

LE PROFESSIONI NEL SOCIALE

SALUTE MENTALE E SERVIZI

**Marco Monari,
Michele Sanza
Francesca Nasuelli**
(a cura di)

**LA SUPERVISIONE
DI ÉQUIPE NEL LAVORO
CON I DISTURBI GRAVI
DI PERSONALITÀ**



FrancoAngeli

Collana Le professioni nel sociale

Coordinata da Alberto Giasanti

Le grandi trasformazioni sociali e istituzionali che caratterizzano la società contemporanea si riflettono sul sistema dei servizi e sulla formazione professionale degli operatori.

In particolare il diverso rapporto tra istituzioni pubbliche ed iniziativa privata, il sorgere di nuove professionalità ed il fenomeno sempre più diffuso dell'associazionismo, l'ampliarsi delle attività del privato sociale e il diverso ruolo che stanno assumendo le comunità locali, richiedono risposte articolate e flessibili alle questioni sociali emergenti.

La collana si articola per aree tematiche e si prefigge, come obiettivi, di fornire agli operatori in formazione adeguati strumenti didattici e metodologici in grado di comprendere il mutamento della società e dei servizi e di valorizzare le competenze professionali degli operatori che già lavorano per un migliore rapporto tra cultura dei servizi e aspettative dei cittadini utenti.

Referenti per area tematica:

Sviluppo e cooperazione internazionale: *Luciano Carrino*

Interculture: *Ida Castiglioni*

Lavori di cura: *Carla Facchini*

Minori: *Susanna Galli*

Narrazioni: *Paolo Jedlowski*

Politiche sociali: *Franca Olivetti Manoukian*

Salute mentale e servizi: *Maria Zirilli*

I titoli della collana *Le professioni nel sociale* sono sottoposti a doppio referaggio anonimo.

Area tematica: Salute mentale e servizi

Dalla chiusura dei manicomi (1978) in avanti, la psichiatria italiana ha conosciuto uno sviluppo articolato e complesso, sul versante medico-biologico, su quello psicologico-psicoterapico e, specialmente, riabilitativo-sociale.

Tuttavia, la dissociazione apparentemente insanabile, tra pubblico e privato, potenzialmente dannosa dal punto di vista culturale e dell'immaginario collettivo, ha riprodotto una sorta di solco tra ciò che è curabile (privato) e ciò che, viceversa, è grave e potenzialmente incurabile (pubblico).

La nostra intenzione è quella di mostrare quanto e come la cura offerta dal pubblico sia, a tutti gli effetti, trasformativa, vuoi sul piano individuale che, specialmente, sociale nonostante il rischio di riduzionismo autoritario, insito perennemente nella delega che la società fa alla psichiatria. Da qui la scelta di offrire al lettore esperienze nucleari significative, forti, che illuminano ora l'uno ora l'altro degli aspetti di cui si compone la molteplicità della sofferenza psichica, e, a specchio, la poliedricità delle terapie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Marco Monari,
Michele Sanza
Francesca Nasuelli**
(a cura di)

**LA SUPERVISIONE
DI ÉQUIPE NEL LAVORO CON I
DISTURBI GRAVI
DI PERSONALITÀ**

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Domenico Berardi</i>	pag.	7
1. L'empowerment di équipe nel progetto Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna , di <i>Michele Sanza</i>	»	9
2. Dalla supervisione alla consulenza psicoanalitica attraverso la discussione clinica nei Servizi di Salute Mentale , di <i>Paolo Boccara, Marco Monari, Giuseppe Riefolo</i>	»	31
3. Operare su un filo sospeso a mezz'aria: meglio disporre di un bilanciare e di una rete! , di <i>Irene Ruggiero</i>	»	56
4. Lo sviluppo della soggettività del paziente nel gruppo di lavoro e nella clinica , di <i>Antonello Correale</i>	»	72
5. Quale ricetta per la supervisione? , di <i>Mario Rossi Monti</i>	»	89
Postfazione: la supervisione clinica come ginnastica mentale necessaria e utile per il buon funzionamento del gruppo di lavoro , di <i>Marco Monari</i>	»	107
Gli Autori	»	128

Prefazione

di *Domenico Berardi*

Il libro è stato scritto in risposta alle necessità degli operatori dei Servizi di Salute Mentale che si occupano della psicoterapia dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità. In Emilia-Romagna i Servizi di Salute Mentale si stanno orientando decisamente in questa direzione ed è probabilmente per questo che il libro è stato pensato a Bologna. Le Linee di Indirizzo dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna¹ promuovono infatti l'implementazione di tecniche psicoterapeutiche come intervento di prima scelta nel trattamento del disturbo borderline.

Le Linee di Indirizzo regionali poggiano sulle più recenti e accreditate evidenze scientifiche circa la scarsa efficacia degli psicofarmaci nei riguardi di questo disturbo che risponde invece in maniera selettiva alla psicoterapia. Modelli specifici di trattamento psicoterapeutico sono stati proposti dagli anni '90 in poi sia dall'ambito CBT che da quello psicodinamico. Le tecniche delle due derivazioni che si sono dimostrate efficaci al vaglio dei trial clinici randomizzati condividono, oltre al nome a tre cifre (DBT, MBT, TFP, GPM, SFT), una impostazione articolata e multiprofessionale, basata sulla combinazione di diversi interventi tra psicoterapie individuali, lavoro in gruppo, gestione della crisi, consulenza farmacologica, momenti di formazione e informazione, case management. La pluralità degli interventi consente di abbracciare il problema agendo sinergicamente sui diversi meccanismi e fenomeni del disturbo e la messa in campo di più operatori può inoltre rendere più gestibile l'impatto emotivo del rapporto tra il paziente e il sistema di cura.

Questo è quanto di meglio si possa offrire oggi ai pazienti e quanto le linee di indirizzo regionali vogliono far evolvere nei servizi. La équipe – e questo è il pensiero alla base del libro – rappresenta in concreto il cardi-

1. Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità (2013) <http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/dgp>.

ne di tutto l'ambizioso progetto: è l'équipe infatti che deve riuscire a coordinarsi e a gestire in maniera armoniosa l'intenso rapporto con il paziente.

La psicoterapia è impiegata nei Servizi di Salute Mentale in diverse patologie e non soltanto nel Disturbo Borderline di Personalità. Stanno infatti evolvendo programmi di trattamento psicoterapeutico delle patologie ansioso depressive, come per esempio a Bologna nel programma Leggieri e nel progetto dello Psicologo nella Casa della Salute², e stanno anche acquistando spessore interventi di psicoterapia nel contesto dei programmi integrati per gli esordi psicotici della Regione Emilia-Romagna³. La differenza però è che nelle altre patologie l'intervento psicoterapeutico rappresenta una parte, o in altre parole un mezzo del progetto di cura, mentre nel caso del disturbo borderline la psicoterapia è l'elemento chiave del percorso di cura. Di più, nel disturbo borderline la patologia consiste proprio in una difficoltà a relazionarsi con gli altri significativi e l'alto tasso di drop-out ne è la testimonianza, insieme alle tante storie di rapporti ambivalenti, discontinui, emotivi e drammatici.

L'équipe è la chiave del progetto perché tutte le psicoterapie evidence based richiedono l'intervento non di un solo operatore ma di diversi membri dell'équipe, con ruoli, funzioni e pesi diversi. Quando l'équipe riesce a condividere le esperienze di rapporto con il paziente si trova nella condizione di dare risposte più coerenti e integrate che non emotive ed estemporanee, come accade invece quando ciascuna delle figure professionali simultaneamente coinvolte instaura una relazione esclusiva.

Perché la équipe possa elaborare gli input e dare un senso positivo alle dinamiche molteplici, mutevoli e talvolta drammatiche che si instaurano con questi pazienti, occorre un costante lavoro di supervisione. L'obiettivo di questo libro è di presentare modelli e tecniche di supervisione idonei al setting dei Servizi di Salute Mentale.

2. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/programma-giuseppe-leggieri>.

3. http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/copy_of_documentazione.

1. L'empowerment di équipe nel progetto Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna

di *Michele Sanza*

Il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna¹, ha attivato nel 2012 un progetto finalizzato al miglioramento dell'offerta di cura per i pazienti con Disturbi Gravi di Personalità. Il progetto ha preso le mosse dalla constatazione che l'attuale configurazione organizzativa, e gli assetti culturali di fondo dei Servizi di Salute Mentale, non sono del tutto adeguati all'accoglienza, e all'attivazione di percorsi di cura appropriati per i Disturbi di Personalità, e in particolar modo per quelli dell'area emotivo affettiva, detto anche gruppo dell'impulsività, o drammatico, dell'Asse II del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM)². In questo gruppo confluiscono i Disturbi di Personalità Borderline, Istrionico, Narcisistico, Antisociale, che, benché entità nosografiche distinte, presentano ampie aree di sovrapposizione e hanno alcune caratteristiche psicopatologiche e comportamentali comuni. L'impulsività, le disfunzioni della regolazione emotiva e la fragile strutturazione del *Self*, termine con il quale si intende la matrice identitaria di fondo dell'individuo, costituiscono il comune denominatore di questo raggruppamento. Naturalmente sono altrettanto importanti le differenze tra i quattro disturbi, per esempio alcuni sintomi sono caratteristici se non esclusivi, del Disturbo Borderline di Personalità come il timore parossistico di essere abbandonati o gli stati di solitudine, mentre la necessità di attrarre sempre e comunque l'attenzione degli altri con comportamenti inusuali è specifica del Disturbo di Personalità Istrionico. Ma la maggior parte dei sintomi ha una espressione dimensionale, difficile da ridurre a elemen-

1. Nel 2015 il Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri, a seguito di una riorganizzazione è confluito nel Servizio assistenza Territoriale, di cui costituisce l'Area salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

2. Il DSM 5 ha superato la distinzione tra asse I e asse II, cancellando anche i raggruppamenti dei Disturbi di Personalità.

ti discreti ben identificati e separabili tra loro, rendendo talvolta, nella pratica clinica, difficoltosa la diagnosi differenziale. In altri termini i pazienti “reali” possono avere caratteristiche comuni che superano le rigide distinzioni categoriali, elemento ben evidenziato dagli studi che hanno indagato la specificità delle diagnosi dei Disturbi di Personalità evidenziando le note difficoltà in termini di validità e attendibilità delle stesse. È per questa ragione che il lavoro compiuto in Regione Emilia-Romagna si è posto fin da subito l’obiettivo di una popolazione clinica ampia, non limitata a un’unica categoria diagnostica, ma comprensiva di tutte le diagnosi del suddetto gruppo B, a esclusione del Disturbo Antisociale. Il termine Disturbi Gravi di Personalità è stato dunque *operazionalizzato*, mettendo insieme le diagnosi dei Disturbi di Personalità Borderline, Istrionico e Narcisistico, e a popolazione clinica alla quale le Linee di Indirizzo si riferiscono è stata definita come ***Disturbi Gravi di Personalità (DGP)***. Questa definizione ha voluto rimarcare che la diagnosi discende dell’esplorazione della fenomenologia psichica del soggetto e non sia invece sommariamente definita dall’osservazione del comportamento.

Il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) è stato scelto per indicare condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una specifica alterazione del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell’impulsività e dell’antagonismo (APA, 2012). Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale. Presentano una frequente comorbidità con patologie di Asse I, particolarmente i Disturbi dell’Umore, i Disturbi da Uso di sostanze e i Disturbi dell’alimentazione che complicano il quadro clinico e ne aggravano la prognosi. L’eleggibilità per i trattamenti specialistici erogati dal DSM-DP da parte di pazienti con Disturbo di Personalità deve essere riportato alla gravità del quadro psichico (alterazione del funzionamento mentale) e alla gravità della menomazione e/o disabilità socio-relazionale. Le condotte abnormi sono solo un aspetto dei DGP, che, in assenza di un meccanismo psicopatologico, descrivibile, non hanno valore diagnostico e predittivo dell’efficacia dei trattamenti appropriati. Viceversa, la riduzione al solo quadro comportamentale dirompente, comporta il rischio di una acritica generalizzazione che stigmatizza l’utenza come inconsiderabile e problematica. Per contenere il fenomeno dei falsi positivi, o misdiagnosi, l’ambito dei Disturbi di Personalità Gravi deve essere limitato prevalentemente alle categorie diagnostiche con particolare riguardo al cluster B del DSM-IV TR.

Le Linee di indirizzo hanno dunque identificato come popolazione bersaglio l’area dei Disturbi di Personalità del raggruppamento B del DSM-IV TR, escludendo però il disturbo antisociale di personalità in quanto i servizi italiani a differenza di altri paesi europei, come la stessa Gran Bretagna,

non hanno mandato al trattamento dei comportamenti antisociali puri né dispongono delle strutture, delle risorse e delle competenze necessarie. In ogni caso, indipendentemente dalle considerazioni sul contesto normativo Italiano e le caratteristiche strutturali e funzionali dei servizi, la chiarezza e la determinazione sull'esclusione delle problematiche antisociali dagli obiettivi delle Linee di Indirizzo è stata posta anche per limitare l'effetto di posizioni critiche dei professionisti. Preoccupazioni anche giustificate e fondate che l'attenzione verso i Disturbi Personalità potesse avere l'effetto delegare ai Servizi di Salute Mentale funzioni di controllo sociale. Questa posizione, piuttosto diffusa tra i clinici, è comunque superata nei fatti in quanto i Disturbi di Personalità, come le analisi dei sistemi informativi dimostrano, sono già ampiamente presenti tra la popolazione trattata. Semmai un progetto organico e strutturato, volto a sviluppare percorsi di cura dedicati nei Dipartimenti di Salute Mentale, è orientata a migliorare l'offerta troppo spesso basata sul ricorso alle risposte emergenziali e il trattamento farmacologico. Inoltre, il chiarimento e la declinazione operativa di ciò che i servizi possono *effettivamente* offrire per ridurre i rischi connessi ai Disturbi di Personalità, mette a disposizione, in coerenza con gli orientamenti più attuali della giurisprudenza, un potenziale ombrello di protezione per i clinici. Infatti, eventuali questioni di responsabilità professionale, in assenza di un chiaro orizzonte di riferimento sulle potenzialità e i limiti delle attività terapeutiche per i pazienti con Disturbo di Personalità, possono portare a un innalzamento esponenziale della posizione di garanzia³ dei servizi e indurre comportamenti di medicina difensiva che, per definizione, riducono l'appropriatezza.

Questo aspetto verrà ripreso nella trattazione delle raccomandazioni inerenti il contratto di cura, delineato dalle linee di indirizzo come principale regolatore del rapporto tra l'équipe e il paziente, espressione delle reali possibilità di cambiamento legate tanto all'azione terapeutica quanto alla diretta responsabilizzazione del destinatario delle cure.

L'aggiornamento delle prassi terapeutiche, conseguente le conoscenze acquisite negli ultimi decenni soprattutto sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, costituisce un'esigenza tanto più importante

3. "Con il termine "posizione di garanzia" si intendono, in massima sintesi, l'insieme degli obblighi che gravano sul professionista che derivano da fonti normative, contrattuali, amministrative o giudiziarie; essa costituisce, in sostanza, tutto ciò che la collettività ritiene doveroso chiedere a quel professionista, la qualità di "garanzia" sociale che egli fornisce attraverso il suo operato. Nel caso del medico, la posizione di garanzia è connessa anche al suo particolare status professionale, al ruolo svolto a garanzia della salute. Si tratta di legame che si stabilisce anche al di fuori di rapporti formali o norme contrattuali, in ragione proprio dell'estremo valore del bene affidato alle sue cure, la salute." Documento della Società Italiana di Psichiatria (SIP) sulla Posizione di Garanzia dello Psichiatra.

in quanto l'analisi epidemiologica della domanda di cura rivolta ai Servizi di Salute Mentale fornisce il dato di una crescente pressione. La richiesta di trattamenti per le problematiche connesse alla disregolazione emotiva e ai disturbi identitari, *core* psicopatologico dei Disturbi di Personalità del gruppo emotivo affettivo aumenta e tende a spiazzare la centralità delle psicosi tra i casi problematici seguiti dai servizi. In questo progetto orientato al miglioramento qualitativo dell'offerta, prima ancora dell'urgenza di riqualificazione degli interventi tecnici, si pone la necessità di rivedere i principi di fondo della relazione con l'utente. L'atteggiamento paternalistico protettivo, che ha ispirato tanta parte dei percorsi di riabilitazione delle psicosi, e che è stato il fondamento dei servizi territoriali nati a seguito della spinta della deistituzionalizzazione, non solo risulta inadatto, ma rischia di essere un fattore iatrogeno che interagisce con alcuni aspetti problematici del funzionamento mentale dei pazienti con DGP. L'intrinseca accettazione della delega ad altri delle proprie incombenze e la difficoltà ad accettare le responsabilità, prevalenti nelle attitudini *borderline*, vengono rinforzate dall'approccio paternalistico, cui fa da contraltare il giudizio sugli agiti auto aggressivi e il modo di gestire l'interattività, spesso definita con termine censurante: manipolatività. Questi ultimi aspetti, in particolare, rischiano di riprodurre la relazione traumatica dell'abbandono e quindi di attivare il circuito dell'arousal, delle *tempeste emotive* così facili da innestare quanto difficili da estinguere. Per tali ragioni tra gli obiettivi dell'innovazione necessaria per affrontare la montata dei pazienti con disturbo Borderline di Personalità, il cambiamento culturale si pone come esigenza primaria. Occorrono servizi non giudicanti, *équipe* che riconoscano nei pazienti capacità di autonomia e di scelta e agiscano di conseguenza nella prospettiva dello sviluppo della motivazione al cambiamento e della progressiva responsabilizzazione dell'utente.

La revisione dei principi di fondo del rapporto con i pazienti, non è certo un aspetto che riguarda i soli Disturbi di Personalità. Valida in generale per quanto di nuovo è stato concepito e realizzato in ordine alle finalità di *recovery* in Salute Mentale, detta revisione è una stringente necessità per l'aggancio e la possibilità di istituire un rapporto di cura con le persone con disturbo di personalità. In tal senso, il progetto sviluppato dalla regione Emilia-Romagna può essere inquadrato in un'ottica più vasta di aggiornamento dei servizi finalizzata a ridurre le pratiche paternalistiche e sostituirle con i principi di una relazione di cura basata sul riconoscimento dell'autonomia e sulla ricerca dell'empowerment dell'assistito quali presupposti dell'alleanza terapeutica. I Disturbi di Personalità, pertanto, sono forse quel *cavallo di Troia* che può introdurre nei servizi una modifica sostanziale delle pratiche generali, basata sul superamento dei vecchi steccati tra psicopatologia dell'età evolutiva e psicopatologia dell'adulto, tra psichiatria

e dipendenze patologiche, tra psicoterapia e trattamenti biologici. Allo stesso *cavallo* è affidato il compito di ricondurre queste antinomie a una coerenza che contenga la complessità necessaria per l'approccio clinico ai Disturbi di Personalità.

Oltre l'incremento della domanda di cura, forti ragioni di carattere scientifico impongono una revisione delle prassi dei Servizi per i Disturbi di Personalità. Infatti, un tempo considerati quadri di incerta natura e di dubbia consistenza, i Disturbi di Personalità sono divenuti assai meno misteriosi. Il miglioramento delle tecniche di indagine biologica, RMN funzionale e SPECT, hanno fornito dettagli sugli aspetti biologici che contraddistinguono la struttura del cervello dei pazienti borderline, mentre sono state acquisite prove empiriche sulla patogenesi dei disordini della regolazione emotiva e della sfera dell'identità coerenti con la teoria dell'attaccamento. La migliore comprensione degli aspetti fenotipici e dinamici che caratterizzano l'evoluzione del Disturbo Borderline di Personalità, a partire dalle prime configurazioni dei tratti in età infantile e adolescenziale, ha modificato le precedenti teorie cliniche che equiparavano il disturbo di personalità a una configurazione psichica dell'età adulta stabile nel tempo e refrattaria agli interventi terapeutici. Ma più di tutti sono stati gli studi sul destino prognostico e quelli sull'efficacia delle terapie manualizzate a sconvolgere le concezioni ispirate a quel pessimismo terapeutico, che ancora in parte sopravvive, come retaggio culturale. Le evidenze sull'evoluzione del quadro clinico del Disturbo Borderline di Personalità, che mostrano come tenda, anche spontaneamente, verso l'attenuazione della sintomatologia nel corso della quarta e quinta decade di vita hanno aperto alla possibilità che il bilancio tra i fattori protettivi e i fattori di rischio possa influenzare in modo più o meno favorevole l'esito del disturbo. In particolare si è consolidata la nozione che la sintomatologia specifica inquadrata dai criteri operativi diagnostici del DSM 5 tenda, in relazione alle terapie o anche per la spontanea evoluzione, verso una progressiva estinzione. Ciò non sempre equivale a un esito favorevole, in quanto l'attenuazione della componente psicopatologica e comportamentale del disturbo più spesso sfocia nell'impoverimento del ruolo sociale, e in una forma di incompetenza acquisita che contribuisce a una residualità funzionale dei Borderline "guariti". Ma soprattutto, l'affermazione che i Disturbi di Personalità non abbiano un destino a senso unico, ha sottratto i nostri pazienti a una visione clinica cupa e intransigente che vedeva nel cimentarsi con essi una mera perdita di tempo. Che le possibilità evolutive del Disturbo Borderline di Personalità siano aperte è un dato acquisito anche in relazione all'efficacia delle psicoterapie. In particolare le forme manualizzate-standardizzate, quali la terapia dialettico comportamentale (DBT), la terapia basata sulla mentalizzazione (MBT), la terapia focalizzata sul transfert (TFT) e la Schema

Therapy hanno conseguito sufficienti evidenze di efficacia. In particolare, mediante la riduzione dell'impulsività e il miglioramento delle funzioni cognitive e di programmazione che sono gli aspetti sintomatologici e disfunzionali più direttamente connessi alla compromissione del ruolo relazionale nel disturbo di personalità, si consegue dapprima la riduzione della suicidalità e, successivamente, la stabilizzazione degli altri sintomi in una progressione che vede generalmente rimuovere per ultimi i disturbi dell'affettività.

Pertanto l'efficacia delle psicoterapie standardizzate è un dato acquisito riportato in tutte le linee guida internazionali che raccomandano questi interventi come strategie di prima linea. Allo stesso tempo è necessario tenere in conto che i pazienti reali dei servizi reali, non sempre hanno la possibilità di accedere ai trattamenti elettivi sia perché potrebbero non essere disponibili diffusamente sia perché mancano le condizioni individuali per accettare trattamenti altamente strutturati. Messa da parte la concezione statica, e la visione del pessimismo terapeutico, si apre dunque la questione di quali trattamenti siano possibili nei Servizi di Salute Mentale pubblici italiani per i Disturbi di Personalità. L'accoglimento della domanda di cura non è soggetta né limitata dall'adesione a formati terapeutici standard, e spesso riguarda pazienti che esprimono bisogni parziali o hanno una motivazione non sufficiente per i trattamenti più impegnativi. Di qui gli obiettivi delle Linee di Indirizzo della Regione Emilia-Romagna di incidere non solo sugli aspetti tecnici degli interventi terapeutici, legati alla competenza clinica specialistica di singoli operatori o di équipe dedicate, ma orientate a modificare alcuni aspetti organizzativi del funzionamento dei servizi, necessari per l'adeguamento dell'offerta terapeutica.

Il contesto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna ha compiuto nel 2011 la scelta di istituire il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) composto dalle Strutture della Salute Mentale Adulti, sia territoriale che ospedaliera, delle Dipendenze Patologiche e della Neuropsichiatria Infantile. Va detto che questo scenario non ha risolto tutte le contraddizioni e le difficoltà della comunicazione tra i Servizi, ma ha certamente migliorato le possibilità di integrazione tra CSM e Ser.T. e ha avviato una maggiore continuità con la NPJA nella cura e la prevenzione dei Disturbi Mentali e del comportamento. Il progetto sui Disturbi di Personalità, peraltro, è uno dei primi al

quale hanno collaborato le tre “anime” del DSM-DP. Dall’analisi compiuta dal Servizio Informativo regionale, i pazienti che hanno una diagnosi di Disturbo di Personalità nel 2014 erano l’11,4% degli assistiti della Salute Mentale Adulti, dato medio regionale. Sono comprese in questo valore tutte le diagnosi registrate con il sistema nosografico ICD9, comprese quelle secondarie. Si dimostrava, però, anche una grande variabilità tra i Dipartimenti dei diversi ambiti territoriali della regione, passando dall’8,5% al 16,4% della popolazione trattata di soggetti con diagnosi di DP. Tale disparità rende evidente che gli stili di lavoro, e le culture professionali locali, incidono fortemente sulle diagnosi determinando un’ampia variabilità non giustificata dai fattori naturalistici. Ancor più macroscopico è il fenomeno del ricorso alle diagnosi non specifiche, che nello stesso anno sono state il 40% dell’intero gruppo dei Disturbi di Personalità, distribuite quasi in pari misura tra diagnosi non altrimenti specificate codice 301.9 dell’ICD 9, e *diagnosi grezze* ovvero caratterizzate dalle sole prime tre cifre dell’indice nosografico. È interessante osservare che uno dei primi e sostanziali effetti dell’implementazione delle Linee di Indirizzo è stato la drastica riduzione delle diagnosi non specifiche che nel 2015 sono state portate a meno del 20% del totale. Si tratta comunque di un valore ancora troppo elevato, distante sia dalle stime epidemiologiche che assegnano ai Disturbi di Personalità non altrimenti specificati (NOS) una prevalenza tra il 2% e il 3% del totale delle diagnosi di disturbo di personalità, sia dalle ragionevoli aspettative di accuratezza diagnostica dei servizi specialistici. La questione della genericità delle etichette nosografiche, assimilabile ad altri fenomeni di misdiagnosi, induce al sospetto che siano ancora troppe le situazioni in cui i clinici usano il riferimento al disturbo di personalità sulla base di un generico riconoscimento di comportamento dirompente o di difficoltà nella regolazione delle emozioni. Tante sono le implicazioni culturali, e gli effetti sul trattamento di questa “cattiva” accezione dei Disturbi di Personalità. Uno dei principi espressi dalle linee guida del National Institute of Clinical Excellence (NICE) del 2009 sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, recita che *“nessuno debba essere escluso dal trattamento appropriato a causa del suo comportamento”*. La prima caratteristica che i servizi e i percorsi di cura dedicati ai borderline devono avere è di essere non giudicanti, non giudicanti nell’accoglienza e nella comunicazione fin dalle concezioni cliniche di base che si riflettono sulle modalità di fare diagnosi. Sembra abbastanza evidente che se il procedimento diagnostico si limita alla superficiale fotografia dei fattori comportamentali disregolati, non possa che preludere ad attitudini negative e ridurre ogni complessità alla mera e generica etichettatura del comportamento.

Se ne può desumere che le importanti differenze della prevalenza dei Disturbi di Personalità nei Servizi all’interno della stessa regione siano un

prodotto degli stili operativi dei clinici e della cultura professionale locale. Si propone un ulteriore dato derivante dal Sistema Informativo della Salute Mentale Adulti della RER: solo il 7% dei pazienti con Disturbo di Personalità del cluster B ha ricevuto prestazioni di psicoterapia, sebbene la totalità delle linee guida internazionali siano concordi nell'affermare che l'intervento di prima linea nei confronti dei Disturbi di Personalità sia quello di tipo psicoterapico. Si evidenzia una sproporzione tra le frequenze degli interventi psicoterapici (7%) e quello dei trattamenti psichiatrici semplici (70%) certamente fondati sull'approccio farmacologico.

Le linee di indirizzo regionali e i documenti di programmazione nazionale sui percorsi di cura in Salute Mentale

Nel 2012, è stato istituito con formale delibera della Direzione Generale della Regione, un gruppo di lavoro composto da professionisti di diverso profilo (medici, psicologi, infermieri) appartenenti ai Servizi di Salute Mentale per adulti, ai Servizi per le Tossicodipendenze e alla Neuropsichiatria Infantile. Il mandato affidato al gruppo di lavoro è stato quello di analizzare i fabbisogni assistenziali delle persone con Disturbi di Personalità e definire un documento programmatico per migliorare l'appropriatezza dei trattamenti. Il primo passaggio, concordato e sviluppato con l'Agenzia Sanitaria della regione che ha collaborato al processo supportando gli aspetti metodologici, è consistito nella valutazione delle linee guida internazionali e nazionali di riferimento. Sono state pertanto identificate alcune linee guida: le più significative quella dell'APA, quella del National Institute of Clinical Excellence (NICE) e un documento della Catalogna derivato dalle LG NICE. Al fine di selezionare la linea guida più completa è stata utilizzata la metodologia standardizzata AGREE 2. Seguendo questo iter è stato stabilito che il documento di riferimento, più completo e aggiornato fosse la linea guida NICE. Tra l'altro l'impostazione della LG NICE, maturata nel contesto di un Paese dotato di un Servizio Sanitario Nazionale Pubblico, era più vicina agli obiettivi della regione Emilia-Romagna. Identificata la linea guida, il comitato scientifico ha poi individuato gli otto quesiti fondamentali ai quali la ricerca bibliografica avrebbe dovuto fornire indicazioni. Pertanto è stata per prima cosa verificata la copertura dei quesiti da parte delle raccomandazioni del documento scelto. Inoltre, è stata condotta un'ampia ricerca bibliografica, per raccogliere gli ulteriori contributi di ricerca maturati nel corso del biennio 2009-2011, successivi alla pubblicazione di quella LG. Accanto alla documentazione scientifica specifica, è stata presa in esame la letteratura grigia nazionale, ovvero le ri-

cerche non primarie, i trattati, e i documenti organizzativi locali, letteratura rivelatasi particolarmente utile per l'adattamento e la contestualizzazione delle raccomandazioni originarie. Seguendo questo percorso sono state elaborate le "raccomandazioni adattate" e il documento, pubblicato e presentato nella primavera del 2013, è stato definito come Linee di Indirizzo, ponendosi a un livello intermedio tra le linee guida vere e proprie, le cui raccomandazioni discendono dagli studi primari⁴, e la strutturazione locale del percorso di cura, che declina operativamente in un contesto definito l'attualizzazione di quelle raccomandazioni.

Da segnalare che nell'anno successivo, il 2014, i Disturbi Gravi di Personalità sono stati inseriti nel documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni sui percorsi di cura prioritari della Salute Mentale. Questo documento segna una importante evoluzione della programmazione dei Servizi di Salute Mentale in Italia in quanto definisce, con approccio del tutto innovativo le caratteristiche di qualità dei trattamenti e sposta il focus della programmazione dal "contenitore", gli aspetti organizzativi di carattere generale dei servizi, al "contenuto"⁵ ovvero il cosa quei servizi devono tendere a offrire.

Sintesi dei contenuti delle Linee di Indirizzo sul Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità

Il documento si compone di otto aree, ciascuna delle quali è derivata da altrettanti quesiti fondamentali posti a capo della ricerca bibliografica effettuata sulle Linee Guida e sulla loro contestualizzazione:

1. la configurazione dei Servizi;
2. le transizioni dai Servizi per l'adolescenza a quelli degli adulti;
3. il contratto di cura;

4. Gli studi primari sono le Metanalisi (studi che confrontano i risultati di più studi con obiettivi e metodologia omogenea), gli Studi Randomizzati Controllati e le Review Sistematiche della letteratura. Le raccomandazioni delle Linee Guida discendono direttamente dai risultati di questi studi e sono accompagnate da un indice (forza della raccomandazione) che è funzione della "potenza dello studio". In assenza di studi qualitativamente elevati le raccomandazioni poteranno basarsi anche su studi secondari o sul consenso tra clinici. Naturalmente in questo caso la forza delle raccomandazioni sarà minore.

5. Il documento "Percorsi di cura della Schizofrenia, delle Psicosi, della Depressione, del Disturbo Bipolare, e dei Disturbi Gravi di Personalità"; individua per ciascun gruppo di patologie le raccomandazioni nucleari e alcuni indicatori associati estraibili dai flussi dei Servizi Informativi regionali. La Conferenza Stato Regioni, considerando le obiettive diversità tra i Servizi di Salute Mentale italiani, ha indicato alle regioni di produrre programmi di avvicinamento progressivo agli standard fissati dal documento.

4. la gestione delle crisi;
5. la diagnosi;
6. i trattamenti farmacologici;
7. i trattamenti psicologici;
8. lo sviluppo delle équipe;

La configurazione dei Servizi

Uno degli ostacoli al trattamento appropriato dei DP è l'effetto coorte dei servizi, ovvero la tendenza a tenere in trattamento i pazienti in un percorso di cura che raggiunge una intensità media che si mantiene inalterata negli anni. Al contrario, la configurazione *ottimale* dei Servizi dovrebbe facilitare un rapporto diversificato per intensità di cura nel tempo, favorendo progressivamente le soluzioni terapeutiche meno invasive. L'*appropriatezza* vista dinamicamente, non è solo funzione di scelte responsabili e deontologicamente corrette dell'équipe; essa si fonda sulla costruzione progettuale dei binari sui quali il paziente possa scivolare per avere una giusta intensità di cura; anche nella prospettiva dell'integrazione equilibrata tra risposte sanitarie e risposte sociali ai bisogni dei pazienti. In concreto, le possibilità di dimissione dai Servizi specialistici sono influenzate dallo sviluppo di opportuni legami e interconnessioni con i Servizi delle Cure Primarie, dallo sviluppo di opportunità informali a basso assorbimento di risorse come i gruppi di auto aiuto. Quindi, realizzare una configurazione dei Servizi adatta al percorso di cura dei pazienti con Disturbo di Personalità, consiste in un lavoro programmatico e strategico sullo sviluppo degli snodi essenziali della rete che servono a favorire tali dinamiche; in alternativa, i pazienti rischiano di protrarre all'infinito la permanenza nei percorsi dei Servizi Specialistici.

Nell'ambito dell'offerta di cura dei Servizi Specialistici, le Linee di Indirizzo individuano due standard di diversa intensità: il Trattamento Semplice e il Trattamento Complesso. **Il Trattamento Complesso**, della durata di 12 mesi, prevede: la diagnosi con strumenti standardizzati, il contratto terapeutico, il piano di gestione delle crisi, una psicoterapia individuale, un trattamento di *skills-training* di gruppo e una valutazione di esito finale. **Il Trattamento Semplice**, di converso, si compone di una diagnosi fenomenologica di disturbo di personalità, del contratto terapeutico, e un approccio prevalente di carattere psicosociale. Il rapporto tra i due standard di cura deve intendersi come possibilità evolutiva da trattamento meno strutturato a una proposta di cura altamente definita e di elevata intensità terapeutica, di durata di tempo definita.

La configurazione dei Servizi

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

Contrariamente a quanto si era ritenuto in passato, i DGP possono evolvere favorevolmente e i trattamenti hanno la potenzialità di accelerare i cambiamenti maturativi o comunque di renderli possibili. Molte volte i trattamenti specifici non sono attuabili o non vi sono le condizioni di adesione, e la motivazione necessaria, al programma terapeutico. I servizi continuano, anche in queste condizioni, a operare con obiettivi parziali di tutela della salute, di gestione delle fasi critiche di stress, e di salvaguardia del ruolo sociale, mantenendo l'obiettivo generale di favorire lo sviluppo della motivazione e della compliance verso forme specifiche di trattamento. In questo senso il rapporto tra il paziente e il "servizio", che possono essere anche più servizi, si declina in una storia lunga, spesso di anni, in cui è necessario definire l'appropriatezza degli interventi rispetto alle diverse fasi evolutive del disturbo. In linea teorica sono applicabili modelli a "coda di topo", in cui a partire dalla diagnosi si sviluppa un programma di cura prima intensivo, successivamente orientato al trattamento psicoterapeutico e al follow up contenuto nell'arco di due anni. Questo assetto è solo parzialmente compatibile con il nostro quadro di riferimento, ove il rapporto di cura nei confronti delle patologie gravi è mandatario e dove le soglie di accesso ai trattamenti devono necessariamente essere tenute basse. Nel contesto italiano/regionale la configurazione ottimale è frutto dell'intersezione tra interventi terapeutici, sviluppo dell'empowerment individuale e reti sociali. I percorsi si sviluppano per fasi di trattamenti, scelti in base al principio di appropriatezza (minore invasività e minore costo) evitando deleghe indefinite nel tempo e aspecifiche sui servizi.

Il Passaggio dai Servizi di Salute Mentale per l'adolescenza a quelli dell'età adulta

Si indica l'opportunità e l'utilità di monitorare le condizioni cliniche dell'infanzia e dell'adolescenza connesse con lo sviluppo dei Disturbi di Personalità in età adulta, attraverso la sorveglianza di alcuni codici diagnostici corrispondenti ai disturbi *esternalizzanti* che sono stati trattati dalla Neuropsichiatria Infantile. L'obiettivo di questa strategia è di favorire la tempestività delle diagnosi di DGP e i trattamenti precoci, connessi a esiti migliori.