

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

REGIONE ABRUZZO



Direttore ASR Abruzzo
Dott. Pierluigi Cosenza



ASR Abruzzo

Dott.ssa Anita Saponari

Dott.ssa Giorgia Fragassi

Dipartimento Sanità Regione Abruzzo

Dott. Lorenzo Pingiotti

Dott.ssa Annabella Antonucci

Gruppo Tecnico di Lavoro

Prof. Alessandro Rossi - ASL 201

Dott.ssa Maria Pia Legge – ASL 201

Dott. Paolo Stratta – ASL 201

Dott. Marco Alessandrini -ASL 202

Dott. Renato Cerbo – ASL 203

Dott. Domenico De Berardis – ASL 204

Dott. Vittorio Di Michele – Referente Regionale Area
Salute Mentale

*Con la collaborazione della Dott.ssa Lorena Campoli e della Dott.ssa Giorgia Occhialini (ASL 1 Abruzzo ed
Università de L'Aquila)*

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
1. EPIDEMIOLOGIA.....	4
2. PUNTI FOCALI DEL PDTA.....	4
2.1 Accesso ai Servizi ed Integrazione tra i servizi	5
2.2 Percorso Diagnostico raccomandato	6
2.3 Fasi del Percorso Terapeutico Multimodale ad intensità crescente	8
2.4 Trattamento Farmacologico.....	11
2.5 Piano di gestione della crisi.....	11
2.6 Ospedalizzazione	12
2.7 Residenzialità a fini riabilitativi.....	12
3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	13
4. INDICATORI	13
Allegato 1	14
Allegato 2	15
Allegato 3	17
Allegato 4	19
Allegato 5	22
Allegato 6	24
Allegato 7	26



INTRODUZIONE

Il **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)** è un grave disturbo caratterizzato da intensa instabilità e conflittualità nelle relazioni interpersonali, paura dell'abbandono, disregolazione emotiva, sensazione cronica di vuoto, comportamenti autolesivi e impulsività. Il Disturbo ha un particolare impatto sulle persone affette e rappresenta una sfida per l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Le problematiche maggiormente riscontrate nella presa in carico dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità sono le seguenti: una difficile collaborazione ed integrazione tra servizi (ad es. con neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche); un facile ricorso all'ospedalizzazione; focus di trattamento incentrato sulla polifarmacoterapia (Magni, Ferrari et al, 2021); modelli di trattamento aspecifici; scarsa attenzione ad interventi psicosociali ed obiettivi di trattamento; interventi tardivi che determinano una grave compromissione del funzionamento globale ed una ridotta efficacia terapeutica.

Si assiste inoltre a nichilismo terapeutico tra gli operatori sanitari che contribuisce a determinare una scarsa predisposizione degli stessi nei confronti dei pazienti con DBP (Lanfredi, Ridolfi et Al, 2019) oltre che frequente *burn out* (Lazzari, Shoka et Al, 2018). A fronte di tale situazione, negli ultimi decenni, il DBP è diventato un disturbo trattabile ed a buona prognosi e si è andata strutturando una modalità terapeutica Evidence-Based a livelli di cura crescente in base alla gravità del disturbo.

Pertanto, risulta fondamentale l'integrazione di modalità di cura Evidenced Based all'interno dei servizi di cura (Ridolfi, Rossi et Al. 2019) e la definizione all'interno degli stessi di protocolli diagnostici e terapeutici che si basino sulle più recenti linee guida.

A tal proposito, il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, fermo restando l'assetto dipartimentale dei servizi di salute mentale, propone una riorganizzazione dei medesimi, funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura; ciò implicando un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentali.

Come suggerito dal PANSM: "I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa".

A tal fine, il PANS individua tre modelli clinico-organizzativi atti a governare i processi di cura:

- a) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- b) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- c) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per



il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati – richiede l'identificazione del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Al fine di approfondire gli obiettivi di cui sopra, indicati nel PANSM, Il Ministero della Salute, con l'Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti. N. 137 approvato nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento " Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" ha emanato una serie di direttive rivolte ai Dipartimenti di Salute Mentale e alle regioni affinché si dotino dei sopracitati Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) che costituiscono, insieme alle Linee Guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza.

Il presente PDTA ha come obiettivo la diagnosi ed il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), in linea con le direttive ministeriali soprarichiamate e presenta i seguenti obiettivi specifici:

- definire l'appropriatezza dell'intervento proposto nei diversi momenti del percorso di diagnosi e cura;
- cercare di definire uno standard qualitativo coerente con i contenuti delle principali linee guida di riferimento basate sull'Evidenced Based Medicine (EBM);
- ridurre la distanza che caratterizza i diversi setting assistenziali (cure primarie-servizi salute mentale-ospedale-riabilitazione residenziale);
- garantire l'appropriatezza degli interventi, l'aderenza terapeutica nonché una corretta allocazione delle risorse;
- valutare gli esiti di efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure sia nella loro interezza che a livello di sotto-processi, potendo quindi individuare le aree di miglioramento.

1. EPIDEMIOLOGIA

I Disturbi di Personalità (DP) sono molto frequenti sia nella popolazione generale che tra gli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

In Italia su un totale di 778.737 utenti di 133 Dipartimenti di Salute Mentale i DP mostrano un tasso standardizzato di 12,6 utenti per 10.000 abitanti. Dunque l'8% degli utenti ha una diagnosi di DP (Ministero della Salute, 2021). Tuttavia il sistema di cura italiano è spesso disorganizzato per il trattamento dei DP e del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), che costituisce il disturbo di personalità maggiormente afferente all'interno dei DSM (circa il 20 % degli accessi).

2. PUNTI FOCALI DEL PDTA

Il PDTA per il DBP articola le proprie raccomandazioni in cinque punti fondamentali:

1. Accesso ai servizi ed integrazione tra i servizi;
2. Percorso diagnostico;
3. Trattamenti psicologico-clinici e psicoterapeutici evidence-based;



4. Trattamenti farmacologici;
5. Percorso del paziente multimodale ad intensità crescente (presa in carico precoce, gestione della fase acuta, trattamenti continuativi a lungo termine)

2.1 Accesso ai Servizi ed Integrazione tra i servizi

Attività di screening precoce

Le linee guida affermano l'importanza di uno screening precoce del DBP per favorire trattamenti mirati immediati, che evitino l'aggravamento e la cronicizzazione dello stesso. Infatti tanto più precoce sarà il trattamento tanto più probabili saranno remissione e guarigione. Ne deriva che, vista la frequente insorgenza del disturbo o di sintomi di esso in età adolescenziale o giovane/adulta, appare di fondamentale importanza la sensibilizzazione delle famiglie, delle scuole, dei centri di aggregazione per bambini ed adolescenti, dei pediatri e dei medici di base. Risulta inoltre fondamentale ridurre lo stigma e psicoeducare la popolazione così da normalizzare la richiesta d'aiuto e rendere agevole l'accesso ai servizi di Neuropsichiatria infantile (NPI) e Psichiatria (Rossi e Ridolfi, 2021).

Transizione tra Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria

In Italia non sono stati condotti studi epidemiologici sulla prevalenza dei DP su scala nazionale. Tuttavia un recente studio epidemiologico effettuato presso i Servizi di Salute Mentale per bambini ed adolescenti delle regioni del Nord, ha evidenziato che la diagnosi più frequente (16,8 % delle diagnosi) era quella di "Disturbi emotivi con insorgenza nell'infanzia" mentre le diagnosi di "Disturbi di Personalità" e "Disturbi del comportamento" risultavano essere il motivo di accesso presso i servizi nell'1,3 % dei casi. Il 63,5 % degli adolescenti ricoverati più volte consecutive in un breve periodo di tempo e che riportavano almeno un episodio recente di autolesionismo non suicidario, rispondevano ai criteri per DBP, mentre il resto del campione rispondeva ai criteri per "altri Disturbi di Personalità con tratti di disregolazione". Ne deriva che un'ampia percentuale di utenti dei servizi di NPI sembra rispondere ai criteri di DBP (Rossi e Ridolfi, 2021). La letteratura recente concorda che per favorire la remissione precoce di tale sintomatologia andrebbe offerto un trattamento specifico in età precoce. Tuttavia questo non sempre si verifica o è sufficiente affinché tali pazienti possano essere dimessi entro il compimento del diciottesimo anno di età dai servizi di NPI e si rende pertanto necessaria la presa in carico da parte della psichiatria per adulti. Le persone con DBP spesso vanno incontro a momenti di crisi, emozioni e reazioni intense, quando si verificano cambiamenti o distacchi da figure significative; pertanto, la transizione tra i due servizi dev'essere preparata ed organizzata in modo dettagliato. Dev'essere flessibile e deve adattarsi alle esigenze del paziente sia per strutturazione che per tempistiche. In media dovrebbe avere una durata di circa sei mesi ed avvenire tra i 17 ed i 18 anni, ma se necessario potrebbe avvenire con tempistiche diverse o non avvenire qualora determini per il paziente un trigger di difficile gestione o qualora lo stesso si avvicini alla dimissione dal servizio.

Si raccomanda la costruzione congiunta di un progetto di cura ben strutturato e conosciuto da tutte le parti identificando in maniera univoca gli operatori con attribuzione di ruoli chiari e specifici a ciascuna di esse.

Il percorso terapeutico è d'équipe ed il progetto terapeutico va concordato e deciso con il paziente, la famiglia, la rete scolastica e sociale quando risulti possibile.

Eventuali effetti negativi del passaggio vanno minimizzati e va programmato nel momento più adatto per la persona.

Integrazione tra servizi in caso di comorbidità



Frequentemente il DBP si presenta in associazione ad altri disturbi che possono rappresentare sintomi dello stesso o vere e proprie comorbidità. In particolare in comorbidità con il DBP troviamo: bulimia, anoressia, abuso di sostanze.

Infatti nel 25% dei casi si osservano sintomi di alterazione del comportamento alimentare e nel 35% abuso di sostanze. (Hoffman PD, Fruzzetti AE et al 2005).

I disturbi alimentari o da uso di sostanze associati, possono essere di entità tale da richiedere l'invio del paziente presso Centri per i Disturbi della Nutrizione (Centri DNA) e Servizi per le Dipendenze (SerD).

Risulta quindi di fondamentale importanza la strutturazione di un progetto terapeutico personalizzato e condiviso tra servizio di invio, servizio ricevente, paziente stesso e care givers. Tutti i passaggi e gli interventi vanno adeguatamente predisposti, strutturati e condivisi, in un clima empatico, comprensivo, validante, flessibile e coerente nei diversi servizi implicati. Dovrebbero essere inoltre definiti i ruoli specifici delle figure coinvolte.

Il contratto terapeutico dovrebbe essere formalizzato e dovrebbe essere presente un case manager che supervisioni i vari interventi ed il raggiungimento o meno degli obiettivi previsti. L'equipe dovrà inoltre stabilire tramite adeguato assessment l'obiettivo primario del trattamento. Tratterà come obiettivi primari i disturbi concomitanti al DBP, quando questi inficiano il coinvolgimento del paziente nel trattamento (ad esempio l'abuso di sostanze) o quando inficiano la motivazione al trattamento (ad esempio l'anoressia). Invece andrà trattato come disturbo primario il DBP quando il disturbo concomitante non migliorerà senza trattamento dello stesso (ad esempio la bulimia) (Links e Gunderson, 2015).

2.2 Percorso Diagnostico raccomandato

In letteratura esistono forti evidenze circa l'efficacia in termini prognostici di interventi terapeutici precoci sul DBP. Pertanto appare fondamentale la restituzione precoce di diagnosi di DBP, volta a fornire una terapia mirata ed efficace.

Diagnosi Categoriale

La diagnosi clinica può essere effettuata tramite l'utilizzo di diversi sistemi diagnostici. In particolare è possibile utilizzare, l'International Classification of Diseases (ICD) oppure il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM).

Diagnosi ICD-9 ed ICD-11

L'International Classification of Diseases (ICD) ha pubblicato l'ultima versione (ICD-11) nel Gennaio 2022; tuttavia in ambito ospedaliero viene ancora utilizzata la classificazione (ICD-9-CM), pubblicata in Italia nel 2007. Nell'ICD-9-CM, il DBP veniva inserito all'interno del capitolo "Disturbo nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici", all'interno della categoria "altri disturbi di personalità" (301.8) con codice 301.83 (ICD-9-CM, 2007). L'ICD-11 si caratterizza per l'abbandono della diagnosi categoriale e l'introduzione della diagnosi dimensionale, per cui i disturbi di personalità sono stati uniti in un'unica definizione relativa al disturbo di personalità (6D10). Il DP viene definito come "un'alterazione relativamente persistente e pervasiva nel modo in cui gli individui esperiscono e interpretano sé stessi, gli altri e il mondo, a cui conseguono modalità maladattive di funzionamento cognitivo, esperienza ed espressione emozionale e comportamento". Queste modalità maladattive sono relativamente inflessibili e si associano a problemi significativi nel funzionamento sociale che sono particolarmente evidenti nelle relazioni interpersonali".

Si possono avere diversi livelli di gravità:



- lieve (6D10.0)
- moderato (6D10.1)
- grave (6D10.2)
- gravità non specificata (6D10.Z)

Esiste anche la possibilità di evidenziare la presenza di “Difficoltà della Personalità”, quando ancora non si è configurato un disturbo di personalità, ma sono presenti alterazioni di funzionamento che impattano sulla vita della persona. I livelli di gravità acquisiscono dunque notevole importanza nella definizione di prognosi e terapia sulla base di una diagnosi precoce.

Il sistema categoriale viene sostituito da cinque domini monotetici:

- affettivo negativo (6D11.0)
- distaccato (6D11.1)
- dissociale (6D11.2)
- disinibito (6D11.3)
- anancastico (6D11.4)

Viene inserito il qualificatore di Pattern Borderline (6D11.5), che può essere utilizzato quando si abbia presenza di almeno 5 dei 9 criteri per la diagnosi di DBP secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5-TR (DSM 5-TR) (APA, 2022). (ICD-11, 2022).

Diagnosi DSM-5-TR

Il DBP, in base alla diagnosi categoriale DSM-5-TR (APA, 2022) viene definito come segue:

“Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’immagine di sé e dell’umore e una marcata impulsività che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti come indicato da 5 (o più) dei seguenti criteri”:

(1) Sforzi disperati di evitare un abbandono reale o immaginario.

Nota: non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio.

(2) Relazioni interpersonali intense e instabili caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.

(3) Alterazione dell’identità: Immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.

(4) Impulsività in almeno 2 aree potenzialmente dannose per il soggetto (ad esempio: spendere, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).

Nota: non includere comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio.

(5) Ricorrenti comportamenti, gesti, minacce suicidarie o comportamento automutilante.

(6) Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore (ad esempio: disforia episodica intensa, irritabilità o ansia che solitamente durano alcune ore e solo raramente più di alcuni giorni).

(7) Sentimenti cronici di vuoto.

(8) Rabbia inappropriata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (ad esempio: frequenti manifestazioni di collera, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).

(9) Ideazione paranoide o severi sintomi dissociativi transitori, correlati allo stress.

I pazienti con ritardo mentale e disturbi di personalità che abbiano una base organica, vanno esclusi dalla diagnosi di disturbo di personalità grave (Ministero della Salute, 2014).

Strumenti raccomandati per una valutazione diagnostica:

- MSI-BDI: Mc Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder: questionario autosomministrato a 10 item. (Zanarini, Vujanovic et Al, 2003);
- BLS-23: Borderline Symptom List 23: questionario autosomministrato a 23 items (Wolf, Limberger et Al, 2009);



- SCID-5-PD: Intervista clinica strutturata per il DSM-5 per i disturbi di personalità. Intervista considerata il gold standard per la diagnosi di DP, strutturata sulla base dei criteri diagnostici del DSM-5.

La diagnosi testistica ha un ruolo ancillare nella diagnosi; si raccomanda che essa segua la diagnosi clinica o nel sospetto fondato di DBP si consiglia di procedere con valutazioni testistiche mirate e guidate dal ragionamento clinico.

Diagnosi Dimensionale

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

il DBP è caratterizzato da instabilità dell'immagine di sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e degli affetti, accompagnata da impulsività, tendenza a correre rischi e ostilità; difficoltà caratteristiche sono evidenti in identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità oltre che nelle aree dell'affettività negativa, dell'antagonismo e/o della disinibizione.

Strumenti raccomandati per valutazione dimensionale:

- ZAN-DBP: Scala di valutazione Zanarini per il Disturbo Borderline di personalità: intervista semistrutturata eterosomministrata, che permette una valutazione dimensionale di gravità del disturbo. Indicata per i pazienti con psicopatologia grave (Zanarini, Vujanovic et Al, 2003).
- C-SSRS: Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio. Va utilizzata nei pazienti che presentino elevato rischio di comportamenti autolesivi e suicidari e storia anamnestica di tentativi di suicidio (Posner; Brent et Al. 2008).
- BIS-11: Barrat Impulsiveness Scale: scala per la valutazione dell'impulsività (Patton et al, 1995).
- DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale. Scala per la valutazione della disregolazione emotiva (Gratz K.L. & Roemer L. 2004).
- DES: Scala per la valutazione delle Esperienze Dissociative (Van Ljendoorn M.H. and Schuengel C. 1996).
- Scl-90-R: Scala per la quantificazione dei sintomi psichici (Sarno, Preti et Al, 2011).
- DSHI: Scala per la valutazione dell'autolesionismo (Rossi Monti, D'Agostino, 2010).

La scelta della batteria da somministrare potrà variare sulla base della sintomatologia presentata dal paziente e sulla base della gravità della stessa. Dovrà essere mirata oltre che ad appropriata diagnosi anche alla valutazione dei fattori di rischio presentati in modo da definire un adeguato piano di trattamento.

2.3 Fasi del Percorso Terapeutico Multimodale ad intensità crescente

La letteratura recente concorda nell'affermare che la terapia del DBP nei DSM debba caratterizzarsi per l'offerta di un trattamento integrato e multimodale che sia caratterizzato da: precoce presa in carico del paziente con individuazione di un operatore di riferimento (case manager); strutturazione di un lavoro di équipe; percorso psicoeducativo e psicoterapia rivolti a pazienti e familiari; intervento psicoterapico individuale; interventi di natura socio-assistenziale quando necessario. Tali interventi dovrebbero essere ad intensità crescente. Si dovrebbe fornire inizialmente un trattamento di prima linea, generalista (ad es. Good Psychiatric Management, GPM) (Links and Gunderson, 2015) e qualora non sufficiente fornire un trattamento di seconda linea, strutturato (ad es. Dialectical Behaviour Therapy, DBT, Linehan, 2015).

Contratto terapeutico e Piano di Trattamento Individualizzato

Essenziale nel trattamento del DBP è la strutturazione di un contratto terapeutico e di un Piano di Trattamento Individualizzato (PTI), realizzato con il contributo e la collaborazione di operatori di riferimento, paziente e familiari e condiviso da tutte le parti. Questi andranno concordati sulla base del punto di vista del paziente e tenendo conto di problemi e punti di forza espressi dallo stesso.

Elementi fondamentali del PTI sono:

- chiara definizione ed esplicitazione del ruolo e delle responsabilità di tutte le persone coinvolte (operatori, pazienti e familiari).
- elaborazione di un contratto terapeutico che tenga conto degli obiettivi di trattamento.
- elaborazione di un piano di gestione della crisi.

Gli obiettivi primari del trattamento sono:

- motivazione al trattamento stesso.
- riduzione dei comportamenti autolesivi e ricorso appropriato al Pronto Soccorso.
- raggiungimento di un'indipendenza abitativa e lavorativa.

Gli obiettivi secondari del trattamento sono:

- lavoro di regolazione emotiva ed efficacia interpersonale.
- miglioramento del funzionamento interpersonale.

Trattamento generalista per il DBP di lieve/moderata gravità: Good Psychiatric Management (GPM)

Il GPM è un modello generalista per il DBP. Facilmente integrabile nei DSM poiché non guidato da un modello teorico preciso, che quindi può essere utilizzato da operatori con formazioni diverse. Esso rappresenta una "cornice" per la gestione dei pazienti DBP ed è risultato particolarmente efficace nella gestione del DBP con comorbidità psichiatriche.

Prevede l'integrazione di:

- condivisione della diagnosi: volta a motivare il paziente ad intraprendere un percorso di cura strutturato e con buona prognosi (remissione dei sintomi dell'80% a 10 anni e del 25% a 2 anni, con basso tasso di ricaduta).
- psicoeducazione: volta a promuovere l'alleanza terapeutica, ridurre il vissuto di colpa ed alienazione del paziente e dei familiari ed accrescere la loro collaborazione. Si caratterizza per la condivisione di sintomi del disturbo, eziopatogenesi, prognosi, comorbidità psichiatriche, terapia psicoterapica e farmacoterapia (Ridolfi, Rossi et Al, 2019).
- gestione del rischio autolesivo tramite definizione condivisa di un piano di sicurezza (vedasi capitolo 2.5 Piano di gestione della crisi).
- una seduta di psicoterapia individuale alla settimana: di qualsiasi orientamento ma fondata su una relazione empatica, validante e non giudicante e che sia focalizzata sugli obiettivi condivisi del trattamento.
- Farmacoterapia qualora necessaria, somministrata secondo indicazioni specifiche ed integrata con la psicoterapia (vedasi capitolo 2.4 Trattamento Farmacologico).
- trattamento multimodale: prevede la partecipazione di più figure che lavorano in équipe, che hanno ruoli chiari e specifici, che si confrontano regolarmente, che non accettano le denigrazioni nei confronti di altri operatori sanitari coinvolti ed invitano il paziente a condividere eventuali problemi con la persona interessata. I suoi vantaggi sono: migliore compliance al trattamento e riduzione dei dropout, diminuzione degli agiti disfunzionali ed autolesivi e minor carico sui sanitari.
- partecipazione a gruppi di vario genere (psicoeducazionali, motivazionali, familiari). Essi risultano particolarmente utili perché economici ed efficaci per fornire sostegno ai pazienti.
- definizione di obiettivi a breve, medio, lungo termine e monitoraggio sistematico dei progressi ottenuti.



Il GPM si incentra in particolare sulla dimensione relazionale e lavorativa ed incoraggia il paziente ad intraprendere attività svolte all'esterno. (Links and Gunderson, 2015).

Trattamento avanzato per il DBP di moderata/elevata gravità: Dialectical Behaviour Therapy Skills Training

La Dialectical Behaviour Therapy (DBT) è uno dei modelli di trattamento per il DBP più noti e con il maggior numero di evidenze di efficacia ma è scarsamente presente all'interno dei DSM a causa della necessità di formazione specifica. Tuttavia la DBT è un modello ad intensità crescente che ha come nucleo centrale la DBT Skills Training, la quale richiede una formazione breve. Essa è un intervento psicoeducativo efficace nei pazienti con disregolazione emotiva; è un intervento di gruppo e si suddivide in quattro moduli:

- abilità di mindfulness
- abilità di regolazione emotiva
- abilità di tolleranza allo stress
- abilità di efficacia interpersonale

La letteratura ne evidenzia come effetti: la riduzione della disregolazione emotiva e degli agiti parasuicidari con aumento di strategie di coping adattative (Linehan, 2015; Pedrini et Al, 2021). Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della DBT Skills Training stand alone nella riduzione della sintomatologia del DBP (Neacsiu et Al, 2012) ed alcuni DSM Italiani l'hanno applicata con buone evidenze di efficacia. Ne deriva pertanto l'importanza di integrazione della stessa all'interno dei DSM in modo da fornire ai pazienti DBP un intervento Evidence Based e cost effective.

Interventi psicoeducativi rivolti ai familiari: Family Connections

Le linee guida concordano sulla necessità di coinvolgere familiari e figure di riferimento dei pazienti DBP nel trattamento. Il DBP è un disturbo caratterizzato da elevata ipersensibilità interpersonale e disregolazione emotiva che tende a determinare difficoltà relazionali e disregolazione emotiva anche nelle persone a loro care, le quali involontariamente disregolano ulteriormente il paziente. Pertanto risulta fondamentale fornire alle persone care a pazienti DBP, interventi volti a fornire informazioni sul disturbo e a rendere loro stessi e l'ambiente più regolati. L'unico modello Evidence Based per care givers di pazienti con DBP è Family Connections (FC). Si tratta di un intervento manualizzato di 12 incontri, della durata di circa 2 ore a cui partecipano circa 10 figure di riferimento di pazienti; fornisce psicoeducazione e presenta strategie per la gestione della disregolazione emotiva oltre che l'insegnamento di abilità di mindfulness relazionale, validazione, efficacia interpersonale e problem-solving. Esso ha mostrato evidenze di efficacia nel ridurre il carico emotivo ed i sintomi depressivi e nell'aumentare le capacità di comunicazione dei familiari (Lanfredi et Al, 2023); necessita di un training formativo di 2 giorni, pertanto risulta facilmente fruibile.

Ne deriva dunque l'importanza di integrarlo nei programmi di trattamento per i DBP all'interno dei DSM.

Trattamento Psicoterapico individuale

Le linee guida concordano nell'affermare che la terapia di prima linea per il DBP è la psicoterapia. Pertanto, qualora la terapia generalista fallisca, andrebbe proposto al paziente un trattamento psicoterapico individuale di secondo livello. Le terapie psicoterapiche con maggiori evidenze di efficacia sono:

- DBT: Terapia Dialettico Comportamentale (Linehan, 1993).



- MBT: Terapia basata sulla mentalizzazione (Bateman and Fonagy, 2006).
- TFP: Terapia focalizzata sul transfert (Clarkin et Al, 2000).
- STEPPS: Sistemi di formazione per la prevedibilità emotiva e il problem solving (Silk, 2008).
- SFT: Schema focused therapy (Young et Al, 2003).
- MIT: Metacognitive Interpersonal Therapy per il disturbo Borderline di Personalità (Rossi, Corbo et Al, 2023).

Indipendentemente dall'approccio utilizzato, tutte le psicoterapie supportate da dati empirici condividono come fattori comuni: alto livello di strutturazione, attuazione coerente ed affidabile, coerenza teorica, attenzione alla costruzione di relazioni positive, flessibilità, intensità modulata sui bisogni, integrazione tra servizi.

2.4 Trattamento Farmacologico

Attualmente nessun farmaco ha indicazione per il trattamento del DBP. La farmacologia può essere utile per diminuire la disregolazione affettiva, il discontrollo degli impulsi ed i disturbi di tipo cognitivo-percettivo. Essa non può essere utilizzata come trattamento esclusivo e va utilizzata per il minor tempo possibile essendo anche gravata da rilevanti effetti collaterali a fronte di benefici di efficacia non riconosciuta in una ottica di sanità pubblica e di EBM. Serve ad alleviare sintomi di entità tale che non permettono l'approccio di tipo psicoterapico o come trattamento dei disturbi psichiatrici in comorbidità, per cui andrebbe favorita la monoterapia (Magni, Ferrari et Al. 2021).

Nello specifico:

- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): apportano scarsi benefici ma hanno il vantaggio di essere sicuri per via degli scarsi effetti collaterali; sono utili quando il paziente ha sintomi depressivi e per la diminuzione dell'impulsività.
- Antidepressivi Triciclici (TCA): sembra che possano aiutare alcuni pazienti a diminuire l'intensità della rabbia, ma i loro benefici sono scarsi ed incerti, hanno effetti collaterali moderati ed un'azione lenta; vanno possibilmente evitati perché in caso di sovradosaggio possono essere letali.
- Stabilizzatori dell'umore: possono essere somministrati in caso di umore depresso, impulsività e rabbia e hanno scarso effetto sulla disregolazione emotiva, possono determinare un calo della libido. Si preferisce evitare l'utilizzo di quegli stabilizzatori (ad es. Litio) letali in caso di sovradosaggio.
- Antipsicotici a basso dosaggio: possono aiutare per il controllo degli impulsi e della rabbia; la maggior parte di essi determina come effetto collaterale un aumento di peso del paziente, vanno pertanto possibilmente evitati soprattutto in caso di comorbidità con Disturbi della Condotta Alimentare.
- Benzodiazepine: hanno un'azione sulla riduzione dell'ansia momentanea, ma possono sedare e causare dipendenza e pertanto dovrebbero essere evitate o usate solo se indispensabili e per gestire eventuali crisi momentanee, non a lungo termine.

Importante è evidenziare come ciascuna classe di farmaci agisca prevalentemente su determinate aree sintomatologiche e che in particolare, in caso di sintomi lievi, non andrebbero prescritti farmaci o al massimo antidepressivi. In caso di sintomi intensi verranno prescritti stabilizzatori dell'umore per sintomi di natura affettiva; stabilizzatori dell'umore o antipsicotici per impulsività e rabbia; antipsicotici per alterazioni di natura cognitiva o percettiva (Links and Gunderson, 2015).

2.5 Piano di gestione della crisi

I pazienti con DBP possono presentare episodi di crisi caratterizzati da disregolazione emotiva e/o comportamentale. La tendenza è quella di gestirle tramite la somministrazione di farmaci o tramite il ricovero ospedaliero; tuttavia tali modalità sono inappropriate e potenzialmente iatrogene oltre che

di rinforzo nei confronti della disregolazione stessa. Pertanto la letteratura afferma che è opportuno formulare un piano preventivo di gestione della crisi (Contratto di sicurezza) che sia pensato e condiviso con il paziente tenendo conto di fattori trigger ed abilità del paziente. Esso dovrebbe essere composto dai seguenti punti:

- Segnali d'allarme: emozioni, pensieri, sensazioni corporee, necessità/ bisogni, etc. che hanno innescato e preceduto la disregolazione.
 - Cosa fare per provare sollievo: pattuire con il paziente attività funzionali, per lui efficaci nel diminuire la disregolazione emotiva (ad es. ascoltare musica, fare esercizio fisico etc).
 - Persone da contattare per chiedere aiuto e da non contattare: fondamentale è inserire i numeri di telefono di ciascuna persona da contattare e concordare di non chiamare le persone che di solito aumentano la disregolazione piuttosto che diminuirla.
 - Professionisti da contattare: professionisti da contattare una volta falliti gli step precedenti, inserendo nominativo e telefono.
 - Come rendere la casa più sicura: tale step comporta l'eliminazione dalla portata del paziente di tutto ciò che può facilitarlo nell'impulsività (ad es. lamette, alcool, etc.)
- Decidere a chi dare una copia del piano: 1 copia per il paziente, 1 copia per l'operatore sanitario, 1 copia per tutte le persone di supporto inserite tra i numeri da contattare.

Il piano di gestione della crisi va dunque firmato da curante e paziente e va utilizzato da tutti gli operatori e le persone coinvolte in esso al verificarsi delle crisi (Links and Gunderson, 2015). Esso andrebbe formulato ed utilizzato per pazienti in regime ambulatoriale, di ricovero e residenziale ed andrebbe potenziato e, qualora necessario, modificato ad ogni crisi successiva sulla base di quanto osservato. (per ulteriori approfondimenti vedasi All. 3-7).

2.6 Ospedalizzazione

I pazienti con DBP andrebbero ricoverati solo quando strettamente necessario e qualora non sia possibile la gestione delle crisi sul territorio. La durata del ricovero dovrebbe essere al massimo di 1-3 giorni. Le indicazioni al ricovero sono: ideazione suicidaria con piano suicidario strutturato; wash out o modifiche terapie farmacologiche, che non possono essere effettuate in regime ambulatoriale; sottrarre temporaneamente il paziente da un ambiente invalidante o da situazioni eccessivamente stressanti e definire un progetto terapeutico strutturato ed una presa in carico da parte dei servizi di competenza dei pazienti con comorbidità (ad es. SerD e Centri per DCA). Gli operatori dovrebbero avere le competenze per aiutare il paziente nella gestione dei momenti di crisi e per non rinforzare i comportamenti disfunzionali e regressivi che il ricovero tende spesso ad amplificare (Gunderson and Links, 2010) (per ulteriori approfondimenti vedasi Capitolo 8: allegati).

2.7 Residenzialità a fini riabilitativi

Il trattamento del DBP dovrebbe essere volto all'inserimento del paziente nella sua comunità ed alla creazione di relazioni stabili e funzionali all'interno di essa. Ne deriva che qualora possibile il trattamento dovrà essere strutturato all'interno del territorio di vita del paziente. Esistono tuttavia casi per i quali il trattamento all'interno dell'ambiente di vita del paziente diventa di difficile attuazione a causa della cronicità e gravità della sintomatologia presentata. In questo caso potrà essere necessario il ricorso a strutture all'interno delle quali possa essere intrapreso un percorso terapeutico/riabilitativo in ambito protetto.



3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La formazione degli operatori sanitari risulta fondamentale per il trattamento dei pazienti con DBP. Uno studio Italiano recente ha infatti evidenziato come attitudini negative nei confronti di questi pazienti ne influenzano negativamente il trattamento e che l'aver effettuato un training specifico si associ con attitudini positive nei confronti di essi (Lanfredi e Ridolfi, 2019).

Si è visto inoltre che un training GPM della durata di un giorno diminuisce stigma e credenze negative, aumentando credenze ed attitudini positive e che tali modifiche permangono nel tempo. (Masland, MacDonald et. Al. 2018). Fondamentali per fornire trattamenti efficaci ai pazienti con DBP sono: la formazione di tutto il personale del DSM con supervisioni periodiche. I DSM dovrebbero avere al loro interno équipe specializzate e l'intero DSM dovrebbe essere caratterizzato da sensibilità diagnostica e capacità di gestione omogenea dei pazienti con DBP all'interno di tutti i servizi (SPDC, CSM, Strutture Riabilitative Semiresidenziali e residenziali). Sarebbe auspicabile una formazione condivisa tra NPI, DSM, SerD, etc. volta allo sviluppo di metodologie di trattamento univoche e condivise, alla collaborazione ed all'aumento di competenze.

Ogni DSM della regione Abruzzo, dopo apposita formazione attiva un nucleo finalizzato al trattamento del DBP il cui accesso è consentito con impegnativa regionale e presso il quale l'utente ha la garanzia di avere un percorso di cura e assistenziale (PDTA) dedicato.

4. INDICATORI

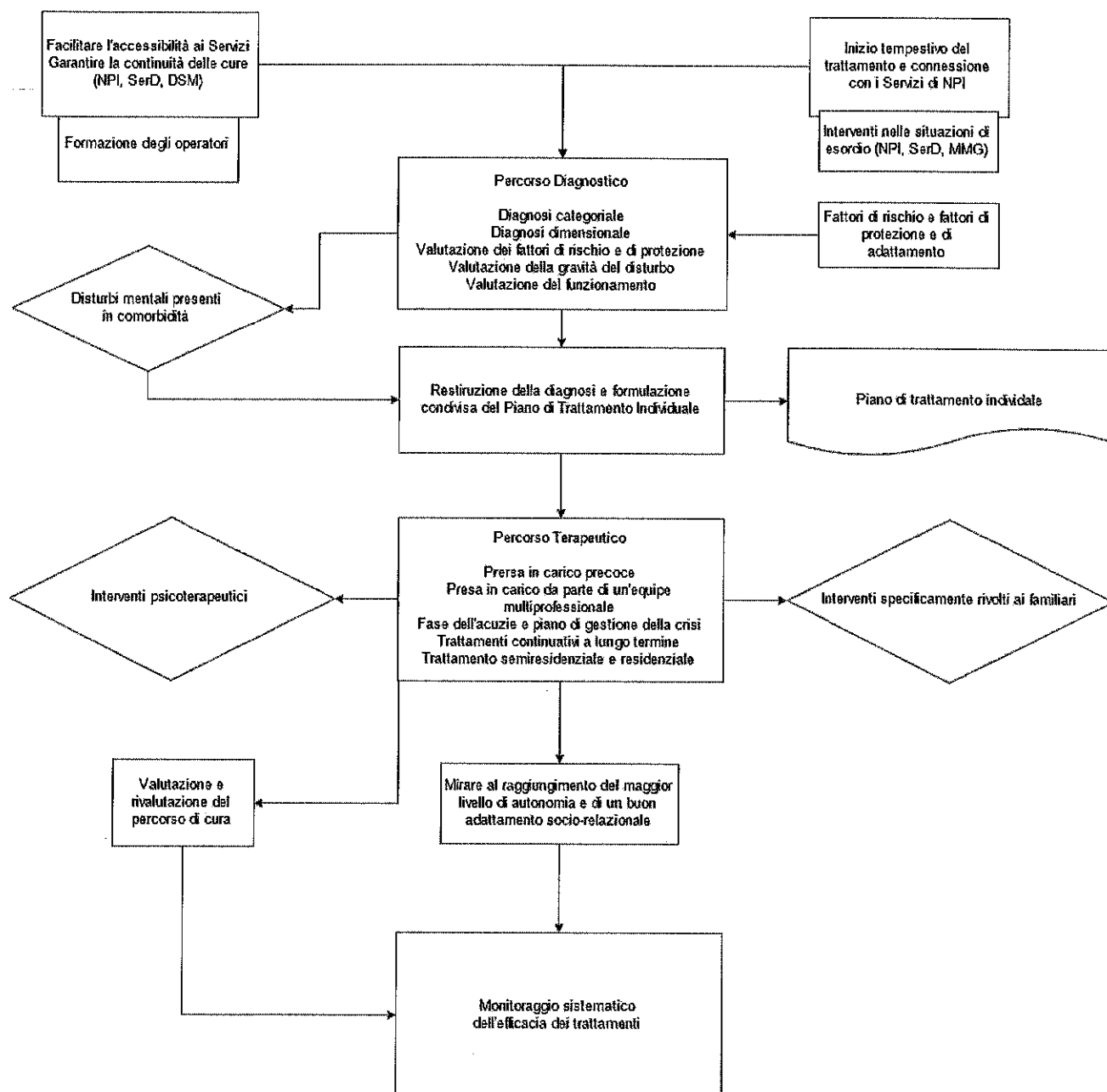
INDICATORI ORGANIZZATIVI

- Recepimento del PDTA regionale per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità: Atto Deliberativo Aziendale entro 30 giorni dalla trasmissione dell'atto deliberativo di Giunta Regionale;
- Protocollo clinico organizzativo aziendale per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità: Atto Deliberativo Aziendale entro 60 giorni dall'atto di recepimento aziendale.
- Organizzazione di almeno 1 evento formativo all'anno.

Si puntualizza che gli indicatori sopra esposti verranno monitorati dall'ASR Abruzzo e potranno essere modificati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte da parte dei professionisti coinvolti nel percorso.



DIAGRAMMA DI FLUSSO PDTA del DBP



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

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ E MODALITÀ OPERATIVE	RESPONSABILE
Attivazione del servizio (NPI, SerD, DSM)	• Segnalazione di disturbi psicopatologici • Segnalazione di uso di sostanze; • Segnalazione di disturbi nell'età evolutiva	MMG, PS, altro specialista, familiari, Servizio Sociale, altro Ente o Istituzione
Visita con il medico di riferimento (NPI, SerD, DSM)	• Colloquio di valutazione diagnostica con approfondimento anamnestico • Utilizzo degli strumenti di valutazione diagnostica	Neuropsichiatra Infantile Psichiatra Psicologo
Intervento nelle situazioni di esordio	• Diagnosi in età adolescenziale • Valutazione antecedenti infantili • Avvio interventi multimodali	Neuropsichiatra Infantile Equipe multiprofessionale NPI-EE
Consulenza del medico Psichiatra in PS	• Colloquio di valutazione diagnostica con eventuale approfondimento anamnestico • Trattamenti farmacologici se necessari • Coinvolgimento del servizio curante • Valutazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi • Coinvolgimento dei familiari	Psichiatra di guardia
Fase dell'acuzie e Gestione della Crisi	• Protocollo di gestione delle crisi • Valutazione del rischio suicidiario • Trattamento farmacologico	Psichiatra di guardia Equipe del SPDC Equipe del CSM
Ricovero in SPDC	• Valutazione ed approfondimento diagnostico ed anamnestico • Valutazioni diagnostiche mediche • Eventuale coinvolgimento NPI (per collegamento Neuropsichiatra infantile anamnestico) e SerD • Coinvolgimento del Servizio curante • Brevi ricoveri ospedalieri	Psichiatra Equipe del SPDC Psichiatra SerD Neuropsichiatra Infantile
Percorso Diagnostico	• Valutazione categoriale • Diagnosi di Disturbi in comorbidità • Valutazione dimensionale • Valutazione dei fattori di rischio e di protezione • Valutazione della gravità del disturbo • Valutazione del funzionamento • Percorso diagnostico attuato da un pool interservizi di operatori	Equipe multiprofessionale del DSM, con eventuale collaborazione dell'equipe della neuropsichiatria Infantile per la continuità del trattamento ed il Dipartimento per le Dipendenze (DD) per i disturbi da uso di sostanze
Restituzione diagnosi	• Formulazione diagnostico terapeutica • La formulazione mette in luce i problemi chiave, i punti di forza e di debolezza	Psichiatra Psicologo
Formulazione condivisa del Piano di Trattamento individualizzato (PTI)	• Elaborazione del Piano di Trattamento il più possibile individualizzato • Restituzione della diagnosi e formulazione condivisa del piano di trattamento individualizzato (PTI) • Chiarezza sul ruolo di ogni persona coinvolta nel processo di cura	Psichiatra Psicologo Assistente sociale Infermiere Tecnico di riabilitazione psichiatrica e/o Educatore professionale ruolo sanitario

	• Motivazione al trattamento • incontri con i familiari • Definizione delle responsabilità del paziente • Elaborare gli obiettivi primari e secondari • Elaborazione di un piano di crisi	
Presa in Carico multiprofessionale	• Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali del paziente • Pianificazione e attuazione degli interventi personalizzati • Riunioni dell'équipe multiprofessionale, mirate a garantire la condivisione delle informazione e la sinergia tra i diversi interventi • Offrire una psicoeducazione • Definire gli interventi sociali e di inclusione sociale • Interventi di inserimento e mantenimento scolastico o lavorativo • Trattamento per comorbidità con Disturbo da Uso di Sostanze • Miniequipe dedicate	Psichiatra Psicologo Psichiatra e operatori SerD Assistente Sociale Tecnico di riabilitazione psichiatrica e/o Educatore professionale ruolo sanitario Infermiere Operatore Socio Sanitario
Trattamenti continuativi e a lungo termine	• Comunicazione e interazione all'interno dell'équipe multiprofessionale • Trattamento psicoterapeutico • Trattamento psicofarmacologico • Interventi rivolti ai familiari • Interventi psicoeducativi	Psichiatra Psicologo Assistente Sociale Tecnico di riabilitazione psichiatrica e/o Educatore professionale ruolo sanitario Infermiere Operatore Socio Sanitario
Trattamento semiresidenziale e residenziale	• Trattamento psicoterapeutico • Trattamento psicofarmacologico • Interventi psicosociali • Interventi psicoeducativi	Psichiatra Psicologo Assistente Sociale Tecnico di riabilitazione psichiatrica e/o Educatore professionale ruolo sanitario Infermiere Operatore Socio Sanitario
Valutazione e Rivalutazione del percorso di cura	• Sperimentazione, valutazione, rivalutazione e aggiornamento del percorso di cura • Momenti di discussione e verifica nelle equipe curanti • Valutazione dell'aderenza degli operatori al presente PDTA	Equipe curante
Formazione degli operatori	• Formazione per tutto il personale • Percorsi condivisi di formazione tra NPI, DSM, SerD	Gruppo formazione dipartimentale Ufficio formazione ASL



LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL CONTRATTO DI SICUREZZA CON IL PAZIENTE CHE PRESENTA DISREGOLAZIONE EMOTIVA E/O COMPORTAMENTALE

RAZIONALE: La disregolazione emotiva determina in un'elevata percentuale di casi, messa in atto di gesti impulsivi auto e/o etero diretti. L'approccio farmacologico è in grado di determinare una diminuzione della sintomatologia prevalentemente a breve termine ma non aiuta il paziente nella gestione a lungo termine di essa e contribuisce alla medicalizzazione e cronicizzazione dello stesso. Pertanto è di fondamentale importanza costruire insieme al paziente un contratto di sicurezza atto ad aiutarlo a gestire e regolare le emozioni sia a breve che a lungo termine (Gunderson JG, Links PS; 2014).

COS'É IL CONTRATTO DI SICUREZZA?

Il contratto di sicurezza è un piano d'azione per la gestione dei momenti di disregolazione emotiva/comportamentale, che paziente e sanitario costruiscono insieme. Questo è volto a concordare modalità alternative e più funzionali rispetto all'acting out, per la gestione dei momenti di crisi. Esso si compone di diversi step successivi e va costruito di comune accordo tra paziente e sanitario, sia durante il ricovero che per i pazienti che si trovino a domicilio o in strutture sul territorio, che presentino difficoltà nel controllo di emozioni e/o comportamenti.

QUALE APPROCCIO UTILIZZARE NELLA COSTRUZIONE DEL CONTRATTO DI SICUREZZA?

Approccio socratico:

Tale tecnica consiste nell'interagire con il paziente tramite una serie mirata di domande a lui rivolte. Lo scopo delle domande è far sì che il paziente attinga alle proprie risorse e riesca a giungere autonomamente alle risposte alle quali il sanitario intende portarlo ed ha come obiettivi principali la presa di coscienza sulle proprie modalità di funzionamento ed un distanziamento critico da esse (Semerari A, 2000).

Approccio validante:

La validazione si definisce come l'abilità di mostrarci empatici e di comunicare alla persona con la quale interagiamo che capiamo i suoi pensieri, le sue emozioni, i suoi comportamenti anche quando non li condividiamo e che questi hanno un senso se consideriamo la situazione attuale, quella ambientale, la sua storia e le sue caratteristiche di funzionamento. (Linehan MM, 1993; Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD, 2005).

Comportamenti, pensieri, emozioni vanno validate sulla base del:

- Passato: storia di vita ed esperienze vissute
- Futuro: aspettative, obiettivi e desideri
- Presente: contesto di vita attuale

Esistono inoltre due diversi tipi di validazione ed è fondamentale che entrambe siano volte a mostrare al paziente che lo capiamo:

- Validazione diretta: comunicata a parole
- Validazione indiretta: comunicata tramite il non verbale come contatto oculare diretto e continuo, postura di apertura, tono della voce tranquillo e sereno, etc

Esistono inoltre sei diversi tipi di validazione da utilizzare:



- Ascolto attivo: il sanitario è presente sia fisicamente che mentalmente ed emotivamente ed ascolta quanto il paziente dice con tutta la sua attenzione
- Rispecchiamento: il sanitario dimostra al paziente di averlo ascoltato attivamente e compreso accuratamente ripetendo esplicitamente al paziente quanto da lui affermato
- Rimandare al paziente anche quanto non ha comunicato verbalmente: il sanitario rimanda al paziente gli aspetti impliciti della loro comunicazione facendogli notare aspetti non verbali come correlati fisici, espressione facciale e postura
- Comunicare al paziente che i suoi comportamenti hanno senso se teniamo in considerazione le sue caratteristiche neurobiologiche
- Comunicare al paziente che i suoi comportamenti hanno senso rispetto al suo contesto di vita attuale
- Mantenere un atteggiamento di genuinità radicale: il sanitario interagisce con il paziente in maniera naturale cioè nella stessa maniera in cui si comporterebbe con i suoi amici e con la sua famiglia pur nel rispetto del contesto terapeutico e della relazione con il paziente e dei limiti di entrambi (Swenson CR,2016).

COME È COMPOSTO IL CONTRATTO DI SICUREZZA?

Il contratto di sicurezza è composto da diversi step successivi, in numero diverso sulla base che il paziente sia ricoverato in reparto o si trovi a domicilio o in strutture sul territorio.

COSTRUZIONE DEL CONTRATTO DI SICUREZZA SUL TERRITORIO:

Va concordato, compilato e firmato da sanitario e paziente tramite l'analisi di uno e/o più eventi di disregolazione emotivo/comportamentali realmente accaduti al paziente, utilizzando metodo socratico e validazione. Ciò verrà fatto tramite la compilazione della scheda "Contratto di sicurezza sul territorio" partendo dallo step 1 e procedendo alla compilazione degli step successivi. Di fondamentale importanza prima dell'inizio della compilazione sarà la spiegazione al paziente del rationale e della funzione del contratto di sicurezza.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gunderson JG, Links PS. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. American Psychiatric Pub;2014.
2. Semerari A. Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitive;2000. Editori Laterza.
3. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press;1993.
4. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press; 1993.
5. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model; 2005. Dev and Psychopathology 17: 1007-30.
6. Swenson CR. DBT Principles in Action. Acceptance, Change and Dialectics; 2016. The Guildford Press.
7. Linehan MM. DBT Skills Training. Schede e fogli di lavoro. Raffaello Cortina Editore. 2015.



CONTRATTO DI SICUREZZA SUL TERRITORIO

COMPILAZIONE CONTRATTO DI SICUREZZA SUL TERRITORIO:

Scrivere luogo, data e nome del paziente nella parte iniziale della scheda.

STEP 1: SEGNALI D'ALLARME

- Chiedere al paziente di pensare ad un episodio specifico, realmente verificatosi, di disregolazione emotiva e/o comportamentale (episodio di impulsività, acting out, autolesionismo, guida spericolata, aggressività auto e/o etero diretta, ingestione incongrua di farmaci, tentativo di suicidio, etc.)
- Trovato insieme l'evento, chiedere al paziente di pensare a quali sono stati i "segnali d'allarme" precedenti all'atto impulsivo compiuto. In particolare quali sono stati: emozioni, pensieri, sensazioni corporee, necessità/ bisogni percepiti ed infine se gli viene in mente altro oltre a quanto condiviso in precedenza. Man mano che la condivisione procede, quanto emerso viene trascritto nella contrattato di sicurezza.

Di fondamentale importanza è condividere con il paziente che i segnali d'allarme condivisi e scritti saranno quelli ai quali prestare attenzione e che nel momento in cui compariranno dovrà impegnarsi a mettere in atto gli step successivi.

STEP 2: COSA FARE PER PROVARE SOLLIEVO

- Chiedere al paziente cosa può fare quando avverte i segnali d'allarme per provare a calmarsi. Ad esempio: ascoltare musica, accarezzare il gatto, fare una passeggiata con il cane, disegnare, etc. Scrivere nella Scheda del Contratto di Sicurezza, le attività specifiche concordate con il paziente. Qualora il paziente faccia difficoltà a condividere attività che possano aiutarlo, è possibile proporle sulla base della conoscenza che l'operatore sanitario ha del paziente e chiedere se ritiene possano essergli utili le attività proposte. In caso di risposta affermativa scrivere nella scheda l'attività in questione.
- Di fondamentale importanza è condividere con il paziente le Abilità TIP: ridurre la temperatura del volto con acqua fredda, fare esercizio fisico intenso, placare il ritmo della respirazione, fare il rilassamento muscolare progressivo. Queste abilità hanno la specifica funzione di ridurre le emozioni intense che non vengono calmate dalle attività precedentemente concordate. Una volta presentate tali modalità chiedere al paziente quali ritiene possano essergli più utili e segnarle sulla Scheda del Contratto di Sicurezza alla voce TIP (Linehan MM, 2015).

N.B. È importante specificare al paziente che le attività condivise devono essere attività che realmente hanno un'attività calmante per lo stesso e che è fondamentale provare ad applicarle anche in condizione di normale arousal affinché sia più spontaneo ed immediato applicare le stesse quando si presenti disregolazione emotiva/comportamentale.

STEP 3: A CHI CHIEDERE AIUTO



Lo step 3 va applicato nel momento in cui lo step 2 non sia stato efficace e consiste nel chiedere aiuto a persone di riferimento che hanno la capacità di aiutare il paziente a calmarci. Viene chiesto pertanto al paziente se ci sono persone alle quali potrebbe rivolgersi e si scrivono nella scheda nome e numero di telefono delle stesse.

In questo step viene anche chiesto quali sono le persone alle quali non devono assolutamente rivolgersi, poiché solitamente tendono ad aumentare la disregolazione dello stesso. I nomi delle stesse vengono quindi scritte nella scheda.

STEP 4: PROFESSIONISTI DA CONTATTARE

Tale step si applica in caso di fallimento degli step precedenti e prevede di contattare gli operatori sanitari di riferimento: medico psichiatra o psicologo/psicoterapeuta di riferimento.

- Si chiedono pertanto al paziente i nomi ed i numeri di telefono degli stessi. Questi vengono scritti nel Contratto di sicurezza, in modo da avere in caso di necessità i contatti a disposizione.
- Qualora gli operatori di riferimento non siano contattabili ma la disregolazione sia ancora forte, tale step prevede di recarsi in Pronto Soccorso.
- Va esplicitato al paziente che la richiesta d'aiuto al sanitario va fatta prima che la disregolazione emotiva si trasformi in acting out e non successivamente ad esso.
- L'operatore sanitario che risponderà alla richiesta di aiuto del paziente e/o che effettuerà la consulenza in Pronto Soccorso, si preoccuperà di chiedere allo stesso cosa sia successo che abbia determinato disregolazione emotiva. Chiederà quali sono stati i segnali d'allarme (STEP 1) e quali modalità di regolazione emotiva previste dal contratto di sicurezza concordato in precedenza abbia applicato (STEP 2). Si preoccuperà quindi di validare il paziente (tecnica che ha la funzione di aiutare il paziente a regolarsi emotivamente) e di proporre allo stesso altre modalità dello STEP 2, non precedentemente applicate oppure qualora siano state tutte quante applicate con scarso beneficio, si preoccuperà di proporre al paziente altre modalità di regolazione emotiva come ad esempio le TIP (applicazione acqua fredda o ghiaccio in volto e polsi, respirazione, etc.)
- La somministrazione di farmaci andrà valutata solo qualora le precedenti modalità non abbiano avuto effetto e la disregolazione emotiva-comportamentale sarà tale da rendere al paziente impossibile il colloquio e l'applicazione condivisa degli step del contratto di sicurezza.
- La Terapia farmacologica non aiuta il paziente ad implementare la capacità di regolazione emotivo-comportamentale, bensì rinforza disregolazione emotivo-comportamentale ed incapacità di gestione della stessa in automia, contribuendo alla medicalizzazione e cronicizzazione del paziente. Per tale motivo va considerata ed applicata solo quando strettamente necessaria e spiegando al paziente che la farmacoterapia si è resa necessaria ma che non lo aiuta ad imparare a controllare emozioni ed impulsività.
- Il sanitario che valuterà il paziente con disregolazione emotiva e/o comportamentale dovrà considerare che le indicazioni ad un eventuale ricovero sono:
 - forte crisi emotivo/comportamentale non gestibile esternamente
 - elevato rischio suicidario con piano suicidario strutturato
 - staccare da situazioni di vita e/o ambienti particolarmente stressanti
 - necessità di washing out farmacologico o di sostanziali modifiche farmacologiche

L'eventuale ospedalizzazione deve essere di breve durata poiché determina il forte rischio di rinforzare le condotte disfunzionali del paziente e che il paziente sentendosi particolarmente protetto faccia fatica a ritornare all'esterno ed alla vita quotidiana.

STEP 5: COME RENDERE CASA PIÙ SICURA



Lo step 5 prevede di concordare con il paziente modalità per rendere casa (o il luogo in cui il paziente è ospite sul territorio come strutture o comunità) più sicuri. Pertanto si chiede allo stesso se ci siano delle modalità per rendere casa più sicura e rendere meno facile la possibilità di mettere in atto gesti impulsivi (ad es. buttare le lamette e mettere sotto chiave i coltelli, per i pazienti che ricorrono all'autolesionismo; non comprare o buttare l'alcol, per i pazienti che utilizzano questo come autocura, etc.

Le modalità concordate andranno scritte nel contratto di sicurezza ed il paziente provvederà, appena farà ritorno a domicilio, a mettere in atto quanto concordato. In questo modo, in caso di disregolazione, la casa sarà un posto sicuro.

STEP 6: FIRMARE E FORNIRE UNA COPIA DEL CONTRATTO DI SICUREZZA ALLE FIGURE COINVOLTE

Prevede che l'operatore che ha redatto il contratto di sicurezza con il paziente ed il paziente stesso firmino il contratto di sicurezza negli appositi spazi. L'operatore ribadirà che tale contratto di sicurezza è un vero e proprio contratto tra i due, volto a sancire l'impegno di entrambi a collaborare, tramite il rispetto degli step successivi concordati, alla sua salvaguardia.

L'operatore sanitario infine si preoccuperà di fare delle copie del contratto di sicurezza, tenerne una per lui e fornirne una al paziente ed una alle ulteriori figure eventualmente coinvolte nell'applicazione del Contratto di Sicurezza (Gunderson JG, Links PS; 2014).

CONTRATTO DI SICUREZZA PAZIENTE SUL TERRITORIO

Luogo e data

PIANO DI SICUREZZA DI:

STEP 1: SEGNALI D'ALLARME

Quali sono le cose successe prima che ti disregolassi e (gesto compiuto)? (pensare a cosa si è verificato durante un episodio specifico)

Quali sono stati i segnali precedenti?

-Emozioni:

-Pensieri:

-Sensazioni corporee:

-Necessità/ bisogni:

-Le viene in mente altro?

STEP 2: COSA FARE PER PROVARE SOLLIEVO

Cosa può fare quando avverte questi segnali per provare sollievo? Per calmarsi un po'?

- (es. ascoltare musica)

-

-

-

- Abilità TIP

-

-

STEP 3: A CHI CHIEDERE AIUTO

A quali persone non chiedere aiuto perché di solito non riescono a darmelo?

- PERSONA:

- PERSONA:

A quali persone chiedere aiuto perché di solito riescono a darmelo?

-PERSONA:

- N. DI TELEFONO

-PERSONA:

- N. DI TELEFONO

-PERSONA:

- N. DI TELEFONO

STEP 4: PROFESSIONISTI DA CONTATTARE:

-DOTT/DOTT.SSA:

N. DI TELEFONO:

-PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA:

N. DI TELEFONO:

RECARSI IN PRONTO SOCCORSO (se dott/dott.ssa-psicologa/psicoterapeuta non sono in servizio e la disregolazione emotiva persiste nonostante gli step precedenti)

STEP 5: COME RENDERE CASA PIÙ SICURA:



Come posso rendere casa più sicura in modo da non avere a disposizione cose che mi rendano facile agire impulsivamente: lamette, alcool, etc. ?

-
-
-

STEP 6:

- 1 copia per il paziente
- 1 copia per l'operatore sanitario
- 1 copia per persone di supporto

Firma operatore sanitario

Firma paziente



CONTRATTO DI SICUREZZA PAZIENTE IN S.P.D.C.

COMPILAZIONE CONTRATTO DI SICUREZZA IN SPDC

va compilato con il paziente con disregolazione emotivo-comportamentale ad inizio degenza.

Scrivere luogo, data e nome del paziente nella parte iniziale della scheda.

STEP 1: SEGNALI D'ALLARME

- Chiedere al paziente di pensare ad un episodio specifico, realmente verificatosi, di disregolazione emotiva e/o comportamentale (episodio di impulsività, acting out, autolesionismo, guida spericolata, aggressività auto e/o etero diretta, ingestione incongrua di farmaci, tentativo di suicidio, etc.)
- Trovato insieme l'evento, chiedere al paziente di pensare a quali sono stati i "segnali d'allarme" precedenti all'atto impulsivo compiuto. In particolare quali sono stati: emozioni, pensieri, sensazioni corporee, necessità/ bisogni percepiti ed infine se gli viene in mente altro oltre a quanto condiviso in precedenza. Man mano che la condivisione procede, quanto emerso viene trascritto nella contrattato di sicurezza.

Di fondamentale importanza è condividere con il paziente che i segnali d'allarme condivisi e scritti saranno quelli ai quali prestare attenzione e che nel momento in cui compariranno dovrà impegnarsi a mettere in atto gli step successivi.

STEP 2: COSA FARE PER PROVARE SOLLIEVO

- Chiedere al paziente cosa può fare quando avverte i segnali d'allarme per provare a calmarsi. Ad esempio: ascoltare musica, accarezzare il gatto, fare una passeggiata con il cane, disegnare, etc. Scrivere nella Scheda del Contratto di Sicurezza, le attività specifiche concordate con il paziente.
Qualora il paziente faccia difficoltà a condividere attività che possano aiutarlo, è possibile proporle sulla base della conoscenza che l'operatore sanitario ha del paziente e chiedere se ritiene possano essergli utili le attività proposte. In caso di risposta affermativa scrivere nella scheda l'attività in questione.
- Di fondamentale importanza è condividere con il paziente le Abilità TIP: ridurre la temperatura del volto con acqua fredda, fare esercizio fisico intenso, placare il ritmo della respirazione, fare il rilassamento muscolare progressivo. Queste abilità hanno la specifica funzione di ridurre le emozioni intense che non vengono calmate dalle attività precedentemente concordate. Una volta presentate tali modalità chiedere al paziente quali ritiene possano essergli più utili e segnalarle sulla Scheda del Contratto di Sicurezza alla voce TIP (Linehan MM, 2015).

N.B. E' importante specificare al paziente che le attività condivise devono essere attività che realmente hanno un'attività calmante per lo stesso e che è fondamentale provare ad applicarle anche in condizione di normale arousal affinché sia più spontaneo ed immediato applicare le stesse quando si presenti disregolazione emotiva/comportamentale.

STEP 3: CHIEDERE AIUTO AGLI OPERATORI SANITARI



Questo step prevede di chiedere al paziente a quali operatori potrà chiedere aiuto qualora gli step precedenti, applicati in autonomia, non abbiano avuto effetto.

- Gli operatori condivisi ad es. infermieri, medici specializzandi, medici strutturati, verranno scritti nell'apposito spazio della Scheda del Contratto di Sicurezza.
- L'operatore sanitario che risponderà alla richiesta di aiuto del paziente si preoccuperà di chiedere allo stesso cosa sia successo che abbia determinato disregolazione emotiva. Chiederà quali sono stati i segnali d'allarme (STEP 1) e quali modalità di regolazione emotiva previste dal contratto di sicurezza concordato in precedenza abbia applicato (STEP 2). Si preoccuperà quindi di validare il paziente (tecnica che ha la funzione di aiutare il paziente a regolarsi emotivamente) e di proporre allo stesso altre modalità dello STEP 2, non precedentemente applicate oppure qualora siano state tutte quante applicate con scarso beneficio, si preoccuperà di proporre al paziente altre modalità di regolazione emotiva come ad esempio le TIP (applicazione acqua fredda o ghiaccio in volto e polsi, respirazione, etc.)
- La somministrazione di farmaci andrà valutata solo qualora le precedenti modalità non abbiano avuto effetto e la disregolazione emotiva-comportamentale sarà tale da rendere al paziente impossibile il colloquio e l'applicazione condivisa degli step del contratto di sicurezza.
- La contenzione fisica andrà valutata solo qualora contratto di sicurezza e terapia farmacologica non siano stati di beneficio e la disregolazione emotivo-comportamentale sarà tale da renderla necessaria per la salvaguardia del paziente, degli altri co-degenti e degli operatori sanitari.

Terapia farmacologica e contenzione non aiutano il paziente ad implementare la capacità di regolazione emotivo-comportamentale, bensì rinforzano disregolazione emotivo-comportamentale ed incapacità di gestione della stessa in autonomia, contribuendo alla medicalizzazione e cronicizzazione del paziente. Per tale motivo vanno considerate ed applicate solo quando strettamente necessario e spiegando al paziente che quelle sono modalità estreme che si sono rese necessarie ma che non lo aiutano ad imparare a controllare emozioni ed impulsività.

STEP 4: FIRMARE E FORNIRE UNA COPIA DEL CONTRATTO DI SICUREZZA ALLE FIGURE COINVOLTE

- Prevede che l'operatore che ha redatto il contratto di sicurezza con il paziente ed il paziente stesso firmino il contratto di sicurezza negli appositi spazi. L'operatore ribadirà che tale contratto di sicurezza è un vero e proprio contratto tra i due, volto a sancire l'impegno di entrambi a collaborare, tramite il rispetto degli step successivi concordati, alla sua salvaguardia.
- L'operatore sanitario infine si preoccuperà di fare delle copie del contratto di sicurezza, tenerne una per lui e fornirne una al paziente ed una alle ulteriori figure eventualmente coinvolte nell'applicazione dello stesso.
- Al fine di garantire la continuità terapeutica del paziente post-dimissione, andrà redatto un Contratto di Sicurezza per il paziente sul territorio. Paziente ed operatori di riferimento dovranno impegnarsi a rispettare lo stesso (Gunderson JG, Links PS; 2014).



CONTRATTO DI SICUREZZA PAZIENTE IN S.P.D.C.

Luogo e data

PIANO DI SICUREZZA DI:

STEP 1: SEGNALI D'ALLARME

Quali sono le cose successe prima che ti disregolassi e (gesto compiuto)? (pensare a cosa si è verificato durante un episodio specifico)

Quali sono stati i segnali precedenti?

-Emozioni:

-Pensieri:

-Sensazioni corporee:

-Necessità/ bisogni:

-Le viene in mente altro?

STEP 2: COSA FARE PER PROVARE SOLLIEVO

Cosa può fare quando avverte questi segnali per provare sollievo? Per calmarsi un po'?

- (es. ascoltare musica)

-

-

-

-

- Abilità TIP

-

-

STEP 3: CHIEDERE AIUTO AGLI OPERATORI SANITARI

A quali operatori posso chiedere aiuto?

-

-

STEP 4:

- 1 copia per il paziente

- 1 copia per l'operatore sanitario

- 1 copia per persone di supporto

Firma operatore sanitario

Firma paziente

