutte le tipologie di setting.

**Gestione clinica esperta:** la diagnosi è di tipo clinico fenomenologico, la gestione clinica esperta assicura il trattamento (orientato all'incremento della motivazione al più appropriato trattamento psicoterapeutico disponibile). Il trattamento può essere conseguente ad un miglioramento della sintomatologia che fa seguito ad un trattamento complesso ed è a sua volta finalizzato alla dimissione e all'aggancio alle opportunità di auto aiuto e di inclusione proprie del livello 1.

### 3.2.1.5 Accesso ai Servizi

*Le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) non devono essere escluse dall'accesso ai servizi per via della loro diagnosi o dei loro comportamenti autolesionistici. I giovani con una diagnosi di Disturbo di Personalità, o con tratti patologici di personalità, devono avere piena accessibilità all'insieme dei trattamenti dei servizi raccomandati all'interno dei servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per l'infanzia e l'adolescenza.*

*Assicurare che le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DGP) appartenenti alle minoranze etniche abbiano eguali condizioni ed opportunità di accesso a servizi culturalmente appropriati sulla base dei fabbisogni clinici, attraverso la mediazione culturale.*

### 3.2.1.6 Funzione esperta Dipartimentale

**In seno ai DSM – DP si prevede lo sviluppo di una funzione esperta dedicata ai DGP. Questa funzione, avente un'esperienza specifica nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi gravi di personalità, ha compito di:**

- **Sviluppare ed avviare un programma di formazione sulla diagnosi e il trattamento dei DGP e l'implementazione generale di queste Linee di Indirizzo per i Servizi di Salute Mentale, i Ser.T, le NPIA, i servizi sociali, i medici di medicina generale e forense, e gli altri professionisti che hanno contatti con persone con DGP. I programmi formativi devono contenere anche dei riferimenti sul problema dello stigma che riguarda le persone con disturbo di personalità ;**
- **Coinvolgere le persone con DGP, ed i loro familiari, nella programmazione dello sviluppo del servizio e nella condivisione delle informazioni fra le diverse Unità Operative coinvolte. Con una formazione adatta e di supporto, le persone con disturbo di personalità possono aiutare i servizi, come training per i professionisti, come istruzione per altri pazienti e familiari e facilitare i gruppi di supporto fra pari;**

- **Fornire valutazione e trattamento specifici per persone con disturbo grave di personalità che hanno bisogni particolari e complessi e/o presentano livelli di rischio elevati;**
- **Fornire consulenza e sostegno ai servizi titolari del trattamento clinico esperto e ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PDLs);**
- **Sviluppare un sistema di comunicazione e dei protocolli per la condivisione delle informazioni fra diversi servizi, inclusi quelli legali, e collaborare con tutti i servizi più importanti del territorio inclusa la medicina generale, i servizi sociali, il sistema della giustizia, i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e il volontariato;**
- **Essere in grado di informare o attivare gli interventi sociali o psicologici, compresi il supporto dei pari, e informare sul corretto utilizzo della terapia farmacologica nei periodi di crisi e per le comorbidità;**
- **Partecipare, sostenere e supportare a livello locale lo sviluppo del trattamento dei DGP, anche attraverso ricerche multicentriche;**
- **Monitorare lo sviluppo di servizi per le minoranze etniche per assicurare la qualità dei servizi erogati.**

### **3.2.1.7 Coinvolgere i familiari**

*Chiedere direttamente se le persone con Disturbo Grave di Personalità desiderano che i propri familiari siano coinvolti nel processo di cura e sottoposti al consenso informato e al rispetto della riservatezza.*

- *incoraggiare i familiari a partecipare al percorso di cura;*
- *assicurare che il coinvolgimento delle famiglie non conduca al ritiro dal percorso di cura o ad un ostacolo per l'accesso ai trattamenti;*
- *informare i familiari sulle opportunità locali di sostegno informale.*

## **4 INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA CON I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'ADULTO E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE.**

### **4.1 INTRODUZIONE**

I DP in età evolutiva sono una realtà clinica presente e spesso clinicamente rilevante, soprattutto in adolescenza. Pattern di personalità che includono aggressività, strategie di coping non flessibili e attaccamento insicuro sono sempre più frequenti nell'infanzia e spesso evolvono in comportamenti persistenti e in caratteristiche correlate a successivi disturbi, come depressione, uso di droghe e comportamento antisociale e criminale. L'attuale sistema di codifica dell'OMS (ICD-10), però non prevede una attribuzione di questi quadri diagnostici se non dopo i 16-17 anni.

In particolare, bambini con un disturbo della condotta sono maggiormente a rischio di incorrere in disturbi esternalizzati, abuso di alcool e droghe e personalità antisociale. Un disturbo del comportamento ed elevati livelli di iperattività possono essere considerati fattori predittivi di successivi disturbi di personalità in adolescenza. Si stima che un bambino su tre con ADHD possa sviluppare un disturbo di personalità in età adulta; tale rapporto scende a uno su quattro nei bambini con disturbi ansiosi o depressivi. Nella storia anamnestica di pazienti adulti con disturbo grave di personalità si attesta la presenza di autolesionismo fin dalla preadolescenza, che è presente nel 32% dei casi ad un'età media di 12 anni e nel 30% fra i 13 e 17 anni.

### **4.2 INTEGRAZIONE FUNZIONALE FRA SERVIZI: PASSAGGIO SERVIZI INFANTILI/ADULTI, NECESSITÀ DEL PROGETTO DI CURA.**

In letteratura non è dedicato molto spazio al tema specifico dei disturbi di personalità dal punto di vista dell'integrazione fra servizi, ma è stato sviluppato con attenzione il tema generale del passaggio dei giovani adulti nei diversi servizi. Si intende per transizione quel periodo tra i 16 e i 25 anni di età, dove ha luogo il processo che conduce dall'infanzia all'età adulta. I compiti tipici di questa fase comprendono la separazione dai genitori/figure di riferimento e la formazione di un'identità da adulto. In questo periodo i giovani devono fronteggiare altri cambiamenti significativi che avvengono contemporaneamente:

- Dalla scuola all'educazione post-scolastica, l'ambiente del lavoro o la disoccupazione.
- Dalla casa dei genitori/figure di riferimento all'indipendenza o alla convivenza.
- L'indipendenza finanziaria dai genitori e dalle figure di riferimento.
- Il passaggio verso la sessualità dell'adulto, la relazione con il partner o eventualmente la condizione di genitori.

Questo periodo caratterizzato da profonde e spesso repentine trasformazioni, ha un forte impatto psicologico, che può portare ad una crisi della salute psichica e ad una conseguente richiesta di supporto e di intervento.

Inoltre compiendo la maggiore età non si è più obbligati a coinvolgere i genitori o i tutori nel trattamento per la supposta autonomia dell'utilizzatore "adulto" dei servizi. Il coinvolgimento collaborativo delle famiglie riduce i rischi di distacco come pure la tensione dei tutori. I giovani hanno difficoltà sociali e pratiche in aggiunta al disturbo mentale, le opportunità di collocamento in Gruppo appartamento, Comunità Terapeutica e quelle di sostegno abitativo anche dal lato semplicemente sociale non sono sufficienti per coprire tutte le necessità. La preparazione pratica all'indipendenza è cruciale per chi abbandona l'assistenza familiare, comprendendo opportunità di lavoro e formative flessibili.

### **4.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>3</sup>.**

#### **4.3.1 ACCESSO AI SERVIZI**

*Le persone giovani con Disturbo Grave di Personalità o con sintomi e comportamenti che suggeriscono la possibilità di una diagnosi di questo tipo, devono avere accesso ad una gamma completa ed ampia di trattamenti e servizi in seno ai Servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'Adolescenza.*

**Si evidenzia la necessità di estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, non solo per i ragazzi con una diagnosi di Disturbo di Personalità (dai dati regionali ne risultano pochi), ma – data la difficoltà a porre diagnosi di DP in età evolutiva – anche ad alcuni quadri clinici di consistente gravità (in particolare in aggiunta ad un uso di sostanze e a un abbandono del percorso scolastico) che vengono indicati come possibili precursori di DP.**

**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.**

---

<sup>3</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

Viste le limitazioni che la diagnosi categoriale di tipo nosografico presenta per l'inquadramento dei disturbi di personalità, in particolare in età evolutiva, si ritiene indicato completare detto inquadramento con un approfondimento della diagnosi di tratto.

I pazienti con diagnosi di Disturbo di personalità, e quelli che presentano i codici diagnostici sopradescritti, dovrebbero poter usufruire di un approfondimento relativo alla personalità con una valutazione dimensionale utilizzando scale e test di valutazione appropriati (ad esempio SWAP A, STIPPO o MMPI A).

Per la costruzione di una rete di servizi qualificata risulta importante anche l'elaborazione di un Centro d'Ascolto per adolescenti e la collaborazione con tutti i servizi che a vario titolo si occupano di adolescenti (Spazi Giovani, Consultori, Medici di Medicina Generale, Scuola, ecc.)

Nella pianificazione della transizione è anche raccomandata l'analisi della possibilità di attuare un piano di cure al di fuori della Psichiatria Adulti avvalendosi delle altre risorse del sistema sanitario (Spazi Giovani, Consultori, Medici di Medicina Generale).

#### **4.3.2 AFFRONTARE LA CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO E SUPPORTARE LE TRANSIZIONI**

*I Servizi di NPIA e i Servizi di Salute Mentale adulti, Ser.T compreso devono attivarsi per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nella transizione dei giovani ai servizi per gli adulti. In particolare occorre:*

- *Programmare il trasferimento nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni.*
- *Continuare il trattamento nella NPIA oltre i 18 anni se questo può evitare la necessità di ricorrere ai Servizi di Salute Mentale adulti, **quando è prevedibile la conclusione del trattamento nell'arco di 12 mesi.***

**Quando è in previsione la transizione di un ragazzo con diagnosi di DP, o condizione clinica assimilabile, è opportuno che vengano messi in atto i passi e le attenzioni indicate in letteratura come appropriate, in particolare:**

- **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 (in particolare viene consigliata per i casi più gravi l'identificazione di un "case manager", percorsi di formazione congiunta degli operatori dei diversi servizi, riunioni periodiche di discussione dei casi, periodi di stages nei diversi servizi);**

- **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.**

#### **4.3.3 I SERVIZI OSPEDALIERI**

*Ai giovani con un grave Disturbo di Personalità deve essere garantita la possibilità dell’accesso al ricovero ospedaliero o al trattamento in aree diverse dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).*

#### **4.3.4 COINVOLGIMENTO DEI FAMIGLIARI**

*Nei confronti dei giovani con tratti, sintomi o comportamenti suggestivi di un DGP i Servizi di NPIA devono adottare le seguenti strategie:*

- *Bilanciare lo sviluppo dell’autonomia e delle capacità dei giovani con le responsabilità dei genitori.*
- *Essere a conoscenza dei riferimenti di legge.*

## 5 IL CONTRATTO TERAPEUTICO

### 5.1 INTRODUZIONE

Il contratto terapeutico definisce le regole e il setting del rapporto di cura. Definito a priori dalle prerogative specifiche del curante (la competenza) e del curato (il bisogno), risente delle norme di legge, dei regolamenti, degli orientamenti scientifici e non in ultimo degli aspetti soggettivi, quali le reciproche aspettative e il grado di asimmetria informativa. Il contratto è parte integrante di ogni rapporto terapeutico, ma le sue caratteristiche assumono una specifica rilevanza per il trattamento dei Disturbi di personalità per le seguenti ragioni:

- 1) La definizione del setting nelle sue componenti qualitative – costanza e coerenza delle risposte terapeutiche - è elemento basilare per lo sviluppo di una relazione efficace. La formalizzazione del contratto contribuisce, a modulare i comportamenti terapeutici nell'equipe dando un contributo fondamentale in termini di qualità, e fornisce strumenti per affrontare le scissioni e le reazioni controtransferali che i pazienti con DGP inevitabilmente propongono.
- 2) L'evidenza formale della definizione degli obiettivi terapeutici, di lungo e di breve periodo, consente di sottoporre a verifica gli esiti dei trattamenti. Nella prospettiva di un più generale cambiamento dell'utente, che coincide con la finalità del recupero del ruolo socio relazionale positivo (recovery), il contratto da respiro strategico ai singoli steps di un percorso spesso lungo e organizzato per fasi. Fasi che a loro volta coinvolgono diversi punti della rete dei servizi e della comunità in una progressione di eventi dimensionati al bisogno attuale (configurazione dei servizi).
- 3) Per la loro natura i DGP presentano il rischio di comportamenti distruttivi, auto ed etero diretti in soggetti che mantengono, salvo fasi specifiche di particolare gravità psicopatologica, integro l'esame di realtà e la capacità di autodeterminarsi. Molto spesso le legittime preoccupazioni dei professionisti in ordine alle potenzialità che le responsabilità assunte nel progetto di cura si trasformino in ipotesi di reato, condizionano le scelte adottate in senso difensivistico e diventano presupposto di trattamenti inappropriati. La definizione formale degli obiettivi di cura e delle reciproche responsabilità assunte dal curante e dal curato nel progetto terapeutico, coinvolgendo anche la famiglia soprattutto nel caso dei minori, non risolve in maniera definitiva questa contraddizione, ma fornisce strumenti oggettivi per gestirla sul piano delle effettive possibilità di cura offerte dalle conoscenze medico psichiatriche e psicologiche aggiornate.

### 5.2 IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE.

I servizi del DSM – DP sono nati ciascuno per target di utenza, con specifiche diversità nelle mission ed obbiettivi di cura, che ne informano l'organizzazione e la cultura professionale. Il Piano Attuativo Salute Mentale della Regione Emilia Romagna 2009 – 2011, istituendo il DSM – DP come articolazione necessaria di tutte le aziende per l'erogazione dei servizi di Salute Mentale,

sottolinea che la pratica della Psichiatria adulti è fondata prevalentemente su di un paradigma professionale di orientamento tutoriale e paternalistico in virtù sia delle caratteristiche dell'utenza (psicosi e con disabilità funzionali), sia di specificità normative che contemplan interventi terapeutici limitativi della libertà personale. Questo paradigma, a tratti può divenire fortemente responsabilizzante per il curante. Nei Ser.T ove l'utenza ha maggiori caratteristiche di autonomia ed ove non sussistono richiami alla obbligatorietà, si è sviluppato un paradigma fondato sulla motivazione al trattamento e sull'obiettivo dell'autoefficacia, oggettivamente meno responsabilizzante per il curante. Non c'è dubbio che questi due approcci possano essere potenzialmente confliggenti e che abbiano contribuito non poco alle difficoltà nell'integrazione tra servizi sul tema delle comorbilità, e soprattutto della cosiddetta Doppia Diagnosi. Allo stesso modo non vi è dubbio che entrambi gli approcci possano essere potenzialmente necessari nel trattamento per fasi dei DGP. La formalizzazione del contratto è lo strumento per identificare le diverse necessità del percorso terapeutico e le potenziali sinergie in serie tra i due approcci.

Relativamente alla tipologia di contratto descritta nella LG NICE, che si caratterizza per le raccomandazioni finalizzate ad accompagnare in modo flessibile tutte le fasi di trattamento, compresi i momenti di crisi, un adattamento alla realtà operativa della nostra Regione deve tener conto che:

- a) i cambiamenti di setting e di approccio devono essere espressamente contemplati e specificati in forma esplicita a tutti gli attori (equipe curante, utente, famiglia);
- b) la produzione di un documento regionale di indirizzo che definisce raccomandazioni è un passaggio indispensabile per ridurre i comportamenti legati alle logiche della medicina difensiva, inefficaci sia dal punto di vista terapeutico che per conseguire l'obiettivo che si prefiggono;
- c) la consapevolezza della posizione di garanzia deve coniugarsi nel professionista sanitario con l'impegno ad aiutare il paziente a sviluppare autonomia e senso di responsabilità. Oltre al paziente, l'altro attore del contratto è il professionista sanitario;
- d) le indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, secondo le quali i Servizi di Salute Mentale sono tenuti ad un'attitudine proattiva, di non attesa, nei confronti del paziente, intervenendo sulla sua motivazione al trattamento, ricercando il consenso alla cura, ma anche, se necessario, obbligandolo alle cure. Per i trattamenti di lungo periodo la pro-attività e la continuità terapeutica deve essere garantita dal Servizio, oltre che dal singolo operatore.

### 5.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>4</sup>

*Lavorare in collaborazione con le persone con Disturbo Grave di Personalità per sviluppare autonomia e capacità di scelta:*

1. *facendo in modo che rimangano attivamente coinvolti nel trovare delle soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi.*

---

<sup>4</sup> *in corsivo = Raccomandazioni LG NICE;*

**in grassetto = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;**

2. incoraggiandoli a prendere in considerazione le diverse possibilità di trattamento e le diverse possibilità di scelta a loro disposizione nella vita, ed anche le diverse conseguenze che le loro scelte possono avere.

*Quando si lavora con le persone con un Disturbo Grave di Personalità:*

- esplorare le diverse possibilità di trattamento con fiducia e speranza, spiegando che il cambiamento è possibile ed auspicabile;
- costruire una relazione di fiducia lavorando in modo aperto, coinvolgente e non giudicante, mantenendo una posizione coerente ed attendibile;
- considerare, mentre si fornisce un servizio, che alcune persone hanno vissuto un'esperienza di rifiuto, abuso e trauma e si sono imbattuti nello stigma spesso associato ai gesti di autolesionismo;

*Aspettarsi che nelle persone con un DGP l'abbandono e la conclusione di un trattamento o di un servizio o il passaggio da un servizio ad un altro, possano evocare forti emozioni e reazioni.*

*Assicurarsi che:*

- tali cambiamenti siano stati discussi in precedenza con la persona (e con i familiari se necessario);
- il progetto preveda una collaborazione con altri sistemi di cura durante la fase di chiusura o di transizione e la possibilità di accesso ai servizi in momenti di crisi.

*Il trattamento fa sempre capo ad un'equipe di riferimento, e non a singoli professionisti, che devono essere introdotti al paziente (e ai suoi familiari) specificandone i ruoli e le competenze rispetto all'attualizzazione del piano di cura. L'equipe che lavora con persone con Disturbi Gravi di Personalità deve sviluppare un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti (e i loro familiari, quando d'accordo con la persona).*

*Il trattamento è orientato a generare soluzioni nei confronti delle crisi fondate sulle competenze attive del soggetto (e dei suoi familiari) e non sul principio di delega al servizio. Il progetto di cura deve:*

- identificare chiaramente i ruoli e le responsabilità di tutti i professionisti della salute mentale e sociale coinvolti;
- identificare gli obiettivi a breve termine del trattamento e gli specifici steps intermedi che la persona e gli altri devono raggiungere;
- identificare gli obiettivi a lungo termine, inclusi quelli lavorativi ed abitativi che sostengono le strategie del trattamento a lungo termine: obiettivi realistici e connessi agli obiettivi a breve termine;
- sviluppare un piano per la gestione delle crisi (vedi).

**I bisogni possono essere mutevoli nel tempo e richiedere cambiamenti operativi di setting e di equipe di riferimento; tutti i passaggi vanno adeguatamente predisposti e seguiti**

dalle equipe invianti a quelle riceventi. Particolarmente significativi i passaggi tra NPIA e servizi per adulti e quelli che riguardano CSM e Sert per i DGP con comportamenti di abuso e/o dipendenza da sostanze. In particolare per le comorbilità DD al paziente (e ai suoi familiari) devono essere fornite tutte le informazioni necessarie per comprendere la doppia referenza e le specificità e diversità di setting rapportandole ai bisogni di assistenza.

I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riferendo al paziente (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle missioni dei servizi. Nel caso in cui tali rischi siano elevati, sulla base di elementi concreti, è necessario lavorare in collaborazione con le forze dell'ordine e/o della magistratura rispettando il diritto del paziente di esserne informato.

La diagnosi deve essere comunicata apertamente al paziente (e ai suoi familiari) illustrando le strategie terapeutiche che saranno attivate.

Il contratto si sostanzia in un atto scritto e proceduralizzato che viene redatto in duplice (triplice) copia e sottoscritto dagli attori, nel quale è dato spazio a:

- a. la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- b. le competenze attivate dall'equipe;
- c. le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- d. le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- e. il piano di gestione delle crisi (vedi quesito 4)

## 6 LA GESTIONE DELLA CRISI

### 6.1 INTRODUZIONE

I pazienti con DGP richiedono spesso interventi in condizioni di crisi che, pur assumendo espressioni diverse sul piano psicopatologico e comportamentale, sono sostenute dalle caratteristiche nucleari del disturbo e dalla sua frequente presentazione in comorbidità con Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore e da Disturbi da Abuso di Sostanze, Psicosi Brevi, Disturbi del Comportamento Alimentare.

Per affrontare le crisi dei pazienti in trattamento con DGP è indicato predisporre al momento del contratto un piano di gestione delle crisi orientato a promuovere le capacità di autogestione e le strategie di coping più adeguate, con un approccio empowering. Il piano deve essere condiviso con il paziente ed eventualmente consultabile da tutti gli operatori che potrebbero intervenire nel corso del trattamento.

10.3.2.1 Sviluppare un piano per la gestione della crisi che identifichi i potenziali fattori scatenanti, specificare le strategie di autogestione che possono essere efficaci e definire l'accesso ai servizi (inclusa una lista di numeri di telefono di supporto e di aiuto centri crisi e servizi H24) quando le strategie di autogestione non sono sufficienti.

Condividere il piano con il MMG e con l'utente.

L'operatore che interviene in condizioni di crisi deve disporre di strumenti che consentano di effettuare un corretto inquadramento diagnostico e di individuare, sulla base delle priorità rilevate, l'intervento più appropriato. La complessità della valutazione della crisi e la necessità di adottare strategie finalizzate alla sua risoluzione presuppongono che il percorso assistenziale globalmente inteso disponga, da un lato, di professionisti con competenze appropriate al contesto in cui operano e, dall'altro, della definizione strutturata dei contesti di cura che consentano di fornire una risposta tempestiva.

Il Servizio deve pertanto disporre di competenze tecniche specifiche, effettuare una corretta valutazione e gestione del rischio adottando un approccio relazionale coerente con i principi per la gestione generale della crisi. Occorre anche garantire il follow-up e proporre, in maniera flessibile ma definita, offerte assistenziali diversificate ed idonee al superamento della stessa che si sostanziano nel:

- coinvolgere il paziente in una partecipazione attiva, motivandolo a riprendere o ad intraprendere un percorso di cura;
- concordare un invio per una valutazione finalizzata ad una presa in carico territoriale;
- coinvolgere i familiari;
- erogare un trattamento farmacologico;
- attivare il trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio;
- disporre quando indicato, un immediato ricovero in ambiente ospedaliero;

## 6.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>5</sup>

### 6.2.1 PRINCIPI DEL TRATTAMENTO DELLE CRISI

*Quando una persona con un Disturbo Grave di Personalità si presenta nel corso di una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione precedentemente redatto e sottoscritto per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment. Da un punto di vista operativo è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:*

- *Mantenere la calma e non assumere un atteggiamento reattivo;*
- *Provare a comprendere la crisi dal punto di vista della persona;*
- *Approfondire le possibili cause dello stress negativo;*
- *Adottare un linguaggio chiaro ed empatico, compreso un atteggiamento validante per individuare l'origine e lo sviluppo dei problemi attuali;*
- *Provare a stimolare la ricerca di soluzioni in modo autonomo, facendo riferimento al piano per la gestione delle crisi;*
- *Evitare di minimizzare le motivazioni addotte dal paziente;*
- *Evitare di offrire soluzioni prima di aver ottenuto una completa e chiara comprensione del problema;*
- *Considerare tutte le altre possibilità prima di proporre un ricovero in condizioni di urgenza;*
- *Se sussiste la possibilità di una risoluzione favorevole fissare sempre e comunque la data di un successivo incontro di follow –up per la verifica degli esiti.*
- *Nei pazienti giovani occorre bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità individuali con le responsabilità dei genitori.*

### 6.2.2 IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA CRISI

*La prescrizione farmacologica, pur non rappresentando il trattamento d'elezione dei DGP, assume il valore di una strategia d'intervento integrativa ove vi sia la necessità di contenere, in maniera sintomatica, la disregolazione affettiva, il discontrollo impulsivo-comportamentale o i disturbi della sfera percettivo-cognitiva.*

*Prima di prescrivere un trattamento farmacologico a breve termine per persone con DGP durante una crisi:*

- *Condividere la scelta del trattamento farmacologico in equipe;*

---

<sup>5</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

- Individuare i possibili rischi della prescrizione fra cui anche l'utilizzo di alcol o droghe;
- Tenere in considerazione il ruolo psicologico della prescrizione, l'impatto che può avere sulla relazione terapeutica e sul progetto di cura complessivo, incluse le strategie di trattamento a lungo termine;
- Assicurarci che il farmaco non sostituisca interventi più appropriati.
- Limitare al massimo le politerapie.

*Nella prescrizione di una terapia a breve termine per la gestione di una crisi, è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:*

- Scegliere un farmaco con un profilo di bassi effetti collaterali, basso rischio di indurre dipendenza, minima possibilità di abuso e in caso di assunzione incongrua minima letalità;
- Usare la minima dose efficace;
- Prescrivere poche confezioni per volta al fine di evitare il rischio di assunzione incongrua;
- Individuare e condividere con il paziente i sintomi bersaglio della cura, monitorare l'andamento, e prevedere la durata del trattamento;
- Concordare un programma di adesione al trattamento e di verifica dell'assunzione appropriata;
- Interrompere il trattamento farmacologico se dopo un certo periodo di tempo non si osservano modificazioni dei sintomi bersaglio o se gli effetti collaterali sono maggiori dei benefici;
- Considerare trattamenti alternativi, compreso un trattamento psicologico, se i sintomi bersaglio non migliorano o il livello di rischio non diminuisce.
- Fissare un appuntamento per rivalutare tutto il progetto di cura, compresi sia il trattamento farmacologico che gli altri trattamenti, appena superata la crisi.

### **6.2.3 FOLLOW UP DELLA CRISI**

*Non appena la crisi sia stata risolta, o si sia attenuata, assicurarsi che il programma di gestione, e più in generale l'intero progetto di cura sia aggiornato tempestivamente. Identificare, insieme al paziente e alla sua famiglia, le strategie di trattamento più efficaci in relazione alle cause che hanno generato la crisi.*

*In particolare è utile tenere conto delle seguenti indicazioni pratiche:*

- Effettuare, insieme al paziente e alla sua famiglia, una disamina (analisi comportamentale) della crisi e dei fattori che l'hanno preceduta, tenendo in considerazione i fattori ambientali, personali e relazionali;
- Considerare, insieme al paziente e alla sua famiglia, gli effetti della terapia farmacologica - benefici, effetti collaterali, possibili conseguenze in termini di sicurezza;
- Rivedere i trattamenti psicologici, includendo il loro ruolo nelle strategie complessive di cura e il loro possibile ruolo nella comparsa della crisi;
- Portare a termine il programma di trattamento farmacologico iniziato durante la crisi, in genere entro un mese.

*La valutazione clinica del paziente in una situazione di crisi pone criticità particolari in relazione alle possibili condotte autolesive o tentativi di suicidio, ripetuti o al primo episodio. Sono Numerosi i pazienti con Disturbo Grave di Personalità che presentano un livello cronicamente elevato di rischio suicidario, superiore a quello rilevabile nella popolazione generale, a cui può sovrapporsi, in situazioni particolari, un livello di rischio in acuto, solitamente più concreto. La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire interventi immediati seppure diversificati (invio al terapeuta se già in carico, valutazione per un trattamento della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.*

#### **6.2.4 RICOVERO IN OSPEDALE (SPDC – SPOI)**

*Prima di prendere in considerazione il ricovero ospedaliero per una persona con DGP, occorre effettuare l'invio ad un'equipe che svolge un trattamento territoriale e / o domiciliare per la risoluzione della crisi,*

*Prendere in considerazione il ricovero nel caso in cui:*

- *Il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il paziente e/o per gli altri e non può essere gestito diversamente (in nessun altro servizio o luogo)*
- *L'ospedalizzazione è disposta dall'Autorità Giudiziaria;*

*Quando si considera il ricovero per una persona con un DGP, è importante coinvolgere attivamente il soggetto in questa decisione e:*

- *Assicurarsi che vi sia esplicita condivisione e comprensione dei possibili benefici così come dei rischi connessi al ricovero;*
- *Concordare precedentemente la durata e la finalità del ricovero;*
- *Assicurarsi che qualora, per circostanze estreme, sia necessario un trattamento obbligatorio, venga raggiunto un accordo ed una volontarietà appena possibile.*

*Organizzare una formale revisione del programma quando il ricovero si sia ripetuto due o più volte nel corso di un semestre.*

## **7 GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ**

### **7.1 INTRODUZIONE**

Attualmente la diagnosi di DBP è effettuata con una metodologia categoriale, proposta dal Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV (DSM-IV), secondo un sistema qualitativo di tipo "tutto o nulla" in base al quale il raggiungimento di 5 criteri significativi su 9 totali permette la definizione della patologia. Tale procedura, da un lato consente ai professionisti della salute mentale di confrontarsi su un parametro di riferimento sul quale c'è un accordo clinico e scientifico, dall'altro presenta rilevanti limiti metodologici (Widiger, 2008). Si potrebbe infatti considerare la comorbidità come un artefatto della classificazione categoriale che descrive le diagnosi psichiatriche attraverso un set di sintomi, che spesso risultano trasversali e sovrapponibili tra diverse categorie diagnostiche.

La diagnosi dimensionale di personalità, proposta dalla nuova edizione del manuale diagnostico, DSM-5, come integrazione di quella categoriale, rappresenta il tentativo della comunità scientifica e clinica di arginare le problematiche metodologiche della classificazione categoriale, permettendo di valutare i tratti di personalità anche in maniera quantitativa. Secondo il nuovo 'approccio, il DBP verrà descritto, non solo dal classico sistema qualitativo del DSM IV, definito dalla presenza di un cut off che marca la soglia tra normalità e patologia, ma anche da un sistema quantitativo che permetterà di valutare la "gravità" dei tratti specifici del disturbo, su un continuum lungo il quale quel tratto potrebbe risultare funzionale ad un estremo, o disadattivo all'estremo opposto.

Il DSM-5 conterrà una sezione specifica per i DP nella quale verranno descritti i tratti specifici per ciascun disturbo e la modalità per misurarne la compromissione. Tale sezione sarà utile sia per fini diagnostici, sia per fini scientifici, rappresentando un punto di partenza per nuove linee di ricerca volte ad esplorare, in maniera più approfondita, i tratti proposti dall'APA.

La possibilità di effettuare anche una diagnosi dimensionale presenta alcuni vantaggi. In primo luogo, oltre a descrivere una condizione diagnostica, definisce anche la gravità del quadro clinico globale e delle sottodimensioni specifiche dal quale è caratterizzato. Tale metodologia potrebbe essere vantaggiosa per migliorare il riconoscimento diagnostico e per ridurre il rischio di comorbidità, dal momento che il quadro del DBP viene descritto da un deficit simultaneo in ciascuna delle aree specifiche. La possibilità di stabilire un livello di compromissione specifico per ciascun dominio favorisce inoltre l'indicazione di una priorità nell'intervento terapeutico. In secondo luogo, una valutazione dimensionale permetterebbe al clinico di monitorare la compromissione dell'area interessata e sottoposta a trattamento, anche a intervalli di brevi periodi, in maniera indipendente da una valutazione complessiva categoriale di personalità. Tuttavia, la visione dimensionale alla diagnosi di personalità presenta ancora alcune limitazioni che non rendono possibile l'abbandono dell'approccio categoriale. Alla luce dei contributi scientifici, la strada che attualmente sembra più utile è quella di un'integrazione tra la procedura diagnostica categoriale e la valutazione dimensionale.

## 7.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>6</sup>

*Il personale che effettua la valutazione deve:*

- a) *Spiegare chiaramente il processo di valutazione*
- b) *Utilizzare, quando possibile, un linguaggio non tecnico*
- c) *Spiegare la diagnosi e l'uso e il significato del termine "Disturbo di Personalità";*
- d) *Offrire un supporto dopo la valutazione, specialmente se sono stati affrontati temi delicati come ad esempio un trauma nell'infanzia.*

*I servizi psichiatrici presenti sul territorio (CSM, SERT e NPIA) devono offrire una valutazione accurata del disturbo della personalità, con l'ausilio di strumenti e metodologie sostenibili in termini di risorse e facilmente utilizzabili nel setting della pratica clinica quotidiana.*

**Il procedimento diagnostico è finalizzato a definire il quadro psicopatologico e il livello di funzionamento del paziente individuando le possibilità di protezione (rispetto ai rischi associati alla patologia) e di evoluzione a partire dal quadro delle risorse spontanee reperibili nel repertorio comportamentale del paziente e nel suo ambiente di vita.**

*La valutazione deve essere orientata primariamente agli aspetti psicologici e sociali del disturbo di personalità e a descrivere il funzionamento del paziente. La valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti. In particolare devono essere indagati:*

- *Funzionamento lavorativo e psicosociale, strategie di adattamento, punti di forza e di vulnerabilità;*
- *Disturbi mentali comorbidi e problematiche di tipo sociale;*
- *Necessità di trattamento psicologico, supporto e assistenza sociale, riabilitazione occupazionale;*
- *I bisogni di eventuali figli, coniuge, o altri parenti prossimi del paziente.*

*Le Linee Guida, pur individuando chiaramente la valutazione fra i compiti dei servizi di salute mentale di comunità, non raccomandano alcuno strumento specifico da utilizzare in questo contesto.*

**Nella letteratura internazionale esistono numerosi strumenti psicometrici per la valutazione dei DGP. Tuttavia solo una parte di questi risulta attualmente tradotta e validata in italiano.**

**Di seguito viene presentata una batteria di strumenti psicometrici utili per la diagnosi e l'assessment funzionale strutturato e standardizzato dei Disturbi di Personalità ed in particolare del DBP.**

---

<sup>6</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

**Gli strumenti sono stati individuati e selezionati sulla base di 4 criteri:**

- 1) riferimento ai criteri diagnostici del DSM;**
- 2) disponibilità dello strumento in termini di validazione in lingua italiana e costi per il suo utilizzo;**
- 3) fattibilità in termini di modalità di somministrazione, lunghezza e complessità dello scoring, necessità di personale formato all'utilizzo dello strumento;**
- 4) analisi delle proprietà psicometriche;**
- 5) disamina del numero di lavori scientifici in cui sono stati utilizzati gli strumenti e la frequenza dell'utilizzo sulla popolazione in esame.**

**Sulla base dei criteri sopra riportati, sono stati selezionati i seguenti strumenti al fine di costituire un assessment completo e specifico per il DBP realizzabile nei contesti clinici regionali specialistici:**

- 1) SCID II (diagnosi categoriale di DP)**
- 2) BIS-11 (valutazione della tendenza all'impulsività)**
- 3) AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)**
- 4) DERS (valutazione della disregolazione emotiva)**
- 5) DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)**
- 6) DSHI (valutazione dell' autolesionismo)**
- 7) Zan-BPD (diagnosi dimensionale e decorso longitudinale del DBP e delle dimensioni impulsività, disregolazione emotiva, cognitivtà e deficit interpersonale)**

**Nell'ottica di facilitare il procedimento diagnostico in tutte le realtà cliniche dei servizi territoriali, si propone anche una batteria testistica più agile che potrebbe essere rappresentata da:**

- 1. BPDCL (screening diagnostico per il DBP):**
- 2. Zan-BPD**
- 3. DSHI**

## 8 LE TERAPIE FARMACOLOGICHE EFFICACI NEL TRATTAMENTO DEL DGP OFFERTO DAI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

### 8.1 INTRODUZIONE

L'uso di terapie psicofarmacologiche nel trattamento dei DGP è estremamente frequente nella pratica clinica quotidiana nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche. In modo particolare i farmaci vengono utilizzati in presenza di comportamenti impulsivi e atti auto-lesivi che rappresentano fonte di estrema preoccupazione per il paziente, per le persone del contesto ambientale ed anche per gli operatori che seguono il caso. Usualmente il trattamento farmacologico viene iniziato in una situazione di crisi acuta e molto spesso prevede una polifarmacoterapia. Tutte le classi di farmaci psicotropi vengono utilizzate in questi casi: sedativi-ipnotici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi e antipsicotici. In modo particolare, vi è un uso molto elevato di benzodiazepine che in alcune casistiche supera l'80% dei pazienti con diagnosi di DGP. Spesso il paziente con DGP assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari.

Allo stato attuale le pratiche cliniche non sono orientate da solide basi provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento. Malgrado la ricerca psicofarmacologica sui DP sia ormai un tema rilevante da oltre 30 anni non vi sono al momento evidenze risolutive.

### 8.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>7</sup>

*Ruolo del trattamento farmacologico.*

- **Il trattamento farmacologico non costituisce il trattamento di elezione per il DGP, in assenza di diagnosi di Asse I;**
- *I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine del DGP;*
- *Il trattamento farmacologico può essere considerato nel trattamento complessivo in presenza di comorbidità di Asse I;*
- *L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di pazienti con DGP in una fase di crisi;*
- *Quando si considera di impostare un trattamento farmacologico per i DGP, è necessario fornire al paziente adeguata e completa informazione sui farmaci che potrebbero essere utilizzati;*

---

<sup>7</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

- *E' bene rivalutare il trattamento dei pazienti con DGP che non hanno disturbi mentali o fisici in comorbidità e a cui sono correntemente prescritti farmaci con l'obiettivo di ridurre o sospendere trattamenti farmacologici non necessari.*

**Dopo l'uscita delle Linee Guida NICE è stata pubblicata la revisione Cochrane sul trattamento farmacologico del DBP che ha suggerito una diversa interpretazione delle evidenze disponibili in letteratura. Un successivo documento del dicembre 2011 emesso dal NICE, pur accogliendo il punto di vista della revisione Cochrane e pur intendendo mitigare le indicazioni contenute nella linea guida, non modifica le raccomandazioni per i clinici. Ogni cambiamento sostanziale sul trattamento psicofarmacologico viene rimandato alla successiva revisione della linea guida.**

**Rimanendo sulle indicazioni della linea guida NICE, il trattamento farmacologico del DBP dovrebbe essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.). 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**

## **9 GLI INTERVENTI DI CARATTERE PSICOTERAPEUTICO DISPONIBILI NEI SERVIZI DEI DSM-DP.**

### **9.1 INTRODUZIONE**

Dall'ingresso, nel 1980, del Disturbo Borderline di Personalità nel Manuale Statistico e Diagnostico per i Disturbi Mentali- III ad oggi, le opinioni relative alla trattabilità di pazienti con DBP e alle possibili modalità di intervento si sono notevolmente modificate. Mentre gli anni ottanta sono stati dominati dal concetto di intrattabilità dei DP e da interventi clinici e studi longitudinali di tipo naturalistico atti a valutare l'efficacia della terapia psicoanalitica, nell'ultimo ventennio si è assistito ad una progressiva sistematizzazione teorica di modelli specifici di intervento psicoterapico ad orientamento prevalentemente cognitivo-comportamentale, accanto ai quali sono state presentati modelli originali (Schema Focused Therapy – SFT) o di derivazione psicoanalitica (Transference Focused Therapy – TFT).

È importante evidenziare che, al di là del tipo di modello adottato, i crescenti dati di letteratura indicano una certa modificabilità e trattabilità dei DP ed una sostanziale sovrapposibilità, in termini di efficacia, delle principali tecniche psicoterapiche. Il panorama attuale è caratterizzato, da un relativo ottimismo, generato da tecniche d'intervento manualizzate che possono servire anche come modelli ispiratori e regolatori dell'attività clinica dei Servizi. Per quanto riguarda la pratica e l'offerta delle psicoterapie nei Servizi pubblici va ancorata saldamente a due elementi specifici:

- la reale motivazione al trattamento, indicata da una partecipazione responsabile del paziente al processo di cura;
- la sussistenza di diversi livelli di intensità di cura disponibili nella rete dell'offerta che faciliti lo scivolamento del paziente verso programmi di minore impegno e progressivamente fondati sull'auto efficacia.

La situazione regionale nella cura dei disturbi gravi della personalità risente della diffusione dell'identità propria di questi pazienti che all'interno delle strutture del dipartimento di salute mentale e delle dipendenze patologiche trovano una collocazione di trattamento solo in relazione ad alcuni sintomi presentati (es. uso di sostanze, disturbi alimentari).

I servizi a cui accedono maggiormente sono quindi il Sert e il DCA oltre che i servizi di neuropsichiatria infantile e di Salute Mentale adulti. In questo contesto i trattamenti psicoterapici strutturati e manualizzati a vantaggio di questi pazienti sono solo occasionali e distribuiti in maniera puntiforme. La conseguenza di tale organizzazione è la minore efficacia dei trattamenti applicati, che si traduce in costi sanitari derivanti da un incremento del numero dei ricoveri, dalla ricaduta sulla comunità dei comportamenti correlati all'emotività espressa dei pazienti e dei loro familiari e dal costo di terapie farmacologiche e di altri interventi inappropriati.

## 9.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>8</sup>

*Quando si prende in considerazione un trattamento psicologico per una persona con un disturbo grave di personalità è necessario tener presente:*

- **Il livello di motivazione della persona a cambiare la propria condizione psicologica e comportamentale**
- *La scelta e la preferenza della persona*
- *Il livello di deterioramento e la gravità del disturbo*
- *Il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento.*
- *La capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica*
- *La disponibilità di un supporto personale e professionale*

*Prima di offrire un trattamento psicologico e, comunque, anche per tutte le altre offerte del Servizio (terapie farmacologiche, borse lavoro...etc), per i DGP o per le condizioni di comorbidità, occorre fornire delle informazioni chiare attraverso un testo scritto con le caratteristiche del trattamento offerto. In questo modo può essere fatta una scelta informata, inoltre questo momento può fornire un'occasione per discutere dell'efficacia dei diversi tipi di trattamento disponibili per i DGP e le comorbidità.*

*Quando viene fornito un trattamento psicologico a persone con DGP, ed in particolare nei casi di comorbidità multiple e/o grave deterioramento, i servizi devono avere le seguenti caratteristiche:*

- **Aver sviluppato un contesto professionale favorente la motivazione:**
  - **strutturare un approccio di trattamento di servizio preliminare alla psicoterapia manualizzata che utilizzi modelli di contratto e relazione terapeutica, veicolanti responsabilizzazione e centratura sul paziente, gestione ottimale delle resistenze, orientamento al cambiamento, all'adesione e alla negoziazione dei vari percorsi di trattamento e riabilitazione;**
- **Un luogo dedicato al trattamento del paziente dove convergono e si integrano i vari attori di cura intorno al paziente.**
- **Un approccio teorico esplicito ed integrato, che favorisca da un lato l'intercettazione e la ritenzione, dall'altro, il trattamento, conosciuto sia dall'equipe che dal terapeuta e condiviso con il paziente.**
- *Un modello di cura strutturato sulla base della presente linea guida*
- **E' appropriato che la comunicazione terapeutica si svolga in setting ambulatoriali e/o residenziali (non telefonicamente)**
- *Prevedere una supervisione per il terapeuta*

---

<sup>8</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

*Sebbene la frequenza delle sedute terapeutiche dovrebbe essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita, una frequenza di **una** volta la settimana dovrebbe essere il riferimento.*

*Non bisogna utilizzare interventi brevi (meno di tre mesi) per persone con DGP.*

*Per le donne con un disturbo grave di personalità per le quali la riduzione dei gesti autolesionistici sia una priorità, è necessario considerare un programma completo di trattamento con un modello di terapia dialettico comportamentale.*

**Può essere appropriato e conveniente anche il solo utilizzo delle Skills Training della DBT per la cura dei pazienti affetti da DGP.**

*Quando viene fornito un trattamento psicologico per persone con un disturbo grave di personalità:*

- *usare il piano di cura per chiarire il ruolo dei diversi servizi, dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura;*
- *monitorare l'effetto del trattamento su una serie di outcomes inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcol, gesti autolesionistici, depressione e l'evoluzione dei sintomi specifici.*

## **10 QUALI SONO LE AZIONI E GLI INTERVENTI CHE POSSONO FAVORIRE LO SVILUPPO DELLE ATTITUDINI TERAPEUTICHE DI EQUIPE NEI CONFRONTI DEI DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ?**

### **10.1 INTRODUZIONE**

I pazienti con DPG sono considerati difficili, non solo per gli aspetti clinici e per l'elevato rischio suicidario, ma anche per le conseguenze controtransferali che sortiscono sul personale. Questi pazienti, ed in particolare quelli con Disturbo Borderline di Personalità, suscitano intense e contraddittorie emozioni nei professionisti. Spesso le attitudini spontanee dell'equipe sono negative e divengono oggettivamente di ostacolo al trattamento appropriato. Uno dei più rilevanti problemi in quest'ambito è costituito dalle attitudini pessimistiche. I pazienti con DGP di personalità sono considerati spesso imprevedibili e indesiderabili al tempo stesso, e da questo punto di vista è breve il passo che conduce ad un atteggiamento di censura morale. La fiducia nel successo terapeutico è limitata e sono molti gli operatori che temono di essere impropriamente coinvolti in un vortice emozionale difficile da controllare. Un'altra diffusa mentalità riconduce all'obiettiva indisponibilità di risorse e competenze terapeutiche specifiche le difficoltà del rapporto di cura. La gestione della suicidalità appare di gran lunga più aggredibile nei pazienti psicotici o depressi ove assume carattere di acuzie, piuttosto che nei Borderline, ove tende a presentarsi come atteggiamento cronico generalizzato che si può riacutizzare anche in presenza anche di imprevedibili fattori stressanti minori.

Il paziente è considerato virtualmente capace, ma non desideroso di comportarsi in modo costruttivo verso gli altri ed autoconservativo verso se stesso. Non rispetta le regole della compliance verso il trattamento e a tratti assume comportamenti di sfida o provocazione nei confronti del curante. Talvolta l'impegno terapeutico è percepito come "perdita di tempo" perché non soddisfa le aspettative del professionista. Altri aspetti rilevanti attengono alla pressione che i pazienti esercitano, soprattutto durante gli stati acuti e di crisi, nei confronti dell'equipe. L'incombere di una richiesta pressante, agita attraverso dinamiche catastrofiche e manifestazioni teatrali suscita insieme reazioni di interesse e preoccupazione ma anche di irritazione e timore di commettere errori dalle potenziali ripercussioni cliniche ed eventualmente legali. La combinazione tra atteggiamento giudicante e sensazione di impotenza terapeutica può condurre verso comportamenti non appropriati e stati di irritazione, rabbia e talvolta aggressività (Koekkoek B, 2009). Meno manifesto, ma ugualmente negativo è l'atteggiamento di non fare nulla, nutrendo la speranza che la crisi non arriverà ad esplodere. Talvolta il comportamento di negazione ed evitamento del professionista si esprime attraverso l'invio ad altro servizio o altro terapeuta, strategia altrettanto fallimentare nell'esito trattamentale. Questi pazienti vengono definiti difficili perché sfidano il senso di competenza e di controllo del clinico (Breeze JA, 1998).

## 10.2 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE<sup>9</sup>

*La LG NICE tratta poco il tema delle azioni atte a rinforzare e a mantenere le attitudini terapeutiche dell'Equipe, anche perché non vi sono studi qualitativamente validi su questi aspetti. Attribuisce, comunque, molta importanza al sistema dei valori e alle caratteristiche della relazione con l'utente con Disturbo di Personalità (Borderline), da una parte e dall'altra alle metodologie di implementazione delle terapie psicologiche, prevedendo le funzioni della supervisione specialistica e della pratica riflessiva nei servizi che può essere sostenuta dal contributo di un supervisore indipendente.*

*Per quanto riguarda il primo aspetto, l'enfasi posta sui principi dell'empowerment, dell'approccio neutro e non giudicante e dell'autonomia del paziente nell'ambito del rapporto di cura (trattati in questo documento nel capitolo 2) rimanda alle specifiche competenze del personale che devono essere coerenti con la cornice dei valori. La letteratura esaminata, per quanto di livello 3 o anche inferiore, esplicita, quanto meno sul piano descrittivo, che le attitudini negative degli operatori nei confronti dei pazienti con Disturbo Borderline, e dell'autolesionismo in genere, sono un concreto ostacolo al trattamento appropriato dei Disturbi di Personalità. La formazione viene suggerita come strumento efficace per migliorare le competenze relazionali dei professionisti. Sembrerebbe, in base ai risultati di alcuni studi, che gli psicologi siano più inclini, rispetto al personale medico ed infermieristico ad accettare un rapporto empatico ed incoraggiante dell'autonomia nei confronti dei pazienti con DGP. Anche l'età professionale è stata messa in relazione alle difficoltà ad accettare un rapporto terapeutico non giudicante con i DGP. In questo ambito, la letteratura nazionale propone modelli di funzionamento, anche organizzativo, dell'equipe che tengono conto del contesto, prevalentemente territoriale, a differenza della maggiore parte degli studi anglosassoni citati in questo capitolo, e propone un modello capace di limitare gli effetti scissionali che possono essere prodotti dai pazienti. Naturalmente mancano prove di evidenza che questo accada, ma buon senso ed esperienza clinica suggeriscono che una equipe coesa, in cui i ruoli siano ben definiti e chiari (aspetti declinati anche dalla LG NICE con forza nella descrizione del progetto di cura e del contratto), possa fornire risultati terapeutici migliori e al tempo stesso contribuire a proteggere gli operatori dai rischi emozionali del controtrasfert.*

*Per quanto attiene la supervisione si evidenzia la duplice funzione di supporto tecnico e di contributo allo sviluppo della riflessione in equipe. La prima, utile per il mantenimento della competenza clinica, soprattutto nel campo dei trattamenti psicologici, la seconda funzionale a rafforzare e mantenere la coerenza operativa rispetto al modello organizzativo e terapeutico adottato dal Servizio e a trattare le eventuali manifestazioni controtrasferali disfunzionali, frequentemente elicitate dai pazienti con Disturbo di Personalità.*

**La formazione è uno strumento prioritario ed indispensabile per attivare nei servizi una nuova consapevolezza sui modelli di cura basati sulle evidenze efficaci per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità.**

---

<sup>9</sup> *in corsivo* = Raccomandazioni LG NICE;

**in grassetto** = Proposta aggiuntiva del CS alle raccomandazioni;

**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.**

**La Supervisione è il secondo strumento individuato per incidere sulle attitudini terapeutiche delle Equipe. Nella sua funzione tecnica va associata alla formazione mirata all'acquisizione e all'implementazione di specifici modelli di intervento, basati su presupposti teorici e tecniche standardizzate, ad esempio MBT e DBT. La supervisione tecnica deve fare parte dei programmi di formazione continuativi dei servizi che hanno fatto proprie queste specifiche metodologie di intervento.**

**La Supervisione di Equipe, sostenuta da un esperto esterno al Servizio, è raccomandata come programma teso a sostenere la coerenza e l'omogeneità delle risposte terapeutiche e a individuare, ed eventualmente trattare, eventuali manifestazioni controtransferali disfunzionali nell'equipe.**

**In un'era in cui l'attenzione verso le risorse è divenuta sempre più necessaria, è necessario sviluppare modelli sostenibili di Supervisione, compatibili con le risorse attribuite ai DSM – DP. In questo senso, almeno per la Supervisione di Equipe, è utile fare leva sulle competenze interne dei DSM DP favorendo lo scambio incrociato delle Supervisioni tra Dipartimenti vicini affidandole a professionisti esperti del Servizio Sanitario Regionale.**

