

LINEE DI INDIRIZZO
per il trattamento
del Disturbo Borderline di Personalità
nei dipartimenti di salute mentale
e dipendenze patologiche



DEFINIZIONI

SIGLE	DEFINIZIONI
LI	Linee di Indirizzo
DSM-DP	Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche
CSM	Centro Salute Mentale
SMA	Servizio Mentale Adulti
SerDP	Servizio per le Dipendenze Patologiche
NPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPOI	Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo
RTI	Residenza a Trattamento Intensivo
RTIS	Residenza a Trattamento Intensivo Specialistico
CM	Case Management
DPC	Dipartimento Cure Primarie
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
DGP	Disturbi Gravi di Personalità
DBP	Disturbo Borderline di Personalità
DUS	Disturbo da Uso di Sostanze
DNA	Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione
CBT	Terapia Cognitivo-Comportamentale
DBT	Terapia Dialettico Comportamentale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
ST-DBT	Skills Training della DBT
GPM	Good Psychiatric Management
EB	Evidence Based
APA	American Psychiatric Association
CURE	Cartella Unica Regionale Elettronica (Cartella socio-sanitaria informatizzata dei DSM-DP della regione Emilia-Romagna)
NICE	National Institute for Health and Care Clinical Excellence
NMHRC	National Health and Medical Research Council

PREFAZIONE

Il documento di aggiornamento delle Linee di Indirizzo sui Disturbi Gravi di Personalità (DGP) ha l'obiettivo di adeguare le raccomandazioni sui percorsi di cura per le persone con diagnosi del cluster B, e segnatamente con Disturbo Borderline di Personalità (DBP), alla letteratura più recente, alle Linee Guida Internazionali pubblicate dopo il 2013 e al rinnovato contesto epidemiologico e organizzativo dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna.

A suo tempo era stata fatta la scelta di riferire le Linee di Indirizzo ad una vasta congerie di categorie diagnostiche rappresentate nei sistemi informativi dei DSM-DP della regione, non sempre identificate da una specifica categoria nosografica. Da qui la scelta del termine di Disturbi Gravi di Personalità (DGP), la cui genericità rifletteva anche la necessità di una revisione complessiva dell'inquadramento diagnostico di quadri clinici troppo spesso identificati sulla base del comportamento irruento, ma non sufficientemente tipizzati come dimensioni e/o categorie psicopatologiche specifiche. Uno dei risultati più apprezzabili delle Linee di Indirizzo del 2013 è stato proprio quello della riduzione delle diagnosi aspecifiche (diagnosi NAS o diagnosi ICD9 identificate dalle prime tre cifre 301. sinonimo di generico Disturbo di Personalità) che sono passate dal valore di 45,6% delle diagnosi totali di DP nel 2013 al valore di 24,6% nel 2021 (*sesto report regionale monitoraggio indicatori DGP*).

Non vi è dubbio che la maggior parte di quelle condizioni afferivano a dimensioni psicopatologiche coerenti con la diagnosi di DBP: difficoltà nell'area della regolazione delle emozioni, impulsività, fragilità dell'identità e condotte para suicidarie. Pertanto, il punto di riferimento principale assunto per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo erano state le Linee Guida del *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE) sul trattamento del DBP (World Health Organization, 2008). Le azioni di implementazione e di formazione sviluppate in questi anni dal programma DGP della Regione Emilia-Romagna¹, sono state prioritariamente orientate ad incrementare la capacità di cura del Disturbo Borderline di Personalità, trovando nella rete della Terapia Dialettico Comportamentale (DBT), il principale punto di riferimento per lo sviluppo dei trattamenti evidence based (EB). Oggi, al momento della rielaborazione delle Linee di Indirizzo, appare necessario identificare con maggiore chiarezza il target delle raccomandazioni nel nucleo psicopatologico centrale del Disturbo Borderline di Personalità. Di qui in avanti si abbandona la definizione generica di DGP optando di riferirsi in maniera definitiva ed univoca al DBP, considerato nella sua accezione dimensionale, come un'ampia area di disturbi che riguardano l'immagine di sé, la regolazione emotiva, il comportamento impulsivo e l'elevato rischio suicidario associati ad un elevato grado di disfunzione nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento sociale.

Il documento accoglie le integrazioni, e/o le modifiche, alle raccomandazioni del 2013 motivandole sulla base delle acquisizioni presenti nella letteratura scientifica recente e dei cambiamenti culturali, organizzativi ed epidemiologici avvenuti in questi dieci anni. Per l'elaborazione del documento sono state individuate nell'ambito del gruppo referenti DGP, alcune aree tematiche prioritarie che ne costituiscono i capitoli. A tal fine è stato attivato un board composto dai referenti del gruppo regionale, ciascuno con la responsabilità di coordinare un tavolo dedicato alle specifiche aree tematiche. Il board è stato coordinato da Michele Sanza con il supporto della segreteria scientifica di Marina Liotta e Cristina Loddo.

¹ Con determina della Regione Emilia-Romagna (n.1184 del 25/01/2021) è stato istituito il gruppo di lavoro referenti dei percorsi disturbi gravi di personalità con l'obiettivo di facilitare l'attivazione nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dei trattamenti sostenuti da evidenze di efficacia come declinati nelle Linee di Indirizzo regionali sui Disturbi Gravi di Personalità.

1. Michele Sanza		L'implementazione delle Linee di Indirizzo sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e il contesto epidemiologico
2. Michele Sanza	Cristina Loddo	La configurazione generale dell'offerta di cura del paziente con DBP nei DSM-DP: i principi e la Stepped Care
3. Stefano Costa (gruppo 14-25)	Milena Bizzocchi	La valutazione e la transizione dei disturbi della regolazione emotiva in adolescenza
4. Monica Pacetti	Francesca Martino Marina Liotta	La valutazione diagnostica del paziente con DBP
5. Panagiotis Sideris	Vitantonio Scagliusi	Il contratto di cura del paziente con DBP
6. Gianluca Farfaneti	Graziano Pompei	La gestione della crisi e il ricovero in emergenza del paziente con DBP
7. Michele Sanza	Cristina Loddo	Il percorso di cura del paziente con DBP nei DSM-DP
8. Biancamaria Bortolotti	Gagliostro Maria Teresa Rossana Spotti	Lo Skills Training della Terapia Dialettico Comportamentale nei DSM-DP
9. Marco Menchetti	Margherita Magro Clara Parmeggiani Luca Pellegrini	La terapia farmacologica del paziente con DBP
10. Paola Daniela Turilli	Biancamaria Bortolotti	I trattamenti rivolti ai familiari dei pazienti con DBP
11. Codeluppi Silvia	Bassini Beatrice Giustina Lucia Scagliusi Vitantonio Graziana Schito Elisa Violante	La comorbilità con il Disturbo da Uso di Sostanze e l'integrazione tra CSM e SerDP
12. Michele Sanza		La formazione dei professionisti nei DSM-DP
Alessio Saponaro Maristella Salaris		Appendice - a - La Cartella Unica Regionale Elettronica (CURE) come strumento di innovazione - Gli indicatori di monitoraggio e valutazione della Regione Emilia-Romagna

1. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO SUL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDELINE DI PERSONALITÀ NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE E IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

A cura di Michele Sanza

1.1. Le Linee di Indirizzo della Regione Emilia-Romagna sui Disturbi Gravi di Personalità del 2013

Nel 2013 la Regione Emilia-Romagna ha promosso un'azione di miglioramento dell'offerta di cura per i disturbi di personalità partendo dalla considerazione che i Servizi di Salute Mentale non offrivano un trattamento adeguato a queste problematiche di salute mentale. Ai fini del miglioramento dell'offerta di cura era stata assunta, come punto di riferimento centrale, la letteratura scientifica sul trattamento del DBP. Tale azione ha portato alle "Linee di Indirizzo sul trattamento dei DGP" che, ispirandosi alle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del 2009 sul DBP, indicavano come prioritari gli interventi psicosociali. Il progetto ha avuto seguito con l'istituzione del Programma Disturbi Gravi di Personalità che ha come finalità l'implementazione nei contesti reali delle Linee di Indirizzo (LI).

Le LI hanno promosso l'adattamento delle raccomandazioni evidence-based delle Linee Guida Internazionali del DBP al contesto locale della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda la configurazione dei Servizi, l'integrazione funzionale dei Servizi di Salute Mentale per gli adulti (CSM) con i servizi di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), le caratteristiche del contratto terapeutico, gli interventi sulle crisi, gli strumenti diagnostici, le terapie farmacologiche, gli interventi terapeutici disponibili e quelli che possono favorire le attitudini terapeutiche di équipe nei confronti del DBP.

Ad oggi le fonti di letteratura sono inequivoche nel raccomandare la psicoterapia come trattamento elettivo del DBP. Tuttavia, gli ostacoli riscontrati nell'implementazione dei protocolli standard delle psicoterapie EB suggeriscono, per i Servizi di Salute Mentale pubblici, l'adozione di modelli flessibili e aperti a diversi livelli di intensità di cura nell'ottica della stepped care (Paris, 2013). In questi modelli di intervento, che trovano una chiara esemplificazione anche nel Good Psychiatric Management (GPM) di Gunderson & Links (2014), si ritrovano gli elementi generali e i fattori trasversali che concorrono all'efficacia delle psicoterapie. In particolare, i principi centrali sono un *atteggiamento attivo ma non reattivo*; *l'approccio non giudicante*; *l'orientamento all'empowerment* e all'autonomia attraverso la costruzione di una *relazione simmetrica* basata sull'*alleanza* e la collaborazione e *l'ottimismo terapeutico*.

Il modello della configurazione dei Servizi, già assunto come riferimento nei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna al fine di rendere le cure più efficaci ed accessibili, è stato ulteriormente rafforzato nell'aggiornamento delle Linee di Indirizzo regionali attraverso la specificazione del **Percorso di Cura per fasi del Disturbo Borderline di Personalità**.

1.2. Background ed epidemiologia

Il DBP è un disturbo mentale dovuto a cause genetiche e ambientali che inizia nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e si caratterizza per l'instabilità delle relazioni interpersonali e una marcata disfunzione che si esprime in vari ambiti del Sé e del funzionamento interpersonale (APA, 2013): l'immagine di Sé, la regolazione delle emozioni, la pianificazione delle attività, il controllo degli impulsi. Il DBP non di rado è preceduto da disturbi esternalizzanti e/o internalizzanti che hanno avuto corso nell'infanzia e si manifesta

inizialmente in adolescenza come “struttura borderline di personalità” (Bondurant et al., 2004). Le attuali tendenze epidemiologiche vedono l’incremento dei disturbi della regolazione emotiva negli adolescenti e nei giovani adulti, spesso prodromi del DBP. Gli adolescenti che presentano questa struttura ricorrono all’autolesionismo non suicidario o a tentativi di suicidio per gestire stati di criticità emotiva, che si presentano in conseguenza di esperienze traumatiche (Porter et al., 2020). Uno dei motivi del ricorso all’autolesività non suicidaria, è la scarsa capacità di regolazione emotiva, dovuta a cause biologiche ed ambientali correlate alle esperienze avverse nel corso dell’infanzia (Fortune & Hawton, 2005).

Il DBP è presente nel 1,6% della popolazione generale e nel 20% della popolazione psichiatrica (Ellison et al., 2018). Le indagini epidemiologiche condotte in alcune regioni italiane (in particolare Lombardia ed Emilia-Romagna) confermano l’elevata prevalenza nella popolazione trattata dai Servizi territoriali (circa il 12% degli assistiti dai CSM, il 20% dei pazienti ospedalizzati e dei pazienti inseriti nelle residenze riabilitative a medio-lungo termine) e la frequente comorbilità con altri disturbi psichici (disturbi dell’umore 50%; disturbi da uso di sostanze 60-70%; disturbi del comportamento alimentare, disturbo post traumatico da stress, psicosi reattive dissociative).

1.3. Conseguenze del DBP

Il DBP è associato ad uno scarso funzionamento sociale, ad una bassa qualità di vita e ad un aumento della mortalità. Sebbene nel tempo si verifichi una tendenza all’attenuazione della gravità dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, tanto che la sindrome clinica tende ad evolvere spontaneamente portandosi al di sotto della soglia dei criteri per la diagnosi categoriale; ma il disturbo frequentemente esita in una forma di grave disabilità sociale residua. Il tasso di suicidio è in assoluto il più elevato rispetto ad ogni altro disturbo psichiatrico, almeno il 5% nella prospettiva di vita (McClelland et al., 2023). Inoltre, la ricerca recentemente pubblicata sulla mortalità per cause naturali nella popolazione assistita dai Centri di Salute Mentale dell’Emilia-Romagna (Berardi et al., 2021) ha evidenziato che le diagnosi psichiatriche associate al maggior rischio di mortalità per cause naturali riguardano i disturbi di personalità, secondi solo alle dipendenze. A causa dell’impulsività e delle condotte autolesive associate, le persone che presentano questo disturbo ricorrono alle strutture sanitarie per ricoveri nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC), ma anche per ricoveri in reparti non psichiatrici in conseguenza di danni fisici dovuti a tentativi di suicidio, atti autolesivi e/o incidenti, o intossicazioni da stupefacenti / abuso di farmaci. L’assunzione di stupefacenti rappresenta spesso un tentativo di “autocura” messo in atto per gestire lo stress interpersonale. L’abuso e la dipendenza da sostanze si ritrovano frequentemente come comorbilità nel DBP e ne peggiorano la prognosi.

2. LA CONFIGURAZIONE GENERALE DELL'OFFERTA DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP NEI DSM-DP: I PRINCIPI E LA STEPPED CARE

A cura di Michele Sanza e Cristina Loddo

L'implementazione dei trattamenti per i Disturbi di Personalità implica un cambiamento di paradigma che sostituisca l'approccio psichiatrico generalista, centrato sulla mera stabilizzazione dei sintomi e sul ricorso ai Servizi di Emergenza per la gestione delle crisi. Per fare ciò occorre superare le diffidenze dei clinici, rimuovere gli ostacoli organizzativi e garantire risorse adeguate alla formazione e alla supervisione. Molto può la ricerca, soprattutto la ricerca empirica di base sui modelli di intervento applicati nel concreto, per supportare, con prove di efficacia, le decisioni dei management sanitari e gli orientamenti dei clinici.

La configurazione dei Servizi ottimale, che tenga conto delle diverse necessità e prospettive nell'opera di implementazione dei trattamenti EB, trova un punto di riferimento teorico nel modello di **stepped care** per il trattamento del DBP (Paris, 2013). Secondo il modello di stepped care occorre assumere come elettivo l'intervento meno invasivo ai diversi stadi di gravità del disturbo e prevedere interventi calibrati, non solo sulle necessità, ma anche sulle risorse del contesto e sulla motivazione del paziente. Per migliorare la qualità delle cure offerte alle persone con DBP, quindi, non è sufficiente creare équipe specialistiche dedicate, ma è necessario coinvolgere l'intero corpo professionale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, a garanzia che i pazienti siano accolti e trattati secondo i principi di carattere generale dell'intervento psicosociale coerenti con le psicoterapie elettive.

La necessità di adottare modalità di intervento efficaci nei confronti del DBP, suggerisce l'utilizzo di approcci pragmatici che pongano al centro i fattori comuni delle terapie EB e l'utilizzo modulare delle parti e delle singole strategie, che si possono considerare efficaci anche da sole, in assenza della completa strutturazione della terapia.

In questi modelli di intervento, che hanno una chiara esemplificazione nel *Good Psychiatric Management* (GPM) di J.G. Gunderson e P.S. Links (2014), si ritrovano gli elementi generali e i fattori trasversali che concorrono all'efficacia delle psicoterapie EB, favoriscono l'alleanza terapeutica e la realizzazione del paziente. Gli elementi centrali per la declinazione del percorso di cura sono:

- **L'approccio non giudicante**, che si fonda sull'accettazione positiva del paziente e della sua prospettiva, ascoltata in modo attivo, compresa e rispecchiata in un clima empatico.
- L'orientamento all'**empowerment** e all'autonomia, attraverso il riconoscimento delle capacità di scelta del paziente e l'acquisizione di abilità funzionali di coping.
- **Lo sviluppo dell'alleanza terapeutica**, basata su una relazione simmetrica e collaborativa che favorisca la partecipazione attiva del paziente, la condivisione degli obiettivi terapeutici e delle responsabilità reciproche nel progetto di cura.
- **L'ottimismo terapeutico**, teso a infondere speranza nella prognosi e nell'efficacia delle opzioni di trattamento, suscitando aspettative realistiche anche attraverso la co-costruzione di obiettivi concreti, fattibili e gradualità.
- **Il lavoro di équipe** e la comunicazione efficace e sistematica tra i vari setting operativi (case management, psicologico e psichiatrico)².

² Per i pazienti con Programma/PDTA "Disturbi gravi della personalità:" l'équipe composta da professionisti di diversi Servizi può essere gestita con la creazione dell'"équipe trasversale" nella *cartella sociosanitaria informatizzata unica regionale* (CURE) previo consenso dell'assistito.

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

A cura di Stefano Costa e Milena Bizzocchi

In età evolutiva possono strutturarsi quadri psicopatologici sia di tipo internalizzante (in particolare la tipologia evitante - ritirato) sia di tipo esternalizzante (in particolare disturbi del comportamento) che, uniti a fattori di rischio quali uso di sostanze, fallimento scolastico, difficoltà di socializzazione, agiti autolesivi, possono evolvere in una diagnosi di DBP che va quindi valutata attentamente (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). La letteratura sottolinea la necessità di fornire interventi precoci mirati al trattamento della patologia emergente di personalità. In particolare, è importante valutare i **precursori del DBP** (dai 16 anni) come: *disturbi misti della condotta e delle emozioni, disturbo ipercinetico della condotta, disturbo della condotta con ridotta socializzazione, disturbo oppositivo provocatorio*.

Nella valutazione diagnostica dei *possibili* DBP si raccomanda l'utilizzo di **test specifici** ed una lettura della sintomatologia all'interno di un più ampio quadro di funzionamento generale in ottica sia dimensionale che categoriale (Speranza et al., 2020). In particolare occorre focalizzarsi sui fattori protettivi e sui fattori di rischio, mentre il coinvolgimento della famiglia è elemento indispensabile per arrivare alla diagnosi (Koehne, Hamilton, Sands & Humphreys, 2013). Poiché i minori raramente hanno diagnosi di disturbo di personalità, si propone l'utilizzo dei codici ICD-10 X60-X84 per la valutazione e la registrazione nosografica su cartella.

Per la transizione dei casi "*non gravi*" è comunque previsto un **percorso clinico dedicato ai pazienti "fragili"**: si tratta di quelle condizioni che non rientrano nella psicopatologia maggiore (psicosi o DBP) e non sono chiaramente connotate da un punto di vista psichiatrico, ma che presentano un malessere percepito significativo, sintomi vari sebbene transitori, e/o situazioni di rischio evolutivo importante. I pazienti che manifestano questo insieme di condizioni cliniche hanno spesso un alternarsi di fasi critiche ad altre di minore complessità. Alle diverse fasi deve corrispondere un differente trattamento, nell'ottica della stepped care. I consultori, gli spazi giovani dei Dipartimenti delle cure Primarie (DCP), in rete con i pediatri di libera scelta (PLS) e i medici di medicina generale (MMG) e i servizi di primo accesso per adolescenti e giovani adulti delle AUSL fanno parte della rete di rilevazione, prima valutazione, cura per i *possibili* DBP in età evolutiva. Nell'ottica della stepped care ascendente possono fungere da primo servizio che intercetta le situazioni psicopatologiche e le invia – se necessario – ai servizi specialistici del DSM-DP; nell'ottica della stepped care discendente possono invece fungere da luoghi di cura e completamento del percorso terapeutico per adolescenti e giovani adulti dimessi dai servizi specialistici del DSM-DP.

Completa la fase diagnostica una accurata restituzione: la diagnosi deve descrivere con parole semplici e chiare il funzionamento dell'adolescente al fine di favorirne la comprensione e la consapevolezza, deve essere condivisa con paziente e familiari e costituisce la "base" del contratto di cura; in questo modo rappresenta un percorso utile (Koehne et al., 2013): è importante che i pazienti possano percepire che è svolta *per loro*, al fine di promuovere un percorso di cura e di benessere (Koehne et al., 2013). La restituzione della valutazione va impostata come base del contratto per attivare il percorso di cura, individuando gli obiettivi, le modalità per raggiungerli e le responsabilità reciproche, al fine di costruire un setting di lavoro chiaro, trasparente e prevedibile.

3.1. Raccomandazioni cliniche per la valutazione dei disturbi della regolazione emotiva in adolescenza:

- *Quando in età evolutiva si riscontrano quadri psicopatologici con disregolazione emotiva, sia di tipo internalizzante, sia di tipo esternalizzante, occorre valutare attentamente la presenza del DBP nel processo diagnostico.*
- *La famiglia va coinvolta fin dai primi step del processo diagnostico come elemento imprescindibile per ottenere un quadro del funzionamento dell'adolescente attendibile e completo.*
- *Nella valutazione diagnostica dei possibili DBP si raccomanda l'utilizzo di test specifici ed una lettura del sintomo all'interno di un più ampio quadro di funzionamento generale in ottica sia dimensionale che categoriale, con particolare focus sui fattori protettivi e sui fattori di rischio.*
- *Per la valutazione dei casi che non rientrano in una patologia conclamata della personalità è raccomandato l'utilizzo dei codici ICD-10 X60-X84 per la valutazione e la registrazione nosografica su cartella.*
- *La diagnosi deve descrivere con parole semplici e chiare il funzionamento dell'adolescente al fine di rendergliela comprensibile e di aumentarne la consapevolezza; va condivisa con il paziente e la famiglia e costituisce la "base" del contratto di cura.*
- *Il contratto di cura va stipulato con l'adolescente e la famiglia; occorre individuare in collaborazione gli obiettivi, le modalità per raggiungerli e le responsabilità reciproche, con il fine di costruire un setting di lavoro chiaro, trasparente e prevedibile.*
- *Le condotte a rischio, anche quando non rientrano in una diagnosi nosografica formale, devono condurre all'attivazione di percorsi di cura formalizzati nell'ottica della stepped care.*

LA TRANSIZIONE

Una quota significativa di giovani viene "persa" durante il passaggio dai Servizi di Neuropsichiatria infanzia-adolescenza (NPIA) all'età adulta (CSM) (Singh, 2009). Sono barriere all'accesso ai servizi per gli adulti: la mancanza di informazioni sui CSM, lo stigma, l'ansia rispetto alla impostazione del Servizio e all'accessibilità (Hendrickx, De Roeck, Maras, Dieleman, Gerritsen, Purper-Ouakil, Russet, Schepker, Signorini, Singh, Street, Tuomainen, & Tremmery, 2020).

3.2. Raccomandazioni clinico-organizzative per un passaggio qualificato

- *In ogni DSM-DP dev'essere formalizzata una procedura per la transizione tra i Servizi NPIA-CSM e/o SerDP con personale dedicato e formato in modo specifico sull'adolescenza, e che preveda la realizzazione dei seguenti punti:*
 - *Apposita Istruzione Operativa Dipartimentale sui passaggi di setting (es. da ambulatoriale a comunità terapeutica) o di Servizi;*
 - *Favorire la possibilità di usufruire di un accesso unico distrettuale per tutti gli adolescenti e i loro caregivers;*
 - *Predisporre luoghi dedicati e non stigmatizzanti per accogliere gli adolescenti e i loro familiari;*
 - *Accompagnamento fisico dei giovani pazienti nei CSM e/o nei SerDP prima del diciottesimo anno o la conoscenza dei professionisti che assumeranno la presa in cura in luogo neutro;*

- *L'équipe di transizione deve essere stabile e trasversale tra i Servizi del DSM-DP ed è necessario individuare un referente del percorso³;*
- *L'équipe di transizione deve elaborare un piano di transizione personalizzato e riunirsi periodicamente per garantire un monitoraggio costante dei processi terapeutici messi in atto;*
- *Occorre prevedere un periodo di cura parallelo fra i Servizi e si raccomanda di curare il trasferimento delle informazioni mediante la condivisione del percorso di cura o, laddove non risulti possibile, mediante la relazione clinica⁴;*
- *Per la transizione dei casi "non gravi" è necessario prevedere un **percorso clinico dedicato ai pazienti "fragili"** in un'ottica di stepped care discendente che coinvolga l'intera rete dei servizi delle AUSL compresi i PLS e MMG, i consultori e gli spazi giovani.*
- *Occorre elaborare con il paziente e i familiari un contratto scritto con identificazione degli obiettivi di cura (di breve e lungo termine) ed i relativi tempi di verifica, le competenze/responsabilità attivate dall'équipe, le competenze/responsabilità richieste al paziente ed alla sua famiglia.*
- *È necessario coinvolgere i familiari, non solo nel passaggio, ma anche nel successivo percorso di cura.*
- *È raccomandato dedicare attenzione alla compliance dei pazienti e dei familiari perché un passaggio qualificato richiede anche per loro un impegno elevato.*

4. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEL PAZIENTE CON DBP

A cura di Monica Pacetti, Francesca Martino e Marina Liotta

I clinici devono offrire una valutazione accurata del DBP, avvalendosi di strumenti e metodologie specifici (Menchetti, Saponaro, Sasdelli, Berardi & Sanza, 2019). Il procedimento diagnostico non deve essere focalizzato esclusivamente sui comportamenti, ma sul quadro psicopatologico e il livello di funzionamento del paziente. La discussione della diagnosi è il primo passo di un programma psicoeducativo strutturato che coinvolga attivamente il paziente nel percorso di trattamento (Paris, 2013).

È importante utilizzare un approccio empatico e chiaro, non giudicante, attento agli aspetti relativi allo stigma al fine di ridurre la solitudine e la disperazione (Lester et al., 2020). È altresì importante sviluppare la consapevolezza rispetto al funzionamento e al legame tra sofferenza contemporanea – sintomi e comportamenti – ed esperienze del passato. Devono essere discussi i fattori eziopatogenetici, ed eventualmente devono essere fornite informazioni sugli aspetti neuroanatomici del disturbo (Paris, 2013).

³ **Il Referente del percorso** è un professionista del DSM-DP con compiti di garanzia, monitoraggio e verifica dell'andamento complessivo del percorso di cura. Non sostituisce in alcun modo altri professionisti che erogano i trattamenti sul paziente, ma facilita e stimola il percorso progettuale e non necessariamente coincide con il Responsabile clinico, che è il medico o psicologo titolare del progetto di cura. Nella cartella CURE il referente del percorso rimane sempre unico anche quando quest'ultima è condivisa da più Servizi.

⁴ CURE consente, **qualora l'assistito abbia dato il consenso**, alla creazione del **dossier sociosanitario** e, quindi, alla condivisione del percorso di cura tra più Servizi che hanno in carico l'assistito. Questo permette la condivisione di informazioni (senza bisogno di fare relazioni) al fine di favorire una presa in carico e un intervento più integrato e coeso, e di garantire una continuità assistenziale nel caso di una transizione da un Servizio per minori a uno per adulti. È previsto un unico referente del percorso.

4.1. Strumenti di assessment raccomandati⁵

- **SCID-5-PD**: intervista clinica strutturata per i DP del DSM-5 (secondo il modello categoriale), finalizzata alla formulazione della diagnosi categoriale (American Psychiatric Association, 2013).
- **PID-5**: inventario di personalità per il DSM-5 (questionario autosomministrato) finalizzato alla formulazione della diagnosi dimensionale (American Psychiatric Association, 2013).
- **SCID-5-AMPD**: intervista clinica strutturata per il modello alternativo dei DP del DSM-5, finalizzata alla formulazione della diagnosi dimensionale (American Psychiatric Association, 2013).
- **BPCL** Borderline Personality Disorder Checklist (Zanarini et al., 2003).
- **BIS-11** Barratt Impulsiveness Scale (Patton et al., 1995).
- **AQ** Aggression Questionnaire (Buss et al., 1992).
- **DERS** Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz et al., 2004).
- **DES** Dissociative Experience Scale (Carlson et al., 1993).
- **DSHI** Deliberate Self Harm Inventory (Gratz, 2001).
- **SUAS "The Suicide Assessment Scale"**: intervista semi-strutturata (Stanley et al., 1986) che indaga 5 dimensioni del suicidio: ideazione e comportamento suicidario; affettività/lumore; condizioni somatiche; reattività emotiva; controllo e adattamento.

4.2. Gli elementi base da fornire ai pazienti e alle loro famiglie raccomandati

- Il DBP è significativamente ereditabile (55%) (Reichborn-Kjennerud et al., 2013).
- Ha un'elevata sensibilità agli stress ambientali, primariamente di natura relazionale.
- La maggior parte dei pazienti va incontro a remissione sintomatologica: il 50% dei pazienti in due anni e l'85% in dieci anni, e ottenuta la remissione, solo il 15% ha recidive (Ng et al., 2016). Tuttavia, il miglioramento sintomatologico non è associato al miglioramento del funzionamento adattivo in ambito relazionale.
- Esistono alcune caratteristiche alterazioni neuroanatomiche, quali l'iperattività dell'amigdala e una corteccia prefrontale ipoattiva, che giustificano alcuni sintomi e che possono essere modificate se i pazienti vengono coinvolti in percorsi di cura specifici.
- Il disturbo è trattabile: la grande maggioranza dei pazienti migliora in modo significativo con trattamenti specifici.

4.3. Raccomandazioni sulla comunicazione della diagnosi

- Iniziare preparando il contesto e disponendosi all'ascolto attivo e non giudicante.
- Invitare il paziente ad esprimere la propria volontà rispetto alla possibilità di essere informato o meno sulla diagnosi e prognosi della malattia.
- Favorire il riconoscimento dei criteri diagnostici attraverso il rispecchiamento delle esperienze soggettive del paziente.
- Valutare la percezione del paziente individuando il livello di consapevolezza attuale del disturbo e fornire informazioni chiare per descrivere la condizione clinica riscontrata.
- Discutere, programmare e concordare con il paziente una strategia che valuti la possibilità di intervento e i risultati attesi.
- Lasciare spazio ad eventuali domande.
- Rendersi conto di quanto il paziente ha capito e riassumere quanto detto.

⁵ In CURE la **diagnosi** è intesa come: "Quadro Clinico-Funzionale" descrittivo obbligatorio e classificata secondo l'ICD-10 (compresi i codici R, X, Z); è sempre aggiornabile, con uno storico sempre consultabile. L'anamnesi prevede l'indagine di 5 aree e permette la visualizzazione della storia anamnestica nella sua interezza. Sono registrabili gli eventi critici (come ad es. tentati suicidi, auto o etero aggressività) e i test previsti per la valutazione sono inseriti nel sistema informatizzato.

5. IL CONTRATTO DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP

A cura di Panagiotis Sideris e Vitantonio Scagliusi

Il Contratto di Cura rappresenta le fondamenta dell'alleanza terapeutica e deve essere stipulato in fase di pretrattamento a seguito dell'assessment e della fase di ingaggio e psicoeducazione (Gunderson et al., 2014). La definizione e la periodica rinegoziazione degli obiettivi del trattamento, rinforza il processo di sviluppo dell'alleanza terapeutica, così come la focalizzazione esplicita su obiettivi specifici (Folmo et al, 2021). I vantaggi del contratto formalizzato sono: la verifica degli esiti, la identificazione degli obiettivi rivolti alla recovery personale, la coerenza e chiarezza nella definizione del percorso di cura organizzato in fasi con il contributo dei diversi Servizi coinvolti.

5.1. Raccomandazioni sul contratto di cura:

- *La definizione del Contratto di Cura deve essere formale, redatto in forma scritta e inserito nella cartella informatizzata regionale CURE⁶.*
- *È necessario specificare "chi fa cosa", ovvero le reciproche responsabilità assunte dal curante, dal curato, dalla famiglia (se presente); gli eventuali passaggi di Servizio previsti nel percorso di cura al fine di rendere il setting coerente e prevedibile.*
- *Il Contratto di Cura deve contenere: una raccolta sintetica di obiettivi a breve e a lungo termine negoziati a partire dalla vision del paziente; comportamenti da potenziare e/o ridurre al fine di raggiungere tali obiettivi; Piano di Crisi e informazioni e azioni sui percorsi che prevedano il coinvolgimento di altre équipe.*
- *Gli obiettivi terapeutici a lungo termine vanno individuati in collaborazione con il paziente e la famiglia e occorre che siano definiti nella prospettiva del recupero di un ruolo socio relazionale positivo (recovery personale); che siano concreti e fattibili, non astratti; che siano scomposti in quelli a breve termine, visti come tappe intermedie necessarie per raggiungerli.*
- *I soggetti che soffrono a causa di un DBP che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo da uso di sostanze (DUS) o un disturbo dell'alimentazione e nutrizione (DNA) devono usufruire di Servizi in grado di fornire una gestione simultanea di entrambe le condizioni; in questo senso una gestione integrata delle patologie è maggiormente appropriata rispetto all'erogazione di trattamenti separati e disgiunti.*
- *I rischi che conseguono a comportamenti rilevanti sul piano giuridico, in pazienti che mantengono, salvo fasi specifiche di particolare gravità psicopatologica, integro l'esame di realtà e la capacità di autodeterminarsi, devono essere esplicitati riferendo al paziente, e ai suoi familiari. In particolare, deve essere chiarito quali siano le effettive possibilità di intervento clinico e dove, per le aree di responsabilità dei Servizi, divenga necessario lavorare in collaborazione ed integrazione con le forze dell'ordine e della magistratura, nel rispetto del diritto del paziente di esserne informato.*

⁶ In CURE il contratto si inserisce all'interno del PROGETTO e il piano di crisi si inserisce come allegato. Il CONTRATTO è verificabile, riformulabile e rinegoziabile.

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

A cura di Gianluca Farfaneti e Graziano Pompei

Il DBP è associato a frequenti manifestazioni di crisi emotive con elevato rischio para-suicidario e suicidario. Di fatti, circa il 10% delle persone con DBP muore per suicidio e tale rischio aumenta ad ogni tentativo messo in atto (Paris, 2019; Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi & Rouillon, 2008). Inoltre, sono numerose (tra il 65-80%) le persone con diagnosi di DBP che assumono comportamenti autolesivi in reazione a *stressors* ambientali e relazionali col fine maladattivo di modulare e gestire le proprie emozioni, percepite come intense e tumultuose (Paris, 2019; Oumaya et al., 2008). Pertanto, migliorare la gestione delle crisi riducendo i comportamenti di autolesionismo e il rischio suicidario è una priorità (Shaikh, Qamar, Jafry, Hassan, Shagufta, Odhejo & Ahmed, 2017).

6.1. Raccomandazioni per la gestione della crisi:

- *Il piano di crisi deve essere predisposto in fase di pretrattamento e costruito in collaborazione con il paziente e la famiglia/ adulti significativi.*
- *Occorre che il piano di crisi sia redatto in forma scritta e inserito nel Contratto di Cura all'interno del PROGETTO della cartella CURE.*
- *Nel piano di crisi è essenziale dettagliare i seguenti elementi: numeri telefonici di rete di supporto primaria (amicale e/o familiare) e concordare con il paziente quando contattarli; descrizione fenomenologica della crisi con particolare attenzione agli eventi scatenanti, precipitanti e di vulnerabilità; le strategie di coping apprese da interventi di psicoeducazione o ST-DBT.*
- *Al fine di identificare la sequenza dei fattori favorenti e scatenanti della crisi si raccomanda l'utilizzo dell'analisi della catena comportamentale descritta nel cap. 7.*
- *Il ricovero ospedaliero va preso in considerazione esclusivamente nei casi in cui il trattamento della crisi comporti, per il paziente o per altri, rischi tali per cui non esiste alcun altro luogo idoneo al trattamento della stessa (intensa e persistente ideazione suicidaria, o massiccio uso di sostanze in comorbidità).*
- *In linea con il principio di approccio "empowering", si raccomanda il coinvolgimento attivo del paziente nella decisione del ricovero, assicurando una piena condivisione dei possibili benefici/rischi, della durata e della finalità di quest'ultimo.*
- *Nei casi in cui, ricorrendo le condizioni di legge, sia stato effettuato un Trattamento Sanitario Obbligatorio, si dovrà cercare il raggiungimento dell'adesione volontaria nel più breve tempo possibile.*
- *L'episodio di ricovero deve essere focalizzato sulla dimissione, discutendone le modalità fin dal momento dell'ingresso con l'équipe territoriale.*
- *In seguito alla dimissione deve essere concordato un incontro di follow up nel quale analizzare gli eventi scatenanti ed eventualmente integrare o modificare il piano di crisi.*
- *Eventuali interventi farmacologici adottati nel corso del ricovero andranno calibrati sulla durata dello stesso e sugli obiettivi specifici, evitando il più possibile la stratificazione delle terapie a lungo termine.*

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

A cura di Michele Sanza e Cristina Loddo

7.1. La struttura del percorso di cura

Il percorso di cura del DBP si identifica come **trattamento psicosociale strutturato** e si ispira ad un modello di intervento flessibile che conserva nella struttura i principi cardine delle psicoterapie EB per il DBP e associa il Case Management (CM) allo Skills Training della DBT (ST-DBT), rimanendo aperto ad altre possibilità di intervento, in base all'intensità di cura richiesta. Le tipologie di trattamento offerte variano quindi in base al livello di intensità e gravità del disturbo seguendo il modello della **stepped care** di J. Paris (2013) (vedi cap.2), tenendo conto delle risorse e competenze disponibili nel contesto e della effettiva motivazione del paziente.

Gli stadi del disturbo individuati da questo modello sono i seguenti:

1. **Stadio Preclinico:** prevede il trattamento psicosociale erogato in regime ambulatoriale nell'unica componente del Case Management che segue i principi del GPM di J. Gunderson (2014) e prevede la psicoeducazione al paziente, alla famiglia e/o ad altri significativi sul DBP e l'uso del problem solving. È diretto a pazienti che presentano tratti del disturbo ma non soddisfano per intero i criteri diagnostici. Lo stadio preclinico è caratteristico della fase della transizione dall'età evolutiva ove è importante l'intervento preventivo sui fattori di rischio.
2. **Stadio Precoce:** le manifestazioni del disturbo raggiungono la soglia per la diagnosi ed è presente autolesionismo. Gli interventi suggeriti sono erogati in regime ambulatoriale e riguardano il trattamento psicosociale nella doppia modalità di Case Management e Skills Training DBT (CM+ST-DBT).
3. **Stadio Moderato-Grave:** è presente autolesionismo e rischio suicidario. È proposto un percorso di psicoterapia individuale associato alla gestione psichiatrica del caso e allo ST-DBT. Gli interventi sono erogati in regime ambulatoriale o semi-residenziale.
4. Allo **Stadio Severo**, caratterizzato da tentativi di suicidio potenzialmente fatali, sono proposti interventi intensivi, anche in regime residenziale, che hanno l'obiettivo di stabilizzare il quadro clinico in un arco di tempo limitato e si avvalgono di psicoterapia individuale associata allo ST-DBT e gestione psichiatrica del caso. Questi interventi sono prettamente indicati per le comorbilità complesse con elevato rischio suicidario.
5. Nel caso di un **Livello Cronico** e/o non responsivo alle proposte di cura precedenti, viene offerto un trattamento di riduzione del danno che si avvale di Case Management di matrice sociale e terapia supportiva indicato per tutti quei casi di riluttanza ai trattamenti strutturati, scarsa compliance e/o problemi sociali non risolti.

Il percorso di cura nei DSM-DP è quindi altamente personalizzato e accompagna il paziente dal primo accesso al Servizio, in cui si avvia la valutazione multidimensionale e l'analisi dei bisogni e delle risorse, fino alla recovery che è l'obiettivo fondamentale.

Il **trattamento** è implementato da una équipe multiprofessionale che lavora in setting operativi distinti e complementari nella realizzazione degli obiettivi di cura⁷. La **struttura del percorso di cura** è parte integrante del trattamento stesso, è oggetto di illustrazione chiara ed esplicita al paziente, ripresa più volte se necessario, in modo tale da fornire un setting trasparente e prevedibile, che funga da contenimento. La struttura si evince anche dal modo in cui viene gestita la relazione con il paziente nell'ambito dei diversi setting operativi; in particolare si fa riferimento all'interazione che deve essere focalizzata nel *qui ed ora* e deve riflettere tutti i principi di carattere generale (vedi cap. 2).

7.2. Le fasi del percorso di cura

Il **percorso di cura del DBP** ha una durata definita ed è concepito per fasi consequenziali, ognuna con finalità specifiche che seguono una gerarchia di priorità dei target oggetto di trattamento. Ogni fase può avere una durata diversa, che varia da individuo a individuo, ma complessivamente rientra tra i diciotto e i ventiquattro mesi.

Nel corso del pretrattamento e dei primi mesi di terapia l'équipe si concentra sulla prevenzione del suicidio e sulla riduzione dell'impulsività e degli agiti autolesivi. Nelle fasi successive la finalità prioritaria è quella di aumentare la consapevolezza dei funzionamenti, l'acquisizione di abilità di regolazione emotiva e di capacità di mentalizzazione in un'ottica di empowerment. Infine, nelle fasi più avanzate l'obiettivo centrale è la recovery del paziente non solo sul piano clinico (assenza o riduzione della sintomatologia) ma soprattutto sul piano socio-relazionale, lavorativo e di autonomia attraverso la realizzazione degli obiettivi personali.

In particolare, il **Pretrattamento** comprende una serie di colloqui finalizzati a obiettivi specifici:

- **Assessment** multidimensionale orientato a definire una diagnosi e a delineare un quadro di funzionamento del paziente attendibile e completo, che evidenzia punti di forza e di vulnerabilità.
- **Restituzione della valutazione e comunicazione della diagnosi:** questo momento, dedicato al paziente e alla sua famiglia, riveste di per sé un valore terapeutico e aiuta a lenire il senso di alienazione, unicità e stigma che spesso si associa alla diagnosi di DBP.
- **Psicoeducazione:** in seguito alla comunicazione della diagnosi si avviano colloqui mirati a fornire informazioni sul disturbo, sui principali nuclei patologici, sull'eziologia e sulle opzioni di trattamento infondendo speranza nella prognosi e nella recovery. È fondamentale che il paziente percepisca competenza nella cura del disturbo da parte del clinico, e che venga a conoscenza delle informazioni scientifiche principali alla base delle proposte terapeutiche.

⁷ Nel **setting psicoterapeutico** è previsto un colloquio della durata di 45-60 minuti a cadenza 7-14 giorni che comprende la valutazione psicodiagnostica, il supporto alla motivazione, il coaching e la generalizzazione delle Skills apprese in gruppo, l'incremento della consapevolezza dei funzionamenti, della flessibilità cognitiva e delle capacità di mentalizzazione.

Nel **setting psichiatrico** è previsto un colloquio di almeno 30 minuti a cadenza flessibile in base alle necessità del caso in cui medico e paziente costruiscono una relazione fondata sulla collaborazione e finalizzata alla gestione farmacologica della sintomatologia e delle comorbilità.

Nel **setting del Case Management** la struttura è ancorata principalmente all'analisi delle contingenze che scatenano e mantengono i comportamenti disfunzionali (*Target*), presentati al paziente come tentativi maladattivi di regolare le proprie emozioni, e all'orientamento alle Skills (quando il paziente partecipa allo ST-DBT) proposte come soluzioni alternative di problem solving. Le sessioni hanno una frequenza almeno bisettimanale e una durata di 30 minuti (di persona, da remoto o telefonico) e si sommano agli interventi di affiancamento e tutoraggio e alla partecipazione al gruppo ST-DBT che hanno una frequenza settimanale. I referenti del percorso conservano la disponibilità telefonica (organizzata con il sistema di call - recall) durante tutto il tempo del trattamento.

- **Contratto di cura e ingaggio positivo:** redatto in forma scritta delinea in modo chiaro e dettagliato il trattamento proposto, le responsabilità reciproche richieste a tutti coloro (membri dell'équipe, paziente e altri significativi) che lo sottoscrivono, gli obiettivi da raggiungere e le modalità per farlo: ovvero ridurre i comportamenti disfunzionali e aumentare le Skills del paziente in un'ottica di empowerment.
- Identificazione delle situazioni problematiche ricorrenti e delle strategie per affrontarle (**piano di crisi**) che va a completare il Contratto di Cura, ed è imprescindibile in caso di condotte parasuicidarie e suicidarie.

Al termine del **percorso di cura del DBP** è auspicabile che il paziente mantenga un rapporto di continuità con l'équipe curante mediante una relazione positiva basata sull'eredità dell'alleanza terapeutica. Il Servizio rimane punto di riferimento sia per la prevenzione delle crisi, che per eventuali ricadute. Gli interventi sono sempre misurati sui bisogni attuali del paziente.

7.3. Le funzioni del trattamento

Le funzioni terapeutiche coinvolte nel trattamento del DBP, individuate da Gunderson (2018), sono:

1. **Contenimento:** tende a preservare o a favorire il benessere psicofisico. Per i pazienti con DBP in primis implica garantire la sicurezza mediante il ricorso a misure precauzionali verso situazioni emotivamente stressanti. È una funzione che si rifà a un'imposizione esterna del controllo e rappresenta quella che Winnicott chiama "*Ambiente di Holding*".
2. **Supporto:** funziona nel far sentire meglio i pazienti e nel migliorare la loro autostima e il senso di autoefficacia. Può essere offerto attraverso una considerazione dei limiti (ad es. fornendo un tutor per chi ha difficoltà di apprendimento) oppure mediante interventi di chiarificazione per chi ha un esame di realtà instabile o carente. Una tecnica fondamentale di supporto è la validazione; ovvero convalidare la realtà delle percezioni dei pazienti o legittimare i loro sentimenti. La validazione inizia con un riconoscimento della sofferenza o di pregressi eventi avversi vissuti. In generale, riservare un'attenzione genuina e autentica alla vita del paziente rappresenta sempre un processo di supporto.
3. **Struttura:** rende l'ambiente il più possibile semplice, ripetitivo e prevedibile. Comprende l'organizzazione del tempo, del luogo e della persona del paziente. Questa funzione terapeutica è garantita dalla chiarezza degli orari, dei ruoli, delle responsabilità e degli impegni reciproci ed è esplicitata nel concreto dal contratto di cura.
4. **Partecipazione:** evolve progressivamente dalle interazioni interpersonali strutturate con i terapeuti e gli altri pazienti. Tutte le attività di gruppo fanno della partecipazione un processo centrale, in particolare nelle sessioni in cui si affrontano le modalità che i membri del gruppo hanno di relazionarsi gli uni agli altri.
5. **Realizzazione:** è orientata alla recovery che afferma e consolida l'unicità dei pazienti, la loro individualità, e li sprona ad usare le loro potenzialità. Si concretizza nello sviluppo del ruolo sociale e nell'incremento delle competenze relazionali. Per i pazienti con DBP, la realizzazione spesso ha inizio attraverso il terapeuta che sviluppa una visione del potenziale di salute, competenza e benessere del paziente. Il processo pone l'accento sull'unicità dell'individuo, della sua storia e nell'aiutarlo a costruire una narrazione in cui la sua *self agency* venga riconosciuta. Questo fa sentire i pazienti intellegibili, e più protagonisti attivi delle loro vite.

Le prime fasi del trattamento prevedono una predominanza delle funzioni di *supporto* e di *contenimento* che comprendono anche interventi orientati a ristrutturare l'ambiente di vita; in seguito aumenta progressivamente la *partecipazione* attiva del paziente, sempre più protagonista del proprio percorso, finalizzato alla *recovery* non solo clinica (remissione dei sintomi) ma anche personale, ovvero volta a realizzare il raggiungimento di una qualità di vita soddisfacente. L'unica funzione che rimane invariata è la struttura che deve essere stabile e prevedibile.

7.4. Le strategie terapeutiche

Il trattamento del DBP si avvale di strategie terapeutiche specifiche:

1. **La Psicoeducazione** comprende tutte le informazioni e le indicazioni necessarie a migliorare la qualità di vita dei pazienti e a favorire scelte consapevoli.
 - **Offrire informazioni** esaustive e complete sul DBP comprende illustrare al paziente i criteri diagnostici del disturbo (e accertarsi che vi si riconosca a partire dall'esperienza soggettiva); chiarire l'eziologia, il decorso e informare sulle diverse opzioni di trattamento infondendo speranza sulla prognosi.
 - **Normalizzazione:** interventi tesi a ridurre i vissuti di ansia, di alienazione e di estraneità che spesso accompagnano i pazienti con DBP. Normalizzare e dare senso alle esperienze vissute come abnormi riduce il senso di unicità da cui derivano solitudine, stigma e perdita di speranza.
 - **Ristrutturazione ambientale e dello stile di vita:** sono interventi orientati a ridurre lo stress soggettivo attraverso misure di regolazione biologica (sonno, dieta, riduzione alcolici e sostanze, attività fisica) e di modifica di alcuni aspetti ambientali che riducono la qualità di vita del paziente.
1. **Monitoraggio dei comportamenti disfunzionali e analisi delle contingenze** avviene attraverso l'uso della *Diary Card*⁸ e dell'*analisi della catena comportamentale (Chain Analysis)*: la *diary card* è una griglia che aiuta a tenere traccia dei comportamenti disfunzionali oggetto di trattamento, dell'uso delle abilità della DBT e dell'efficacia percepita dai pazienti. Favorisce l'auto-misurazione dell'intensità dei sintomi e la discriminazione delle situazioni problematiche. La scheda può essere adattata per affrontare gli obiettivi specifici concordati da terapeuta e paziente. La *chain analysis* è il primo passo del problem solving ed è finalizzata a mettere a fuoco il comportamento disfunzionale (*target*) ricostruendo *step by step* tutti i fattori causativi che interagiscono fra loro fino a produrlo e a mantenerlo nel tempo. Con questo strumento il paziente diventa esperto della fenomenologia delle proprie crisi e insieme al terapeuta si allena a descrivere in termini operazionali, e in modo molto dettagliato, il comportamento target del trattamento.
3. **Validazione:** significa considerare la prospettiva del paziente e i vissuti emotivi correlati conferendogli senso e significato. La percezione di essere "*visto*" e ascoltato in modo attivo mediante una riflessione accurata e attenta a cogliere anche i più piccoli *granelli di saggezza* insiti nel funzionamento del paziente è già di per sé terapeutico, e apre ad un cambiamento che la persona sentirà più suo.
4. **Problem Solving:** con questo strumento si propone al paziente di avviare processi di cambiamento attraverso l'analisi dei propri comportamenti aiutandolo a percepirla come problemi da risolvere da cui derivano conseguenze negative per sé, e per il raggiungimento dei propri obiettivi. Attraverso queste consapevolezza il paziente arriva a manifestare l'intenzione di modificarli impegnandosi a individuare e sperimentare (tradurre in azione) nuove alternative comportamentali (*Skills*) che gli consentano di risolvere in modo efficace le difficoltà attuali.
5. **Esposizione:** nel DBP una delle caratteristiche più presenti e prominenti è l'ansia sociale. Questi interventi tendono a negoziare con il paziente un graduale aumento della partecipazione alle situazioni di rilievo sociale. In questa ottica, i contesti di gruppo, come ad esempio lo *Skills Training*, sono di per sé terapeutici nel fornire occasione di esposizione alle relazioni interpersonali; mentre il contesto della terapia individuale favorisce la graduale esposizione ai vissuti emotivi interni non mentalizzati.
6. **Contenimento:** comprende un ampio spettro di interventi volti a garantire la sicurezza del paziente e a preservarne salute e benessere. Includono il sostegno e l'*holding*

⁸ Appendice b - Modello di Diary Card.

affettiva ma anche il ricovero ed eventualmente finanche il trattamento sanitario obbligatorio, qualora il paziente rifiuti le cure in presenza di gravi alterazioni psichiche che necessitano di interventi urgenti (crisi a rischio suicidario).

6. Le **Skills**: sono strategie di natura psico-sociale apprese all'interno dello ST-DBT e generalizzate ai diversi contesti di vita del paziente attraverso la pratica e il tutoraggio. Tutti i clinici che si formano al Trattamento Psicosociale Strutturato devono conoscere le abilità di mindfulness e praticarle (del COSA e del COME), le principali abilità di regolazione emotiva (controllare i fatti, azione opposta e problem solving) di tolleranza della sofferenza (STOP, TIP, e abilità specifiche quando la crisi è la dipendenza) e di efficacia interpersonale (DEAR MAN, GIVE, FAST).

7.5. Raccomandazioni cliniche sul percorso di cura del DBP

- *Le persone che presentano sintomi suggestivi del DBP (disregolazione emotiva, autolesionismo, impulsività) devono essere accolte nei Servizi del DSM-DP con un atteggiamento non giudicante e accedere ad un **percorso diagnostico** volto a specificare gli aspetti categoriali e quelli dimensionali del funzionamento mentale e del comportamento.*
- *Nel relazionarsi con le persone con DBP è necessario assumere un atteggiamento non giudicante, basato sull'accettazione positiva della posizione del paziente e ricorrendo alla validazione per favorire i processi dell'**alleanza terapeutica**.*
- *L'intensità degli interventi deve essere scelta in base allo stadio del disturbo e alla motivazione del paziente privilegiando quello meno intensivo in un'ottica di **stepped care**.*
- *Il percorso di cura del DBP si identifica come **Trattamento Psicosociale Strutturato**, modello flessibile di intervento che adotta i principi cardine trasversali delle psicoterapie EB (lavoro di équipe, sviluppo dell'alleanza terapeutica, strutturazione dei setting, approccio psicoeducazionale, empowerment del paziente, ottimismo terapeutico).*
- *Il **Trattamento Psicosociale Strutturato** è un modello di intervento flessibile che associa il Case Management allo ST-DBT rimanendo aperto anche ad altre tipologie di intervento in base all'intensità di cura richiesta.*
- *Il trattamento è **multimodale** e deve essere implementato da una équipe multiprofessionale che lavora in setting operativi diversi e complementari al ruolo del paziente nella realizzazione degli obiettivi di cura.*
- *Il trattamento deve avvalersi dell'utilizzo di **specifiche strategie terapeutiche**, tra le quali la psicoeducazione, la chain analysis per la gestione delle contingenze, la diary card per il monitoraggio dei comportamenti target; la validazione, il problem solving, l'esposizione, il contenimento e l'uso di skills derivate dallo ST-DBT.*
- *Il percorso di cura del DBP ha una **durata definita** non inferiore a diciotto mesi ed è concepito per fasi consequenziali, con finalità specifiche che seguono una gerarchia di priorità dei target di trattamento. Ogni fase può avere una durata diversa, che varia da individuo a individuo, ma complessivamente rientra tra i diciotto e i ventiquattro mesi.*
- *Al termine di questo arco di tempo è indicato che il paziente mantenga un rapporto di trattamento estensivo basato sulla continuità dell'alleanza costruita nel corso della fase intensiva. Il Servizio rimane punto di riferimento sia per la prevenzione delle crisi, che per eventuali ricadute. Gli interventi sono sempre misurati sui bisogni attuali del paziente.*
- *L'intervento si declina nei tre setting operativi principali del case management, del trattamento psicologico psicoterapeutico, del trattamento medico psichiatrico. L'integrazione dei setting operativi è affidata agli strumenti di comunicazione informale e di intervizione sviluppati dall'équipe e implementati dalla figura del referente del percorso.*
- *I referenti del percorso devono soddisfare i criteri definiti nel progetto di ricerca sull'integrazione tra ST-DBT e case management: in primo luogo formazione specifica di*

36 ore sugli aspetti nucleari della terapia dialettico comportamentale e contatti diretti con il paziente di frequenza non inferiore ad uno ogni 15 giorni.

- *Le psicoterapie individuali sono ispirate ad uno dei modelli EB accettati dalle Linee Guida Internazionali (Terapia Dialettico Comportamentale; Terapia basata sulla Mentalizzazione; Terapia Cognitivo Comportamentale; la Terapia Focalizzata sul Transfert; la Schema Focused Therapy). Nella loro declinazione concreta tengono conto della motivazione del paziente e della disponibilità delle risorse specialistiche.*
- *La gestione psichiatrica del caso richiede un'integrazione dell'eventuale approccio farmacologico con gli interventi di carattere psicosociale e dovrebbe essere guidata dai principi del Good Psychiatric Management di Gunderson (2014). Questi principi includono un atteggiamento proattivo, flessibile e pragmatico; l'autenticità e il genuino interesse nella relazione, l'approccio psicoeducazionale e l'orientamento alla recovery.*
- *La struttura del trattamento deve essere illustrata chiaramente al paziente, ai suoi familiari e agli adulti significativi chiarendo i ruoli che ciascuno avrà nel percorso definito.*
- *Il piano di trattamento è orientato alla recovery e discende dalla condivisione degli obiettivi di vita di carattere generale formalizzati nel contratto di cura.*
- *Nella fase del pretrattamento⁹ prevalgono gli interventi psicoeducativi e di comunicazione della diagnosi tesi allo sviluppo dell'alleanza terapeutica. La fase del trattamento è strutturata sulla base dei setting operativi (case management, psicologico psicoterapeutico e medico psichiatrico) idonei per intensità alle necessità del paziente.*
- *Il trattamento delle persone con DBP nelle prime fasi è focalizzato sulla riduzione dei comportamenti impulsivi e segnatamente dei rischi suicidari, mentre nelle fasi più avanzate è centrato sull'acquisizione delle abilità di regolazione emotiva in un'ottica di empowerment. Gli obiettivi finali sono ispirati dal conseguimento di abilità sociali in grado di sostenere l'autonomia del paziente.*
- *Ove non vi siano i presupposti per un trattamento specifico, l'équipe curante mantiene un atteggiamento di riduzione del danno volto anche allo sviluppo della motivazione verso interventi terapeutici strutturati.*

7.6. Raccomandazioni organizzative sul percorso di cura del DBP

- *Favorire la conoscenza dei principi di carattere generale e del modello operativo della struttura del trattamento del DBP contenuti in questo documento attraverso la formazione diretta a tutti i professionisti del DSM-DP.*
- *Favorire la conoscenza dei contenuti specifici sul percorso di cura del DBP descritto in questo documento attraverso la formazione diretta delle équipe dei professionisti coinvolti nell'offerta di cura per le persone con DBP.*
- *Strutturare il percorso di cura del DBP, possibilmente declinandolo in una procedura parte del sistema di qualità aziendale, come Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).*
- *Deve essere offerto, almeno in un punto del DSM-DP, lo Skills Training della Terapia Dialettico Comportamentale finalizzato all'apprendimento di abilità funzionali di coping (Skills).*
- *Occorre monitorare i risultati dell'implementazione delle Linee di Indirizzo sul Trattamento del DBP utilizzando il sistema degli indicatori sui disturbi di personalità della Regione Emilia-Romagna¹⁰.*
- *È necessario garantire modalità strutturate e stabili di supervisione e di intervizione per i professionisti coinvolti nel percorso di cura del DBP.*

⁹ Il pretrattamento rientra nel PROGETTO di CURE come intervento psicoeducativo finalizzato ad orientare, informare e ottenere l'impegno attivo del paziente al contratto che è alla base del progetto.

¹⁰ Appendice a - Indicatori di valutazione e monitoraggio dei Disturbi della Personalità della Regione Emilia-Romagna.

8. LO SKILLS TRAINING DELLA TERAPIA DIALETTICO COMPORIMENTALE NEI DSM-DP

A cura di Biancamaria Bortolotti, Rossana Spotti e Maria Teresa Gagliostro

Negli ultimi trent'anni sono stati sviluppati numerosi modelli di intervento psicoterapeutici, altamente strutturati e manualizzati. Tra questi, la terapia dialettico-comportamentale (DBT) creata negli anni '90 da Marsha Linehan, concilia l'approccio comportamentista con quello dialettico e pone le sue fondamenta nella teoria biosociale della personalità (Linehan, 1993). Il modello della DBT prevede un trattamento articolato in quattro modalità (psicoterapia individuale, gruppi ST-DBT, consulenza telefonica e riunioni del team dei terapeuti) che offre un contesto validante, all'interno del quale il paziente viene incoraggiato ad assumere un ruolo proattivo nella risoluzione dei propri problemi emotivi e interpersonali, assumendo gradualmente un maggiore senso di autoefficacia attraverso l'apprendimento e la generalizzazione di specifiche abilità.

8.1. Raccomandazioni cliniche per l'implementazione dello ST della DBT:

- Per i pazienti seguiti dai Centri di Salute Mentale con diagnosi di DBP e comportamenti a rischio di vita (tentativi di suicidio, comportamenti di crisi suicidaria, autolesività volontaria, ed altri comportamenti imminenti pericolosi) si raccomanda l'utilizzo del Programma 1 della durata di 24 settimane del manuale DBT Skills Training di M. Linehan¹¹.
- Per i pazienti seguiti dai SerDP si raccomanda di integrare il Programma 1 con il Programma 8 (Abilità DBT specifiche per dipendenza da sostanze, DBT-SUD).
- Per i pazienti con presenza di comportamenti minacciosi per la vita ricoverati presso strutture ospedaliere si raccomanda l'utilizzo del Programma 7 (numero di sedute variabile, ST-DBT residenziali).
- Nell'ambito del pretrattamento, qualora ci fosse indicazione per il gruppo ST-DBT, sono richiesti almeno due colloqui di orientamento specifico allo skills training che devono essere finalizzati a:
 - orientare il paziente al trattamento, ai principi e alle regole e ad ottenere l'impegno a frequentare il gruppo;
 - motivare il paziente ad impegnarsi nel trattamento e a lavorare per ridurre i comportamenti pericolosi per la vita, considerati target prioritari di intervento;
 - stipulare il contratto con il paziente e la famiglia (qualora venga coinvolta nel progetto terapeutico);
 - stabilire un accordo preciso con l'inviante, nel caso in cui non sia il terapeuta di riferimento, rispetto alla gestione della crisi suicidaria.
- Si raccomanda che il gruppo abbia una durata di 1,5-2 ore, si articoli con una frequenza settimanale, sia condotto da un leader e co-leader e che sia composto dalle 6 alle 8 persone.
- Nei contesti ospedalieri e/o residenziali è necessario che i gruppi siano aperti a nuovi ingressi.
- Si raccomanda la costituzione di gruppi omogenei dal punto di vista della diagnosi che soddisfino cioè i criteri del DBP. Sotto altri aspetti i membri del gruppo possono non essere omogenei: status socioeconomici, livello di istruzione etc.

¹¹ Nel manuale DBT Skills Training di M. Linehan (2015) da pag. 118 a pag. 130 sono illustrati tutti i programmi di skills training che prevedono set di abilità specifiche in base al regime in cui è effettuato il trattamento (ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale) o in base al target di pazienti a cui è destinato.

- *Occorre distinguere i gruppi per gli adolescenti (13-18 anni) da quelli per gli adulti >18 anni e illustrare in forma scritta ai partecipanti le regole di frequentazione del gruppo.*
- *È necessario costituire un Team di consultazione che si riunisce ogni 1-2 settimane con l'obiettivo di identificare, prevenire e trattare il burnout del terapeuta e di mantenerne la motivazione al trattamento dei pazienti con DBP.*

8.2. Raccomandazioni organizzative per l'implementazione dello ST della DBT:

- *Si raccomanda di favorire un atteggiamento positivo dei professionisti coinvolti nell'erogazione dell'intervento promuovendo la conoscenza delle prove di efficacia della DBT, la formazione specifica in DBT e l'applicazione delle skills nel proprio contesto di vita.*
- *Occorre supportare i professionisti all'interno dei Servizi in termini organizzativi e di riconoscerne il carico di lavoro.*
- *È necessario promuovere il Team di consultazione dei terapeuti come uno spazio in cui si pratici il trattamento DBT al fine di aumentare la motivazione, la coesione e la crescita in termini di expertise del team.*
- *Occorre migliorare le capacità di reclutamento dei pazienti ai gruppi evitando l'invio di pazienti non idonei (scarsa motivazione e comorbidità che ne controindichino l'adesione al trattamento).*

9. LA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE CON DBP

A cura di Marco Menchetti, Margherita Magro, Clara Parmeggiani e Luca Pellegrini

L'uso di terapie psicofarmacologiche nel trattamento del DBP è molto frequente nella pratica clinica, malgrado le limitate evidenze a supporto e le note criticità, specialmente per i prodotti a rischio di abuso. Al momento nessuna terapia farmacologica è stata approvata per il trattamento a lungo termine del DBP. Tuttavia, dati provenienti da uno studio ventennale condotto in setting ambulatoriale in Spagna rivelano che la maggioranza dei pazienti riceve un intervento psicofarmacologico, che c'è un'elevata prescrizione di benzodiazepine (Pascual et al., 2010) e che frequentemente si sceglie addirittura una polifarmacoterapia (Martin-Blanco et al., 2017). Altre ricerche in altri paesi hanno confermato le medesime tendenze (Bridler et al., 2015; Zanarini et al., 2015).

Il trattamento del DBP rimane una questione aperta ed estremamente delicata per i clinici. Nel complesso l'aggiornamento della letteratura non porta nuove rilevanti evidenze che possano modificare o integrare le raccomandazioni delle linee guida NICE (2009) che erano alla base della prima versione delle Linee di Indirizzo. Si ribadiscono, pertanto, tali raccomandazioni:

9.1. Raccomandazioni cliniche per la terapia farmacologica del DBP

- *La terapia farmacologica deve essere considerata nel DBP in presenza di altro disturbo mentale in comorbidità (episodio depressivo maggiore, disturbo d'ansia, disturbo dell'alimentazione, ecc.).*
- *La terapia farmacologica non dovrebbe essere usata specificamente per il DBP o per le sue dimensioni sintomatologiche (disregolazione emotiva, impulsività/discontrollo comportamentale, sintomi cognitivi/dissociativi).*
- *Nelle situazioni di grave acuzie, connotate da intensi sentimenti di rabbia e ostilità, può essere utilizzato uno dei trattamenti farmacologici con evidenze di bassa qualità, nell'ambito di un piano di trattamento multimodale, valutando accuratamente il rapporto benefici/rischi; in questi casi occorre:*
 - *discutere con la persona (preferibilmente anche fornendo materiale scritto) le evidenze sull'efficacia e i potenziali effetti collaterali e rischi per la salute degli interventi farmacologici;*
 - *definire chiaramente un obiettivo dell'intervento farmacologico e quindi monitorare regolarmente gli effetti del farmaco utilizzando preferibilmente strumenti validati per misurare l'efficacia;*
 - *definire la durata della farmacoterapia, qualora sia risultata efficace e, allo stesso tempo, lavorare con altri interventi per ridurre l'impatto dei sintomi bersaglio.*
- *L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di persone con DBP in una fase di crisi.*
- *È necessario rivalutare periodicamente il trattamento delle persone con DBP con l'obiettivo di ridurre o sospendere i farmaci non necessari, specie se comportano rischi per la salute, evitando la polifarmacoterapia.*

10. I TRATTAMENTI RIVOLTI AI FAMILIARI DEI PAZIENTI CON DBP

A cura di Paola Daniela Turilli e Biancamaria Bortolotti

La diagnosi di DBP rivela un disturbo complesso, gravoso non solo per i pazienti stessi, ma anche per i familiari. L'instabilità emotiva e comportamentale, i comportamenti rischiosi e suicidari, la rabbia intensa, l'instabilità relazionale che presentano le persone con DBP sono spesso causa di forte sofferenza anche per le persone significative, quali i genitori, i coniugi, gli amici, che si sentono spaventati, frustrati, e senza speranza. In particolare, il DBP è caratterizzato da incapacità di regolare le emozioni e questa caratteristica fenomenica può avere un forte impatto sul senso di identità e sulle relazioni interpersonali del soggetto; chi è vicino a persone con DBP riporta un elevato livello di distress ed ha spesso un ruolo determinante nel decorso della malattia (Hoffman et al., 2007). Le evidenze di letteratura, dunque, mettono in luce che il DBP, oltre alla sofferenza soggettiva e alla compromissione del funzionamento generale, abbia un considerevole impatto sul carico dei familiari (Goodman et al., 2011; Gunderson & Lyoo, 1997). Questi, il più delle volte, sono impossibilitati a dare un supporto adeguato ed efficace al proprio congiunto ed inoltre possono colludere con i suoi comportamenti disfunzionali, in quanto coinvolti dallo stress, dal dolore e dal senso d'impotenza. Sulla base della letteratura internazionale si può affermare che il coinvolgimento dei familiari nel percorso di cura migliori significativamente i seguenti outcome: ricadute, ospedalizzazioni, ricorso alla residenzialità, processo di recovery (Hoffman et al., 2007). È essenziale quindi costruire con i familiari una partnership collaborativa coinvolgendoli nel piano di trattamento del paziente.

Le Linee-Guida NICE (2009) per il trattamento del DBP, considerano fondamentale strutturare interventi familiari di tipo supportivo, di mutuo-aiuto o di psicoeducazione, senza considerare la preminenza di un approccio rispetto all'altro. Secondo le Linee Guida Australiane (NHMRC, 2012) i familiari possono svolgere un ruolo importante nel sostenere il recupero della persona con DBP. I professionisti sanitari dovrebbero riconoscere e rispettare il loro contributo. Viene sottolineata inoltre l'importanza di offrire loro interventi psicoeducativi e di coinvolgerli nella formulazione di un piano di crisi. Infine, il coinvolgimento dei familiari in qualità di collaboratori è indispensabile, in quanto la loro mancata partecipazione nel trattamento rende superficiale il *commitment* del paziente, e aumenta il rischio di drop out (Gunderson & Links, 2014).

10.1. Raccomandazioni per i trattamenti rivolti ai familiari dei pazienti con DBP

- *È fortemente raccomandato il coinvolgimento dei familiari nel percorso di cura del paziente con DBP tenendo sempre presente che i familiari trascorrono più tempo con i pazienti con DBP rispetto a chiunque altro, e ricoprono un ruolo chiave; possono fornire aiuto, prevenire momenti di crisi e motivare il paziente a partecipare al trattamento.*
- *Il coinvolgimento dei familiari deve presupporre il consenso del paziente; nel caso in cui il paziente non sia favorevole è opportuno motivarlo chiarendo che l'obiettivo consiste nel supportare i congiunti a comprenderlo meglio e diventare più supportivi.*
- *È necessario costruire un'alleanza con i familiari attraverso il supporto emotivo, la psicoeducazione e l'incoraggiamento a diventare collaboratori attivi nel trattamento.*
- *È raccomandato coinvolgere i familiari nella costruzione del contratto di cura e nel piano di gestione della crisi.*
- *È raccomandato offrire ai familiari la psicoeducazione sul DBP corredata di materiale didattico-informativo (le "Linee guida per le famiglie" di J. Gunderson) utilizzando un linguaggio non tecnico, comprensibile e manifestando un atteggiamento non giudicante, ma supportivo e validante (i familiari fanno del loro meglio).*

- Occorre implementare i trattamenti dedicati ai familiari, principalmente quelli maggiormente adattabili nella pratica per i Servizi di Salute Mentale: Gruppo Familiare Multiplo (GFM) Family Connection (FC).
- Occorre motivare la partecipazione dei familiari ai trattamenti di gruppo dedicati, laddove siano strutturati.
- Sono necessarie azioni di sensibilizzazione e formazione specifica sul trattamento dei familiari DBP ai professionisti dei Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale.
- È importante informare i familiari della presenza di associazioni di Advocacy (<http://www.borderlinepersonalitydisorder.com>) e di gruppi di Auto-Mutuo Aiuto.

11. LA COMORBILITÀ CON IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E L'INTEGRAZIONE TRA CSM E SerDP

A cura di Silvia Codeluppi, Beatrice Bassini, Lucia Giustina, Vitantonio Scagliusi, Graziana Schito ed Elisa Violante

Frequente è la correlazione tra DBP e DUS sia nella popolazione generale che nelle popolazioni cliniche, in particolare nelle donne, nei soggetti ad esordio precoce (Trull et al., 2018). La presenza di un DUS costituisce fattore prognostico peggiorativo nel decorso del DBP e determina una maggiore stabilità nel tempo dei criteri diagnostici del DBP (Kienast et al., 2014). I quadri clinici si caratterizzano per maggiore gravità della sintomatologia e dei comportamenti, uso precoce di sostanze, maggiori livelli di uso di sostanze, autolesionismo, comportamento suicidario, ridotta compliance al trattamento, tassi più elevati di recidiva, esiti psicosociali più poveri; molto comune, inoltre, la comorbilità aggiuntiva con altri disturbi mentali, in particolare disturbi affettivi, d'ansia o alimentari (Zambiniet al. 2019). La presenza di comorbilità psichiatriche multiple è un fattore di rischio per la diagnosi di DBP nei pazienti con DUS (Barral et al., 2017).

Esistono fattori di rischio comuni e una comune vulnerabilità genetica (Zamboni et al., 2018): le dimensioni instabilità emotiva e impulsività sono caratteristiche del DBP e fattori di rischio per insorgenza e mantenimento del DUS, suggerendo meccanismi circolari e di rinforzo tra essi (Verheul et al., 2000; Donald et al., 2019; Maraz et al., 2016; Trull et al., 2018).

Il processo diagnostico necessita di un approccio diacronico poiché l'uso attivo di sostanze ne riduce l'accuratezza. Sono necessari, inoltre, un'anamnesi accurata, che esplori l'insorgenza e lo sviluppo della sintomatologia psicopatologica precedente l'uso di sostanze e una diagnosi differenziale con Disturbo Bipolare, Depressione Maggiore, ADHD, DP Antisociale (Zamboni et al., 2018).

Una diagnosi precoce negli adolescenti consente di intervenire tempestivamente sui fattori che possono influenzare l'organizzazione e la strutturazione di stili di abuso verso lo sviluppo di comportamenti di dipendenza (Barral et al., 2017; Normandin et al., 2022; Korsgaard et al., 2016).

Il trattamento della comorbilità è complesso; è necessario trattare entrambe le patologie, con un approccio graduale (stepped care) e in modo tematicamente gerarchico, ponendo come primo obiettivo la stabilizzazione dell'uso, non necessariamente l'astensione, insieme al controllo dei comportamenti autolesivi o a rischio. È indicata un'ottica di genere per la maggiore prevalenza tra le donne (Barral et al., 2017).

Disregolazione emotiva e impulsività costituiscono il focus del trattamento, che consente l'acquisizione di una maggiore autoefficacia e la possibilità di costruire progressivamente obiettivi di maggiore ingaggio, come un trattamento psicoterapeutico. La costruzione della relazione terapeutica, basata su un atteggiamento empatico e non giudicante, è fondamentale

al fine di sviluppare la fiducia e mantenere i pazienti in terapia, riducendo la possibilità di drop-out. Costruire l'alleanza di lavoro, quindi, non costituisce una condizione preliminare al trattamento ma è uno degli obiettivi del trattamento stesso, che, come tale, va costantemente misurato. Si tratta di un processo a lungo termine di controllo dell'uso di sostanze e dei disturbi coesistenti che avviene attraverso l'integrazione di diversi approcci: colloquio motivazionale, farmacoterapia, interventi di psicoeducazione, psicoterapia, gruppi di auto mutuo aiuto, interventi di tipo sociale (- et al., 2018; Donald et al., 2019).

È molto importante l'utilizzo della tecnica dell'analisi della catena comportamentale, sia su comportamenti di abuso che sui sintomi del DBP, al fine di comprendere gli episodi di ricaduta e craving, ma allo stesso modo per individuare i triggers di schemi maladattivi e strategie di coping (Donald et al., 2019; Penzenstadler et al., 2018). Fondamentali gli interventi di riduzione del danno, attraverso l'esplicitazione franca dei rischi e dei danni dell'uso di sostanze, e la discussione di un piano di sicurezza. Uno specifico lavoro sul trauma, che può manifestarsi con sintomi letti come blocchi o manipolazioni, è indicato dopo un significativo periodo di stabilizzazione.

I modelli di psicoterapia, che evidenziano un miglioramento dei sintomi, sono accomunati da atteggiamento di validazione da parte dei terapeuti e alti livelli di competenza dei terapeuti nel trattamento di entrambi i disturbi.

L'organizzazione dei Servizi deve tenere conto di un approccio che deve essere interdisciplinare, integrato, contemporaneo, congiunto, una sfida all'egemonia della diagnosi singola o duale come principio organizzativo per l'assistenza. Cruciale appare la formazione dei professionisti e una supervisione clinica e/o del team che sia di routine.

11.1. Raccomandazioni cliniche per il trattamento della comorbidità con il Disturbo da Uso di Sostanze

- *Data la frequente correlazione tra DBP e DUS è necessario che la valutazione sia accurata, differenziale e precoce.*
- *In fase di pretrattamento occorre dedicare spazio alla psicoeducazione finalizzata ad esplicitare francamente e in modo aperto i rischi e i danni sulla salute dell'uso di sostanze e a promuovere la discussione di un piano esplicito di sicurezza.*
- *Se si tratta di adolescenti, la diagnosi deve essere tempestiva e precoce al fine di intervenire rapidamente sui fattori che possono influenzare l'organizzazione e la strutturazione di comportamenti di dipendenza.*
- *L'assessment deve essere multidimensionale e occorre che sia guidato da un approccio transdiagnostico che ha come focus la disregolazione emotiva e l'impulsività; nello specifico deve essere finalizzato a rilevare tutti gli elementi per l'individuazione di un trattamento riabilitativo personalizzato come l'insorgenza e lo sviluppo della sintomatologia psicopatologica precedente l'uso di sostanze e una valutazione del livello di gravità del comportamento additivo.*
- *Il trattamento dei soggetti che presentano DBP e DUS deve essere integrato e multiprofessionale: psicoterapia, farmacoterapia, colloquio motivazionale, gruppi di auto-mutuo-aiuto, interventi di tipo psicosociale.*
- *La relazione terapeutica si deve basare su un atteggiamento empatico e non giudicante, fondamentale al fine di sviluppare la fiducia e mantenere i pazienti in terapia, riducendo la possibilità di drop-out.*
- *Costruire l'alleanza di lavoro deve essere obiettivo centrale del trattamento stesso. In particolare, è necessario porre attenzione alle possibili risposte incongrue di origine controtrasferale da parte dei curanti stessi, che costituiscono tra i principali ostacoli al trattamento efficace della comorbidità.*

- È necessario trattare entrambe le patologie con un approccio graduale (Stepped Care) e in modo tematicamente gerarchico, ponendo come primo obiettivo la stabilizzazione dell'uso, non necessariamente l'astensione, insieme al controllo dei comportamenti autolesivi o a rischio vita.
- Occorre avvalersi dell'utilizzo della tecnica dell'analisi della catena come strumento per analizzare sia i comportamenti di abuso, sia i comportamenti disfunzionali caratteristici del DBP.
- È raccomandato utilizzare il colloquio motivazionale al fine di agganciare e favorire il cambiamento nei pazienti con doppia diagnosi e utilizzare un'ottica di genere nel trattamento data la maggiore prevalenza di quadri comorbili nelle donne.
- È raccomandato un lavoro specifico sul trauma, dopo un significativo periodo di stabilizzazione dell'uso di sostanze.
- È raccomandato un atteggiamento di validazione da parte dei terapeuti associato ad alti livelli di competenza nel trattamento di entrambi i disturbi, un'offerta di skills training e terapia sociale e un trattamento in contemporanea dei due disturbi.
- L'approccio raccomandato è quello integrato, contemporaneo e congiunto, a fronte di una maggiore complessità dei quadri clinici comorbosi diviene necessario e appropriato strutturare percorsi di trattamento "diffusi" nelle prassi organizzative del Servizio, a valenza psicoterapica.

11.2. Raccomandazioni organizzative per il trattamento della comorbidità con il Disturbo da Uso di Sostanze

- In tutti i DSM-DP devono essere strutturate modalità di integrazione tra i CSM e i SerDP e di questi con la NPIA al fine di rendere strutturale e non episodica la collaborazione tra i servizi sui casi complessi.
- L'integrazione va perseguita non solo mediante la redazione di protocolli, ma soprattutto sulla base di progetti dipartimentali di formazione e sviluppo di interventi terapeutici evidence based progettati ed erogati da professionisti appartenenti alle diverse Unità Operative.
- Occorre investire sulla formazione dei professionisti, in particolare sulle competenze nell'assessment, sul trattamento delle esperienze traumatiche, sulla natura non lineare del processo di recovery, sul coordinamento tra servizi.
- È necessaria una supervisione clinica e/o del team che sia di routine.
- È raccomandato rafforzare le relazioni con i Servizi Sociali adulti e minori, al fine di sostenere gli interventi di tipo psicosociale in particolare per gli assi casa/habitat sociale, formazione/lavoro e socialità.

12. LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI NEI DSM-DP

A cura di Michele Sanza

La formazione sui principi di carattere generale e sulle metodologie di intervento nucleari per il DBP, è pertanto esigenza prioritaria per lo sviluppo di tecniche di counselling e di case management trasversali che devono essere acquisite e praticate da tutti i professionisti del DSM-DP. La diffusione di queste competenze è del resto propedeutica e sinergica allo sviluppo dell'offerta di cura specialistica psicoterapeutica e dello Skills Training che, per forza di cose, non riguarda tutti i pazienti con diagnosi di DBP accolti dal DSM-DP. In aggiunta, se tali competenze fossero patrimonio esclusivo dei soli "esperti del trattamento", quest'offerta rischierebbe di essere dissonante con l'intervento di altre équipes dei Servizi con le quali inevitabilmente i pazienti arruolati nei gruppi di DBT-ST, entrano in contatto. Del resto, il modello di cura dei Disturbi di Personalità nei Servizi di Salute Mentale del Servizio Pubblico è fortemente connotato dalle caratteristiche di una équipe curante, piuttosto che dell'intervento specialistico fornito individualmente dal professionista. Questa è un componente fondamentale del nostro modo di operare e ne costituisce una ricchezza professionale e un valore aggiunto del quale tenere conto nell'implementazione delle raccomandazioni delle Linee Guida internazionali. Anche per questo gli interventi formativi e di supervisione devono tendere a sviluppare una capacità di intervento diffusa e con caratteristiche omogenee tra tutti i professionisti che compongono le équipes del sistema di Servizi di Salute Mentale.

12.1. Raccomandazioni organizzative per la formazione dei professionisti dei DSM-DP sul trattamento del DBP

- *La formazione dei professionisti è necessaria e indispensabile e si svolge su due livelli: quella diretta a tutti i professionisti del DSM-DP, al fine di creare un linguaggio comune, e quella specialistica mirata alle équipes coinvolte direttamente nella presa in carico.*
- *La formazione e l'aggiornamento, nella modalità dell'intervisione, sono necessarie per strutturare il percorso di cura ed evitare i rischi di burn-out e di reazioni controtrasferali incongrue dei professionisti.*
- *Per mantenere la competenza nell'erogazione dello skills training della DBT occorre favorire la formazione specialistica di team dedicati formati presso gli istituti accreditati, che a loro volta avranno mandato di trasmettere conoscenze e competenze ad altri professionisti per la più ampia diffusione del modello e l'implementazione dello skills training.*

APPENDICE A

IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRATTAMENTO DEL DBP INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

LA CARTELLA UNICA REGIONALE ELETTRONICA COME STRUMENTO DI INNOVAZIONE (CURE)

A cura di Alessio Saponaro

La Regione Emilia-Romagna ha realizzato e avviato in questi anni un progetto di rilevanti dimensioni per la costruzione di una Cartella sociosanitaria Unica Regionale Elettronica (CURE).

Questo risultato è stato possibile grazie alla collaborazione di professionisti dei Servizi del DSM-DP, programmazione, farmaceutica, medicina legale, privacy ed esperti ICT che hanno collaborato e fornito indicazioni sulla progettazione della cartella clinica unica regionale. I primi risultati sono stati l'integrazione dei Servizi, l'uso di nomenclatori condivisi – ad esempio i trattamenti o le prestazioni, la gestione facilitata dei PDTA o percorsi, l'uso di testistica per le attività di outcome e assessment.

CURE è uno strumento in grado di:

- potenziare lo sviluppo di **programmi di trattamento integrati, interdisciplinari e multidimensionali, pubblico e privato**, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale), intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo), non trascurando le comorbidità fisiche, ed utilizzando le competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale individuati, indipendentemente dalla loro collocazione organizzativa;
- migliorare la **gestione di programmi di trattamento** che richiedono la capacità dei professionisti di lavorare in team operativi. All'interno di queste équipe è centrale la condivisione e cogestione delle informazioni relative alla valutazione, agli obiettivi, ai metodi, alla evoluzione del trattamento, ai compiti e alle responsabilità dei singoli professionisti.
- potenziare il "lavoro di squadra" e la buona "comunicazione" per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, accompagnata da una certificazione documentale dell'intero processo clinico-assistenziale, in quanto strumento di lavoro per la tutela del paziente e dei professionisti;

Il più importante concetto veicolato da CURE e che entra nell'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi è che al **centro del processo terapeutico riabilitativo vi è l'assistito**, mentre i Servizi e i professionisti collaborano tra di loro in rete, erogando prestazioni nell'ambito delle proprie competenze.

Inoltre, tutti gli **indicatori di monitoraggio e valutazione** saranno derivati direttamente dalla cartella CURE, eliminando progressivamente tutti i sistemi di rendicontazione dell'attività sugli assistiti costruiti in questi anni.

In particolare, per la residenzialità pubblica e privata, l'utilizzo della cartella faciliterà anche:

12. la coprogettazione pubblico, privato e con l'assistito degli obiettivi da raggiungere;
13. i processi di *allerting* sui programmi residenziali con durata oltre a quella prevista della normativa o dalle indicazioni tecnico-scientifiche;

14. l'assolvimento degli obblighi informativi Aziendali e locali;
15. la condivisione delle informazioni sul paziente e sull'andamento del programma tra l'équipe del Servizio e quella della struttura residenziale;
16. la raccolta dei dati necessari per una valutazione continua degli indici di esito e per l'analisi dei benefici dell'inserimento in programmi RTRE per alcune tipologie di pazienti.

INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

A cura di Maristella Salaris

Premessa

Il presente documento definisce *gli indicatori per la valutazione delle azioni di implementazione delle Linee d'Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Borderline di Personalità*. Lo strumento rileva le modificazioni intervenute nelle diverse aziende AUSL emiliano-romagnole sui percorsi di cura dei Disturbi di Personalità, più volte definiti come bisogni emergenti, per la complessità e la specificità delle necessità assistenziali che rappresentano. L'insieme delle indicazioni cliniche e organizzative per l'adeguamento e il miglioramento dell'offerta di cura verso questa tipologia di utenti, ha trovato, nella programmazione regionale, una sintesi nelle Linee di Indirizzo del 2024, che rappresentano un punto di arrivo di un percorso avviato in precedenza. Primi passi in tal senso erano stati mossi nel settembre 2011, con la ricezione di questa tematica da parte del Coordinamento delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna.

Appare dunque necessario dar vita ad uno strumento conoscitivo, quale questo *set di indicatori di valutazione*, per monitorare e valutare le azioni e i risultati dell'implementazione delle Linee di Indirizzo. Si tratta di uno strumento che accompagnerà nei prossimi anni l'evoluzione del progetto regionale, consentendo anche di sviluppare attività di *benchmarking* tra le Aziende USL.

Finalità e obiettivi della valutazione

La *finalità* della valutazione è di fornire informazioni sui risultati raggiunti attraverso l'impiego di un *set di indicatori* che qualificano, monitorano e valutano l'impatto delle Linee d'Indirizzo.

Da diversi anni la valutazione è momento fondamentale nell'implementazione dei servizi, necessaria per rendere conto alla cittadinanza del proprio operato e per meglio rispondere alle esigenze emergenti sul territorio. Sapere e poter valutare, vuol dire avere a disposizione dati dal ricco potenziale informativo ed essere in grado di orientare le politiche, programmare, premiare l'eccellenza e condividere le buone pratiche, in un'ottica di *benchmarking*.

Gli indicatori saranno calcolati dal 2024 in poi per tutte le aziende AUSL, così da favorire il benchmarking, ovvero la comparazione positiva tra le diverse realtà.

Gli indicatori individuati devono:

- valutare l'impatto e l'efficacia delle Linee d'Indirizzo regionali sul trattamento dei Disturbi Borderline di Personalità
- **descrivere i processi**
- individuare le differenze territoriali, sulla base delle quali esercitare una attività di programmazione regionale e stimolare le azioni di livello locale proprie delle direzioni dipartimentali.

I dati utilizzati derivano dai Flussi informativi regionali, in particolare quelli attinenti ai servizi del DSM-DP: SIDER, SINPIAER, SISM e SDO.

Modello e presupposti

Utilizzo delle banche dati esistenti

Il processo sotteso utilizza per lo più le **piattaforme informative già esistenti in Regione Emilia-Romagna**, fornendo informazioni sulle popolazioni trattate estratte dai flussi informativi istituzionali. Tali dati sono essenziali ai fini della programmazione dei percorsi (dati di accesso) e della valutazione delle attività (implementazione percorso DBP).

Struttura indicatori e fonti dei dati

Al fine di eliminare possibili diverse interpretazioni, sia di contenuto sia riguardante le modalità di calcolo degli indicatori, si fornisce uno schema descrittivo per ogni indicatore che consente di:

- i) identificare l'indicatore;
- ii) tracciare le motivazioni della rilevanza per la valutazione delle politiche locali (razionale);
- iii) individuare le modalità di calcolo e le fonti informative;
- iv) precisare eventuali standard di riferimento;
- v) segnalare elementi intervenienti che possano minare l'attendibilità e la validità dell'indicatore.

Tab. 1. Struttura tabelle per gli indicatori

<i>Variabili</i>	<i>Spiegazione</i>
<i>Denominazione</i>	Denominazione sintetica indicatore
<i>Razionale</i>	Spiegazione utile del senso dell'utilizzo dell'indicatore, del motivo per cui è stato definito/scelto
<i>Modalità di calcolo e articolazione indicatore</i>	Indicazione delle modalità di calcolo (es. numeratore e denominatore, valori assoluti) per il calcolo dell'indicatore, moltiplicatore (es. *10.000, %) e articolazione dell'indicatore
<i>Frequenza rilevazione</i>	Trimestrale, annuale, periodica, ...
<i>Fonte di rilevazione</i>	Indica la fonte di rilevazione del dato (es. SISM, SDO, calcolato dai DSM-SP, ...)
<i>Standard</i>	Eventuale standard di riferimento a cui tendere. Lo standard può essere già definito dalla normativa vigente, dalla letteratura scientifica o dai gruppi tecnici di responsabili/operatori
<i>Note</i>	-

Gli indicatori sono stati suddivisi in tre raggruppamenti:

- 1) Indicatori Epidemiologici
- 2) Indicatori di valutazione dell'impatto delle Linee d'indirizzo
- 3) Indicatori di osservazione

Gli indicatori epidemiologici misurano l'accesso ai servizi, forniscono informazioni sui nuovi casi trattati, sui casi in trattamento e la rilevanza dei DP e dei DBP rispetto alla totalità dei pazienti in carico e alla popolazione residente di riferimento (incidenza e prevalenza).

Gli indicatori del secondo gruppo (di valutazione dell'impatto delle Linee d'indirizzo) fanno riferimento ad alcune raccomandazioni o set di raccomandazioni delle L.I., misurando il grado di aderenza alle stesse nelle diverse realtà.

Infine, gli indicatori di osservazione rilevano aspetti critici del percorso di cura, particolarmente significativi per la qualità dell'offerta: i trattamenti farmacologici e gli inserimenti in residenza.

Note metodologiche

Gli indicatori definiti in questo documento sono stati costruiti in base a criteri di fattibilità, fruibilità e coerenza con gli obiettivi del miglioramento degli standard assistenziali individuati dalle *Linee di Indirizzo Disturbo Borderline di Personalità*. Pertanto, sono fondati sui flussi informativi già strutturati, disponibili presso tutte le aziende USL della Regione Emilia-Romagna, quindi replicabili localmente, e caratterizzati da una precisa direzionalità. Gli indicatori, infatti, pongono sotto osservazione: l'andamento epidemiologico dei fenomeni connessi all'attività dei servizi (Indicatori Epidemiologici) lo stato di avanzamento delle raccomandazioni nucleari delle LI (Indicatori di impatto), e alcuni aspetti rilevanti del processo assistenziale (Indicatori di osservazione).

Al fine di rendere operativa la funzione di valutazione delle LI DBP, è necessario considerare i seguenti aspetti metodologici:

- 1) I flussi informativi del DSM-DP si basano su due diversi nomenclatori per la codifica delle diagnosi: ICD9 CM e ICD 10. Le linee di Indirizzo fanno riferimento alle categorie diagnostiche del DSM-5, considerate più sintetiche e vicine al linguaggio dei clinici. Al fine di uniformare le modalità di transizione tra le denominazioni delle diagnosi dei tre sistemi è stata costruita una tabella di transcodifica elaborata sulla base del consenso tra esperti (Comitato Scientifico Linee di Indirizzo Disturbo Borderline di Personalità). Per la classificazione delle diagnosi dei Disturbi di Personalità (indicati nel testo come DP) e del Disturbo Borderline di Personalità (indicati nel testo come DBP), si fa riferimento, pertanto, alla tabella di transcodifica dell'allegato 1.
- 2) Alcuni indicatori sono basati sulla distinzione tra DP (Disturbi di Personalità) e DBP (Disturbo Borderline di Personalità). Occorre tenere presente che il DBP è una parte dei DP, categoria in cui confluisce la totalità delle diagnosi codice 301 della classificazione ICD 9 CM ed F60 dell'ICD10 che include i DP del Cluster A, i DP del Cluster B, i DP del Cluster C e i DP con diagnosi aspecifiche. Nei DP del Cluster B è compreso il DBP. In altre parole, *il DBP è un sottoinsieme dei DP*.
- 3) Per tutti gli indicatori epidemiologici: **al numeratore e al denominatore la popolazione considerata è sempre composta da utenti di età tra i 18 e i 65 anni**. Si è scelto di utilizzare tale tasso specifico per escludere dalla popolazione considerata l'effetto di distorsione che sarebbe creato da valori fortemente differenti e polarizzati agli estremi della distribuzione per età. Ai fini dell'analisi vengono considerati unicamente gli utenti residenti in Regione Emilia-Romagna. Gli utenti vengono sempre attribuiti alla loro AUSL di residenza, non a quella di accesso ai servizi.

Indicatori epidemiologici

Denominazione	Incidenza DP e DBP
Razionale	L'incidenza è un indicatore di osservazione che quantifica i nuovi utenti con DP e DBP che afferiscono ai Servizi (SMA e SerDP) nel corso dell'anno. Vengono considerati solo gli utenti che hanno avuto un primo contatto assoluto con il servizio. Tale misura di sintesi risulta essere particolarmente utile per la comprensione del fenomeno e a fini pianificatori dei Servizi. L'incidenza indica la capacità e la sensibilità dei Servizi nell'accesso.
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p><i>Incidenza Disturbi di Personalità</i></p> $\frac{\text{Numero di nuovi utenti con Diagnosi DP}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$ <p><i>Incidenza Disturbo Borderline di Personalità</i></p> $\frac{\text{Numero di nuovi utenti con Diagnosi DBP}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$ <p><i>Specifiche per l'estrazione</i> Si selezionano i nuovi soggetti (TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01) ovvero nuovi utenti nell'anno (data di apertura PCA >= 01/01 nell'anno di riferimento) e almeno una prestazione. L'indicatore è articolato in base alla diagnosi DP e DBP tra quelle indicate nella tabella di transcodifica dell'allegato 1.</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER
Standard	Media regionale
Note	-

Denominazione	Prevalenza DP e DBP
Razionale	Indica la quota di utenti con diagnosi DP e DBP in relazione alla popolazione target per i diversi servizi del DSM-DP (SMA e SerDP). La prevalenza indica la capacità e la sensibilità dei Servizi nell'accesso e nella presa in carico.
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p>Prevalenza Disturbi di Personalità</p> $\frac{\text{Totale utenti con diagnosi DP}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$ <p>Prevalenza Disturbo Borderline di Personalità</p> $\frac{\text{Totale utenti con diagnosi DBP}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$ <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 e almeno una prestazione. L'indicatore è articolato in base alla diagnosi DP e DBP tra quelle indicate nella tabella di transcodifica dell'allegato 1.</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL di residenza
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER
Standard	Media regionale
Note	-

Denominazione	Utenti DP e DBP sul totale dell'utenza DSM-DP
Razionale	Indica la quota di utenti con DP e DBP sul totale degli utenti del DSM-DP (SMA e SerDP).
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	$\frac{\text{Totale utenti DP}}{\text{Totale utenti DSM-DP}^*} \times 100$ $\frac{\text{Totale utenti DBP}}{\text{Totale utenti DSM-DP}^*} \times 100$ <p>*Totale utenti CSM e SerDP</p> <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e almeno una diagnosi valorizzata. L'indicatore è articolato in base alla diagnosi DP e DBP tra quelle indicate nella tabella di transcodifica dell'allegato 1.</p> <p>Numeratore: si considerano i pazienti con almeno una diagnosi DP/DBP Denominatore: si considerano i pazienti con almeno una diagnosi di Disturbo di Personalità (Cluster A/B/C e diagnosi aspecifiche)</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER
Standard	Media regionale
Note	

Indicatori di valutazione dell'impatto delle Linee d'Indirizzo regionali

Denominazione	Utenti con diagnosi non appropriate
Razionale	Indica la quota di utenti DP con diagnosi generica sul totale degli utenti DP. Secondo le linee di indirizzo i servizi territoriali di salute mentale e delle dipendenze patologiche (SMA e SerDP) devono offrire una valutazione accurata del disturbo della personalità, con l'ausilio di strumenti e metodologie sostenibili in termini di risorse e facilmente utilizzabili nel setting della pratica clinica quotidiana.
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	$\frac{\text{Numero di pazienti con diagnosi aspecifica}}{\text{Totale utenza DP}} \times 100$ <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e almeno una diagnosi valorizzata. L'indicatore è articolato in base alla diagnosi DP e DBP tra quelle indicate nella tabella di transcodifica dell'allegato 1.</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti con almeno una diagnosi aspecifica (generica) tra quelle indicate nella tabella di transcodifica dell'allegato 1. <u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti con almeno una diagnosi di Disturbo di Personalità (Cluster A/B/C e diagnosi aspecifiche)</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL di residenza
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISIM, SIDER
Standard	Riferimento al valore più basso registrato nelle AUSL della regione
Note	-

Denominazione	Efficacia della transizione da NPIA a SMA
Razionale	Le Linee d'Indirizzo regionali sottolineano la necessità di monitorare i Disturbi della regolazione emotiva in adolescenza nella transizione verso l'età adulta
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p>L'indicatore misura la quota di pazienti con Disturbo di Personalità Borderline presenti in Salute Mentale Adulti che hanno avuto un trattamento precedente o concomitante in NPIA, sul totale di utenti di 16 anni e più con diagnosi presenti in NPIA nel biennio precedente. L'indicatore misura la dinamica delle transizioni, e naturalmente il biennio di riferimento del numeratore nonché l'anno del denominatore avanzano progressivamente.</p> $100 \times \frac{\text{Utenti DBP (18-20 anni) in SMA con trattamenti nel biennio precedente in NPIA}}{\text{Utenti NPIA } \geq 16 \text{ anni nel biennio precedente e diagnosi}}$ <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti di età 18-20 anni con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p>Numeratore: si considerano i pazienti SMA con almeno una diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno un trattamento nel biennio precedente in NPIA Denominatore: si considerano i pazienti NPIA con almeno una diagnosi con età ≥ 16 anni nel biennio precedente l'anno di osservazione</p> <p>NB: Necessario effettuare un focus sulle diagnosi dei transitati da NPIA a SMA</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL di erogazione
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SINPIAER, SISM
Standard	Da determinare
Note	

Denominazione	Contratto
Razionale	<p>L'indicatore misura il numero di utenti DBP che hanno accettato il "contratto terapeutico".</p> <p>Il contratto è strumento necessario per certificare la condivisione del percorso terapeutico da parte del paziente, nell'ottica di una maggiore partecipazione ed informazione dello stesso.</p> <p>L'indicatore è calcolato considerando il numero di utenti DBP cui è stata valorizzata la firma del progetto* in CURE sul totale degli utenti DBP con progetto</p>
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	$\frac{\text{Numero utenti DBP con contratto terapeutico}^*}{\text{Totale utenza DBP con progetto}} \times 100$ <p>L'indicatore è declinato per tipologia di servizio (SMA e SerDP) e per dipartimento</p> <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un trattamento (prodotto) erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione trattamento (dt_ero_g_i/dt_ero_g_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Si considerino inoltre i pazienti con almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti con almeno un prodotto nell'anno e con campo "Firma" valorizzato (codice 03/04/05) nella Tabella PCA</p> <p><u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti con almeno un prodotto nell'anno</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL di erogazione
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER
Standard	Da determinare
Note	

Denominazione	Trattamenti Psicosociali								
Razionale	L'indicatore misura il numero di soggetti con diagnosi DBP che hanno ricevuto nel corso dell'anno di riferimento almeno un trattamento psicosociale, psicologico/psicoterapico sul totale degli utenti DBP.								
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p style="text-align: center;"> Numero di pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno un trattamento psicosociale/psicologico/psicoterapico <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> Totale pazienti con diagnosi DBP in carico (con progetto) x 100 </p> <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un trattamento (prodotto) erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione trattamento (dt_erog_i/dt_erog_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Si considerino inoltre i pazienti con almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno uno dei seguenti trattamenti (prodotti)</p> <table border="1" data-bbox="493 1099 1425 1263"> <thead> <tr> <th data-bbox="493 1099 632 1140">Codice</th> <th data-bbox="632 1099 1425 1140">Descrizione prodotto/trattamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="493 1140 632 1180">T4</td> <td data-bbox="632 1140 1425 1180">Trattamento clinico-psicologico</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1180 632 1220">T5</td> <td data-bbox="632 1180 1425 1220">Trattamento clinico-psicoterapeutico</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1220 632 1263">T6</td> <td data-bbox="632 1220 1425 1263">Trattamento psicoeducativo e di supporto</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti con almeno un prodotto nell'anno</p>	Codice	Descrizione prodotto/trattamento	T4	Trattamento clinico-psicologico	T5	Trattamento clinico-psicoterapeutico	T6	Trattamento psicoeducativo e di supporto
Codice	Descrizione prodotto/trattamento								
T4	Trattamento clinico-psicologico								
T5	Trattamento clinico-psicoterapeutico								
T6	Trattamento psicoeducativo e di supporto								
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale								
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER								
Standard	Media regionale								
Note									

Denominazione	Intensità di cura																																
Razionale	Misura il numero di soggetti che hanno ricevuto nel corso dell'anno di riferimento almeno 15 prestazioni "psicosociali" (colloquio psicologico clinico, psicoterapia/psicoeducazione, individuale o di gruppo) sul totale degli utenti DBP.																																
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p>Numero di pazienti con diagnosi DBP in trattamento (con progetto) che hanno ricevuto almeno 15 prestazioni "psicosociali"</p> $\frac{\text{Numero di pazienti con diagnosi DBP in trattamento (con progetto)}}{\text{Totale pazienti con diagnosi DBP in trattamento (con progetto)}} \times 100$ <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un prodotto erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione prodotto (dt_erog_i/dt-erog_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Si considerino inoltre i pazienti con almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno 15 delle seguenti prestazioni</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Codice</th> <th>Descrizione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0986.001</td> <td>Colloquio psicologico clinico</td> </tr> <tr> <td>0986.001-T</td> <td>Colloquio psicologico clinico-telefonata</td> </tr> <tr> <td>0986.001-V</td> <td>Colloquio psicologico clinico-videochiamata</td> </tr> <tr> <td>7568.001</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo individuale</td> </tr> <tr> <td>7568.001-T</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo individuale-telefonata</td> </tr> <tr> <td>7568.001-V</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo individuale-videochiamata</td> </tr> <tr> <td>7569.001</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo</td> </tr> <tr> <td>7569.001-T</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-telefonata</td> </tr> <tr> <td>7569.001-V</td> <td>Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-videochiamata</td> </tr> <tr> <td>0989.001</td> <td>Psicoterapia individuale (seduta)</td> </tr> <tr> <td>0989.001-T</td> <td>Psicoterapia individuale (seduta)-telefonata</td> </tr> <tr> <td>0989.001-V</td> <td>Psicoterapia individuale (seduta)-videochiamata</td> </tr> <tr> <td>0991.001</td> <td>Psicoterapia di gruppo (seduta)</td> </tr> <tr> <td>0991.001-T</td> <td>Psicoterapia di gruppo (seduta)-telefonata</td> </tr> <tr> <td>0991.001-V</td> <td>Psicoterapia di gruppo (seduta)-videochiamata</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti con almeno un prodotto nell'anno</p>	Codice	Descrizione	0986.001	Colloquio psicologico clinico	0986.001-T	Colloquio psicologico clinico-telefonata	0986.001-V	Colloquio psicologico clinico-videochiamata	7568.001	Intervento informativo e psicoeducativo individuale	7568.001-T	Intervento informativo e psicoeducativo individuale-telefonata	7568.001-V	Intervento informativo e psicoeducativo individuale-videochiamata	7569.001	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo	7569.001-T	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-telefonata	7569.001-V	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-videochiamata	0989.001	Psicoterapia individuale (seduta)	0989.001-T	Psicoterapia individuale (seduta)-telefonata	0989.001-V	Psicoterapia individuale (seduta)-videochiamata	0991.001	Psicoterapia di gruppo (seduta)	0991.001-T	Psicoterapia di gruppo (seduta)-telefonata	0991.001-V	Psicoterapia di gruppo (seduta)-videochiamata
Codice	Descrizione																																
0986.001	Colloquio psicologico clinico																																
0986.001-T	Colloquio psicologico clinico-telefonata																																
0986.001-V	Colloquio psicologico clinico-videochiamata																																
7568.001	Intervento informativo e psicoeducativo individuale																																
7568.001-T	Intervento informativo e psicoeducativo individuale-telefonata																																
7568.001-V	Intervento informativo e psicoeducativo individuale-videochiamata																																
7569.001	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo																																
7569.001-T	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-telefonata																																
7569.001-V	Intervento informativo e psicoeducativo di gruppo-videochiamata																																
0989.001	Psicoterapia individuale (seduta)																																
0989.001-T	Psicoterapia individuale (seduta)-telefonata																																
0989.001-V	Psicoterapia individuale (seduta)-videochiamata																																
0991.001	Psicoterapia di gruppo (seduta)																																
0991.001-T	Psicoterapia di gruppo (seduta)-telefonata																																
0991.001-V	Psicoterapia di gruppo (seduta)-videochiamata																																
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale																																
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER																																
Standard	Variazione percentuale negli anni da definire																																
Note																																	

Denominazione	Verifiche														
Razionale	Fornisce il numero di utenti DBP per i quali è stata registrata nel corso dell'anno di riferimento almeno una prestazione di "verifica". Il lavoro di équipe, come definito nelle Linee d'Indirizzo RER, risulta fondamentale nel trattamento dei pazienti DBP.														
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p style="text-align: center;">Numero di pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno una verifica del progetto</p> <p style="text-align: center;">_____ x</p> <p>100</p> <p style="text-align: center;">Totale pazienti con diagnosi DBP in trattamento (con progetto)</p> <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un prodotto erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione prodotto (dt_erog_i/dt-erog_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Si considerino inoltre i pazienti con almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno una delle seguenti prestazioni</p> <table border="1" data-bbox="486 996 1428 1288"> <thead> <tr> <th>Codice</th> <th>Descrizione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7560.001</td> <td>Discussione caso</td> </tr> <tr> <td>7560.001-T</td> <td>Discussione caso-telefonata</td> </tr> <tr> <td>7560.001-V</td> <td>Discussione caso-videochiamata</td> </tr> <tr> <td>7004.001</td> <td>Verifica del progetto</td> </tr> <tr> <td>7004.001-T</td> <td>Verifica del progetto-telefonata</td> </tr> <tr> <td>7004.001-V</td> <td>Verifica del progetto-videochiamata</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti con almeno un prodotto nell'anno</p>	Codice	Descrizione	7560.001	Discussione caso	7560.001-T	Discussione caso-telefonata	7560.001-V	Discussione caso-videochiamata	7004.001	Verifica del progetto	7004.001-T	Verifica del progetto-telefonata	7004.001-V	Verifica del progetto-videochiamata
Codice	Descrizione														
7560.001	Discussione caso														
7560.001-T	Discussione caso-telefonata														
7560.001-V	Discussione caso-videochiamata														
7004.001	Verifica del progetto														
7004.001-T	Verifica del progetto-telefonata														
7004.001-V	Verifica del progetto-videochiamata														
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale														
Livello di aggregazione	Azienda USL di assistenza														
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER														
Standard	Variazione nel corso degli anni														
Note															

Denominazione	Ricoveri pazienti con diagnosi DBP
Razionale	Misura il numero di pazienti e il numero dei ricoveri con diagnosi DBP nel corso dell'anno sul totale di ricoveri effettuati in SPDC-SPOI. Il piano di gestione della crisi indicato nelle raccomandazioni delle linee di indirizzo suggerisce di considerare tutte le altre possibilità prima di proporre un ricovero in condizioni di urgenza.
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	$\frac{\text{Numero di utenti con diagnosi DBP ricoverati in SPDC-SPOI}}{\text{Totale utenti ricoverati SPDC-SPOI}} \times 100$ $\frac{\text{Numero di ricoveri con diagnosi DBP in SPDC-SPOI}}{\text{Totale ricoveri SPDC-SPOI}} \times 100$ <p><i>Specifiche per l'estrazione</i> Si considera la diagnosi (principale) alla dimissione</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL di erogazione
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SDO
Standard	Media regionale
Note	-

Indicatori di osservazione

Denominazione	Giornate in residenza intensiva (RTI) per anno								
Razionale	L'indicatore misura le giornate in residenza intensiva di utenti DBP sul totale dell'utenza DSM-DP (CSM e SerDP) con diagnosi DBP nel corso dell'anno di riferimento. Vengono considerate tutte le strutture RTI. Coerentemente alle Linee d'Indirizzo regionali è atteso che il monte annuale delle giornate di ricovero diminuisca nel corso degli anni.								
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	$\frac{\text{Giornate in RTI di utenti DBP}}{\text{Totale giornate in RTI}} \times 100$ <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un trattamento (prodotto) erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione prodotto (dt_erog_i/dt_erog_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Vengono calcolate <u>solo le giornate consumate nel corso dell'anno di riferimento</u>, a prescindere dalla data di accesso degli utenti.</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno un prodotto/trattamento "T16-3001", "T16-3018", "T16-4200" e si calcola la durata <u>Denominatore:</u> si considerano tutti i pazienti che hanno ricevuto almeno un prodotto/trattamento "T16-3001", "T16-3018", "T16-4200" nell'anno di riferimento e si calcola la durata</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Codice</th> <th>Descrizione prodotto/trattamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T16-3001</td> <td>Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo (RTI) (solo ospedaliera da 2020)</td> </tr> <tr> <td>T16-30018</td> <td>Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo Specialistico (RTIS)</td> </tr> <tr> <td>T16-4200</td> <td>Trattamento residenziale sanitario - Residenza psichiatrica a trattamento intensivo a breve termine (RTI)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Per questo indicatore si è deciso di calcolare anche alcune misure di sintesi quali media, deviazione standard e mediana.</p>	Codice	Descrizione prodotto/trattamento	T16-3001	Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo (RTI) (solo ospedaliera da 2020)	T16-30018	Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo Specialistico (RTIS)	T16-4200	Trattamento residenziale sanitario - Residenza psichiatrica a trattamento intensivo a breve termine (RTI)
Codice	Descrizione prodotto/trattamento								
T16-3001	Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo (RTI) (solo ospedaliera da 2020)								
T16-30018	Trattamento residenziale sanitario - Residenza sanitaria psichiatrica a Trattamento Intensivo Specialistico (RTIS)								
T16-4200	Trattamento residenziale sanitario - Residenza psichiatrica a trattamento intensivo a breve termine (RTI)								
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale								
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER								
Standard	Riferimento al valore più basso registrato in Regione								
Note									

Denominazione	Utenti DP/DBP in residenza
Razionale	L'indicatore misura la quota di utenti con Disturbi di Personalità presenti in struttura residenziale nell'anno di riferimento. Vengono considerate tutte le strutture a carattere residenziale (escluse le RTI).
Modalità di calcolo e articolazione indicatore	<p style="text-align: center;"> Numero di pazienti con diagnosi DP che hanno ricevuto almeno un trattamento residenziale sanitario o sociosanitario $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ Totale pazienti con diagnosi DP in trattamento (con progetto) </p> <p style="text-align: center;"> Numero di pazienti con diagnosi DBP che hanno ricevuto almeno un trattamento residenziale sanitario o sociosanitario $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ Totale pazienti con diagnosi DBP in trattamento (con progetto) </p> <p>Specifiche per l'estrazione Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e con almeno un trattamento (prodotto) erogato nell'anno di riferimento cioè con data di inizio/fine erogazione prodotto (dt_erog_i/dt-erog_f) incluso per almeno un giorno nell'anno di riferimento e codice struttura diversa da HSP11. I prodotti/trattamenti possono aver avuto inizio anche in periodi precedenti. Si considerino inoltre i pazienti con almeno una diagnosi DP/DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1).</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno un trattamento (prodotto) "T16-XX" e "T18-XX" (ad esclusione "T16-3001", "T16-3018", "T18-3124" e "T16-4200") <u>Denominatore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno un trattamento (prodotto) nell'anno di riferimento</p> <p>Nella costruzione dell'indicatore selezionare tra strutture residenziali sanitarie e residenziali sociosanitarie</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Livello di aggregazione	Azienda USL
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SIDER, SISM
Standard	Media regionale
Note	

Denominazione	Trattamenti farmacologici
<p>Razionale</p>	<p>Indica la quota di utenti DBP che ricevono trattamenti farmacologici nel corso dell'anno di riferimento, erogati "direttamente" dalle strutture delle AUSL/OSP e dalle farmacie convenzionate. Secondo le raccomandazioni delle Linee d'indirizzo il trattamento farmacologico non costituisce trattamento di elezione per i DBP, in assenza di altre diagnosi psicopatologiche specifiche bersaglio.</p>
<p>Modalità di calcolo e articolazione indicatore</p>	<p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno una prescrizione farmacologica (psicolettico, antidepressivo, benzodiazepina, stabilizzatore umore) _____ x 100 Totale utenza DBP</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica fra i seguenti farmaci (psicolettico, antidepressivo, benzodiazepina, stabilizzatore umore) <u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno una prescrizione farmacologica di psicolettici _____ x 100 Totale utenza DBP</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica di psicolettico <u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno una prescrizione farmacologica di antidepressivo _____ x 100 Totale utenza DBP</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica di antidepressivo <u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno una prescrizione farmacologica di benzodiazepine _____ x 100 Totale utenza DBP</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica di benzodiazepine <u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno una prescrizione farmacologica di stabilizzatore dell'umore _____ x 100 Totale utenza DBP</p> <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica di stabilizzatore dell'umore</p>

	<p><u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p style="text-align: center;">Utenti con diagnosi DBP con almeno due prescrizioni farmacologiche (psicolettico, antidepressivo, benzodiazepina, stabilizzatore umore)</p> $\frac{\quad}{\text{Totale utenza DBP}} \times 100$ <p><u>Numeratore:</u> si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno due prescrizioni farmacologiche fra i seguenti farmaci (psicolettico, antidepressivo, benzodiazepina, stabilizzatore dell'umore)</p> <p><u>Denominatore:</u> totale utenti DBP</p> <p><i>Specifiche per l'estrazione</i> Si selezionano i soggetti con TIPO RAPPORTO CON I SERVIZI = 01, 02 con almeno una prestazione e almeno una diagnosi DBP valorizzata (vedi tabella di transcodifica dell'allegato 1). L'indicatore è articolato in base ai seguenti gruppi ATC - Psicolettici*: ATC N05 ad esclusione del N05AN (Litio) - Antidepressivi**: ATC N06A/N06AB/N06AX - Benzodiazepine: ATC N05BA01/ N03AE01 -Stabilizzatori dell'umore: ATC N05AN (Litio)/N03AB (Fenitoina e simili) /N03AF (Carbamazepina, Oxcarbamazepina) /N03AG (Acido valproico e altri derivati acidi grassi) /N03AX Altri antiepilettici (Lamotrigina, Topiramato, Gabapentin, Pregabalin, ecc.</p> <p>* I farmaci antipsicotici a rilascio prolungato di fascia H appartengono alle classi ATC N05AH03 (Olanzapina), N05AX08 (Risperidone), N05AX13 (Paliperidone), N05AX12 - minsan 043143027 (Aripiprazolo). Per quest'ultimo farmaco la farmacia regionale ha dato indicazioni di utilizzare anche il MinSan per poterlo individuare correttamente. ** Farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ATC N06AB - antidepressivi SSRI)</p>
Frequenza rilevazione	Rilevazione annuale
Fonte di rilevazione	Flusso dati: SISM, SIDER, AFO (erogazione diretta fascia A), AFT (farmacie convenzionate) e FED
Standard	Riferimento al valore più basso registrato in Regione
Note	

**Tab. 1 - Disturbi di Personalità con specifica sul Disturbo Borderline di Personalità.
 Tabella di conversione ICD9 – ICD10-DSM-5**

ICD9-CM	DBP	ICD10	DBP	Etichetta per le analisi	DSM-5 per DP	Cluster
301.0 Disturbo di personalità paranoide		F60.0 Disturbo di Personalità Paranoide		Disturbo di Personalità Paranoide		Cluster A
301.2 Disturbo di personalità schizoide		F60.1 Disturbo Schizoide di Personalità		Disturbo Schizoide di Personalità		
301.20 Disturbo personalità schizoide SAI		-				
301.21 Personalità introversa		-				
301.22 Disturbo di personalità schizotipica		F21 Disturbo Schizotipico		Disturbo Schizotipico		
301.12 Disturbo di personalità depressivo cronico		-		Disturbo di Personalità Depressivo Cronico		Cluster B
301.5 Disturbo di personalità isterico		F60.4 Disturbo Istrionico di Personalità		Disturbo Istrionico di Personalità	Disturbo Istrionico di Personalità	
301.50 Disturbo di personalità istrionico non specificato						
301.51 Disturbi fittizio cronico con sintomi fisici						
301.59 Altri disturbi di personalità istrionici						
301.7 Personalità antisociale		F60.2 Sindrome Antisociale di Personalità		Sindrome Antisociale di Personalità	Disturbo Antisociale di Personalità	
301.81 Disturbo di personalità narcisistica		F60.8 Altri Disturbi specifici di Personalità		Disturbo di Personalità Narcisistica	Disturbo di Personalità Narcisistica	
301.83 Disturbo di Personalità Borderline	x	F60.3* Disturbo di Personalità Emotivamente Instabile		Disturbo Borderline di Personalità	Disturbo Borderline di Personalità	
301.84 Disturbo di Personalità Passivo-Aggressiva	x		x			
301.3 Personalità Esplosiva	x					
		F61.0 Disturbi misti di Personalità		Disturbi misti di Personalità		
301.1 Disturbo affettivo di personalità						

301.10 Disturbo di personalità affettivo SAI		F34.0 Ciclotimia		Ciclotimia	Disturbo di Personalità	
301.11 Disturbo di personalità ipomaniacale cronico						
301.13 disturbo ciclotimico						
301.4 Disturbo di Personalità compulsiva		F60.5 Disturbo Anancastico di Personalità		Disturbo Anancastico di Personalità		Cluster C
301.6 Disturbo della Personalità dipendente		F60.7 Disturbo di Personalità Dipendente		Disturbo di Personalità Dipendente		
301.82 Disturbo di Personalità evitante		F60.6 Disturbo Ansioso di Personalità (di evitamento)		Disturbo Ansioso di Personalità (di evitamento)		
301.89 Altri disturbi di Personalità		F61.1 Modificazioni rilevanti della personalità		Disturbi non specifici di Personalità		Diagnosi aspecifiche
301.9 disturbi Personalità sai		F62 - Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale				
301 Disturbo di Personalità		F620 - Modificazione duratura della Personalità dopo un'esperienza catastrofica				
301.8 Altri disturbi di personalità		F621 - Modificazione duratura della Personalità successiva a malattia psichiatrica				
		F628 - Altre modificazioni durature della Personalità				
		F629 - Modificazione duratura della Personalità non specificata				
		F60 Disturbi di personalità specifici				
		F60.9 Disturbo di Personalità non specificato				
		F61 Altri disturbi di personalità e forme miste				

APPENDICE B
MODELLO DIARY CARD

Diario Quotidiano dei Comportamenti Impulsivi					Nome e Cognome:			Compilata in SI NO (cerchiare)		Compilazione SI NO (cerchiare)		Iniziata il: Data ___/___/___	
Cerchia il giorno d'inizio	Comportamenti da ridurre				Comportamenti da aumentare			Sofferenza		Azioni			
								Emotiva	Fisica	Sostanze	Regolare assunzione dei farmaci prescritti	Comportamenti autolesivi	Abilità *
	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	SI/NO	SI/NO	Cosa e quanto?	SI/NO	SI/NO	0-5
LUN													
MAR													
MERC													
GIOV													
VEN													
SAB													
DOM													
Analisi Funzionale								* ABILITÀ UTILIZZATE 0=Non ci ho pensato/non le ho usate 1=Ci ho pensato, non le ho usate, non volevo usarle a usarle, le ho usate, ma non sono servite 2=Ci ho pensato, non le ho usate, avrei voluto usarle, le ho usate, mi hanno aiutato 3=Ho provato a usarle, ma non ci sono riuscito 4=Ho provato 5=Ho provato					
								IN SEDUTA					
								Impulso a:	0-5	Abilità autoregolazione/autocontrollo:	0-5		
								Interrompere la terapia		Emozioni:			
Cambiamenti nella terapia farmacologica prescritti dallo psichiatra o dal medico:								Usare sostanze		Azioni:			
								Tentare il suicidio		Pensieri:			

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barral, C., Daigre, C., Bachiller, D., Calvo, N., Ros-Cucurull, E., Gancedo, B., Grau-López, L., Ferrer, M., Casas, M., & Roncero, C. (2017). Severity factors associated with borderline personality disorder among misusers in an outpatient sample in Spain. *Journal of Addictive Diseases*, 36(2), 93-96. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1274594>
- Berardi, D., Stivanello, E., Chierzi, F., Musti, M. A., Perlangeli, V., Pandolfi, P., Piazza, A., Saponaro, A., Sanza, M., Ferri, M., Menchetti, M., & Fioritti, A. (2021). Mortality in mental health patients of the Emilia-Romagna region of Italy: A registry-based study. *Psychiatry Research*, 296, 113702. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113702>
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian child and adolescent psychiatry review = La revue canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 13(3), 53-57.
- Bridler, R., Häberle, A., Müller, S. T., Cattapan, K., Grohmann, R., Toto, S., Kasper, S., & Greil, W. (2015). Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 763-772. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.03.017>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Carmel A., Fruzzetti AE., Rose ML., Dialectical behavior therapy training to reduce clinical burnout in a public behavioral health system, *Community Ment Health J.* 2014 Jan;50(1):25-30. doi: 10.1007/s10597-013-9679-2. Epub 2013 Dec 18.
- Donald, F., Arunogiri, S., & Lubman, D. I. (2019). Substance use and borderline personality disorder: Fostering hope in the face of complexity. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 569-572. <https://doi.org/10.1177/1039856219875061>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Folmo, E. J., Stänicke, E., Johansen, M. S., Pedersen, G., & Kvarstein, E. H. (2021). Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment-Goals, Bonds, and Tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 31(5), 604-618. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1831097>
- Fortune, S. A., & Hawton, K. (2005). Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update. *Current opinion in psychiatry*, 18(4), 401-406. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000172059.55778.c9>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263. <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOB.A.0000007455.08539.94>
- Gunderson, J. G., & Lyoo, I. K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 272-278.
- Gunderson, J., & Links, P. S. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*.
- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: A review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- Hendrickx, G., De Roeck, V., Maras, A., Dieleman, G., Gerritsen, S., Purper-Ouakil, D., ... Tremmery, S. (2020). Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bulletin*, 44(4), 163-168. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.85>

- Hoffman, P. D., & Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current psychiatry reports*, 9(1), 68–73. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0012-z>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00059.x>
- Jutta M Stoffers Psychological therapies for people with borderline personality disorder, Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: Epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280-286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Koehne, K., Hamilton, B., Sands, N., & Humphreys, C. (2013). Working around a contested diagnosis: Borderline personality disorder in adolescence. *Health (London)*, 17(1), 37-56. <https://doi.org/10.1177/1363459312447253>
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Substance abuse and personality disorder comorbidity in adolescent outpatients: Are girls more severely ill than boys? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0096-5>
- Lester, S., Khatwa, M., & Sutcliffe, K. (2020). Service needs of young people affected by adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review of UK qualitative evidence. *Children and Youth Services Review*, 118, 105429. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105429>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Maraz, A., Andó, B., Rigó, P., Harmatta, J., Takách, G., Zalka, Z., Boncz, I., Lackó, Z., Urbán, R., van den Brink, W., & Demetrovics, Z. (2016). The two-faceted nature of impulsivity in patients with borderline personality disorder and substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.015>
- Martín-Blanco, A., Ancochea, A., Soler, J., Elices, M., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2017). Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 323–331. <https://doi.org/10.1111/acps.12767>
- McClelland, H., Cleare, S., & O'Connor, R. C. (2023). Suicide Risk in Personality Disorders: A Systematic Review. *Current psychiatry reports*, 25(9), 405–417. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01440-w>
- Menchetti, M., Saponaro, A., Sasdelli, A., Berardi, D., & Sanza, M. (2019). Come cambia la gestione dei disturbi gravi di personalità. Il post implementazione linee di indirizzo Regione Emilia-Romagna. Sestante pp. 51.
- Murphy A.M., Bourke J. Economic Evaluation of Dialectical Behavior Therapy (DBT) Amongst those with Borderline Personality Disorder (BPD) who Engage in Self-Harm in Ireland, University College Cork, cork, Ireland
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society (UK). PMID: 21796831
- National Institute for Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and Management*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Guideline Development Committee.
- National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines (2003) London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>
- Ng, F. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). Recovery from Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Perspectives of Consumers, Clinicians, Family and Carers. *PLoS one*, 11(8), e0160515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160515>
- Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A., & Kernberg, O. (2022). Adolescenti con gravi disturbi di personalità. La psicoterapia focalizzata sul transfert. Raffaello Cortina Editore.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encephale*, 34(5), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>
- Paris, J. (2013). Stepped care: An alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 64(10), 1035-1037. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200451>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>

- Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Ferrer, A., Tiana, T., Alvarez, E., & Pérez, V. (2010). A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: From APA to NICE guidelines. *International Clinical Psychopharmacology*, 25(6), 349-355. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32833e23ed>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)
- Penzenstadler, L., Kolly, S., Rothen, S., Khazaal, Y., & Kramer, U. (2018). Effects of substance use disorder on treatment process and outcome in a ten-session psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0145-6> PMID: 29482597, PMCID: PMC5828425
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Mazzeo, S. E., Knudsen, G. P., Tambs, K., Czajkowski, N. O., & Kendler, K. S. (2013). Structure of genetic and environmental risk factors for symptoms of DSM-IV borderline personality disorder. *JAMA psychiatry*, 70(11), 1206–1214. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1944>
- Regione Emilia-Romagna, Linee d'Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, Circolare n. 7, 29/05/2013.
- Sanza, M., Nauselli, F., Berardi, D., Bussolati, N., Ceccarelli, P., Costa, S., Menchetti, M., Miglioli, M., Ravani, C., Samory, G., Scagliusi, V., Semrov, E., & et al. (2013). Linee di Indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità. Retrieved from https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf
- Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 136. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136> PMID: 28824467, PMCID: PMC5543278
- Singh, S. P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 386–390. PMID: 19417667 <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9221>
- Speranza, A. M., McWilliams, N., & Lingiardi, V. (2020). Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2 0/18 Infanzia E Adolescenza [Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2 0/18 Childhood and Adolescence]. Milano: R. Cortina.
- Stanley, B., Träskman-Bendz, L., & Stanley, M. (1986). The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacology bulletin*, 22(1), 200–205.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wyckoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9> PMID: 30250740, PMCID: PMC6145127
- Van Den Bosch LM., Sinnaeve R., Hakkaart-van Roijen L., van Furth EF. Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial, *Trials*. 2014 May 1; 15:152, doi: 10.1186/1745-6215-15-152.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., & Rounsaville, B. J. (2000). Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 101-110. PMID: 10627103
- Wagner T., Fydrich T., Stiglmayr C., Marschall P., Salize HJ., Renneberg B, Fleßa S., Roepke S. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care, *Behav Res Ther*. 2014 Oct; 61:12-22. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.004. Epub 2014 Jul 22.
- Wilks CR., Korslund KE., Harned MS., Linehan MM., Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years, *Behav Res Ther*. 2016 Feb; 77:162-9. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.013. Epub 2015 Dec 23.
- World Health Organization. (2008). *Classificazione internazionale delle malattie, 9a revisione, modifica clinica (ICD-9-CM)*. Milano, Italia: Casa Editrice Ambrosiana.
- Zamboni, L., Catalano, G., Zampieri, E., & Procacci, M. (2018). *Disturbo di personalità e disturbo da uso di sostanze*. Roma, R. G. A. A., & SITCC, D. 2.8.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D., Harned, A. L., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(1), 63-67. <https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000232> PMID: 25384261, PMCID: PMC4276426

INDICE

DEFINIZIONI	p. 1
PREFAZIONE	2
1. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO SUL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE E IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	4
1.1. Le Linee di Indirizzo della Regione Emilia-Romagna sui Disturbi Gravi di Personalità del 2013	4
1.2. Background ed epidemiologia	4
1.3. Conseguenze del DBP	5
2. LA CONFIGURAZIONE GENERALE DELL'OFFERTA DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP NEI DSM-DP: I PRINCIPI E LA STEPPED CARE	6
3. LA VALUTAZIONE E LA TRANSIZIONE DEI DISTURBI DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA IN ADOLESCENZA	7
3.1. Raccomandazioni cliniche per la valutazione dei disturbi della regolazione emotiva in adolescenza	8
3.2. Raccomandazioni funzionali ad assicurare un passaggio qualificato	8
4. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEL PAZIENTE CON DBP	9
4.1. Strumenti di assessment raccomandati	10
4.2. Gli elementi base da fornire ai pazienti e alle loro famiglie raccomandati	10
4.3. Raccomandazioni sulla comunicazione della diagnosi	10
5. IL CONTRATTO DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP	11
5.1. Raccomandazioni cliniche per il contratto di cura	11
6. LA GESTIONE DELLA CRISI E IL RICOVERO IN EMERGENZA DEL PAZIENTE CON DBP	12
6.1. Raccomandazioni cliniche per la gestione della crisi	12
7. IL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE CON DBP NEI DSM-DP	13
7.1. La struttura del percorso di cura	13
7.2. Le fasi del percorso di cura	14
7.3. Le funzioni del trattamento	15
7.4. Le strategie terapeutiche	16
7.5. Raccomandazioni cliniche sul percorso di cura del DBP	17
7.6. Raccomandazioni organizzative sul percorso di cura del DBP	18

8. LO SKILLS TRAINING DELLA TERAPIA DIALETTICO COMPORMENTALE NEI DSM-DP	p. 19
8.1. Raccomandazioni cliniche per l'implementazione dello ST della DBT	19
8.2. Raccomandazioni organizzative per l'implementazione dello ST della DBT	20
9. LA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE CON DBP	21
9.1. Raccomandazioni cliniche per la terapia farmacologica del DBP	21
10. I TRATTAMENTI RIVOLTI AI FAMILIARI DEI PAZIENTI CON DBP	22
10.1. Raccomandazioni per i trattamenti rivolti ai familiari dei pazienti con DBP	22
11. LA COMORBILITÀ CON IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E L'INTEGRAZIONE TRA CSM E I SerDP	23
11.1. Raccomandazioni cliniche per il trattamento della comorbilità con il Disturbo da Uso di Sostanze	24
11.2. Raccomandazioni organizzative per il trattamento della comorbilità con il Disturbo da Uso di Sostanze	25
12. LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI NEI DSM-DP	26
12.1. Raccomandazioni organizzative per la formazione dei professionisti nei DSM-DP sul trattamento del DBP	26
APPENDICE A	
IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO SUL TRATTAMENTO DEL DBP INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA	27
La Cartella Unica Regionale Elettronica come strumento di innovazione (CURE)	27
Indicatori di Valutazione della Regione Emilia-Romagna	28
Tab. 1 - Disturbi di Personalità con specifica sul Disturbo Borderline di Personalità Tabella di conversione ICD9 – DSM-5	44
APPENDICE B	
MODELLO DIARY CARD	46
BIBLIOGRAFIA	47

