Le Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna sul trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità

Michele Sanza

Direttore U.O. Ser.T Azienda USL della Romagna – Cesena, coordinatore Comitato Scientifico Progetto Disturbi Gravi di Personalità - Regione Emilia Romagna
Tel. 0547 – 352162; Fax: 0547 – 3521
michele.sanza@auslromagna.it

Mila Ferri

Responsabile Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri Regione Emilia Romagna

Inviato il 18.5.2015 accettato il 15.6.2015

Riassunto

Nel 2013 l'Ufficio per la Salute Mentale della Regione Emilia Romagna (ER) ha approvato le "Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi di Personalità Gravi", in gran parte sulla base di una revisione dalle Raccomandazioni NICE per il Disturbo Borderline di personalità (2009). Le linee guida NICE sono aggiornate ai dati di ricerca del 2011 e sono state adattate al contesto nazionale e locale di una delle regioni più popolate d'Italia, con 4.200.000 abitanti. Lo scopo della Guida è quello di migliorare gli standard di trattamento per le persone affette da un disturbo di personalità, le quali, come è ben noto, spesso ricevono terapie farmacologiche inappropriate, spesso ricorrono ai servizi di emergenza e sono spesso ospedalizzati per crisi e comportamenti autolesionistici. Nonostante la mancanza di prove di efficacia per ciascuna di queste soluzioni, esse rappresentano l'approccio di prima linea ai disturbi di personalità nella pratica clinica. La prognosi negativa comunemente associata ai disturbi di Asse II e gli interventi autodifensivi dei medici nei confronti dei presunti comportamenti imprevedibili e socialmente indesiderati di tali pazienti, sono le cause più comuni per tali interventi terapeutici inappropriati. Le Linee Guida ER individuano due livelli di assistenza: intensiva, percorsi semplici di trattamento, entrambi forniti dal Servizio di Salute Mentale di Comunità ed il livello di auto-aiuto, che è legato alle Cure Primarie ed ai Servizi Sociali. Le raccomandazioni per il trattamento si focalizzano su: (1) contratto terapeutico, un modello di alleanza formalizzato e potenziante; (2) passaggio dall'infanzia/adolescenza ai Servizi di Salute Mentale per adulti; (3) strumenti di valutazione, non solo come misure standardizzate della psicopatologia, ma anche come esplorazione accurata delle competenze dei pazienti e repertorio di problem solving personale; (4) strategie di intervento di crisi, che devono essere incluse nel contratto come soluzioni di crisi preventive e personalizzate; (5) approccio psicoterapeutico, la vera chiave di volta del trattamento che deve coinvolgere tutti i professionisti del team in un unico e coerente pattern di strategie. Per favorire l'attuazione delle Linee Guida in tutti gli 11 Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna (inclusi la Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza ed i servizi per le tossicodipendenze) è stata costituita una rete professionale regionale e sono stati attivati programmi educativi professionali.

Abstract

In 2013 the Mental Health Office of Emilia Romagna (E.R.) Region has approved the "Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità" ("Guidance on Sever Personality Disorders Treatment"), largely based on a revision of the NICE Guidelines on Borderline Personality Disorder recommendations (2009). The NICE guidelines have been updated to 2011 research findings, and adapted to the national and local contest of one of the most populated region in Italy, 4.200.000 inhabitants. The aim of the Guidance is to ameliorate treatment standards for people affected by a Personality Disorder, as it is well known that they often receive inappropriate pharmacological therapies, are frequently met in the emergency settings and are often hospitalized for crisis and self damage behaviors. Despite the lack of evidence for each of these solutions, they are driven as first line approach to Personality Disorders in the clinical practice. The negative prognosis commonly associated to the Axis II Disorders and the self defense intentions of clinicians for the supposed unpredictable and social undesirable behaviors of those patients, are common causes for such inappropriate tendencies. The E.R. Guidance individuates two levels of care: the intensive, the extensive (or simple) treatment pathways, both supplied by Mental Health Community Services, and the self help level of care, that is linked to Primary Care and Social Services. Treatment recommendations are focalized on: (1) Therapeutic Contract, a formalized and empowering model of alliance; (2) Transition from Child and Adolescence to Adult Mental Health Services; (3) Assessment tools, not only standardized measure of psychopathology but also an accurate exploration of patients skills and personal problem solving repertoire; (4) Crisis Intervention strategies, that have to be included in the contract as preventive and personalized crisis solutions; (5) Psychotherapeutic approach, the very keystone of treatment that have to involve all the Team professionals in a unique coherent frame of strategies. To drive the implementation of the Guidance in all the 11 Mental Health Departments of Emilia Romagna (Child and Adolescence Psychiatric and Addiction Services included) it has been constituted a professional regional network and educational professional programs have been activated.

Introduzione

I Disturbi di Personalità (DP) hanno assunto crescente importanza per via dell'incremento dell'espressione esternalizzata del disagio mentale, fenomeno che si collega ai cambiamenti sociali e culturali che hanno investito le strutture sociali (1). L'incremento delle conoscenze cliniche sulla prognosi, e soprattutto l'abbattimento dei pregiudizi scientifici, un tempo comuni, circa l'intrattabilità dei DP, hanno aperto a nuove possibilità di intervento, anche nella forma di terapie manualizzate per le quali oggi sussistono buone evidenze di efficacia. Ma a fronte di accresciuti bisogni, e delle prospettive di intervento possibili, il paradigma di cura dei Servizi di Salute Mentale è rimasto prevalentemente legato ad un'offerta di psichiatria generalista, formatasi sul trattamento delle disabilità conseguenti alle psicosi, che mal si adatta alle specifiche necessità dei DP. Di contro, le linee guida internazionali (2-5) affermano unanimemente che nella cura delle persone con DP è necessario un approccio rispettoso dell'autonomia a della capacità di scelta dell'utente, piuttosto che sulla direttività e il paternalismo tutoriale. Accanto ai limiti culturali connessi alla storia dei servizi di Salute Mentale, occorre considerare anche gli aspetti organizzativi che rappresentano possibili ostacoli all'adeguamento dell'offerta. In particolare, le frequenti comorbilità, e il carattere evolutivo dei DP, richiedono una efficace interazione tra servizi che spesso è resa difficoltosa dalla disposizione a canne d'organo delle strutture di cura della Salute Mentale degli adulti, dell'Adolescenza e dei Servizi per e Dipendenze.

Di qui l'orientamento del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia Romagna ad affrontare il problema dell'adeguamento dell'offerta alla domanda di cura espressa dai Disturbi Gravi di Personalità (DGP) con un programma strutturato. Il progetto, attivato alla fine del 2012, è stato orientato ad individuare specifici standard di trattamento per i Servizi di Salute Mentale degli Adulti, dell'infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche, ad applicarli ed infine, nella terza fase, a verificare i risultati dei percorsi così definiti.

La definizione delle Linee di Indirizzo regionali (6,7), consistita nell'adattamento locale delle Linee Guida NICE sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), è stato il primo passo concreto del progetto realizzato nel 2013. Ne sono seguite azioni organizzative volte a favorire la diffusione e l'implementazione delle Linee di Indirizzo nei DSM DGP della Regione e a fornire strumenti che favoriscano l'applicazione degli standard individuati. Di seguito sono riportate, in sintesi, le raccomandazioni nucleari e i contenuti essenziali delle Linee di Indirizzo e le azioni programmatiche che ne sono derivate.

1) Configurazione organizzativa dei Servizi di salute Mentale

Nel contesto italiano la configurazione ottimale per il trattamento dei DGP 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 ai servizi. Al fine di schematizzare le diverse e molteplici possibilità di evoluzione degli interventi per intensità di cura, sono stati individuati due principali livelli:

A) Il livello 1 della configurazione dei servizi corrisponde agli interventi sanitari erogati dai Medici di Medicina Generale e all'area degli interventi informali (auto-aiuto, associazionismo). Questo livello ha grandi potenzialità ai fini delle strategie di prevenzione indicata, per quanto concerne il precoce riconoscimento dei sintomi, e di prevenzione selettiva, per il trattamento delle famiglie multiproblematiche. Il contatto con gli spazi giovani, i servizi sociali degli Enti Locali e i servizi di prossimità dell'area delle Dipendenze, sono elementi specifici del contesto che possono favorire il riconoscimento precoce delle condizioni di maggiore gravità ed essere di aiuto nella costruzione del percorso di trattamento attivato presso i Servizi Specialistici.

Tabella 1: le caratteristiche del Codice O) percorso DGP

Fattori Associati al perocorso di cura DGP (codice flusso SISM regionale 09)	
Trattamento Semplice (durata non definita)	**Trattamento Complesso (durata un anno)**
Diagnosi fenomenologica	*Diagnosi strutturata*
Contratto di Cura	***Contratto di Cura***
Approccio psico sociale	*Psicoterapia individuale*
Trattamento psichiatrico	*Skills Training di gruppo*
	Trattamento Psichiatrico

B) Il secondo livello è erogato dai servizi territoriali specialistici di Salute Mentale e si articola in diverse possibilità di intensità di cura che sono state identificate in due standard assistenziali di riferimento: il Trattamento semplice (o Gestione clinica esperta) e il Trattamento complesso. Nel primo caso la diagnosi è di tipo clinico fenomenologico, la gestione clinica assicura il trattamento (orientato all'incremento della motivazione verso il più appropriato intervento psicoterapeutico disponibile). Nel Trattamento complesso la diagnosi è ottenuta con strumenti standardizzati; il paziente afferisce ad una psicoterapia individuale e/o di gruppo; la gestione psichiatrica prevede una farmacoterapia di supporto; l'equipe accede a programmi di formazione e di supervisione specifici. Il trattamento semplice 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, secondo uno schema dinamico per fasi di intensità di cura decrescente.

2) Transizioni dalla Neuropsichiatria Infantile ai Servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze per adulti

Il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, deve essere proposto ai ragazzi con una diagnosi di Disturbo di Personalità, e – 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.

Sono stati individuati i seguenti codici ICD-10 dei DP da monitorare nei Servizi di Neuropsichiatria infantile:

• 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

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.

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.).

I Servizi di NPIA, i Servizi di Salute Mentale adulti e il Ser.T devono attivarsi per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nella transizione dei giovani ai servizi per gli adulti, programmando il trasferimento nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni.

3) Valutazione diagnostica e assessment funzionale

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 del repertorio comportamentale individuale e appartenenti al suo ambiente di vita.

I Servizi di Salute Mentale presenti sul territorio devono offrire una valutazione accurata del disturbo della personalità, con l'ausilio di strumenti e metodologie sostenibili in termini di risorse, facilmente utilizzabili nel setting della pratica clinica quotidiana.

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.

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 in comorbidità 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.

Di seguito l'elenco dei Test e delle scale ritenute utili per la diagnosi e l'assessment funzionale strutturato e standardizzato dei DGP ed in particolare del DBP:

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, cognitività e deficit interpersonale).

4) Contratto Terapeutico

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 alla realizzazione 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). La diagnosi deve essere comunicata in modo aperto spiegandone il significato e la possibile evoluzione prognostica. 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.

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 mission 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.

Il contratto si sostanzia in un atto scritto che viene 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.

Il piano di gestione delle crisi è un aspetto particolarmente importante per il trattamento di persone che periodicamente devono confrontarsi con scompensi psicopatologici acuti e agiti impulsivi. Il piano deve essere predisposto insieme al paziente individuando le abituali modalità di presentazione delle crisi, i fattori scatenanti e stabilendo un repertorio di azioni e di risorse individuali ed ambientali per fronteggiare l'evento acuto. Naturalmente va previsto il ricorso ai servizi, ma favorendo in modo prioritario l'individuazione di soluzioni che facciano leva sulle risorse e sulle capacità del paziente.

5) Gestione delle crisi

Quando una persona con un Disturbo Grave di Personalità presenta 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:

• 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.

Ricovero ospedaliero

Il ricovero ospedaliero va preso in considerazione 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.

6) Trattamenti Psicosociali e Terapie elettive

Sebbene vi siano buone evidenze sull'efficacia delle psicoterapie (MBT; DBT; Schema Therapy; Transfert Focus Therapy; CBT) queste rimangono opzioni terapeutiche elettive di limitata applicabilità nell'ambito dei Servizi Pubblici, per ragioni legate sia all'offerta che alla domanda di cura, che non origina sempre da una spontanea e avvertita esigenza di cambiamento terapeutico. Ciò fa sì che i Servizi debbano spesso lavorare con l'obiettivo di sviluppare la motivazione verso le cure, prima di proporre specifici formati manualizzati. Importante lo sviluppo degli skills training di gruppo, in grado di offrire un valido supporto all'esigenza di strutturare le equipe e di favorire interventi con un buon rapporto costo efficacia.

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 disfunzionalità 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 per i DGP occorre fornire delle informazioni chiare sulle caratteristiche del trattamento offerto, indicando con precisione gli obiettivi raggiungibili. Può essere appropriato e conveniente anche il solo utilizzo dello Skills Training della DBT per la cura dei pazienti affetti da DGP.

7) Terapie farmacologiche

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. Spesso il paziente con DGP assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari.

Ruolo del trattamento farmacologico.

• Il trattamento farmacologico non costituisce il trattamento di elezione per il DGP, in assenza di diagnosi di Asse I.;

• 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;

• 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.

Azioni di programmazione regionale per l'implementazione delle Linee di Indirizzo per il trattamento dei DGP

Si richiamano brevemente le azioni più significative condotte nei primi due anni del progetto DGP della Regione Emilia Romagna:

Formazione

A ridosso della pubblicazione delle Linee di Indirizzo sono state realizzate formazioni capillari dirette ai dirigenti dei DSM DP (direttori di Strutture Complesse e Semplici) e ai professionisti clinici (Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori) per favorire la conoscenza delle Linee di Indirizzo DGP (6,8) e preparare i servizi ad adottarne le raccomandazioni. E' in corso di svolgimento la formazione sulle competenze necessarie per il trattamento complesso nella forma di seminari regionali (assessment, contratto) e interventi formativi locali sullo Skills Training - trattamento conforme alla DBT.

E' stata realizzata una formazione per supervisori di equipe, professionisti dei DSM DP della regione, da impiegare in programmi di formazione/supervisione per le equipe locali. Fruendo della rete dei professionisti esperti formati alle metodologie della supervisione di equipe, è stato attivato il progetto supervisioni incrociate, che consiste nell'utilizzo da parte del equipe della rete dei clinici esperti supervisori individuati dalla regione

Sistema Informativo

Il contratto di cura è stato inserito come prestazione specifica del flusso informativo della Salute Mentale Adulti (SISM), e sarà inserito anche nei flussi della NPIA e dei Ser.T. Pur essendo una prestazione non specifica per i DGP, è stata ritenuta essenziale, insieme alla diagnosi categoriale, per qualificare il percorso di cura dei Disturbi Gravi di Personalità, cui è stato assegnato il codice numerico 09. Il percorso 09, comprende sia il Trattamento Semplice che il Trattamento complesso aventi il comune denominatore della diagnosi di DP e della definizione del contratto terapeutico. Per facilitare l'utilizzo dello strumento contratto, è stato predisposto un modello il cui file è scaricabile dal sito regionale, con l'indicazione di un'adozione non burocratica del modello, che deve sempre essere accompagnato da specifiche istruzioni a livello locale anche mediante specifiche formazioni.

Azioni organizzative

Si è costituita la rete dei referenti dipartimentali del progetto DGP con l'obiettivo di favorire l'implementazione delle Linee di Indirizzo a livello locale.

Il primo progetto realizzato dal gruppo dei referenti dipartimentali è un progetto di interazione con il privato sociale (DGR 1182/2014) con il quale si è aperta la possibilità di inviare pazienti dei DSM DP alle strutture accreditate, residenze riabilitative della Salute Mentale e Comunità Terapeutiche della Dipendenze Patologiche, per effettuare il percorso di trattamento complesso in regime semiresidenziale. Il protocollo di sperimentazione (DGR 1182/2014) mira, nello specifico, ad ottenere l'applicazione del medesimo Trattamento complesso nelle strutture del privato sociale accreditato. E' una azione di qualificazione dell'offerta acquisita nell'ambito della committenza, fondata sul principio della riconversione dell'intensità assistenziale (residenzialità) verso l'intensità di cura (percorsi di cura).

Ricerca e valutazione di efficacia

I pazienti arruolati entrano a far parte di un progetto di ricerca sulla efficacia pratica del Trattamento Complesso valutato attraverso indicatori di esito clinico (persistenza della diagnosi, autolesività, impulsività) e di processo (ospedalizzazioni, accesso in pronto soccorso) .

Conclusioni

Il progetto Disturbi Gravi di personalità della Regione Emilia Romagna, affronta il tema dell'incremento della domanda di cura da parte dei pazienti con Disturbi di Personalità con un approccio programmatico. Gli obiettivi generali sono quelli del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata. Nello specifico si tende al consolidamento, nei Servizi di Salute Mentale, di un approccio basato sull'autonomia dei pazienti e il rispetto, entro il limite dei comportamenti non negoziabili, delle loro scelte. Si tratta di una posizione ispirata dalle principali delle Linee Guida sul tema del trattamento del DBP, ed è ritenuta la matrice fondamentale per attivare i percorsi di cura rivolti ai pazienti con DP. Questa posizione implica un passaggio culturale nei Servizi di Salute Mentale sintetizzabile nella difficile transizione dalla presa in carico all'offerta di trattamento. Altro elemento centrale del progetto è la logica del percorso di cura, interpretata attraverso la definizione di standard di qualità connessi ad indicatori che ne rendano possibile il monitoraggio. Questo approccio è coerente con le indicazioni del documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni (8) sui percorsi di cura che costituisce una importante novità nell'ambito della programmazione della Salute Mentale in ambito nazionale. Infatti, con questo documento, si

registra il passaggio dalla logica degli standard strutturali a quello della definizione dei contenuti, con l'obiettivo di avvicinare l'operato dei Servizi alle pratiche basate sulle evidenze e di consentire la verifica dei risultati. In questo quadro, la spinta epidemiologica dei Disturbi di Personalità è un fattore propulsivo che rappresenta non solo un'esigenza di miglioramento ma anche un'opportunità di aggiornamento del paradigma di cura dei Servizi di Salute Mentale.

Bibliografia

1. Millon T. The Borderline Personality. A psychosocial epidemic. In Paris J, Borderline Personality Disorder, etiology and treatment. Washingthon DC: American Psychiatric Press Inc; 1993: 197-210.

2. Borderline personality disorder: Treatment and Management. The Nice Guideline. National collaborating centre for mental health. 2009. **http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Borderline%20personality%20disorder%20full%20guideline-published.pdf**

3. American Psychiatric Association. (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington DC: APA.

4. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011). Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

5. Australian Government National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2013.

6. Regione Emilia Romagna - Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri, Linee di indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di di Personalità Versione con le strategie di Ricerca , 2013, Bologna; **http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee_versione_ricerca.pdf/view?searchterm=personalità**

7. Regione Emilia Romagna - Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri, Linee di indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, 2013, Bologna; **http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf**

8. Conferenza Stato Regioni, Definizione dei percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Accordo tra il Governo, le Regioni le Province autonome di Trento e Bolzano, le province i comuni e le Comunità Montane – seduta del 30 ottobre 2014.