



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **53** DEL **28 MAG. 2019**

OGGETTO: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento del disturbo borderline di personalità.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento viene approvato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento del disturbo borderline di personalità.

IL DIRETTORE GENERALE

AREA SANITA' E SOCIALE

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 137 approvato nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento "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".

RILEVATO che tale documento, in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna una parte considerevole delle risorse di budget dei servizi sanitari e socio sanitari, declina, per ciascun raggruppamento patologico, i relativi percorsi di cura o percorsi diagnostici assistenziali (PDTA).

CONSIDERATO che i PDTA sono strumenti di governo clinico elaborati sulla base di evidenze scientifiche aggiornate, con lo scopo di ridurre la variabilità dei trattamenti, di garantire qualità ai processi e di assicurare l'erogazione, senza ritardi, di trattamenti efficaci. Insieme alle Linee guida consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

TENUTO CONTO che in salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la variabilità dei trattamenti, ferma restando la personalizzazione degli stessi, risulta molto pronunciata;

VISTO il decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 87 del 9 luglio 2018 con il quale è stato istituito un Gruppo tecnico di lavoro per l'elaborazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i disturbi schizofrenici, dell'umore e i disturbi gravi di personalità

CONSIDERATO che il Gruppo di lavoro per una puntuale definizione dei PDTA ha stabilito di costituire quattro specifici sottogruppi, con l'integrazione della NPI e dei Servizi per le dipendenze:

- sottogruppo PDTA Disturbi schizofrenici: composto da Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (con funzione di coordinatore) – Aziende Ulss 3 Serenissima e 4 Veneto Orientale;
- sottogruppo PDTA Depressione: composto da Azienda Ulss 3 Serenissima (con funzione di coordinatore) – Aziende Ulss 1 Dolomiti e 2 Marca Trevigiana;
- sottogruppo PDTA Disturbo bipolare: composto da Azienda Ospedaliera di Padova (con funzione di coordinatore) – Aziende Ulss 9 Scaligera e 7 Pedemontana;
- sottogruppo PDTA Disturbo borderline di personalità: Azienda Ulss 8 Berica (con funzione di coordinatore) – Aziende Ulss 5 Polesana e 6 Euganea.

RITENUTO di procedere all'approvazione del PDTA per il trattamento del disturbo borderline di personalità, in **Allegato A**, che si configura come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento. E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno;

VISTA la Legge regionale n. 23 del 19 giugno 2012;

DECRETA

1. di procedere all'approvazione del PDTA per il trattamento del disturbo borderline di personalità, in **Allegato A**, che si configura come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento dello stesso. E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno;
2. di dare atto che dall'applicazione del presente provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
3. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
4. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



Dr. Domenico Mantoan



## Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Trattamento del Disturbo Borderline di Personalità

### SOMMARIO:

- a. Introduzione e sintesi del contesto attuale
- b. Linee guida EBM di riferimento di società scientifiche
- c. Obiettivi e punti focali del PDTA
- d. Attori
- e. Criticità
- f. Percorso diagnostico
- g. Fasi del percorso terapeutico
- h. Monitoraggio e Indicatori
- i. Diagramma di flusso
- l. Ruolo, responsabilità degli attori del PDTA e interdipendenze tra attività
- m. Bibliografia
- n. Formazione
- o. Sperimentazione, Valutazione e Rivalutazione PDTA
- p. Allegati

### **a) INTRODUZIONE E SINTESI DEL CONTESTO ATTUALE**

Nel DSM-5 un Disturbo di Personalità è un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio e menomazione<sup>1</sup>.

Con il termine 'Disturbi Gravi della Personalità' (DGP) si vuole indicare alcune condizioni d'interesse psichiatrico caratterizzate da una seria alterazione del funzionamento mentale nelle aree della formazione e della stabilità dell'identità e del Sé (in primis diffusione e discontinuità dell'identità), delle relazioni interpersonali e della capacità di adattamento e funzionamento sociale. In questo senso sia i Disturbi di Personalità del gruppo A che quelli del gruppo B del DSM-5 possono avere caratteristiche di gravità.

Generalmente i Disturbi Gravi della Personalità (DGP) che vengono trattati nei DSM, sono costituiti dalle categorie diagnostiche del gruppo B del DSM-5, con l'esclusione del Disturbo Antisociale<sup>2</sup>, pertanto quindi il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Istrionico di Personalità ed il Disturbo Narcisistico di Personalità. L'esclusione del Disturbo Antisociale deriva dal fatto che per questo disturbo non si riconosce un'efficacia specifica dei percorsi di cura che si praticano nei DSM e dei trattamenti psichiatrici in generale.

"I Disturbi Gravi di Personalità (DGP) sono condizioni cliniche di crescente rilievo per i Servizi di Salute Mentale, sia per il progressivo incremento epidemiologico che per le specifiche domande di trattamento che pongono, diverse nella natura, dal tradizionale intervento psichiatrico centrato sulla remissione della

<sup>1</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, 2013 (ed. It. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, pag. 747).

<sup>2</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014.



sintomatologia e la riabilitazione delle disabilità<sup>3</sup>.

Significativo è anche il carico di comorbilità dei DGP con altri disturbi psichici: disturbi da uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi depressivi maggiori, disturbi bipolari, disturbi psicotici transitori.

Per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici non vi sono studi nazionali sulla prevalenza nella popolazione generale dei DGP. In linea di massima possono essere considerati attendibili i valori riscontrati negli studi europei<sup>4</sup>, che attribuiscono una prevalenza del 13,4% della popolazione generale all'insieme dei Disturbi di Personalità, del 3,1% al cluster B e dello 0,7% al Disturbo Borderline (2).

Per quanto riguarda invece la presenza dei Disturbi di Personalità nei Servizi, uno studio epidemiologico italiano<sup>5</sup> confronta i dati di Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia e attribuisce ai Disturbi di Personalità una prevalenza del 10% circa dei casi trattati dai Servizi di Salute Mentale (2).

Il presente PDTA ha come obiettivo la diagnosi ed il trattamento del **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)**. La focalizzazione sul DBP è determinata dalla presenza di una considerevole letteratura (e linee guida) rispetto agli altri specifici Disturbi di Personalità e dal fatto che l'impostazione e gli interventi del PDTA di questo Disturbo, possono essere adattati al trattamento degli altri Disturbi Gravi di Personalità.

Le conoscenze sul decorso del Disturbo Borderline di Personalità, il quadro clinico sul quale sussistono studi sia di carattere epidemiologico che sull'efficacia dei trattamenti, indicano che la sintomatologia specifica tende ad attenuarsi progressivamente nel corso dell'arco biografico ed è un dato oramai consolidato che l'evoluzione a lungo termine del disturbo è nella maggioranza dei casi favorevole<sup>6</sup>.

Le possibilità di efficacia di un trattamento per il DBP risiedono in una risposta strutturata da parte del Servizio curante e in tale risposta una parte importante è svolta dalla psicoterapia, sia individuale sia di gruppo<sup>7 8</sup>.

Vi è un consolidato consenso internazionale, invece, sul fatto che la terapia psicofarmacologica non ha un razionale se non nel trattamento limitato nel tempo dei sintomi di altri Disturbi Mentali presenti in comorbilità con il Disturbo di Personalità. Anche se molti tipi di farmaci possono essere utili, i benefici da essi derivanti non sono né evidenti, né costanti. Considerando specificamente il Disturbo Borderline, non tutti i sintomi rispondono agli interventi farmacologici: l'instabilità interpersonale e la disregolazione affettiva possono rispondere agli antipsicotici e agli stabilizzatori dell'umore, mentre i sintomi di discontrollo degli impulsi e del comportamento in genere rispondono agli antipsicotici, agli stabilizzatori dell'umore e, probabilmente, agli SSRI. Tuttavia, l'evitamento dell'abbandono, i sentimenti cronici di vuoto, i disturbi

<sup>3</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 26

<sup>4</sup> Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. ArchGenPsychiatry. 2001 Jun;58(6):590-6.

<sup>5</sup> Lora A. An overview of the mental health system in Italy. Ann Ist Super Sanità. 2009;45(1):5-16.

<sup>6</sup> Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G: Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psych, 2012; 169 (5): 476-83

<sup>7</sup> Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2. (2012)

<sup>8</sup> Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Kielsholm ML, Nielsen SS, Jørgensen MP, Faltinsen EG, Lieb K, Simonsen E.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955 (2018)



dell'identità e la dissociazione, non sembrano rispondere ad alcun farmaco specifico<sup>9 10</sup>.

Il presente PDTA è articolato per ciascuna delle tre fasi del percorso di trattamento individuate dal documento del Ministero della Salute sui Percorsi di Cura da attivare nei DSM<sup>11</sup>, da cui sono riportati nel testo estratti, dati e citazioni:

- a) Presa in carico precoce
- b) Gestione della fase acuta (Fase dell'acuzie e piano di gestione della crisi)
- c) Trattamenti continuativi e a lungo termine

#### **b) LINEE GUIDA EBM DI RIFERIMENTO DI SOCIETA' SCIENTIFICHE**

1. National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence - NICE). *Borderline personality disorder: treatment and management*. National clinical practice guideline number 78. Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.
2. National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
3. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington DC. APA, 2001

#### **c) OBIETTIVI E PUNTI FOCALI DEL PDTA**

"I percorsi di cura o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono, insieme alle Linee Guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata"<sup>12</sup>.

"A livello più generale, gli aspetti qualificanti dei percorsi di cura possono essere sintetizzati come di seguito:

1. focalizzare l'attenzione dei professionisti sanitari su un cittadino che esprime una domanda di assistenza e sulla soddisfazione "soddisfatta" di questa domanda;
2. coordinare e integrare i professionisti e i servizi nella risposta alla domanda di assistenza;
3. identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici ed efficaci risultati;
4. rendere misurabile ciò che si fa;
5. rendere trasparente all'esterno il percorso previsto;
6. valutare i percorsi effettivamente attuati in quel Servizio/Azienda/Regione, alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili".

Punti qualificanti del PDTA sono:

- "Attenzione prioritaria assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio la cui efficacia è

<sup>9</sup> Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review), The Cochrane Library, 2010, Issue 6

<sup>10</sup> Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Völlm BA, Mattivi JT, Nielsen SS, Kielsholm ML, Faltinsen EG, Simonsen E, Lieb K: Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 2

<sup>11</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata, 13 Novembre 2014

<sup>12</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag 2.



strettamente correlata all'adozione di specifici protocolli di collaborazione con i Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, i Servizi per le Dipendenze patologiche, i medici di Medicina Generale;

- Estrema attenzione al lavoro con le famiglie;
- Adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai Servizi e garantire equità;
- Adozione di criteri per garantire la continuità di cure;
- Adozione di pratiche mirate al raggiungimento del maggior livello di autonomia personale e sociale.

Con l'adozione del PDTA ci si prefigge di:

- Ridurre la variabilità dei trattamenti;
- Migliorare la qualità dei processi e degli esiti;
- Consentire la valutazione dell'aderenza degli interventi effettuati nella realtà dei vari dipartimenti di salute mentale alle indicazioni dei percorsi di cura, evidenziando le variabili organizzative e professionali che stanno alla base dell'eventuale divario e le aree di criticità;
- Implementare processi di accreditamento alla pari<sup>13</sup>.

I punti focali del PDTA del Disturbo Borderline di Personalità sono i seguenti.

### **1. Inizio tempestivo del trattamento e connessione con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI)**

“I Disturbi di Personalità non sono caratterizzati da un vero e proprio esordio naturale, bensì dal progressivo attestarsi di caratteristiche disfunzionali del funzionamento mentale, nel corso dell'età evolutiva, che trovano espressione nel comportamento e in altri sintomi peculiari, generalmente riguardanti le funzioni di regolazione emotiva, di adattamento sociale e di definizione identitaria della personalità”<sup>14</sup>. Molteplici sono le evidenze a supporto della rilevanza degli antecedenti infantili dei disturbi di personalità in età adulta, oltre ai dati relativi a diverse condizioni infantili (soprattutto disturbi esternalizzanti quali ADHD, Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo della condotta e dirompente del comportamento) con componenti sostanziali di tratto predittivi di disturbi dell'adolescente e dell'adulto in (quello che era definito) Asse II<sup>15</sup>. “Tuttavia, gli studi sugli interventi precoci suggeriscono che l'inizio tempestivo del trattamento può ridurre le manifestazioni più gravi del Disturbo Borderline di Personalità e migliorarne gli esiti. Per questa ragione le connessioni funzionali con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile assumono un rilievo particolare nella definizione degli interventi efficaci”<sup>16</sup>.

### **2. Fattori di rischio e fattori di protezione e di adattamento**

Come per ogni disturbo psichico, nella valutazione longitudinale del DBP vanno considerati con attenzione i

<sup>13</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 2-4

<sup>14</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 28

<sup>15</sup> Soto CJ, Tackett JI. Personality Traits in Childhood and Adolescence: Structure, Development and Outcomes. Current Directions in Psychological Sciences. 2015, 24(5): 358-362

<sup>16</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 28



fattori di rischio, che possono essere condizione per uno scompenso psicopatologico o rappresentare una persistente condizione di stress psichico ed i fattori di protezione, che possono permettere un migliore adattamento allo stress, mantenere funzionanti le capacità di coping e stabilizzare fasi di equilibrio psicologico.

Tra i fattori di rischio vanno considerati i momenti critici e di passaggio individuali (es. pubertà e cambiamenti psico-fisici adolescenziali, termine della scuola, gravidanza e puerperio, separazioni, lutti), gli eventi stressanti (es. inizio o perdita lavoro, matrimonio, separazioni, traslochi, migrazioni, traumi), le condizioni persistenti di stress (es. esperienze traumatiche e forme varie di neglect nell'infanzia, difficoltà economiche, instabilità dei luoghi di vita, relazioni conflittuali).

Tra i fattori protettivi vanno considerati un ambiente familiare positivo, le relazioni stabili, la rete sociale e le capacità personali di adattamento.

### **3. Valutazione e rivalutazione del percorso di cura**

“Sebbene vi siano evidenze sull'efficacia di alcune psicoterapie, queste rimangono opzioni terapeutiche elettive di limitata applicabilità nell'ambito dei Servizi Pubblici, per ragioni legate all'offerta, ma soprattutto 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 gli interventi elettivi.

Per queste ragioni, il trattamento dei DGP nei Servizi di Salute Mentale deve essere distinto in fasi di cura che si succedono nel corso del rapporto con il Servizio, secondo una precisa differenziazione di intensità, definita dall'incrocio tra i bisogni di cura della persona con DGP e la sua disponibilità verso i trattamenti”<sup>17</sup>.

Nei servizi di Neuropsichiatria Infantile, compatibilmente con le risorse, il modello di intervento in caso di DBP deve prevedere trattamenti multiprofessionali integrati, a componente prevalentemente medico-psicologica (intervento psicoterapico supportivo) nei casi medio-lievi, con associato intervento educativo-riabilitativo nei casi di maggiore gravità, i cui obiettivi terapeutici vanno rivalutati periodicamente e ridefiniti sulla base sia dei compiti evolutivi fase specifici, sia dell'evoluzione clinica e del funzionamento globale del soggetto.

### **4. Coinvolgimento dei Familiari**

Gli operatori dei Servizi di Salute Mentale devono avere contatti regolari con i familiari dei pazienti, devono porre attenzione alle loro opinioni e valutare periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura<sup>18</sup>.

Nel servizio di NPI la presa in carico prevede regolarmente interventi mirati parallelamente a figli e genitori, sia di tipo psicoeducativo che psicoterapico.

Nei servizi del DSM il tipo più semplice, accettabile ed essenziale di intervento familiare è la psicoeducazione: infatti conoscere le nozioni basilari, il decorso e i trattamenti disponibili per tali disturbi, determina aspettative ragionevoli e riduce il senso di colpa tra i membri della famiglia.

### **5. Lavoro d'équipe**

<sup>17</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 31

<sup>18</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 31



“Il trattamento del DGP deve far capo ad un’équipe multiprofessionale di riferimento, e non a singoli professionisti, che devono essere introdotti alla persona con DGP (e ai suoi famigliari) specificandone i ruoli e le competenze rispetto all’attualizzazione del piano di cura”<sup>19</sup>.

Nei servizi di NPI è opportuno che l’équipe per il trattamento del DBP sia multidisciplinare e costituita da figure professionali quali il neuropsichiatra infantile, lo psicologo psicoterapeuta e l’educatore socio-sanitario. Spesso necessario anche l’assistente sociale per le frequenti problematiche ambientali che caratterizzano il contesto del minore affetto da DBP.

“Nel corso del trattamento da parte dei Servizi di Salute Mentale deve essere sempre mantenuto un rapporto di collaborazione con il medico di medicina generale, da tenere attivo anche dopo la conclusione del trattamento stesso”<sup>20</sup>.

Quando esiste una comorbilità con l’abuso di sostanze o una condizione di dipendenza patologica (e/o di dipendenza di tipo comportamentale), la persona con DBP va trattata attraverso un piano condiviso con l’équipe del SerD di riferimento territoriale.

In collaborazione con le varie istituzioni del territorio e dei servizi sociali degli Enti Locali devono essere avviati dai Servizi dell’A.Ulss programmi di sostegno scolastico, di inclusione sociale, di inserimento o di mantenimento del lavoro.

La formazione degli operatori dei Servizi sul DBP è di fondamentale importanza (vedi paragrafo specifico al termine del PDTA).

#### **d) ATTORI**

I destinatari che operano la realizzazione del PDTA sono gli psichiatri, gli psicologi e gli operatori dei Servizi del DSM, i neuropsichiatri infantili e gli operatori dei Servizi di NPI, i medici e gli operatori dei Ser.D, i medici di Medicina Generale, i medici dei Distretti Socio Sanitari, gli utenti e i loro famigliari.

#### **e) CRITICITA’**

Nel Disturbo Borderline di Personalità le Linee Guida internazionali sono concordi nell’affermare che il maggior numero di informazioni sull’efficacia dei trattamenti sono fondate sull’approccio psicoterapeutico. Inoltre sono previsti approfondimenti diagnostici utilizzando scale e test di valutazione appropriati, anche questi eseguibili prevalentemente da psicologi.

I punti critici evidenziati nell’applicazione di un PDTA sul Disturbo Borderline di Personalità sono sinteticamente:

1. Bisogno di processi assessment diagnostico sistematizzato attraverso scale di valutazione
2. Bisogno di interventi psicoterapeutici strutturati
3. Scarsa abitudine a definire una formulazione condivisa del Piano di Trattamento Individuale (PTI) e ad una sua revisione formale nelle condizioni definite
4. Ridotta pratica rispetto agli interventi specificamente rivolti a famigliari di pazienti affetti da DBP rispetto ad altre patologie

<sup>19</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 29

<sup>20</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 32





5. Mancanza di abitudine ad un monitoraggio sistematico dell'efficacia dei trattamenti
6. Necessaria implementazione di procedure/protocolli formalizzati per il passaggio in cura dai Servizi per l'età evolutiva ai Servizi per l'età adulta
7. Carezza formativa del personale dei Servizi
8. Mancanza di indicazioni degli psicofarmaci per il Disturbo Borderline di Personalità

Appare opportuno precisare, come riportato nella DGR nr. 1673 del 12/11/2018 che "La qualità, all'interno dei servizi sanitari, è, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la *capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti, secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili*".

#### **f) PERCORSO DIAGNOSTICO**

L'intercettazione precoce è un elemento fondamentale del percorso diagnostico.

"L'accessibilità al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio, deve essere facilitata promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), medici di Medicina Generale e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci"<sup>21</sup>. Fondamentale è "estendere il percorso di diagnosi, cura e l'eventuale passaggio ai Servizi di Salute Mentale per adulti, di alcuni pazienti con quadri clinici di consistente gravità che vengono indicati come possibili precursori di Disturbi di Personalità (Disturbi misti della condotta e delle emozioni; Disturbo ipercinetico della condotta; Disturbo della condotta con ridotta socializzazione; Disturbo oppositivo provocatorio)"<sup>22</sup>.

Nel DSM-5<sup>23</sup> i criteri diagnostici per porre diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità sono i seguenti:

- Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:
  1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono
  2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione
  3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile
  4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto
  5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante
  6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore
  7. Sentimenti cronici di vuoto
  8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia
  9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi

<sup>21</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 28

<sup>22</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 29

<sup>23</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, 2013 (ed. It. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014)



“Nella prima fase del rapporto di cura il focus cade sulla valutazione diagnostica, che deve seguire principi dimensionali piuttosto che categoriali, sulla definizione del contratto terapeutico, nel quale convergono l'alleanza con l'equipe curante e la formalizzazione del progetto di cura, e sulla valutazione della motivazione verso trattamenti specifici.

Il procedimento diagnostico è finalizzato a definire il quadro psicopatologico e il livello di funzionamento individuando le possibilità di protezione (rispetto ai rischi associati alla patologia) e di evoluzione, a partire dal quadro delle risorse spontanee appartenenti al repertorio comportamentale della persona con DBP e al suo ambiente di vita”<sup>24</sup>.

Si propone la seguente sequenza di momenti diagnostici:

- Valutazione clinica, dopo la quale, se emerge il sospetto di un DBP, vengono eseguite:
- Valutazione categoriale
- Valutazione dimensionale
- Valutazione dei fattori di rischio e di protezione
- Valutazione della gravità del disturbo
- Valutazione del funzionamento

#### Diagnosi categoriale

Per la diagnostica categoriale si consiglia l'uso dei seguenti strumenti:

- SCID-5-PD
- BPDCL (Borderline Personality Disorder Check List)
- SCL-90 per avere una quantificazione dei sintomi psichici di cui il paziente è affetto

#### Diagnosi dimensionale

Gli aspetti dimensionali di maggiore importanza nel Disturbo Borderline di Personalità sono l'impulsività, l'autolesionismo, la disregolazione emotiva, la dissociazione e l'aggressività.

Per la valutazione di questi aspetti dimensionali del DBP possono essere utilizzati i seguenti strumenti:

- BIS-11 (Scala di Barratt per la valutazione dell'impulsività)
- DSQ (Defense Style Questionnaire)

Eventualmente integrabili per un approfondimento con:

- DSHI (valutazione dell'autolesionismo)
- DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
- DES (valutazione della frequenza dei sintomi dissociativi)
- AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)
- ZAN-BPD

#### Valutazione dei fattori di rischio e di protezione

La valutazione del rischio è parte integrante del lavoro clinico. Quest'ultimo può giovare delle conoscenze di tutti i fattori attuariali, vale a dire di tutti quegli elementi che sono statisticamente associati con maggior probabilità al verificarsi o meno di un dato evento. Per poter raccogliere in maniera sistematica tali fattori può essere utile avvalersi di test di screening. La valutazione del rischio deve avere come risultato la definizione delle azioni di base del piano di trattamento (frequenza e tipo di interventi) e la definizione del piano di gestione delle crisi.

<sup>24</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 28



“Analogamente ha la valutazione delle possibilità di protezione (rispetto ai rischi associati alla patologia) e di evoluzione a partire dal quadro delle risorse spontanee appartenenti al repertorio comportamentale della persona con Disturbo Grave della Personalità e al suo ambiente di vita”<sup>25</sup>.

Soprattutto in età evolutiva la valutazione dei fattori protettivi è utile al fine di identificare gli elementi su cui fare perno e da rinforzare e/o coinvolgere nell’ambito della progettualità terapeutica.

#### Valutazione della gravità del disturbo

“La gravità dei Disturbi di Personalità del gruppo B del DSM-5, tra cui il Borderline, è definita dalla sussistenza dei seguenti elementi:

- Autolesionismo ripetuto e/o tentativi di suicidio
- Altri comportamenti a rischio (incidenti stradali frequenti, risse, comportamento sessuale promiscuo)
- Almeno tre ricoveri ospedalieri e/o inserimenti in strutture residenziali nell’arco di un anno, o un ricovero della durata superiore ad un mese
- Precedente cura in NPIA per disturbi esternalizzanti (ADHD, Disturbi della Condotta, DCA)
- Ripetuti fallimenti scolastici e/o lavorativi
- Funzionamento sociale e/o interpersonale compromesso

Oppure, o in aggiunta, dalla sussistenza di una comorbidità con i seguenti disturbi psichici:

- Disturbi da uso di sostanze
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi depressivi maggiori
- Disturbi bipolari
- Disturbi psicotici transitori”<sup>26</sup>

#### Valutazione del funzionamento

“La valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti, ma orientata primariamente a descrivere il funzionamento personale e sociale delle persone con DGP, le strategie di adattamento, i punti di forza e di vulnerabilità, i disturbi mentali in comorbidità, i bisogni di eventuali congiunti”<sup>27</sup>.

Lo strumento consigliato per la valutazione del funzionamento è il GAF (Global Assessment of Functioning – Valutazione Globale del Funzionamento) o la C-GAS (Children's Global Assessment Scale) per i minori di 18 anni. Possibile alternativa o integrazione è rappresentata dalla HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale).

In età evolutiva è frequente l’evenienza di tratti di personalità problematici, che si sa essere potenziali predittori di disturbo di personalità nelle età successive; questi sono da valutare secondo il modello interattivo dinamico dei tratti, per cui sia i tratti (base genetica) che i fattori ambientali possono avere effetti principali sulle manifestazioni (comportamenti, sentimenti e cognizioni). Queste ultime possono essere valutate come adattive o disadattive, a seconda della fase di sviluppo del bambino o dell’adolescente. Le

<sup>25</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 28

<sup>26</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 27

<sup>27</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 29



manifestazioni devono essere quindi valutate come (in) appropriate o (mal) adattive, considerando i compiti di sviluppo fase specifici definiti nelle tre aree: funzionamento a casa (famiglia), funzionamento tra pari (sociale/interpersonale) e funzionamento a scuola. I fattori ambientali possono innescare o attivare tendenze di personalità latenti che si esprimono in particolari comportamenti, sentimenti e cognizioni che possono fungere da moderatori della iniziale relazione tra tendenze e manifestazioni patologiche<sup>28</sup>. Identificare tale relazione può costituire un'importante chiave di lettura psicopatologica utile alla pianificazione dei trattamenti. Diversi studi clinici hanno evidenziato che instabilità delle relazioni e dell'immagine di sé o instabilità affettiva con picchi di rabbia o tristezza sono associati a permanenza del DBP dall'adolescenza all'età adulta. Anche disordini depressivi e uso di sostanze sono stati riportati quali indicatori di permanenza del DBP dall'adolescenza all'età adulta<sup>29 30</sup>.

"Gli studi di follow up dei Disturbi di Personalità, ed in particolare del Disturbo Borderline di Personalità, hanno dimostrato che la prognosi generale è fondamentalmente favorevole. Sono molte le fonti di letteratura che indicano che l'evoluzione prospettica dei Disturbi di Personalità del gruppo B sia fondamentalmente positiva. Ma a questo non corrisponde una risoluzione delle difficoltà nel funzionamento sociale, che anzi tendono a manifestarsi con maggiore evidenza proprio nelle fasi dell'arco vitale in cui le manifestazioni cliniche sono ormai attenuate (4° e 5° decade della vita). A questa età le difficoltà sociali emergono con maggiore evidenza per la concomitanza di diverse ragioni, tra le quali: la debolezza del ruolo sociale acquisito, l'invecchiamento del nucleo familiare di origine, le problematiche di salute dovute alle conseguenze dello stile di vita e delle comorbidità con l'abuso di sostanze"<sup>31</sup>.

#### Restituzione della diagnosi e formulazione condivisa del Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Per lavorare in maniera coerente è necessario elaborare un Piano di Trattamento il più possibile individualizzato.

Elementi essenziali di un piano di trattamento sono:

1. Chiarezza sul ruolo di ogni persona coinvolta nel processo di cura (sia da parte delle diverse figure sanitarie, sia da parte del paziente e dei suoi famigliari) inclusa la definizione del case manager
2. Elaborazione di un piano di gestione delle crisi che stabilisca in maniera chiara i segnali d'allarme e le azioni che devono essere intraprese
3. Definizione delle responsabilità del paziente ed eventualmente dei suoi famigliari
4. Definire le responsabilità degli operatori sanitari e rendere esplicito quello che concretamente possono fare per il paziente
5. Elaborare gli obiettivi primari e secondari

Gli obiettivi primari sono:

- Motivare al trattamento
- Ridurre i comportamenti pericolosi e usare in maniera appropriata il Pronto Soccorso

<sup>28</sup> De Fruyt F, De Clercq B. Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014, 10:449-76. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153634.

<sup>29</sup> Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015, 24(11):1307-20. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z.

<sup>30</sup> Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics.* 2018, 9:199-210.

<sup>31</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 31



- Aiutare a sistemare le necessità abitative e lavorative

Gli obiettivi secondari sono:

- Identificare le emozioni e la loro appropriata espressione con gli altri
- Miglioramento del funzionamento interpersonale

E' importante che tale piano sia reso esplicito al paziente, preferibilmente per iscritto sotto forma di una formulazione terapeutica (PTI), da condividere anche con i genitori o chi ne fa le veci in caso di età inferiore ai 18 anni. Qualora siano presenti anche altre figure significative di supporto, con il consenso del paziente, la formulazione può essere condivisa anche con loro.

Lo scopo della formulazione è riuscire a spiegare ogni punto del piano di trattamento partendo dal punto di vista del paziente, a partire dal suo modo disfunzionale di funzionare.

Gli aspetti negativi non devono essere enfatizzati. La formulazione mette in luce i problemi chiave e i punti di forza, così come vengono presentati dal paziente e in base ad essi descrive quello che il Servizio può offrire.

## **g) FASI DEL PERCORSO TERAPEUTICO**

### **1. Principi generali**

Vi sono alcuni punti essenziali nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità nei DSM: necessità di un lavoro strutturato d'équipe, una chiara presa in cura del paziente attraverso l'individuazione di un operatore di riferimento (case manager), un percorso psicoeducativo rivolto al paziente e ai famigliari, un intervento orientato in senso psicoterapico che preveda una psicoterapia di gruppo, un lavoro socio-assistenziale.

Un modello di approccio terapeutico che si ritiene possa essere di riferimento è il Good Psychiatric Management (GPM) di Gunderson che si fonda su 8 principi di base <sup>32</sup>:

1. Offrire una psicoeducazione
2. Essere attivi, non reattivi
3. Essere riflessivi
4. La relazione terapeutica è sia reale sia professionale
5. Comunicare che il cambiamento è previsto
6. Promuovere la responsabilità
7. Prestare attenzione alla vita al di fuori del trattamento
8. Essere flessibile, pragmatico e versatile

### **2. Presa in carico precoce da parte dell'équipe multiprofessionale**

La referenza del Piano di Trattamento Individuale deve essere in capo ad un'équipe multiprofessionale, coordinata da un case manager. L'équipe multiprofessionale che ha in carico l'utente (a seconda dell'età CSM o Servizio di Neuropsichiatria Infantile) è opportuno che si articoli in una microequipe operativa composta da psichiatra (o neuropsichiatra infantile), psicologo, assistente sociale, infermiere ed educatore professionale, che rappresentano il riferimento terapeutico per l'utente.

Laddove possibile, va incentivata la costituzione nei Servizi di un Gruppo di Lavoro specifico sui Disturbi Gravi di Personalità.

Compiti della microequipe sono quelli di costruire un ingaggio terapeutico del paziente e dei familiari,

<sup>32</sup> J.G. Gunderson, P.S. Links "Il Good Psychiatric Management nel trattamento del disturbo borderline", a cura di C. Maffei e E. Smeraldi; ed. Edra LSWR S.p.A.; Milano, 2015, pag. 15



definire il PTI, stabilire principi e regole di accesso ai Servizi, offrire riferimenti chiari per le problematiche dell'utente, garantire accoglienza nei momenti di crisi, gestire i rapporti con la famiglia. Particolarmente efficaci per poter ingaggiare i pazienti e motivarli al trattamento sono le tecniche della Motivational Interview. Tali tecniche oltre ad essere utilizzabili con facilità nei diversi setting dei Servizi pubblici, possono essere apprese e impiegate da tutti gli operatori che operano nei servizi sanitari, non solo dagli psicologi e dagli psichiatri<sup>33 34</sup>.

Sono inoltre compiti dell'equipe multiprofessionale definire gli interventi sociali, eventuali interventi domiciliari e di inclusione sociale, interventi di inserimento e mantenimento scolastico o lavorativo e l'inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali.

La microequipe attiva regolarmente una rivalutazione degli impegni ed appuntamenti non rispettati dall'utente, di eventi di *dropout* e naturalmente di pazienti "persi di vista".

Nel trattamento di un paziente con DBP e comorbidità con Disturbi Correlati alle Sostanze (DCS) è opportuno che il percorso diagnostico sia attuato da un pool interservizi di operatori (due o più), che lavorino in modo integrato, specificando le singole funzioni e le loro coerenti interazioni, inclusa l'eventuale identificazione di un case manager e/o di un operatore di riferimento per il paziente.

Ai pazienti con DBP che presentano una comorbidità con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche attua quanto segue:

- Trattamento farmacologico specifico per i DUS
- Trattamento sintomatico nelle fasi critiche
- Monitoraggio tossicologico
- Screening delle patologie internistiche correlate ai DUS
- Percorsi psicoeducativi sui DCS per pazienti e familiari/caregivers
- Percorsi di Prevenzione della ricaduta per i DUS
- Eventuale invio, se non vi sono controindicazioni, a gruppi di auto-mutuo-aiuto (AA o CAT)

### **3. Fase dell'acuzie e piano di gestione della crisi**

"Le acuzie dei Disturbi di Personalità, spesso coincidono con agiti comportamentali, o condizioni che presentano il rischio di agiti comportamentali, spesso di tipo autolesivo. I pazienti con DBP (DGP) richiedono di frequente 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, Disturbi da Abuso di Sostanze, Psicosi Brevi e Disturbi del Comportamento Alimentare.

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 specifico della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.

Di frequente la risposta terapeutica alla crisi corrisponde al ricovero ospedaliero o all'incremento della terapia farmacologica in atto. Questi due approcci devono essere considerati, pur nella logica della valutazione caso per caso, interventi a rischio di inappropriatelyzza e con potenziali conseguenze iatrogene. Quando le crisi hanno carattere di abitualità e ricorrono con modalità simili, occorre formulare un piano preventivo per la gestione delle crisi, che elenchi le strategie di coping più disponibili per la persona con

<sup>33</sup> Rosengren, D.B. (2009) Building Motivational Interviewing Skills. A Practitioner Workbook. New York: Guildford Press. (trad. it. Rosengren, D.B. (2011) Guida Pratica al Counseling Motivazionale, Trento: Edizioni Erickson)

<sup>34</sup> Miller, W., Rollnick, S. (2012) Motivational Interview. Third Edition. Helping People Change. New York: Guildford Press. (trad. it Miller, W., Rollnick, S. (2014) Il Colloquio Motivazionale, III Edizione, Trento: Edizioni Erickson)



DGP ed individui i punti di riferimento, anche extra clinici, che possano favorire la risoluzione del quadro acuto”<sup>35</sup>.

Alcune raccomandazioni in merito alla gestione delle crisi<sup>36</sup>:

- a. Fare riferimento al piano della gestione delle crisi precedentemente redatto e sottoscritto (PTI)
- b. Il ricorso all’ospedalizzazione si ha quando la crisi comporta un rischio significativo per la persona
- c. Risolta la crisi effettuare un follow up che porti ad un aggiornamento del piano di cura
- d. Se il ricovero è ripetuto o prolungato organizzare un revisione formale del PTI

E’ importante che per ogni paziente si abbia un chiaro quadro dei fattori di rischio in modo da poterne promuovere un’adeguata gestione.

Il piano di gestione delle crisi (firmato da curante e paziente) dovrebbe prevedere:

1. Elenco delle situazioni pericolose
2. Lista delle azioni da fare (esplicitando le precise responsabilità di ognuno)
3. Elenco delle persone da contattare e cosa chiedergli
4. Elenco delle persone da non contattare
5. Come rendere l’abitazione più sicura
6. Decidere a chi dare copia del Piano

“Quasi tutti i pazienti con Disturbo Borderline di personalità traggono maggiori benefici da brevi ricoveri ospedalieri (da 1 a 3 giorni) fino a non più di 2 settimane [.....] L’ospedalizzazione ha come obiettivo il contenimento di situazioni di crisi (agitazione acuta, rischio di atti suicidi o violenti), ma risulta fondamentale anche per eseguire approfondite valutazioni mediche, neurologiche o psicologiche, per sviluppare e organizzare un progetto terapeutico o per modificare terapie precedenti”<sup>37</sup>.

I periodi di ricovero dei pazienti con DBP in SPDC con comorbilità con i DUS costituiscono spesso occasione di presa di contatto con l’equipe del SerD e prima motivazione al trattamento del DUS.

Perciò diventa necessario approntare procedure semplici e rapide di contatto tra gli operatori del DSM e del SerD per l’aggancio e la presa in carico del paziente con DBP con comorbilità con DUS da parte delle due equipe per le rispettive competenze<sup>38</sup>.

#### **4. Trattamenti continuativi e a lungo termine**

“Il trattamento elettivo del DGP è di tipo psicoterapeutico. Nel proporre una terapia standardizzata occorre considerare la disponibilità effettiva delle persone con DGP ad intraprendere percorsi altamente strutturati. Per le persone con DGP che non presentano le caratteristiche specifiche di elezione per un trattamento

<sup>35</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 29-30

<sup>36</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014

<sup>37</sup> Gunderson J.G, Links P-S.: La personalità borderline. Una guida clinica. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010, pag. 104.

<sup>38</sup> Regione Veneto: Documento di indirizzo regionale relativo alla gestione del paziente con disturbi correlati all’uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero, 28/11/2016



standardizzato, vanno offerti trattamenti psicoterapeutici orientati allo sviluppo della motivazione e alla costruzione dell'alleanza terapeutica.

Quando viene fornito un trattamento psicoterapeutico a persone con DGP occorre: a) usare il piano di cura per chiarire il ruolo dei diversi servizi e dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura; b) monitorare l'effetto del trattamento tramite alcuni indicatori di esito, inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcool, gesti autolesionistici e l'evoluzione dei sintomi specifici"<sup>39</sup>

Offrire una Psicoeducazione è di fondamentale importanza, con la finalità di condividere con il paziente, e possibilmente i familiari, le proprie conoscenze sul DBP, di ricordare ai pazienti i loro obiettivi a lungo termine e di dare consigli sulla vita relazionale e professionale. L'intervento di Psicoeducazione dovrebbe prevedere un ciclo di incontri dove si affrontano le seguenti tematiche: diagnosi, aspetti neurobiologici del disturbo, decorso, comorbilità, trattamento psicoterapico e trattamento psicofarmacologico.

Soprattutto in età evolutiva il coinvolgimento attivo dei genitori nel progetto terapeutico risulta di fondamentale importanza non solo per l'efficacia della terapia ma anche per la compliance.

E' auspicabile che la fase di trattamento intensivo sia un intervento ambulatoriale orientato in senso psicoterapeutico (sia individuale, sia gruppale) della durata di almeno un anno, il cui setting è definito ed esplicitato durante la formulazione del Piano di Trattamento Individuale. Tale intervento deve coinvolgere l'intera équipe multiprofessionale dedicata al caso, che si strutturerà con ruoli distinti, ma coordinati e integrati da un operatore di riferimento, per costruire un ambiente di cura contenitivo e supportivo ("*holding environment*"), in grado di rispondere in maniera interessata, sensibile, coerente, non punitiva e duttile alle richieste, anche urgenti o estemporanee, del paziente e dei familiari"<sup>40</sup>.

Gli operatori coinvolti dovrebbero confrontarsi con regolarità sull'andamento dei casi, anche attraverso periodiche sedute di supervisione o intervizione.

Diverse psicoterapie sono state sviluppate o adattate per il trattamento di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità<sup>41</sup>:

- Terapia comportamentale dialettica (DBT)
- Terapia basata sulla mentalizzazione (MBT)
- Terapia focalizzata sul transfert (TFP)
- Sistemi di formazione per la prevedibilità emotiva e il problem solving (STEPPS)
- Schema focused therapy (SFT)

Per gli adolescenti con DBP la letteratura riporta come piu' efficaci le psicoterapie dialettico-comportamentali (programma di intervento multimodale a frequenza plurisettimanale che include psicoterapia individuale, gruppi di parent training, incontri con i familiari, supporto telefonico a pazienti e

<sup>39</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 32

<sup>40</sup> Gunderson J.G., Links P.S. Il Good Psychiatric Managment nel trattamento del disturbo borderline, a cura di C. Maffei e E. Smeraldi; ed. Edra LSWR S.p.A.; Milano, 2015

<sup>41</sup> Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2. (2012).





familiari, supervisione all'equipe) e quelle basate sulla mentalizzazione (sostegno allo sviluppo delle funzioni riflesse tramite interventi individuali e di gruppo).<sup>42</sup>

Nelle Linee Guida australiane per la gestione del Disturbo Borderline di Personalità del National Health and Medical Research Council (2012) sono riassunti i risultati di una meta-analisi di studi sui trattamenti psicologici nel DBP, di tipo randomizzato-controllato, che soddisfacevano determinati criteri di inclusione e pubblicati tra il 1990 e il 2011<sup>43</sup>. Le dimensioni psicopatologiche e gli indicatori di funzionamento e di ricaduta considerati erano stati: psicopatologia generale, rabbia, depressione, ansia, suicidalità, autolesionismo e suicidio, funzionamento generale, funzionamento interpersonale e sociale e tassi di ospedalizzazione.

I risultati di questa meta-analisi indicano che diversi trattamenti psicologici sono efficaci in modo statisticamente significativo su diverse dimensioni psicopatologiche nel DBP e su indicatori di funzionamento. In particolare:

1. La CBT (terapia cognitivo-comportamentale) è associata alla riduzione dei comportamenti autolesivi e suicidari (singolo studio);
2. La DBT (terapia dialettica comportamentale) è associata alla riduzione dei sintomi depressivi e di ansia (più di uno studio), con miglioramento di scale di psicopatologia generale e funzionamento globale (più di uno studio), riduzione dell'irritabilità (più di uno studio), oltre che di comportamenti autolesivi e suicidari (più di uno studio);
3. La MACT (terapia cognitiva assistita da manuale) si associa a riduzione dell'ideazione suicidaria (singolo studio), dei comportamenti autolesivi e suicidari (singolo studio);
4. La MBT (terapia basata sulla mentalizzazione) si associa a miglioramenti nelle scale di psicopatologia generale (più di uno studio) e alla riduzione dell'ansia (singolo studio), oltre che alla prevenzione dei comportamenti autolesivi e suicidari (singolo studio) e dell'ospedalizzazione (singolo studio);
5. La MOTR (relazione terapeutica orientata alla motivazione) si associa ad un significativo miglioramento sul funzionamento sociale ed interpersonale (singolo studio);
6. La SFT (Schema-Focused Therapy, psicoterapia focalizzata sugli schemi) si associa a miglioramenti significativi nelle scale di psicopatologia generale (singolo studio), di funzionamento generale (singolo studio) e di funzionamento interpersonale e sociale (singolo studio);
7. La STEPPS (sistemi di addestramento per la prevedibilità emotiva e il problem solving) si associa a miglioramenti significativi nelle scale di psicopatologia generale (più di uno studio) e di funzionamento generale (più di uno studio).
8. La TFP (psicoterapia focalizzata sul transfert) si associa a miglioramenti significativi nelle scale di psicopatologia generale (singolo studio). (43)

"Il trattamento farmacologico dei DGP deve essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbilità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.)"<sup>44</sup>.

"In queste situazioni l'uso dei farmaci deve essere di breve durata (minimo tempo necessario), attentamente monitorato e riservato ai casi più gravi, in assenza di alternative terapeutiche. Se indicato, il

<sup>42</sup> Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S.: Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018, 9:199-210.

<sup>43</sup> National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.

<sup>44</sup> Ministero della Salute. *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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 32



trattamento farmacologico va condiviso in equipe, vanno individuati i possibili rischi di abuso e vanno limitate al massimo le politerapie. I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine dei DGP. 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"<sup>45</sup>.

A tutt'oggi la FDA (Food and Drug Administration) e l'EMA (European Medicines Agency) non hanno approvato alcun farmaco per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità.

I farmaci che sono stati sperimentati di recente e con successo nel trattamento dei DBP e per i quali esistono evidenze di efficacia, derivate sia dall'osservazione naturalistica sia da studi clinici controllati, non hanno infatti un'indicazione per il disturbo e quindi vengono prescritti spesso off label, quando non sono utilizzati per il trattamento di una specifica condizione psichiatrica diagnosticata in comorbidità.

Oltre che nel controllo dei sintomi caratterizzanti le fasi di acuzie, la terapia farmacologica può essere prescritta come parte di un piano integrato di trattamento, con l'intento di facilitare i processi di modificazione cognitiva e comportamentale attivati da una concomitante psicoterapia<sup>46</sup>. Il razionale nell'utilizzo dei farmaci SSRI è che il sistema serotoninergico è risultato implicato nei bassi livelli di neurotrasmissione prefrontale nel DBP; stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici possiedono un effetto regolante sui sintomi affettivi e i secondi contribuiscono anche ad un controllo dei sintomi d'ansia, dell'impulsività e dell'aggressività<sup>47</sup>. Le benzodiazepine trovano utile e comune impiego nel miglioramento del sonno o nel ridurre ansia e agitazione<sup>48</sup>.

Altre evidenze, ancora non definitive, suggeriscono l'utilità dell'impiego degli acidi grassi omega-3 su impulsività, umore e ideazione o comportamenti suicidari<sup>49</sup> e dell'ossitocina sul miglioramento dell'ipersensibilità relazionale tipica del DBP<sup>50</sup>.

Due recenti articoli sostanzialmente ribadiscono come i farmaci siano ampiamente utilizzati nel trattamento del DBP, mirando ai cluster di sintomi come la disregolazione affettiva, il controllo del comportamento impulsivo e i sintomi cognitivo-percettivi<sup>51 52</sup>.

<sup>45</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 32

<sup>46</sup> Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Völlm BA, Mattivi JT, Nielsen SS, Kielsholm ML, Faltinsen EG, Simonsen E, Lieb K. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 2.

<sup>47</sup> Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moeller H-J et al.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8 (4).

<sup>48</sup> Martinho E jr, Frankenburg FR, GM. Fitzmaurice GM and Mary C. Zanarini: PRN (As-Needed) Psychotropic Medication Use in Borderline Patients and Other Personality-Disordered Subjects over 14 Years of Prospective Follow-up. J Clin Psychopharmacol. 2014 Aug; 34(4): 499–503.

<sup>49</sup> Pompili M, Longo L, Dominici G, Serafini G, Lamis DA, Sarris J et al. Polyunsaturated fatty acids and suicide risk in mood disorders: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2017; 6 (74), 43–56

<sup>50</sup> Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M: Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. Nat Rev Neurosci. 2011 Aug 19;12(9):524-38

<sup>51</sup> Martin-Blanco A., Ancochea A., Soler J, Elices M, Carmona C., Pascual JC: Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of person with borderline personality disorder. Acta Psychiatr. Scand. 2017 Sep, 136(83): 323-331. doi: 10.1111/acps. 12767. Epub 2017 Jul 2.



Nelle Linee Guida australiane per la gestione del disturbo borderline di personalità del National Health and Medical Research Council (2012) sono riassunti i risultati di una meta-analisi degli studi di farmacoterapia nel DBP, di tipo randomizzato-controllato, che soddisfacevano determinati criteri di inclusione e pubblicati tra il 1990 e il 2011<sup>53</sup>. La meta-analisi analizza l'efficacia di diversi trattamenti psicofarmacologici rispetto a placebo su domini psicopatologici rilevanti quali l'irritabilità, l'ostilità, sintomi depressivi ed ansiosi, la suicidalità e l'autolesionismo, oltre che su scale di psicopatologia generale e di funzionamento generale, interpersonale e sociale. Diversi trattamenti sono risultati efficaci in uno o più studi in modo statisticamente significativo rispetto a tali outcomes. Tra i dati riportati si evidenzia che:

1. L'uso di aloperidolo è associato al miglioramento di misure di funzionamento generale, ma al peggioramento di sintomi depressivi (più di uno studio);
2. L'uso di aripiprazolo si associa a miglioramenti in scale di psicopatologia generale (singolo studio), di funzionamento interpersonale e sociale (singolo studio) e alla riduzione dell'irritabilità (singolo studio), dell'ostilità (singolo studio), di sintomi depressivi ed ansiosi (singolo studio);
3. L'uso di olanzapina si associa a miglioramenti in scale di psicopatologia generale (più di uno studio) e di funzionamento generale (più di uno studio), oltre che alla riduzione dell'ostilità (singolo studio) e dell'irritabilità (singolo studio);
4. L'uso di acido valproico si associa a riduzione significativa dell'irritabilità (singolo studio), dei sintomi depressivi (più di uno studio) e al miglioramento del funzionamento interpersonale e sociale (singolo studio);
5. L'uso della lamotrigina si associa a riduzione significativa dell'irritabilità (singolo studio);
6. L'uso del topiramato si associa a miglioramenti nelle scale di psicopatologia generale (singolo studio) e di funzionamento interpersonale e sociale (singolo studio) e a riduzione dell'ostilità (singolo studio) e dell'ansia (singolo studio). (53)

Inoltre, in questa meta-analisi alcuni trattamenti antidepressivi si sono dimostrati efficaci nel miglioramento di scale di psicopatologia generale (fluvoxamina). Sulla prevenzione dei comportamenti autolesivi e suicidari nessuno dei farmaci considerati ha dimostrato una significativa efficacia. Ad ogni modo i risultati di questa meta-analisi devono essere interpretati con cautela in considerazione del basso numero di studi randomizzati-controllati inclusi per ogni specifico trattamento e per la disomogeneità tra vari studi nelle misure di outcome impiegate. Gli autori delle Linee Guida australiane inoltre evidenziano come i trattamenti farmacologici non debbano essere considerati trattamenti di prima scelta nel DBP, poichè l'entità della loro efficacia è modesta e poichè non sembrano portare a una modifica sostanziale nella traiettoria evolutiva del disturbo<sup>54</sup>.

I Servizi di Salute Mentale offrono inoltre percorsi di cura di tipo semiresidenziale che si caratterizzano come contenitivi, flessibili ed integrativi, con la loro finalità riabilitativa, del percorso terapeutico ambulatoriale per gli utenti per cui risultino appropriati.

“A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che è possibile ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, la persona con DGP può essere inserita in strutture

<sup>52</sup> Hancock-Johnson E., Griffiths C., Picchioni M.: A focused systematic review of pharmacological treatment for borderline personality disorder. *CNS Drugs* 2017 May; 31(5): 345-356. doi: 10.1007/s4263-017-0425-0.

<sup>53</sup> National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.

<sup>54</sup> National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.



residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. I trattamenti riabilitativi residenziali in strutture a media o bassa intensità di cura devono essere attentamente monitorati perché a rischio di inappropriatelyzza e di complicanze iatrogene”<sup>55</sup>.

**h) MONITORAGGIO E INDICATORI: Allegato A alla DGR n. 1170/2015**

**A-Presa in carico precoce**

- Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti

**B- Gestione della fase acuta**

- Ricoveri in regime di TSO
- Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni

**C- Trattamenti continuativi e a lungo termine**

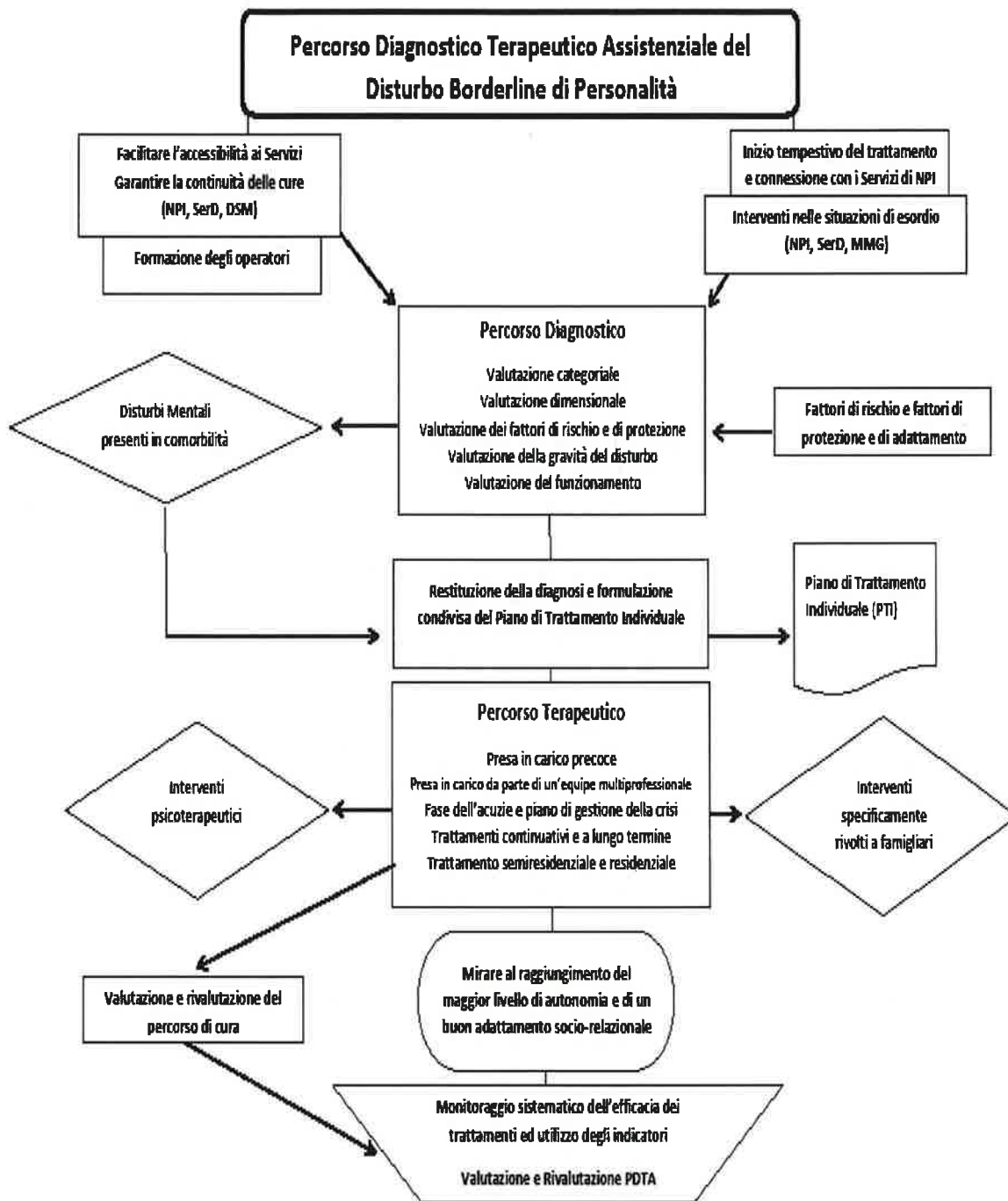
- Pazienti in trattamento psicoterapico
- Intensità dell’assistenza territoriale rivolta ai familiari

---

<sup>55</sup> Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014, pag. 32



**i) DIAGRAMMA DI FLUSSO**



Nell' allegato 1: Diagramma Disturbi Correlati alle Sostanze nel PDTA del Disturbo Borderline di Personalità.



**I) RUOLO, RESPONSABILITA' DEGLI ATTORI DEL PDTA E INTERDIPENDENZA TRA ATTIVITA'**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Descrizione attività e Modalità Operative</b>	<b>RESPONSABILE</b>
<b>Attivazione del Servizio (NPI, SerD, DSM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segnalazione di disturbi psicopatologici</li> <li>- Segnalazione di uso di sostanze</li> <li>- Segnalazione di disturbi nell'età evolutiva</li> </ul>	MMG, PLS, altro specialista, famigliari, Servizio Sociale, altro Ente o Istituzione
<b>Visita con il medico di riferimento (NPI, SerD, DSM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloquio di valutazione diagnostica con approfondimento anamnestico</li> <li>- Utilizzo degli strumenti di valutazione diagnostica</li> </ul>	Neuropsichiatra infantile Psichiatra Psicologo
<b>Intervento nelle situazioni di esordio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosi in età adolescenziale</li> <li>- Valutazione antecedenti infantili</li> <li>- Avvio interventi multimodali</li> </ul>	Neuropsichiatra infantile Equipe multiprofessionale NPI-EE
<b>Consulenza del medico psichiatra in PS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloquio di valutazione diagnostica con eventuale approfondimento anamnestico</li> <li>- Trattamenti farmacologici se necessari</li> <li>- Coinvolgimento del Servizio curante</li> <li>- Valutazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi</li> <li>- Coinvolgimento dei famigliari</li> </ul>	Psichiatra di guardia
<b>Fase dell'acuzie e Gestione della Crisi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocollo di gestione delle crisi</li> <li>- Valutazione del rischio suicidario</li> <li>- Trattamento farmacologico</li> </ul>	Psichiatra di guardia Equipe del SPDC Equipe del CSM
<b>Ricovero in SPDC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione ed approfondimento diagnostico ed anamnestico</li> <li>- Valutazioni diagnostiche mediche</li> <li>- Eventuale coinvolgimento NPI (per collegamento anamnestico) e SerD</li> <li>- Coinvolgimento del Servizio curante</li> <li>- Brevi ricoveri ospedalieri</li> </ul>	Psichiatra Equipe del SPDC Psichiatra SerD Neuropsichiatra infantile
<b>Percorso Diagnostico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione categoriale</li> <li>- Diagnosi di Disturbi in comorbidità</li> <li>- Valutazione dimensionale</li> <li>- Valutazione dei fattori di rischio e di protezione</li> <li>- Valutazione della gravità del disturbo</li> <li>- Valutazione del funzionamento</li> <li>- Percorso diagnostico attuato da un pool interservizi di operatori</li> </ul>	Equipe multiprofessionale del DSM, con eventuale collaborazione dell'equipe della neuropsichiatria infantile per la continuità del trattamento ed il Dipartimento per le Dipendenze (DD) per i disturbi da uso di sostanze
<b>Restituzione diagnosi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulazione diagnostico-terapeutica</li> <li>- La formulazione mette in luce i problemi chiave, i punti di forza e di debolezza</li> </ul>	Psichiatra Psicologo
<b>Formulazione condivisa del piano di trattamento individualizzato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione del Piano di Trattamento il più possibile individualizzato</li> <li>- Restituzione della diagnosi e formulazione condivisa del Piano di Trattamento Individualizzato (PTI)</li> <li>- Chiarezza sul ruolo di ogni persona coinvolta nel processo di cura</li> <li>- Motivazione al trattamento</li> <li>- Incontri con i famigliari</li> <li>- Definizione delle responsabilità del paziente</li> <li>- Elaborare gli obiettivi primari e secondari</li> <li>- Elaborazione di un piano di crisi</li> </ul>	Psichiatra Psicologo Assistente sociale Infermiere Educatore



<b>ATTIVITA'</b>	<b>Descrizione attività e Modalità Operative</b>	<b>RESPONSABILE</b>
<b>Presa in Carico multiprofessionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali del paziente</li> <li>- Pianificazione e attuazione degli interventi personalizzati</li> <li>- Riunioni dell'équipe multiprofessionale, mirate a garantire la condivisione delle informazione e la sinergia tra i diversi interventi</li> <li>- Offrire una psicoeducazione</li> <li>- Definire gli interventi sociali e di inclusione sociale</li> <li>- Interventi di inserimento e mantenimento scolastico o lavorativo</li> <li>- Trattamento per comorbidità con Disturbo da Uso di Sostanze</li> <li>- Miniequipe dedicate</li> </ul>	Psichiatra Psicologo Psichiatra e operatori SerD Assistente Sociale Educatore Infermiere Operatore Socio Sanitario
<b>Trattamenti continuativi e a lungo termine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione e interazione all'interno dell'équipe multiprofessionale</li> <li>- Trattamento psicoterapeutico</li> <li>- Trattamento psicofarmacologico</li> <li>- Interventi rivolti ai famigliari</li> <li>- Interventi psicoeducativi</li> </ul>	Psichiatra Psicologo Assistente Sociale Educatore Infermiere Operatore Socio Sanitario
<b>Trattamento semiresidenziale e residenziale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trattamento psicoterapeutico</li> <li>- Trattamento psicofarmacologico</li> <li>- Interventi psicosociali</li> <li>- Interventi psicoeducativi</li> </ul>	Psichiatra Psicologo Assistente Sociale Educatore Infermiere Operatore Socio Sanitario
<b>Monitoraggio dell'efficacia degli interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizzo degli indicatori</li> </ul>	Gruppo di lavoro dipartimentale
<b>Valutazione e Rivalutazione del percorso di cura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sperimentazione, valutazione, rivalutazione e aggiornamento del percorso di cura</li> <li>- Momenti di discussione e verifica nelle equipe curanti</li> <li>- Valutazione dell'aderenza degli operatori al presente PDTA</li> </ul>	Equipe curante
<b>Formazione degli operatori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione per tutto il personale</li> <li>- Percorsi condivisi di formazione tra NPI, DSM, DD</li> </ul>	Gruppo formazione dipartimentale Ufficio formazione A.Ulss

**m) BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*, Washington DC. APA; 2001.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, 2013* (ed. It. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014).
3. De Fruyt F, De Clercq B. Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014, 10:449-76. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153634.
4. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015, 24(11):1307-20. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z.
5. Generalitat de Catalunya- Departament de Salut. *Agència d'Informació Avaluació i Qualitat en Salut*



- (AIAQS). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad -GPC01; 2011.
6. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018, 9:199-210.
  7. Gunderson J.G, Links P-S.: *La personalità borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
  8. Gunderson J.G., Links P.S. *Il Good Psychiatric Management nel trattamento del disturbo borderline, a cura di C. Maffei e E. Smeraldi*; ed. Edra LSWR; Milano, 2015
  9. Hancock-Johnson E., Griffiths C., Picchioni M.: A focused systematic review of pharmacological treatment for border-line personality disorder. *CNS Drugs* 2017 May; 31(5): 345-356. doi: 10.1007/s4263-017-0425-0.
  10. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moeller H-J et al.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8 (4): 212-214.
  11. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;45(1):5-16.
  12. Martin-Blanco A., Ancochea A. , Soler J. Elices M. Carmona C., Pascual JC: Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of person with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand*. 2017 Sep, 136(3): 323-331. doi: 10.1111/acps. 12767. Epub 2017 Jul 2.
  13. Martinho E jr, Frankenburg FR, GM. Fitzmaurice GM and Mary C. Zanarini: PRN (As-Needed) Psychotropic Medication Use in Borderline Patients and Other Personality-Disordered Subjects over 14 Years of Prospective Follow-up. *J Clin Psychopharmacol*. 2014 Aug; 34(4): 499–503.
  14. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M: Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuro-peptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci*. 2011 Aug 19;12(9):524-38.
  15. Miller, W., Rollinck, S. (2012) *Motivational Interview. Third Edition. Helping People Change*. New York: Guilford Press. (trad. it Miller, W., Rollinck, S. (2014) *Il Colloquio Motivazionale, III Edizione*, Trento: Edizioni Erickson).
  16. Ministero della Salute. 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 Conferenza Unificata 13 novembre 2014.
  17. National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
  18. National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence - NICE). *Borderline personality disorder: treatment and management*. National clinical practice guideline number 78. Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.
  19. Pompili M, Longo L, Dominici G, Serafini G, Lamis DA, Sarris J et al. Polyunsaturated fatty acids and suicide risk in mood disorders: A systematic review. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 2017; 6 (74), 43–56.
  20. Regione Veneto: Gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero, prot. n° 464222 del 28/11/2016.
  21. Rosengren, D.B. (2009) *Building Motivational Interviewing Skills. A Practitioner Workbook*. New York: Guilford Press. (trad. it. Rosengren, (2011) D.B. *Guida Pratica al Counseling Motivazionale*, Trento: Edizioni Erickson).
  22. Soto CJ, Tackett JI. Personality Traits in Childhood and Adolescence: Structure, Development and Outcomes. *Current Directions in Psychological Sciences*. 2015, 24(5): 358-362.





23. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Völlm BA, Mattivi JT, Nielsen SS, Kielsholm ML, Faltinsen EG, Simonsen E, Lieb K Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 2.
24. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2. (2012).
25. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review), The Cochrane Library, 2010, Issue 6.
26. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Kielsholm ML, Nielsen SS, Jørgensen MP, Faltinsen EG, Lieb K, Simonsen E.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955 (2018).
27. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. ArchGenPsychiatry. 2001 Jun;58(6):590-6.
28. Watts D and Morgan G, (1994) Malignant alienation. Dangers for patients who are hard to like. BJPsych 164, 11-15.
29. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G: Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis I comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psych, 2012; 169 (5): 476-83

#### **n) FORMAZIONE**

Fondamentali per lo sviluppo delle competenze, per la valutazione dei percorsi di cura e per l'elaborazione delle dinamiche all'interno dell'équipe curante e tra le équipe coinvolte che compongono i Servizi, sono la formazione di tutto il personale ed una continua supervisione, che va intervallata ad un costante lavoro di intervizione.

E' auspicabile che in ogni DSM si possa creare una équipe di riferimento per il trattamento del DBP. All'interno del DSM deve essere sviluppata una cultura sul DBP che permetta lo stabilirsi di una sensibilità diagnostica al disturbo e una capacità di gestione clinica omogenea nelle varie strutture, prima di tutto nei CSM e negli SPDC. Sono da favorire e rafforzare le modalità di comunicazione e interazione sui singoli progetti di cura da parte dei Servizi del DSM coinvolti nelle diverse fasi del trattamento (CSM, SPDC, Strutture Riabilitative semiresidenziali e residenziali).

Sarebbe opportuno prevedere percorsi condivisi di formazione tra NPI, DSM, DD, per aumentare le competenze e la collaborazione e sviluppare metodologie di lavoro. La formazione, oltre ad eventi specifici, può essere organizzata come formazione sul campo con attività di interscambio tra i Servizi.

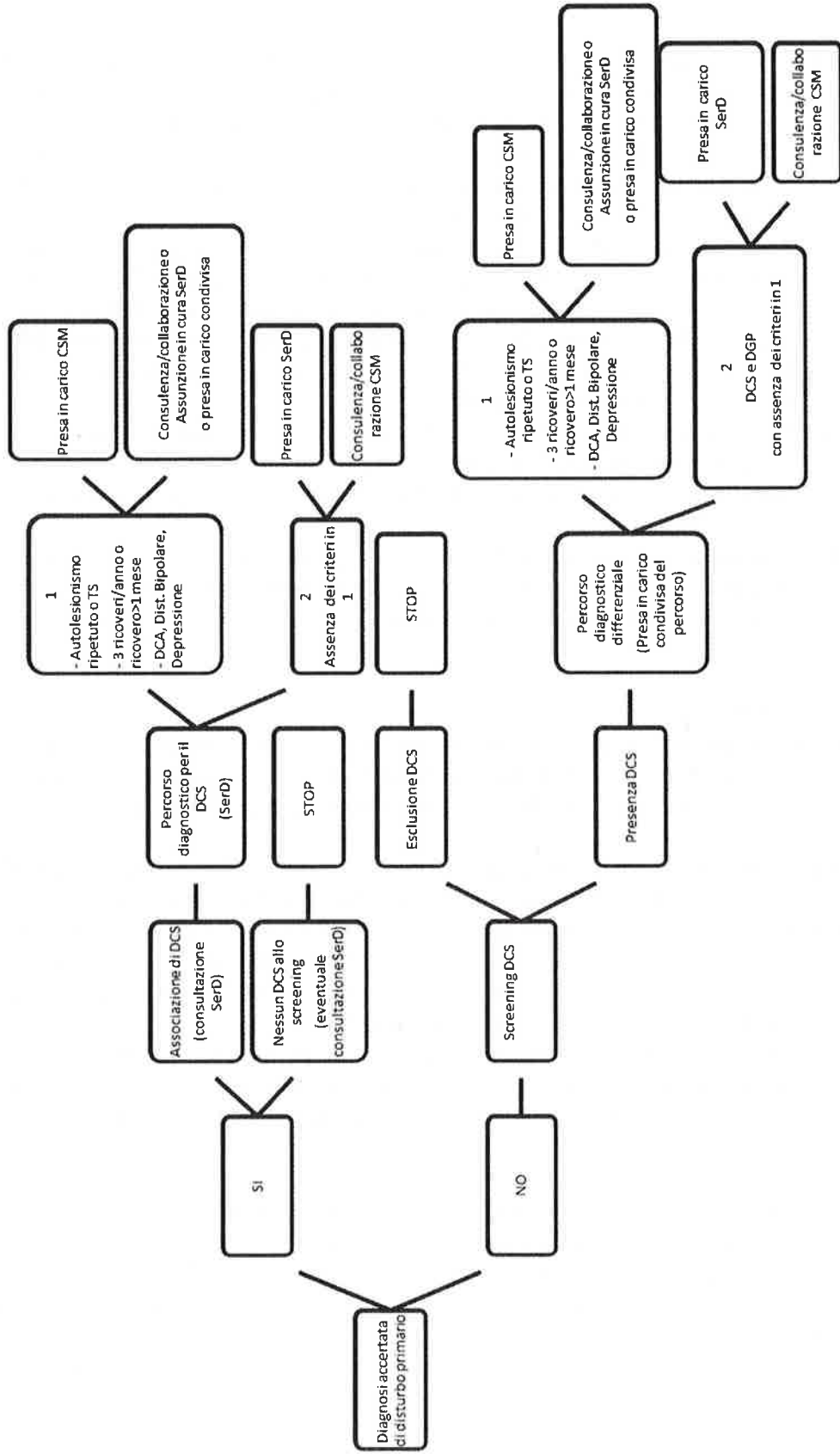
#### **o) SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E RIVALUTAZIONE PDTA**

Questo PDTA va inteso come un progetto "in itinere", che necessita di sperimentazione, valutazione, rivalutazione e aggiornamento dello stesso. E' auspicabile l'aderenza degli operatori del DSM, del servizio NPI e del DD al presente PDTA, che permetterà una valutazione di processo e di esito più attendibile e precisa.

E' prevista pertanto una prima revisione ad un anno.



**Allegato 1 Diagramma Disturbi Correlati alle Sostanze nel PDTA del Disturbo Borderline di Personalità**





Il documento è stato predisposto e validato dal sottogruppo di lavoro con il coordinamento regionale a cura del Dr. Marco Nuti

dott. Andrea Danieli (coordinatore), DSM Azienda Ulss 8 Berica  
dott. Emanuele Toniolo , DSM Azienda Ulss 5 Polesana  
dott. Leonardo Meneghetti, DSM Azienda Ulss 6 Euganea  
prof.ssa Michela Gatta, neuropsichiatra infantile, Azienda Ospedaliera-Università di Padova  
dott.ssa Beatrice Bortolato, DSM Azienda Ulss 8 Berica  
dott. Francesco Gardellin, DSM Azienda Ulss 8 Berica  
dott.ssa Stefania Strizzolo, DSM Azienda Ulss 8 Berica  
dott. Walter Padoani, DSM Azienda Ulss 6 Euganea  
dott.ssa Gabriella Bonifaci, DSM Azienda Ulss 6 Euganea  
dott. Vito Sava, Dipartimento Dipendenze Azienda Ulss 6 Euganea  
dott.ssa Sabrina Guareschi, DSM Azienda Ulss 3 Serenissima  
dott. Valerio Vivenza, AOUI di Verona

