



Ministero della Salute

DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA
DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE
PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI,
I DISTURBI DELL'UMORE
E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ

Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014

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.

Premessa

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 PANSM 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.*

Un tale modalità d'approccio deve informare principalmente le attività dei centri di salute mentale, sede organizzativa dell'équipe degli operatori del DSM e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, a cui è affidata l'accoglienza, l'analisi della domanda, la valutazione diagnostica e del funzionamento personale e sociale dei pazienti.

L'articolazione degli interventi per livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale consente un utilizzo ottimale delle risorse strutturali e professionali.

Il quadro di riferimento per realizzare quanto sopra è quello delle pratiche di miglioramento continuo della qualità (MCQ), con maggior riguardo alla qualità organizzativa e alla qualità dei processi. Già il Progetto obiettivo “Tutela Salute Mentale 1998-2000” poneva l'accento sull'esigenza di attivare programmi per il miglioramento continuo della qualità: *ciascun DSM dovrebbe essere impegnato in almeno un progetto di MCQ relativo alla qualità manageriale, alla qualità professionale e alla qualità percepita (sia sulla soddisfazione di utenti e familiari, sia sulla soddisfazione degli operatori).*

A tal riguardo, particolare attenzione va posta al clima, alla cultura e al funzionamento organizzativi all'interno dei centri di salute mentale. Citando una ricerca sulla cultura organizzativa dei CSM¹, bisogna puntare ad un'organizzazione orientata a curare massimamente le relazioni orizzontali fra gli tutti gli operatori, con una chiara individuazione dei ruoli e dei compiti. Un'organizzazione in cui: *“sono considerati efficaci i tre ambiti del lavoro, paritariamente: la relazione con il paziente, l'applicazione corretta di tecniche validate, il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente, in una visione articolata e unitaria della cura. La comunicazione appare come importante nella funzionalità del servizio; l'équipe di lavoro è vista come un fattore rilevante per perseguire la qualità del servizio, e l'intera équipe si fa carico dei nuovi ingressi. L'utenza del CSM assume una forte rilevanza e i problemi caratterizzanti i pazienti del CSM sono ben differenziati”*.

E' questo il contesto di riferimento per la realizzazione degli obiettivi del PANSM.

Ciò premesso, il presente documento si propone di approfondire alcuni obiettivi prioritari, indicati nel PANSM, dedicati all'individuazione di percorsi di cura relativamente ad alcuni raggruppamenti psicopatologici gravi: i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Ciò in ragione della complessità dei quadri clinici e delle compromissioni del funzionamento personale e sociale, con elevati livelli di disagio e di sofferenza individuale e familiare, il cui trattamento impegna circa due terzi delle risorse di budget dei servizi sanitari e sociosanitari. Si consideri, infatti, che, in base ai dati dell'epidemiologia dei servizi, gli utenti in carico per tali patologie superano il 50% della prevalenza trattata e rappresentano la quasi totalità dei ricoveri ospedalieri in SPDC.

Come sviluppo di tali obiettivi, vengono declinati, per ciascun raggruppamento patologico, i relativi percorsi di cura, definiti sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate, al fine di garantire qualità ai processi e agli esiti.

1. I percorsi di cura come strumenti di gestione clinica

I percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) costituiscono, insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

I percorsi di cura sono costituiti da singoli processi assistenziali, che possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale

Tipicamente i percorsi di cura sono sviluppati per diagnosi frequenti, costose e connesse ad alti rischi per la salute del paziente; essi sono finalizzati ad un migliore uso delle risorse, a migliorare la qualità della cura e a ridurre il ritardo nell'erogazione di trattamenti efficaci. I principi chiave sono la centralità del paziente, l'integrazione multi professionale, la pratica basata sull'EBM ed il miglioramento continuo della qualità. Infine attraverso il percorso di cura otteniamo la contestualizzazione delle raccomandazioni delle linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, all'interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali.

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

¹ “Progetto per promuovere l'efficienza organizzativa nei centri di salute mentale: lo sviluppo della competenza psico-sociale”. Ricerca finanziata dal Ministero della Salute alla Cattedra di Psicologia clinica, Università La Sapienza di Roma - 2010

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

2 I percorsi di cura per i disturbi mentali gravi

In salute mentale lo sviluppo di percorsi di cura è ancora più necessario che in altre aree della medicina in quanto la variabilità dei trattamenti, ferma restando la personalizzazione degli stessi, risulta molto pronunciata. A maggior ragione ciò vale per il trattamento dei disturbi mentali gravi, per la presenza di consistenti problemi clinici e psicosociali che necessitano di interventi complessi da declinare in specifici percorsi di cura dove indicare i professionisti responsabili del caso, i vari *setting* in cui viene erogato l'intervento, le tempistiche cliniche e organizzative, la descrizione delle procedure.

Altri benefici, connessi all'adozione dei percorsi di cura, includono una maggiore soddisfazione ed una migliore comunicazione tra i membri dell'equipe curante e la possibilità di cambiamenti nella cultura organizzativa del servizio, attraverso la promozione della collaborazione e dell'intervento multidisciplinare.

Pur nella consapevolezza che l'adozione della metodologia dei percorsi di cura sia comunque raccomandabile come strumento di gestione clinica, in questo documento, per le motivazioni già specificate in premessa, si focalizzano i percorsi di cura relativamente a quattro raggruppamenti patologici: i disturbi schizofrenici, i disturbi depressivi, il disturbo bipolare e i disturbi gravi di personalità.

I percorsi di cura, di seguito presentati, si configurano come percorsi ottimali e forniscono standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle Linee Guida accreditate dalla comunità scientifica. Tutti e quattro i percorsi sono costruiti per fasi di malattia (l'esordio, l'episodio acuto, la fase dei trattamenti continuativi e a lungo termine a livello territoriale), tenendo anche conto della gravità del paziente, in quanto il percorso di cura è basato su sequenze di processi clinici differenziati a seconda dei livelli di gravità dell'espressione psicopatologica e della compromissione funzionale del paziente (*stepped care*).

Punti qualificanti comuni ai quattro percorsi sono:

- attenzione prioritaria assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio la cui efficacia è strettamente correlata all'adozione di specifici protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche, con i medici di medicina generale;
- estrema attenzione al lavoro con le famiglie;
- adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai servizi e garantire equità;
- adozione di criteri per garantire la continuità di cure;
- adozione di pratiche mirate al raggiungimento del maggior livello di autonomia personale e sociale.

Con l'adozione dei percorsi di cura ci si prefigge di:

- ridurre la variabilità dei trattamenti,
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti,
- consentire la valutazione dell'aderenza degli interventi effettuati nella realtà dei vari dipartimenti di salute mentale alle indicazioni dei percorsi di cura, evidenziando le variabili organizzative e professionali che stanno alla base dell'eventuale divario e le aree di criticità;
- implementare processi di accreditamento alla pari.

Lo strumento principale per delineare i percorsi di cura è rappresentato da un set di indicatori sulla qualità organizzativa e di processo, ripetuti per ciascuno dei quattro raggruppamenti patologici e differenziati per gravità e per fase, scelti tra gli indicatori usati correntemente nella letteratura internazionale e collegati alle raccomandazioni delle principali linee guida. Gli indicatori devono poter essere rilevabili dai sistemi informativi regionali correnti²; qualora sia necessario ricorrere a indicatori non rilevabili dai sistemi informativi correnti, il loro numero, al fine di aumentare l'applicabilità del modello, deve essere contenuto, per via delle difficoltà di ricorrere a rilevazioni specifiche non *routinarie*.

3 I quattro percorsi di cura

Considerando quanto sopra esposto, vengono di seguito descritti separatamente i quattro percorsi di cura, articolati in una prima parte concernente l'impatto sulla popolazione e l'impatto sui servizi di salute mentale, segue un capitolo sull'inquadramento diagnostico; vengono, quindi, declinati razionale e raccomandazioni per ciascuna delle tre fasi di malattia individuate: a) presa in carico precoce, b) gestione della fase acuta, e c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale, sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità. Da segnalare la maggiore articolazione assegnata al percorso di cura per i disturbi di personalità, in considerazione della complessità e variabilità dell'espressione psicopatologica, rispetto alle quali è necessario implementare la cultura e la pratica dei servizi.

Il set di indicatori individuati per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi, corredato dalle modalità di utilizzo, è posto in allegato, come parte integrante del presente documento.

² I sistemi informativi da utilizzare sono oltre il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), quelli relativi alla farmaceutica, alle SDO ospedaliere, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, alle attività dei servizi per le tossicodipendenze.

I PERCORSI DI CURA PER I PAZIENTI CON DISTURBI SCHIZOFRENICI

L'impatto sulla popolazione

I disturbi schizofrenici (compresi nel gruppo F2 dell'ICD 10) rappresentano un importante problema di salute pubblica: per misurare il loro peso sulla salute della popolazione italiana sono stati utilizzati i dati del progetto *Global Burden of Disease 2010* relativi all'Italia³. Questo progetto, sviluppato dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation*, misura a livello mondiale il carico delle malattie sulla popolazione. In termini di DALYs (una misura che combina gli anni di vita persi a causa di una morte prematura insieme con gli anni di vita vissuti in stato di disabilità) i disturbi schizofrenici si situano in 30° posizione, rappresentando oggi 0.8% del totale del carico che le malattie e i fattori di rischio hanno sulla salute della popolazione italiana. Questa percentuale varia in misura notevole tra le diverse fasce di età, passando dallo 0.7% nella fascia 20-24 anni al 2.4% in quella 35-39 anni. Misurando la disabilità in termini di YLDs (anni vissuti con disabilità), i disturbi schizofrenici si situano al 18° posto e rappresentano 1.6% del totale, anche qui con importanti variazioni tra le fasce di età, passando dal 0.9% della fascia 20-24 anni al 3.1% della fascia 40-44 anni. In sintesi i disturbi schizofrenici rappresentano un problema significativo di salute pubblica, soprattutto per la disabilità che generano durante l'età adulta.

In termini di prevalenza nella popolazione generale non esistono dati disponibili italiani relativi alla frequenza nella popolazione generale. E' possibile utilizzare le stime del *Global Burden of Disease* che assegna al gruppo di paesi europei con un livello elevato di risorse, quali l'Italia, una prevalenza di 49.5 per 10.000 sull'intera popolazione (e non solo su quella superiore ai 17 anni).

L'impatto sui servizi di salute mentale

I disturbi schizofrenici rappresentano un impegno costante per i servizio di salute mentale italiani. I dati presentati⁴ sono relativi ai servizi di salute mentale operanti in 6 regioni (Alto-Adige, Trentino, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio con una popolazione pari al 41% della popolazione italiana), dove i sistemi informativi informatizzati sono stati implementati da alcuni anni.

Nel 2010 la prevalenza trattata, cioè il tasso di pazienti con almeno un contatto nell'anno con i DSM, è stata pari a 36,3 per 10.000 abitanti > 17 anni: i disturbi schizofrenici rappresentano circa un quinto dei pazienti (21%) in contatto con i servizi. L'incidenza trattata, espressa dal tasso di pazienti al primo contatto con il DSM, è pari a 6,8 per 10.000 abitanti > 17 anni, rappresentando questi disturbi il 10.8% dei nuovi casi. A livello di Centri di Salute Mentale essi rappresentano il 20% dell'utenza, mentre a livello di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura il 34% dei pazienti ricoverati.

In termini di assorbimento di risorse i pazienti schizofrenici hanno ricevuto nei servizi di salute mentale lombardi⁵ il 45% degli interventi in CSM, il 40% delle giornate di degenza in ospedale generale, 63% delle presenze semiresidenziali in Centro Diurno ed il 64% delle giornate di degenza in Strutture Residenziali. Si può quindi dire che più della metà dell'attività dei servizi è indirizzata a questi pazienti.

³ *Institute for Health Metrics and Evaluation (2013) Global Burden of Disease 2010* <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

⁴ Luigi Ferrannini, Lucio Ghio, D. Gibertoni, Antonio Lora, Giuseppe Tibaldi, Giovanni Neri, Antonella Piazza and the *Italian mental health data group* (2014) Thirty-Six Years Of Community Psychiatry In Italy *Journal of Nervous and Mental Disease* (in press)

⁵ Antonio Lora (2013) Il sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia. Dal monitoraggio alla valutazione pp 25-42 in "*La psichiatria di comunità in Lombardia (2013)*" Eupolis Lombardia Mac Graw Hill

A partire dai dati di prevalenza trattata e di quelli del *Global Burden of Disease* relativa alla prevalenza nella popolazione generale, è possibile calcolare per la schizofrenia il *treatment gap*, ovvero la percentuale di soggetti che, pur avendo un disturbo schizofrenico, non sono in contatto con i DSM. Il *treatment gap* in Italia è pari al 39%, il che significa che più di un persona su tre, nonostante il bisogno, non riceve alcun trattamento nell'anno nei servizi specialistici. Questo indicatore, per quanto non includa i pazienti trattati privatamente, è in grado di monitorare in buona approssimazione il grado di accessibilità dei DSM ai disturbi mentali gravi.

Inquadramento diagnostico

Le raccomandazioni contenute nel percorso di cura relativo ai disturbi schizofrenici si applicano ai seguenti codici diagnostici delle Classificazioni Internazionali delle Malattie dell'OMS (ICD) 9 e 10:

- **9° Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9 CM):**
 - 295.X (psicosi schizofreniche),
 - 297.X (psicosi paranoide),
 - 298.1 (altre psicosi non organiche tipo agitato),
 - 298.2 (confusione reattiva),
 - 298.3 (reazione paranoide acuta),
 - 298.4 (psicosi paranoide psicogena),
 - 298.8 (altre e non specificate psicosi reattive)
 - 298.9 (psicosi non specificata)

- **10° Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10):** l'intero gruppo diagnostico F2X.XX (schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti):
 - F20 (schizofrenia:
 - F21 (sindrome schizotipica),
 - F22 (sindromi deliranti persistenti),
 - F23 (sindromi psicotiche acute e transitorie),
 - F24 (sindrome delirante indotta),
 - F25 (sindrome schizoaffettiva),
 - F28 (altre sindromi psicotiche non organiche)
 - F29 (psicosi non organica non specificata)

Raccomandazioni caratterizzanti il percorso di cura del paziente con disturbo schizofrenico

Presa in carico precoce⁶

Razionale delle raccomandazioni

La qualità della cura nel trattamento dei pazienti con disturbo schizofrenico non è omogenea, come emerge sia dalla letteratura internazionale che da dati nazionali, tra cui una ricerca svolta in Lombardia (Regione Lombardia 2013)⁷, i cui dati verranno citati nel testo. Vi è quindi necessità di implementare percorsi di cura appropriati e monitorarla regolarmente, ponendo in atto azioni migliorative. Inoltre stante che circa la metà dell'attività dei DSM è erogata nei confronti di questi

⁶sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

⁷Regione Lombardia Direzione Generale Sanità (2013) *La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia* (a cura di E. Monzani e A. Lora)

pazienti, risulta evidente che l'individuazione di percorsi di cura di qualità nella schizofrenia porta ad un miglioramento complessivo del servizio.

Anche a livello italiano è confermato il ritardo con cui i pazienti giovani con disturbo schizofrenico accedono per la prima volta ai Dipartimenti di Salute Mentale: in Lombardia l'età media di contatto con il DSM (27,8 anni) è più elevata dell'età di esordio indicata dalla letteratura, mentre la durata della psicosi non trattata varia tra i 20 ed i 30 mesi⁸. Ambedue questi dati indicano come l'accessibilità vada migliorata nei confronti di questa utenza.

L'intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari e la loro continuità rappresenta un elemento critico per il successo del trattamento nei pazienti all'esordio. In Lombardia in termini di intensità ogni paziente riceve in media 2.6 interventi al mese, mentre il numero medio di interventi al mese rivolti ai familiari risulta essere nettamente inferiore circa la metà (1.3). In termini di continuità il 60% ha almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno.

Analizzando più nello specifico l'attività territoriale, il punto di riferimento sono le linee guida del Ministero della Salute sugli *interventi precoci nella schizofrenia*, pubblicate nel 2007. Queste linee guida prescrivono un percorso caratterizzato da un approccio multidisciplinare, che in Lombardia coinvolge tre quarti dei pazienti al primo contatto, mentre solo una minoranza di loro riceve interventi al domicilio. In termini di interventi specifici, il 23% dei pazienti all'esordio è seguito con trattamenti psicoterapici, mentre tale percentuale per gli interventi di tipo psicoeducativo scende al 9.4%.

Nonostante le raccomandazioni delle linee guida insistano nei pazienti all'esordio sulla necessità di proseguire il trattamento antipsicotico almeno 1 anno dopo l'episodio acuto, raramente i pazienti al primo contatto ricevono e assumono un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto (solo 1 paziente su 6 è ancora in trattamento dopo 90 giorni dall'episodio).

Raccomandazioni

1. Facilitare l'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), medici di medicina generale e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.
2. La presa in carico del paziente con disturbo mentale grave all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.
3. Durante i primi contatti con il DSM il paziente con disturbo mentale grave all'esordio riceve una completa valutazione multi professionale dei suoi problemi clinici e psicosociali; è indicato che venga valutata anche la famiglia sotto il profilo dei bisogni e del carico familiare.
4. Formulata la diagnosi di disturbo schizofrenico ed effettuata la valutazione del funzionamento personale e sociale, il Centro di salute mentale attiva per il paziente ed i suoi familiari interventi di natura multi professionale con il coinvolgimento nel trattamento non solo dello psichiatra, ma anche di altre figure professionali (psicologo, assistente sociale,

⁸ Angelo Cocchi, Antonio Lora, Anna Meneghelli, Emanuela La Greca, Alessia Pisano, Maria Teresa Cascio, Antonio Preti (2014) Sex differences in first-episode psychosis and in people at ultra-high risk *Psychiatry Research* 215, 314–322

terapista della riabilitazione, infermiere ed educatore). Tale attività viene effettuata non solo nella sede del CSM ma anche nel contesto di vita del paziente.

5. Ai pazienti all'esordio sono erogati *routinariamente* interventi psicoeducativi e psicoterapici; in presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave, vengono erogati interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze.
6. Il paziente all'esordio riceve un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici con dosaggio e durata del trattamento adeguati alla stabilizzazione del quadro clinico, monitorando in modo attento la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, sia all'inizio del trattamento che nei mesi seguenti.

Gestione della fase acuta

Razionale delle raccomandazioni

La gestione della fase acuta può avvenire in setting differenti, in base alla configurazione e organizzazione dei dipartimenti di salute mentale. Quando l'episodio acuto è trattato attraverso il ricovero in SPDC, deve essere posta attenzione all'appropriatezza dell'attività di ricovero al fine di evitare riammissioni (in Italia nel 2011 il 17.5% dei ricoveri è seguito da una riammissione entro 30 giorni dalla prima dimissione) e degenze troppo lunghe (in Lombardia il 12% ha una degenza in ospedale maggiore di 30 giorni). Circa un decimo dei ricoveri (12%) avviene in regime di TSO. Un elemento critico è la continuità tra ospedale e territorio alla dimissione: più della metà (52%) dei pazienti dimessi dall'SPDC ricevono una visita psichiatrica nel CSM nelle due settimane seguenti alla dimissione mentre l'attività domiciliare nelle due settimane seguenti la dimissione dal SPDC, una pratica che migliora la continuità nel momento critico della dimissione, interessa solo il 7% dei pazienti. Durante il trattamento della fase acuta in SPDC sei pazienti su dieci dei pazienti ricevono un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici, in linea con le raccomandazioni. Tuttavia per quanto riguarda la sicurezza dei trattamenti farmacologici, il monitoraggio periodico della glicemia e della iperlipidemia nei pazienti in mantenimento con antipsicotici di seconda generazione all'inizio del trattamento (almeno 2 controlli nelle 12 settimane iniziali) avviene solo nel 14% dei casi.

Raccomandazioni

7. Il paziente con episodio acuto può venire trattato in differenti setting, a seconda della configurazione del servizio: oltre che in SPDC, anche a livello ambulatoriale e domiciliare a cura del CSM, a livello semiresidenziale nei Centri Diurni, e a livello residenziale nelle Strutture Residenziali.
8. Se il paziente viene ricoverato in SPDC vengono messe in atto misure per limitare il ricorso al TSO e vengono attivati interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.
9. Il paziente con un episodio acuto riceve un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici per un periodo di almeno 1 - 2 anni e nel caso che i farmaci vengano interrotti viene attuato un monitoraggio clinico di eventuali ricadute per almeno 2 anni. Particolare attenzione va posta fino dall'inizio del trattamento alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, monitorando gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici.
10. Nei pazienti con schizofrenia resistente viene impostato un trattamento con clozapina mentre è preferibile un trattamento con farmaci antipsicotici depot per i pazienti con ricadute

frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento, con dosaggi, frequenza delle somministrazioni e dei controlli clinici adeguati.

11. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto. Nei pazienti con ricadute frequenti/condizione clinica instabile durante la degenza o alla dimissione, viene attuata una revisione del programma di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o dell'equipe congiunta CSM - SPDC.

Trattamenti continuativi e a lungo termine

Razionale delle raccomandazioni

I DSM devono essere in grado di assicurare un trattamento continuativo ai pazienti con disturbo schizofrenico ed in effetti circa due terzi dei pazienti hanno almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno. Tuttavia se guardiamo più nello specifico i pazienti che hanno appena presentato un episodio acuto, nei sei mesi seguenti ad esempio la dimissione dal SPDC solo un quarto di questi pazienti ricevono almeno una visita psichiatrica in CSM al mese. Questo dato indica una difficoltà delle strutture territoriali a mettere in atto pattern di trattamento continuativi per i pazienti che hanno superato da poco una fase acuta. In termini di intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari, nel corso dell'anno circa due terzi dei pazienti riceve più di 5 interventi, mentre solo un decimo dei familiari riceve più di 3 interventi nel periodo. Anche in questo caso, come per i pazienti all'esordio, è l'area del rapporto con i familiari che evidenzia criticità. Sul versante degli interventi psicosociali, un decimo dei pazienti è in trattamento psicoterapico, mentre è da rilevare che gli interventi di tipo psicoeducativo, nonostante il supporto delle evidenze, appaiano erogati sporadicamente. Il DSM inserisce circa un sesto dei pazienti in attività risocializzanti e riabilitative a livello territoriale (Centri di salute Mentale e Centri Diurni).

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, la percentuale di interruzione della terapia farmacologica è significativa ed in linea con i dati della letteratura internazionale: tra coloro che hanno già iniziato un trattamento nei 12 mesi precedenti la prima prescrizione nell'anno dopo sei mesi solo la metà dei pazienti è ancora in trattamento. Dai dati a disposizione in Lombardia è invece soddisfacente l'appropriatezza del trattamento: due terzi dei pazienti assumono l'antipsicotico in monoterapia, mentre nella quasi totalità dei pazienti sia la frequenza che il dosaggio dei farmaci antipsicotici long-acting seguono le raccomandazioni delle Linee Guida. E' anche soddisfacente il monitoraggio clinico di questi farmaci: l'89% dei pazienti in terapia long acting ricevono una visita psichiatrica almeno ogni 90 giorni. Nei pazienti in cui gli antipsicotici danno un compenso insufficiente, l'utilizzazione di clozapina è ancora limitata (14%) Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico nella metà dei casi lo psichiatra che lo ha in cura ha un contatto con lui nei primi 90 giorni dalla interruzione del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche. Infine per quanto riguarda la sicurezza dei trattamenti farmacologici, il monitoraggio periodico della glicemia e della iperlipidemia nei pazienti in mantenimento con antipsicotici di seconda generazione avviene nella metà dei casi in trattamento continuativo secondo le raccomandazioni delle Linee Guida.

Raccomandazioni

Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

12. Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multi professionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager).
13. Gli operatori del servizio di salute mentale hanno contatti regolari con i familiari dei pazienti; pongono attenzione alle loro opinioni e valutano periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura.
14. Ai pazienti, ed in particolare a quelli con frequenti ricadute, e alle loro famiglie sono erogati interventi di carattere psicoeducativo; quando appropriato, è offerto un trattamento psicoterapico.
15. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa in carico congiunta con il Servizio per le tossicodipendenze.
16. I pazienti con disturbo schizofrenico ricevono un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici in monoterapia e con un dosaggio all'interno del range terapeutico, e nei casi di schizofrenia resistente viene offerto un trattamento con clozapina. Viene attuato un monitoraggio costante della sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici.
17. Ai pazienti con ricadute frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento viene offerto un trattamento con farmaci antipsicotici depot, seguendo i dosaggi, la frequenza delle somministrazioni e i controlli clinici previsti.
18. Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico, il CSM mantiene contatti clinici regolari nel periodo seguente l'interruzione del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche e si attiva per ricontattare il paziente in caso che questi interrompesse completamente i contatti con il DSM.
19. In collaborazione col medico di medicina generale viene fatto un regolare monitoraggio della salute fisica e degli stili di vita.
20. Sono offerti gruppi di *self-help* e di supporto tra pari, che mirino all'inclusione sociale e alla *recovery*.
21. Sono monitorate le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi e i suicidi dei pazienti seguiti dal DSM, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa ed essere sottoposti a provvedimento penale.

Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

22. Ai pazienti in età lavorativa, che siano disoccupati o presentino problemi lavorativi, sono offerti interventi sia di supporto sociale che inserimento lavorativo e supporto al lavoro; per tutti i pazienti si deve attivare una valutazione delle competenze lavorative che possa essere utile all'elaborazione di un progetto di inserimento lavorativo come articolazione del PTI.
23. Ai pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave sono proposti interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale basati sulle evidenze, mentre a coloro che presentano sia problemi relazionali di livello moderato/grave in termini di isolamento sociale che assenza/carenza di attività strutturate durante il giorno, vengono rivolte attività di risocializzazione, espressive e corporee sia a partire dal CSM che in Centro Diurno.
24. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente

può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale⁹. L'intensità e la specificità del trattamento riabilitativo viene monitorata attraverso le attività erogate, che devono comprendere una varietà di interventi di carattere psichiatrico, psicologico, riabilitativo e risocializzante basati sulle evidenze.

25. Per i pazienti con moderate compromissioni di funzioni e abilità, e un buon livello di autonomia personale vengono proposti percorsi di supporto all'abitare con l'assistenza di operatori di salute mentale.

Linee guida di riferimento

- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2002) Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care –
- Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida *Gli interventi precoci nella schizofrenia*.
- World Health Organization - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html –
- Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 94–103.

⁹ Accordo in Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 “*Le strutture residenziali psichiatriche*”

I PERCORSI DI CURA PER I PAZIENTI CON DISTURBO BIPOLARE

L'impatto sulla popolazione

Il Disturbo Bipolare secondo i dati della letteratura ha una prevalenza lifetime che varia dall'1% al 5 % della popolazione generale, con una variabilità che dipende dai criteri diagnostici utilizzati e dall'inclusione o meno del concetto di spettro bipolare¹⁰.

E' una patologia ad andamento cronico, spesso grave e invalidante, che esordisce solitamente a un'età media variabile fra i 23 anni in uomini con Disturbo Bipolare tipo I e i 30 in donne con Disturbo Bipolare tipo II¹¹. La durata degli episodi varia generalmente da 4 a 13 mesi ed è più lunga per gli episodi depressivi rispetto a quelli ipomaniacali o maniacali. Si presenta come una successione molto variabile di episodi di eccitamento, depressione dell'umore o misti¹².

L'impatto sulla popolazione da un punto di vista della disabilità è elevato, tanto che secondo i dati del *Global Burden of Disease 2010*¹³ nel 2030 il disturbo bipolare entrerà nelle prime 10 patologie per carico di malattia.

In termini di DALYs (una misura che combina gli anni di vita persi a causa di una morte prematura insieme con gli anni di vita vissuti in stato di disabilità) al momento attuale i dati del *Global Burden of Disease 2010* indicano che i disturbi bipolari rappresentano lo 0,7% del totale del carico che le malattie e i fattori di rischio hanno sulla salute della popolazione italiana, con un più alto carico nel giovane adulto: dall'1,6% nella fascia di età 20-24 anni al 2,4% nella fascia di età 30-34 anni.

In termini di YLDs (years with disability, anni vissuti con disabilità), i disturbi bipolari in Italia rappresentano l'1,3% del totale, con un picco del 3% nella fascia di età 30-34 anni.

L'impatto sui servizi di salute mentale

Non esistono molti dati specifici sul carico dei disturbi bipolari sui servizi di salute mentale italiani. Una recente pubblicazione¹⁴ sottolinea che la prevalenza trattata per tutti i disturbi dell'umore è del 42,6 per 10.000 abitanti > 17 anni e che i disturbi dell'umore rappresentano circa un quarto (24,7%) dei pazienti in contatto con il servizio.

Rispetto alla prevalenza nella popolazione la prevalenza trattata dei disturbi dell'umore appare tuttavia molto bassa con un *treatment gap* stimato (ovvero la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento) dell'80%¹⁵. Secondo dati più recenti relativi alla regione Lombardia¹⁶ il *treatment gap*, riferibile al solo disturbo bipolare sarebbe del 42%, ciò significa che quattro persone su dieci nella popolazione generale, pur soffrendo di disturbo bipolare, non hanno accesso ai servizi.

Secondo il progetto SEME¹⁷ l'incidenza trattata di pazienti bipolari al primo contatto è di 5,4 su 100.000 abitanti, dato che conferma il basso livello di *coverage* rispetto a questo tipo di disturbo.

¹⁰ Akiskal H. 2000, Journal of Affective Disorders. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders.

¹¹ Tondo L. 2010, Acta Psychiatrica Scandinavica. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patient.

¹² Kaplan BJ. 2009, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 9th edition

¹³ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013 Global Burden of Disease 2010 <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>

¹⁴ Ferranini L. 2014, Journal of Nervous and Mental Disease. Thirty-Six years of community psychiatry in Italy

¹⁵ Lora A. 2009 Annali Ist. Super. Sanità. An overview of the mental health system in Italy.

¹⁶ Lora A. 2013, "La psichiatria in comunità in Lombardia". Il sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia

¹⁷ Gigantesco A. e altri "Progetto di sorveglianza epidemiologica dei disturbi mentali gravi" (Seme) – Istituto Superiore di Sanità - 2011

Nonostante questi dati, la prevalenza trattata dei disturbi dell'umore negli ultimi dieci anni è aumentata del 69%, così come l'incidenza trattata del 46%.

Inquadramento diagnostico

La definizione nosografica del disturbo bipolare non è del tutto coincidente nella classificazione ICD-10 rispetto al DSM-V a partire dal nome e dalla sottotipizzazione: sindrome affettiva bipolare senza sottotipi per l'ICD-10 e disturbo bipolare tipo I e II nel DSM V.

Definizione diagnostica secondo ICD-10

Sindrome affettiva bipolare (codici F30 o F31): si tratta di una sindrome caratterizzata da due o più episodi in cui il tono dell'umore del soggetto e i suoi livelli di attività sono significativamente disturbati, avendosi in alcune occasioni una esaltazione del tono dell'umore ed un incremento dell'energia e dell'attività (ipomania-mania), e in altre un abbassamento del tono dell'umore e una riduzione dell'energia e dell'attività (depressione). Ripetuti episodi ipomaniacali o maniacali possono essere classificati come bipolari. Gli episodi sono delimitati dal passaggio ad un episodio di polarità opposta o di tipo misto, o da una remissione (fase di normotimia)

Definizione diagnostica secondo DSM V

Disturbo bipolare tipo I: occorrenza di uno o più episodi maniacali. Spesso si verificano anche uno o più episodi depressivi. Da escludere disturbi dell'umore indotti da sostanze o dovuti a una condizione medica generale.

Disturbo bipolare tipo II: occorrenza di uno o più episodi depressivi maggiori e di almeno un episodio ipomaniacale. Assenza di episodio maniacale.

Il DSM V non riconosce più l'episodio misto in sé stesso ma ha mantenuto la definizione di presenza di sintomi concomitantemente depressivi e maniacali definendoli nel contesto di un episodio indice a prevalenza di caratteristiche depressive o maniacali indicandolo come specifica nella codifica dell'episodio: ad esempio episodio maniacale con sintomi misti o episodio depressivo con sintomi misti.

Questa codifica può essere posta anche nel disturbo bipolare di tipo II.

Raccomandazioni caratterizzanti il percorso di cura del paziente bipolare

Presca in carico precoce¹⁸

Razionale delle raccomandazioni

Vi è spesso una lunga latenza tra la prima comparsa dei sintomi e la formulazione della diagnosi, con conseguente ritardo nell'impostazione del trattamento farmacologico e psicosociale opportuno. Alcuni studi¹⁹ indicano una durata di malattia non trattata di 6-10 anni, associata ad un peggioramento della prognosi a lungo termine del disturbo, con un maggior numero di recidive maniacali, associate ad un più frequente decadimento cognitivo ed allo sviluppo di una resistenza farmacologica²⁰.

¹⁸ Sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

¹⁹ Berk M. 2007, Acta Neuropsychiatrica. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls.

²⁰ Post RM. 2010, Journal of Clinical Psychiatry. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood.

Dati italiani²¹ indicano una durata media di mancato trattamento di 5 anni. Uno dei problemi principali che incidono sul ritardo del trattamento è quello della diagnosi.

Nella pratica clinica si rileva spesso una difficoltà nell'inquadramento diagnostico. Molto spesso ad esempio il disturbo bipolare esordisce con un episodio depressivo, che complica la diagnosi differenziale con il Disturbo Depressivo Maggiore, e ritarda l'inizio del trattamento appropriato.

L'esordio della patologia è infatti generalmente a polarità depressiva, con un rapporto depressione/mania di 3 a 1 nel disturbo bipolare I e di 47 a 1 nel disturbo bipolare II.

Questa caratteristica complica spesso la diagnosi precoce ed è causa di trattamenti inappropriati, ad esempio con l'uso di antidepressivi che possono determinare viraggio maniacale, un aumento della rapidità dei cicli e degli episodi misti.

Attualmente vi è una ampia convergenza sul concetto di "spettro bipolare", inteso come un continuum tra disturbi dell'umore (dalla depressione alla mania, dai temperamenti affettivi alla ciclotimia). In questo senso sono stati fatti diversi tentativi di ulteriori sottospecificazioni del disturbo, come la classificazione di Akiskal²² che prevede la presenza di 7 sottotipi di disturbo bipolare.

Negli ultimi anni molti studi hanno anche ipotizzato di allargare il concetto di spettro bipolare al disturbo borderline di personalità, in un più ampio spettro di disturbi dell'affettività. In letteratura è stata evidenziata infatti una forte comorbidità tra i due disturbi fino al 40% dei casi e una sovrapposibilità di molti sintomi (impulsività, oscillazioni timiche, instabilità affettiva ecc.).

Al di là delle diverse classificazioni proposte appare utile fin dall'inizio un percorso di valutazione approfondito, che preveda una valutazione approfondita multidisciplinare e multiassiale standardizzata (uso sostanze, familiarità, disturbo personalità, problematiche sociali), una valutazione delle comorbidità mediche e uno screening delle condizioni mediche generali (ad esempio funzionalità tiroidea).

E' inoltre utile fin dalla prima presa in carico un'offerta assistenziale multi-componenziale che preveda l'offerta oltre che di trattamenti farmacologici, di interventi psicoeducativi individuali e familiari, psicoterapici e riabilitativi, quando indicati.

Raccomandazioni

1. La presa in carico precoce è garantita, innanzitutto, dalla presenza strutturata di programmi atti a facilitare l'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei giovani pazienti con disturbi psichici e stati mentali a rischio, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. A tal fine, devono essere attivati progetti di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, medici di medicina generale, altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, e le agenzie del territorio pubbliche o private.
2. Il paziente all'esordio riceve una valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata (uso sostanze, familiarità, disturbo personalità, problematiche sociali) e una valutazione delle comorbidità mediche, attraverso uno screening delle condizioni mediche generali.
3. Formulata la diagnosi, il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore²³, e ove possibile viene valutato il dosaggio ematico del farmaco.
4. La presa in carico del paziente con disturbo bipolare all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.

²¹Gigantesco A. 2012, ClinPractEpidemiolMent Health. The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services.

²²Akiskal HS, 1999. Psychiatr Clin North Am, The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV.

²³per farmaco stabilizzatore dell'umore si intende uno psicofarmaco che preveda nella scheda tecnica l'indicazione per il trattamento di mantenimento del disturbo bipolare

5. In caso di episodio depressivo moderato o grave il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore e antidepressivo. L'utilizzo dell'antidepressivo deve essere mantenuto fino al miglioramento del tono timico e poi sospeso.
6. Vengono proposti *routinariamente* interventi psicoeducativi, sia al paziente che ai familiari, che dovrebbero includere la psicoeducazione sulla malattia, sull'importanza di una routine quotidiana e di un sonno regolare–e sull'aderenza alla terapia farmacologica. Attenzione deve essere posta al monitoraggio dell'umore, alla rilevazione dei sintomi precoci di crisi e alle strategie da porre in atto per prevenire la progressione del disturbo.
7. Quando appropriati vengono proposti trattamenti psicoterapici, di supporto o più specifici, a seconda delle indicazioni, sia al paziente che ai familiari.
8. Vengono proposti, quando indicato, interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, fin dall'esordio, in presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale

Gestione della fase acuta

Razionale delle raccomandazioni

Nelle fasi acute l'obiettivo più importante e immediato è un rapido controllo dei sintomi che possono condurre a comportamenti ad alto rischio per il paziente stesso o per altri.

E' indispensabile scegliere con attenzione il contesto del trattamento (ospedaliero o no) tenendo conto della gravità dei sintomi e della possibilità di messa in atto di comportamenti rischiosi, compresi atti anticonservativi.

Nel caso di un episodio maniacale acuto è importante sospendere eventuali terapie con antidepressivi e impostare una terapia antimaniacale.

Esistono indicazioni per la scelta del farmaco secondo il livello di efficacia.

Le linee guida CANMAT considerano farmaci di prima scelta per l'episodio maniacale il litio, valproato, olanzapina, risperidone, quetiapina, aripiprazolo, ziprasidone; di seconda scelta carbamazepina, litio più valproato, carbamazepina più litio, asenapina, litio o valproato più asenapina, paliperidone; non sono raccomandati la monoterapia con gabapentin, topiramato, lamotrigina, associazione carbamazepina con risperidone o olanzapina.

La scelta dell'antipsicotico da utilizzare va effettuata sempre tenendo conto del profilo degli effetti collaterali e del rapporto rischi benefici, valutando la situazione fisica del singolo paziente e considerando anche a quale molecola abbia risposto qualora abbia già fatto uso di antipsicotici.

Al di là del trattamento farmacologico è importante la valutazione o rivalutazione del caso all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o nell'equipe congiunta CSM- SPDC.

Nel caso di un episodio depressivo acuto, rispetto all'episodio maniacale, può essere valutato un trattamento farmacologico con antidepressivo in aggiunta a farmaco stabilizzatore del tono dell'umore, in quanto la monoterapia con antidepressivi non è raccomandabile. Se si prescrive un antidepressivo andrebbe, tassativamente, prescritto anche un farmaco "stabilizzatore dell'umore" (buona evidenza). Gli antidepressivi andrebbero evitati nei pazienti che hanno una storia di cicli rapidi e di *switch* maniacali e non vanno usati nei pazienti che durante l'episodio depressivo presentano aspetti maniacali (o misti) e in presenza di agitazione psicomotoria. Tra gli antidepressivi vanno privilegiati SSRI e bupropione, mentre l'uso degli SNRI e degli antidepressivi triciclici va considerato solo in caso di fallimento di altre terapie a causa dell'alto rischio di *switch* connesso all'uso di queste due classi di farmaci²⁴.

Le linee guida CANMAT considerano trattamenti di prima scelta in caso di depressione bipolare litio, lamotrigina, quetiapina, litio o valproato + SSRI, olanzapina + SSRI, litio + valproato; di seconda scelta quetiapina + SSRI, valproato, litio o valproato + lamotrigina, aggiunta di modafinil. Non sono raccomandate la monoterapia con gabapentin e aripiprazolo.

²⁴ Raccomandazioni della 10th International Conference on Bipolar Disorders ICBBD 2013

Raccomandazioni

9. Il paziente con episodio acuto può venire trattato in differenti setting a seconda della configurazione del servizio: oltre che in SPDC, anche a livello territoriale e domiciliare nel CSM ed a livello semiresidenziale e residenziale nei Centri Diurni e nelle Strutture Residenziali.
10. Se il paziente viene ricoverato in SPDC vengono messe in atto misure per limitare il ricorso al TSO e vengono attivati interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.
11. Durante il ricovero viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali e viene valutato il dosaggio ematico di stabilizzatori dell'umore eventualmente in corso.
12. Vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene rivalutato programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile con revisione del caso all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o nell'equipe congiunta CSM- SPDC
13. Nel caso di episodio ipomaniacale o maniaco viene impostato un trattamento farmacologico con stabilizzatore dell'umore e vengono sospese eventuali terapie con antidepressivi. Se necessario nei primi giorni può essere utilizzata una terapia antipsicotica intramuscolo e può essere valutata l'associazione con due stabilizzatori dell'umore in pazienti resistenti.
14. Nel caso di episodio depressivo valutare un eventuale trattamento farmacologico con antidepressivo in aggiunta al farmaco stabilizzatore del tono dell'umore. La monoterapia con antidepressivi non è raccomandabile. Gli antidepressivi andrebbero evitati nei pazienti che hanno una storia di cicli rapidi e di *switch* maniacali e non vanno usati nei pazienti che durante l'episodio depressivo presentano aspetti maniacali (o misti) e in presenza di agitazione psicomotoria. Tra gli antidepressivi vanno privilegiati SSRI e bupropione, mentre l'uso degli SNRI e degli antidepressivi triciclici va considerato solo in caso di fallimento di altre terapie a causa dell'alto rischio di *switch* connesso all'uso di queste due classi di farmaci.
15. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto.

Trattamenti continuativi e a lungo termine

Razionale delle raccomandazioni

Il disturbo bipolare ha un andamento cronico e come già sottolineato un forte impatto sul funzionamento sociale e lavorativo del paziente, con un alto rischio di letalità in particolare nella fascia di età giovanile (25-34 anni) dove il rischio di suicidio è del 18-19%.

E' quindi necessario spesso un trattamento a lungo termine, sia per evitare le recidive sia per fornire interventi riabilitativi a lungo termine nelle forme più gravi.

La terapia di mantenimento dei pazienti affetti da disturbo bipolare consiste innanzitutto in trattamento continuativo all'interno del DSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali del paziente.

La terapia farmacologica di mantenimento nel disturbo bipolare dovrebbe continuare per almeno 2 anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno 5 anni se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute (frequenti ricadute, episodi psicotici gravi, uso di sostanze, eventi stressanti o scarso supporto sociale).

I farmaci di prima scelta per il mantenimento sono il litio, valproato, olanzapina, quetiapina, risperidone long acting, aripiprazolo, lamotrigina (per episodi depressivi).

E' importante impostare fin da subito, per il monitoraggio degli effetti collaterali, un controllo periodico di emocromo, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale, funzionalità tiroidea, profilo lipidico ed elettrocardiogramma.

Oltre alla terapia farmacologica sono indicati interventi multidisciplinari, risocializzanti e riabilitativi nei pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave.

E' importante inoltre prevedere interventi specifici per il recupero dei pazienti che interrompono i contatti con il servizio in modo non concordato.

Raccomandazioni

Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

16. I pazienti affetti da disturbo bipolare ricevono un trattamento continuativo all'interno del DSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali. Se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana, si attiva un trattamento continuativo multidisciplinare, coinvolgendo più figure professionali, oltre lo psichiatra. In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui sono specificati i problemi presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte. All'interno del piano è specificata la figura del case manager.
17. La terapia farmacologica di mantenimento nel disturbo bipolare dovrebbe continuare per almeno 2 anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno 5 anni se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute (frequenti ricadute, episodi psicotici gravi, uso di sostanze, eventi stressanti o scarso supporto sociale). Viene attuato un monitoraggio costante della sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici.
18. Ai pazienti con problemi relazionali è offerto, quando appropriato, un trattamento psicoterapico e, in particolare, se hanno frequenti ricadute, sono offerte *routinariamente* sessioni di carattere psicoeducativo, estese anche a eventuali familiari conviventi.
19. Gli operatori del servizio di salute mentale hanno contatti regolari con i familiari dei pazienti; pongono attenzione alle loro opinioni e valutano periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura.
20. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata una valutazione e nel caso una presa in carico congiunta con il SERT.
21. Viene realizzato un progetto di *collaborative care* con i MMG, in particolare per il monitoraggio della salute fisica e la valutazione degli effetti collaterali dei farmaci.
22. Viene valutata costantemente l'aderenza ai trattamenti, anche attraverso il dosaggio del farmaco stabilizzatore. Nei casi in cui il paziente non si presenta alle visite di controllo programmate, il DSM adotta opportune strategie, in collaborazione col medico di medicina generale e con i familiari, per ricontattarlo.

Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

23. In presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale vengono messi in atto adeguati interventi di carattere riabilitativo e socioassistenziale a livello territoriale, basati sulle evidenze.
24. Quando appropriato sono messi in atto progetti di inserimento lavorativo e supporto al lavoro.

25. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale.

Linee guida di riferimento

- The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2013
- National Institute for Clinical Excellence 2009. NICE guidelines: *The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*

I PERCORSI DI CURA PER I PAZIENTI CON DISTURBI DEPRESSIVI

L'impatto sulla popolazione

La depressione secondo i dati della letteratura ha una prevalenza annuale del 5% e lifetime fino al 17%, a seconda dei setting di trattamento.

Negli ultimi decenni le sindromi depressive, a fronte di grandi aspettative legate ai progressi della ricerca nel campo delle neuroscienze e della disponibilità di nuovi farmaci antidepressivi, mostrano ancora tassi di remissione piuttosto contenuti o risposte parziali in un numero considerevole di casi sia in fase acuta, che nella fase di proseguimento per la prevenzione delle recidive. Ciò appare particolarmente evidente quando la terapia farmacologica è l'unico trattamento offerto e ancor di più quando si passa da dati raccolti in campioni di pazienti selezionati, come avviene comunemente negli RCT, a dati osservazionali di campioni non selezionati, più vicini quindi alla comune pratica clinica.

La combinazione di alta prevalenza ed esordio tendenzialmente precoce fa sì che le sindromi depressive possano rappresentare nei prossimi anni la causa principale di disabilità nel campo della salute mentale; ciò è confermato su diversi campioni di popolazione nel mondo senza marcate differenze legate all'età o status socioeconomico dei pazienti, ma con una marcata differenziazione in termini di genere (maggior rischio di malattia nel sesso femminile, in particolare nei paesi in via di sviluppo).

Secondo i dati del *Global Burden of Disease 2010* dell'Institute for Health Metrics and Evaluation, che misura a livello mondiale il carico in termini di disabilità delle diverse malattie sulla popolazione mondiale, i disturbi depressivi rappresentano un importante problema di salute pubblica. La depressione rappresenta, infatti, la quarta causa principale di disabilità tra tutti i disturbi pari al 4% di tutti i DALYs e la prima di tutti i YLDs pari al 11% del totale. Facendo una proiezione sulla base di queste valutazioni è stato stimato dall'OMS che nel 2020 la depressione sarà la seconda malattia in termini di disabilità nella popolazione mondiale, dopo le patologie cardiovascolari, mentre nel 2030 si prevede possa salire al primo posto; i dati del progetto Global Burden of Disease sono stati utilizzati per valutare la ricaduta della depressione anche sulla salute della popolazione italiana²⁵.

L'impatto sui servizi di salute mentale

Non esistono molti dati specifici sul carico dei disturbi depressivi sui servizi di salute mentale Italiani. Una recente pubblicazione²⁶ sottolinea che la prevalenza trattata per tutti i disturbi dell'umore è del 42,6 per 10.000 abitanti > 17 anni e che i disturbi dell'umore rappresentano circa un quarto (24,7%) dei pazienti in contatto con il servizio.

Rispetto alla prevalenza nella popolazione la prevalenza trattata dei disturbi dell'umore appare tuttavia molto bassa con un *treatment gap* stimato (ovvero la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento) dell'80%²⁷.

Per quanto riguarda nello specifico la depressione i dati internazionali (WHO) sottolineano come il 56% dei pazienti non riceva alcun trattamento nel corso della vita, con un ritardo medio di mancato trattamento che varia da 2 a 8 anni. Dati italiani (Progetto SEME²⁸) sottolineano che il ritardo del

²⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation (2013) *Global Burden of Disease 2010*

²⁶ Ferrannini L. 2014, *Journal of Nervous and Mental Disease*. Thirty-Six years of community psychiatry in Italy

⁶ Lora A. 2009 *AnnIst Super Sanita*. An overview of the mental health system in Italy.

²⁸ Gigantesco A. e altri "Progetto di sorveglianza epidemiologica dei disturbi mentali gravi" (Seme) – Istituto Superiore di Sanità - 2011

trattamento in Italia è mediamente di 2 anni anche per forme di depressione severe, come quelle con sintomi psicotici o idee di suicidio. Per il disturbo depressivo l'incidenza trattata è pari a 3.4 su 100.000.

Inquadramento diagnostico

Le raccomandazioni contenute nel percorso di cura relativo ai disturbi depressivi si applicano ai seguenti codici diagnostici delle Classificazioni Internazionali delle Malattie (ICD) 9° e 10°:

- 9° Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9 CM):
 - 296.1X Psicosi affettive (psicosi maniaco depressivo di tipo depressivo)
 - 298.0X Altre psicosi non organiche di tipo depressivo
 - 309.0 reazione depressiva di breve durata
 - 309.1 reazione depressiva di lunga durata

- 10° Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10):
 - **F32.XX Episodio depressivo**
 - F32.0X (episodio depressivo lieve)
 - F32.1X (episodio di grado medio)
 - F32.2X (episodio depressivo grave senza sintomi psicotici)
 - F32.3 (episodio depressivo grave con sintomi psicotici)
 - F32.8 (altri episodi depressivi)
 - F32.9 (episodio depressivo non specificato)
 - **F33.XX Sindrome depressiva ricorrente**
 - F33.0X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale lieve)
 - F33.1X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di grado medio)
 - F33.2X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale grave senza sintomi psicotici)
 - F33.3 (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale grave con sintomi psicotici)
 - F33.4X (sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione)
 - F33.8 (altra sindrome depressiva ricorrente)
 - F33.9 (sindrome depressiva ricorrente non specificata)
 - **F34 Sindromi affettive persistenti**
 - F34.1 (distimia)
 - F34.8X (altre sindromi affettive persistenti)
 - F38.8 (altre sindromi affettive non specificate)
 - **F39 Sindrome affettiva non specificata**
 - **F43.Reazioni a gravi stress e sindromi di disadattamento**
 - F.43.20-.21 (reazione depressiva breve e prolungata)

L'ICD 10 descrive dieci sintomi chiave che sono presenti in un episodio depressivo:

- umore depresso
- perdita di interesse e di piacere
- diminuzione di energia con aumento dell'affaticamento e diminuzione delle attività
- riduzione della concentrazione e dell'attenzione
- riduzione dell'autostima e della fiducia in sè
- idee di colpa e autosvalutazione (anche in un episodio di tipo lieve)

- una visione del futuro nera e pessimistica
- idee o azioni di autolesionismo o suicidio
- alterazione del sonno
- diminuzione dell'appetito

I sintomi creano un deficit di funzionamento che aumenta con la severità degli episodi.

Di seguito le definizioni dei sottotipi di disturbo depressivo secondo ICD 10 :

1. *Episodio depressivo lieve*

La depressione lieve è caratterizzata dalla presenza di quattro dei sintomi sopra descritti, per un periodo di almeno 2 settimane.

2. *Episodio depressivo moderato*

La depressione moderata è caratterizzata dalla presenza di sei dei sintomi sopra descritti. La durata minima dell'episodio è di 2 settimane, con conseguenze considerevoli sulle abilità funzionali dell'individuo.

3. *Episodio depressivo grave*

La depressione grave è caratterizzata dalla presenza di sette o più, dei sintomi sopra descritti, alcuni dei quali sono particolarmente gravi. Normalmente l'episodio deve durare almeno 2 settimane, sebbene in alcuni casi, se i sintomi sono particolarmente gravi, la diagnosi può essere posta prima.

4. *Episodio depressivo ricorrente*

E' caratterizzato da episodi ripetuti di depressione, senza episodi intercorrenti di umore elevato e di iperattività. La diagnosi va fatta per quelle persone che hanno avuto nel recente passato due o più episodi depressivi, con significative menomazioni funzionali.

Raccomandazioni caratterizzanti il percorso di cura del paziente depresso

Presa in carico precoce²⁹

Razionale delle raccomandazioni

Le sindromi depressive pur essendo patologie con distribuzione in tutte le fasce di età, presentano tipicamente un esordio in età giovanile, in specie nel sesso femminile. Per quanto, rispetto ad altre condizioni psicopatologiche, ci siano meno evidenze in letteratura riguardo all'efficacia in termini prognostici di interventi precoci nel campo del trattamento delle sindromi depressive, esiste un sufficiente accordo tra i clinici che un riconoscimento precoce, un corretto inquadramento diagnostico sin dal primo episodio depressivo ed una riduzione del periodo di malattia non trattata, possano condizionare positivamente il decorso della patologia.

Vi è spesso una lunga latenza tra la comparsa dei sintomi e la formulazione della diagnosi con conseguente ritardo nell'impostazione di un trattamento farmacologico e/o psicoterapico e psicosociale.

L'alta prevalenza, l'elevato impatto sociale e la necessità di trattamenti sempre più personalizzati hanno favorito negli ultimi anni una crescente attenzione alla appropriatezza dei trattamenti e alla loro sostenibilità economica, sia per ciò che concerne i trattamenti farmacologici, sia per ciò che riguarda le psicoterapie e gli interventi psicosociali in genere.

Tenendo conto dell'alto tasso di prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione generale (6.9% prevalenza life time) il setting della medicina generale dovrebbe essere il primo ed il più importante

²⁹ Sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

filtro per il riconoscimento e il trattamento di tali patologie; di fatto già oggi i medici di medicina generale rappresentano nella maggior parte dei pazienti affetti da malattia depressiva l'unico riferimento sanitario; per far sì che il setting delle cure primarie sia in grado di riconoscere e trattare adeguatamente i pazienti affetti da disturbi depressivi e che i servizi specialistici possano prendere in carico solo pazienti selezionati sulla base di specifiche caratteristiche cliniche, è necessario che l'assistenza venga organizzata secondo modelli analoghi a quelli di altre malattie croniche recidivanti come il *Chronic Care Model* e la *Collaborative Care*; tali modelli descrivono percorsi diagnostici-terapeutici che enfatizzano il ruolo strategico dei servizi delle cure primarie e definiscono percorsi definiti di cura secondo protocolli di collaborazione strutturati con i servizi specialistici.

Un modello ampiamente utilizzato è quello definito di “*Stepped Care*”, strutturato e ampiamente utilizzato dal sistema sanitario inglese (vedi tabella seguente derivata e modificata da NICE 2012); tale percorso di cura è strutturato a partire da diversi livelli di gravità della patologia; per ognuno di questi livelli vengono definiti gli obiettivi terapeutici, gli interventi più appropriati ed il contesto in cui questi devono essere realizzati.

STEP	OBIETTIVI CLINICI	INTERVENTI	SETTING DI CURA
Step 1	Riconoscimento	Valutazione - Diagnosi	MMG
Step 2	Sintomi depressivi (sottosoglia)	Supporto Rivalutazione ad un mese	MMG
Step 3	Depressione Maggiore Lieve Distimia	Supporto, <i>Watchful waiting</i> o psicoterapia	MMG
Step 4	Depressione Maggiore Moderata – Grave	Terapia farmacologica o psicoterapia	MMG CSM (consul.telefonica) Specialista o CSM (consulenza) CSM (assunzione in cura)
Step 5	Depressione resistente, ricorrente, con sintomi psicotici	Trattamento farmacologico (con eventuale <i>switching</i> , <i>augmentation</i>) Trattamento psicologico e farmacologico integrato, supporto psicosociale	CSM (assunzione in cura) CSM (presa in carico integrata)
Step 6	Alto Rischio Suicidario, quadro clinico complesso	Trattamento integrato Supporto psicosociale	CSM (presa in carico intensiva e multiprofessionale) Ricovero ospedaliero

Raccomandazioni

1. La presa in carico precoce è garantita primariamente dalla formalizzazione di rapporti stabili con i medici di medicina generale, all'interno dei modelli clinico organizzativi atti a governare il processo assistenziale nei dipartimenti di salute mentale. Ci si riferisce in

- particolare alla collaborazione/consulenza e all'assunzione in cura, che rappresentano i contesti più idonei al trattamento della maggior parte dei soggetti con disturbo depressivo.
2. Il modello della collaborazione/consulenza consente di pervenire ad una valutazione diagnostica sul livello di gravità della depressione, oltre che fornire un quadro sistematico delle problematiche del soggetto (uso sostanze, familiarità, problematiche sociali, atti di autolesionismo e tentato suicidio, condizioni mediche generali).
 3. L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.
 4. Formulata la diagnosi e il livello di gravità clinica, il paziente riceve i trattamenti più adeguati al caso, individuati applicando i criteri del modello dello “*Stepped Care*”.
 5. Ai pazienti all'esordio vanno proposti, quando appropriato, interventi psicologici da estendere, se del caso, agli eventuali familiari.

Gestione della fase acuta

Razionale delle raccomandazioni

Nella fase acuta sono possibili diversi setting di trattamento a seconda della gravità della presentazione clinica (vedi tabella relativa alla *stepped care*).

E' indispensabile scegliere con attenzione il contesto del trattamento tenendo conto della gravità dei sintomi e della messa in atto di comportamenti a rischio suicidario.

Sono eligibili per un trattamento con farmaci antidepressivi i pazienti con depressione moderata e grave, mentre per quelli con depressione lieve il trattamento antidepressivo è indicato solo nel caso di precedenti episodi depressivi moderati o gravi, presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni e persistenza di sintomi sottosoglia e depressione lieve nonostante precedenti terapie. In questi pazienti in alternativa ai farmaci antidepressivi sono indicati interventi psicologici strutturati.

Quando deve essere prescritto un antidepressivo è normalmente indicato un SSRI. Gli antidepressivi di prima generazione sono da considerarsi una seconda scelta non tanto per efficacia ridotta quanto per i più frequenti effetti collaterali ed il rischio di maggiore tossicità acuta.

In un primo episodio depressivo la terapia andrà continuata per almeno sei mesi dall'avvenuta remissione sintomatologica e per almeno due anni dopo un secondo episodio.

Nei pazienti sia con depressione lieve che moderata o grave è indicato anche un trattamento psicoterapico. Per quanto riguarda la psicoterapia ci sono maggiori evidenze a sostegno della psicoterapia cognitivo-comportamentale e interpersonale.

Raccomandazioni

6. Il paziente in fase acuta, previa attenta valutazione congiunta del medico di medicina generale e degli psichiatri di riferimento del centro di salute mentale, può essere trattato in diversi setting di trattamento: domiciliare, ambulatoriale, con il ricorso al ricovero ospedaliero. Particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione del rischio per suicidio.

7. In caso di ricovero ospedaliero, la durata dello stesso deve essere limitata nel tempo e sono attuate strategie per evitare riammissioni nei mesi successivi. La dimissione deve essere concordata con il medico di medicina generale e gli psichiatri di riferimento del centro di salute mentale, al fine di favorire la continuità della cura.
8. I farmaci SSRI rappresentano la prima scelta per il trattamento antidepressivo nei casi di depressione moderata e grave. La terapia farmacologica andrà assunta per almeno sei mesi dalla remissione in caso di episodio singolo.
9. Nei casi di depressione lieve il trattamento antidepressivo è indicato solo nel caso di precedenti episodi depressivi moderati o gravi, presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni e persistenza di sintomi sottosoglia e depressione lieve nonostante precedenti terapie. In questi pazienti in alternativa ai farmaci antidepressivi sono indicati interventi psicologici strutturati.
10. Nei pazienti con depressione moderata o grave è indicato oltre il trattamento farmacologico anche quello trattamento psicoterapico
11. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto.

Trattamenti continuativi a lungo termine

Razionale delle raccomandazioni

L'obiettivo principale della fase di mantenimento è quello di ridurre il rischio di ricaduta. La ricorrenza degli episodi di depressivi, che si verifica nel corso della maggior parte dei pazienti con depressione maggiore, richiede la valutazione e la scelta di un trattamento di profilassi. Gli adulti dovrebbero ricevere lo stesso dosaggio di antidepressivo ricevuto durante la fase acuta.

Si fa diagnosi di depressione resistente al trattamento nel caso in cui non si ottenga alcun risultato con due o più farmaci antidepressivi, somministrati sequenzialmente, con un dosaggio adeguato e per un adeguato periodo di tempo. Nei casi di resistenza al trattamento antidepressivo occorre considerare alcune strategie farmacologiche alternative (*augmentation* con litio oppure con un antipsicotico oppure passaggio ad un secondo antidepressivo).

Nei pazienti con depressione con sintomi psicotici è indicato un trattamento congiunto con farmaci antidepressivi ed antipsicotici.

La psicoterapia è indicata per i pazienti con depressione ricorrente che presentino ricadute nonostante il trattamento antidepressivo o abbiano sintomi residui nonostante il trattamento.

In tutti i pazienti, quale che sia il livello di gravità, deve essere valutato costantemente il rischio suicidario.

Raccomandazioni

Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

12. I pazienti affetti da disturbo depressivo ricorrente e resistente ricevono un trattamento continuativo differenziato in base agli obiettivi individuati applicando il modello “*Stepped Care*”. Vanno particolarmente curati i contatti col medico di medicina generale per i casi trattabili all'interno del modello di approccio di collaborazione/consulenza.

13. In caso di depressione ricorrente il trattamento antidepressivo durerà per un periodo non inferiore ai due anni dall'avvenuta remissione clinica e con durata progressivamente maggiore sulla base della persistenza di fattori di rischio di recidiva. Nei pazienti con depressione con sintomi psicotici è indicato un trattamento congiunto con farmaci antidepressivi ed antipsicotici.
14. Per i pazienti con depressione moderata e grave ricorrente è indicato un trattamento farmacologico e psicoterapeutico combinato.
15. Il centro di salute mentale attiva una modalità di presa in carico, con elaborazione di un piano di trattamento individuale (PTI) nei soli casi che presentano elevati livelli di gravità clinica, accompagnati da gravi problemi psicosociali, per i quali è opportuno un supporto psico-sociale con l'intervento di altre figure professionali, quali l'infermiere e l'assistente sociale.
16. I familiari, che assistono un paziente affetto da depressione grave o ricorrente hanno contatti regolari con gli operatori del servizio di salute mentale, che pongono attenzione alle loro opinioni; i loro bisogni sono valutati e rivisti periodicamente all'interno del piano di cura.
17. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa in carico congiunta con il Servizio per le tossicodipendenze.
18. Sono monitorati, anche con la collaborazione dei medici di medicina generale, le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi, i tentativi di suicidio, e i suicidi.

Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

19. I pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave possono essere eligibili per interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale, in regime ambulatoriale o semiresidenziale.
20. Ai pazienti in età lavorativa, che sono disoccupati o presentino problemi lavorativi, possono offerti interventi mirati all'inserimento lavorativo.

Linee guida di riferimento

- National Institute for Health and clinical excellence (NICE 2009) CG90 Depression in adults: The treatment and management of depression in adults www.nice.org.uk
- National Institute for clinical excellence (NICE 2012) Depression: evidence update april 2012
- Programma regionale "Giuseppe Legieri"Integrazione tra cure primarie e salute mentale, Report 2013 a cura di Regione Emilia Romagna

I PERCORSI DI CURA PER I LE PERSONE CON DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA'

L'impatto sulla popolazione

Per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici non vi sono studi nazionali sulla prevalenza nella popolazione generale dei DGP. In linea di massima possono essere considerati attendibili i valori riscontrati negli studi europei (Torgensen, 2001)³⁰, che attribuiscono una prevalenza del 13,4% della popolazione generale all'insieme dei disturbi di Personalità, del 3,1% al cluster B³¹e dello 0,7% al Disturbo Borderline.

Le conoscenze sul decorso del Disturbo Borderline di Personalità, certamente il quadro clinico sul quale sussistono maggior studi sia di carattere epidemiologico che sull'efficacia dei trattamenti, (Skodol, CLPS)³², indicano che la sintomatologia specifica tende ad attenuarsi progressivamente nel corso dell'arco biografico. Ma alla riduzione della sintomatologia clinica non corrisponde comunque una remissione della disabilità sociale (Zanarini, 2010)³³. Altro elemento da considerare per valutare l'impatto sulla salute della popolazione è il tasso dei suicidi, che, per il solo Disturbo Borderline di Personalità, oscilla, nei diversi studi, tra il 5 e il 10%. Questo aspetto, unitamente alle problematiche delle frequenti comorbilità in Asse I, rende conto della necessità di trattamenti appropriati per ridurre il carico di malattia e i costi sanitari e sociali associati ai Disturbi di Personalità.

L'impatto sui servizi di salute mentale

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

Per quanto riguarda la presenza dei DP nei servizi, uno studio epidemiologico italiano (Lora, 2009)³⁴ confronta i dati di Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia e attribuisce ai DP una prevalenza del 10% circa dei casi trattati dai Servizi di Salute Mentale. Dati recentemente elaborati, ma non pubblicati, dal Sistema Informativo della regione Emilia Romagna, riscontrano una frequenza del 14% delle diagnosi di DGP nei Servizi di Salute Mentale per adulti, e del 15,5 % delle ospedalizzazioni in SPDC. A questi devono essere sommati i pazienti che, per via della comorbilità con l'abuso di sostanze, ricevono un trattamento esclusivamente nei Ser.T. Lo studio PADDI, condotto sui Dipartimenti di Salute Mentale italiani, indica che il 39% dei pazienti in doppia diagnosi abbia una diagnosi di Disturbo di Personalità, e di questi circa la metà appartengono al cluster B.

³⁰Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *ArchGenPsychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.

³¹Il DSM, fin dalla terza edizione, ha suddiviso I Disturbi di Personalità in tra raggruppamenti (o cluster): il Gruppo A, del comportamento inusuale, il tipo B del comportamento impulsivo e il tipo C del comportamento inibito o ansioso.

³²Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J PersDisord*. 2005 Oct;19(5):487-504.

³³Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline Personality disorder and stability of recovery: A10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6):663-7.

³⁴Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;45(1):5-16.

Inquadramento diagnostico

I Disturbi di Personalità Gravi sono costituiti dalle categorie diagnostiche del cluster B del DSM – V, o gruppo dell'impulsività con l'esclusione del Disturbo Antisociale. Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento sociale. Presentano 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. Le condotte abnormi sono solo un aspetto dei DGP, che, in assenza di alterazioni psicopatologiche specifiche nelle aree della stabilità dell'identità e della regolazione emozionale, non hanno valore diagnostico né sono indicative dell'utilità di interventi psichiatrici. E' importante sottolineare che la riduzione al solo quadro comportamentale dirompente può comportare il rischio di un'acritica generalizzazione, che stigmatizza l'utenza come indesiderabile e problematica.

	ICD 10	ICD 9 CM		Transcodifica complessiva
F603	Disturbo di personalità emotivamente instabile			Disturbo borderline di personalità
F6030	Tipo impulsivo	3013	Disturbo di personalità esplosivo	Disturbo borderline di personalità
F6031	Tipo borderline	30183	Disturbo di personalità borderline	Disturbo borderline di personalità
		30181	Disturbo di personalità narcisistica	Disturbo Narcisistico di personalità
F604	Disturbo istrionico di personalità	30150	Disturbo di personalità istrionico, non specificato	Disturbo Istrionico di personalità
		30159	Altri disturbi di personalità istrionici	Disturbo Istrionico di personalità

La gravità dei Disturbi di Personalità del Cluster B del DSM V, ad eccezione del Disturbo Antisociale è definita dalla sussistenza dei seguenti elementi:

- a. autolesionismo ripetuto e/o tentativi di suicidio
- b. altri comportamenti a rischio (incidenti stradali frequenti, risse, comportamento sessuale promiscuo,
- c. almeno tre ricoveri ospedalieri e/o di inserimenti in strutture residenziali nell'arco di un anno, o un ricovero della durata superiore ad un mese;
- d. precedente cura in NPIA per disturbi esternalizzanti (ADHD, Disturbi della condotta, DCA)
- e. ripetuti fallimenti scolastici e/o lavorativi
- f. funzionamento sociale e/o interpersonale compromesso

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

- g. disturbi da abuso sostanze
- h. disturbi del comportamento alimentare
- i. disturbi depressivi maggiori
- j. disturbi bipolari

k. disturbi psicotici transitori

Sono esclusi dalla definizione dei DGP i pazienti con ritardo mentale moderato o grave e i Disturbi organici della personalità.

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

- a. SCID II per la diagnosi categoriale di Disturbo di personalità;
- b. E' altresì indicato l'impiego della SCID I per i casi di possibile comorbidità con Disturbi di Asse I;
- c. BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list)

Per gli approfondimenti sugli aspetti dimensionali, di grande importanza per delineare le caratteristiche specifiche dei Disturbi di Personalità, si consiglia l'uso dei seguenti strumenti:

- a. BIS-11 (Scala i Barratt per la valutazione dell'impulsività)
- b. DSHI(valutazione dell' autolesionismo)
- c. DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
- d. DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)
- d. AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)
- e. GAF (Global Assessment of Functioning)

Raccomandazioni caratterizzanti il percorso di cura delle persone con Disturbi Gravi di Personalità

Presa in carico precoce

Razionale delle raccomandazioni

I Disturbi di Personalità non sono caratterizzati da un vero e proprio esordio *naturale*, bensì dal progressivo attestarsi di caratteristiche disfunzionali del funzionamento mentale, nel corso dell'età evolutiva, che trovano espressione nel comportamento e in altri sintomi peculiari, generalmente riguardanti le funzioni di adattamento sociale della personalità. Tuttavia, gli studi sugli interventi precoci suggeriscono che l'inizio tempestivo del trattamento può ridurre le manifestazioni più gravi del Disturbo Borderline di Personalità e migliorarne gli esiti. Per questa ragione le connessioni funzionali con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile assumono un rilievo particolare nella definizione degli interventi efficaci.

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

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

Raccomandazioni

1. L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio deve essere facilitata promuovendo progetti/protocolli

specifici di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), medici di medicina generale e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci.

2. Il trattamento dei DGP fa capo ad un'equipe di riferimento, e non a singoli professionisti, che devono essere introdotti alla persona con DGP (e ai suoi familiari) specificandone i ruoli e le competenze rispetto all'attualizzazione del piano di cura. L'equipe che lavora con persone con DGP sviluppa un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti.
3. Particolare attenzione deve essere assegnata al momento di passaggio di soggetti minorenni al compimento del 18° anno di età. Al riguardo, devono essere elaborati protocolli specifici tra i servizi di NPIA e i servizi del DSM affinché il trasferimento avvenga nel modo meno traumatico possibile. Il trasferimento deve essere effettuato nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni. Quando è prevedibile la conclusione del rapporto di cura nell'arco di 12 mesi occorre proseguire il trattamento presso i servizi NPIA anche oltre i 18 anni.
4. Nella pianificazione della transizione è anche raccomandata l'analisi della possibilità di attuare un piano di cure al di fuori dei Servizi di Salute Mentale per adulti avvalendosi di altre risorse (Spazi Giovani, Consulenti, Medici di Medicina Generale).
5. Estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio ai Servizi di Salute Mentale per adulti, ad alcuni quadri clinici di consistente gravità che vengono indicati come possibili precursori di disturbi di personalità- (F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni, F90.1 disturbo ipercinetico della condotta, F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione, F91.3 disturbo oppositivo provocatorio).
6. I pazienti giovani con diagnosi di Disturbo di Personalità, e quelli che presentano i codici diagnostici sopradescritti, devono ricevere un approfondimento diagnostico relativo ai tratti attraverso una valutazione dimensionale utilizzando scale e test di valutazione appropriati (ad esempio SWAP A, STIPPO o MMPI A). Ai fini della diagnosi categoriale la valutazione deve essere effettuata con strumenti standardizzati, ciò al fine di ridurre l'incidenza delle sotto-diagnosi (mancanza di specificità) e delle sovra-diagnosi (eccessiva genericità). Per un corretto inquadramento la diagnosi deve essere completata con la valutazione dimensionale delle principali variabili cliniche associate al Disturbo di Personalità.
7. La valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti, ma orientata primariamente a descrivere il funzionamento personale e sociale delle persone con DGP, le strategie di adattamento, i punti di forza e di vulnerabilità; i disturbi mentali in comorbidità, i bisogni di eventuali congiunti.

Gestione della fase acuta

Razionale delle raccomandazioni

Le crisi sono fasi di acutizzazione della sintomatologia che spesso trovano espressione nei correlati comportamentali dei DGP. Non di rado sono i vettori dell'accesso ai servizi, che rischiano di tarare i propri interventi su modalità di gestione episodica delle acuzie sintomatologiche. Le crisi sono determinate da fattori stressanti ambientali, e come tali, nell'ottica dell'empowerment sono, occasioni di apprendimento sulle difficoltà di adattamento sociale che possono essere orientate verso l'adozione di strategie più funzionali.

Le acuzie dei Disturbi di Personalità, spesso coincidono con agiti comportamentali, o condizioni che presentano il rischio di agiti comportamentali, spesso di tipo autolesivo. I pazienti con DGP richiedono spesso interventi in condizioni di crisi che, pur assumendo espressioni diverse sul piano psicopatologico e comportamentale, sono sostenute dalle caratteristiche nucleari del disturbo e dalla sua frequente presentazione in comorbidità con Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore e da Disturbi da Abuso di Sostanze, Psicosi Brevi, Disturbi del Comportamento

Alimentare. La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire interventi immediati seppure diversificati (invio al terapeuta se già in carico, valutazione per un trattamento specifico della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.

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

Raccomandazioni

8. Quando una persona con DGP presenta una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione delle crisi, in precedenza redatto e sottoscritto, per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment. Occorre fare ogni sforzo per gestire la crisi utilizzando lo strumento dell'analisi comportamentale con la persona con DGP e i membri della sua famiglia per individuare i fattori causa di stress e i determinanti ultimi della crisi.
9. Alle persone minorenni con DGP (o diagnosi di tratti di personalità predittiva di DGP) deve essere garantita la possibilità dell'accesso al ricovero ospedaliero o al trattamento in aree diverse dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).
10. Il ricorso all'ospedalizzazione si ha quando il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il la persona con DGP e/o per gli altri e non può essere gestito diversamente (in nessun altro servizio o luogo) o in presenza di una disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Importante coinvolgere attivamente il soggetto nella decisione. In caso di TSO, adottare strategie appropriate per ottenere appena possibile l'adesione volontaria al ricovero ed attivare interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. Una volta risolta la crisi si rende necessario un follow up che porti ad un aggiornamento del piano di cura e se necessario a rivedere il repertorio della gestione preventiva della crisi.
11. Quando il ricovero si sia ripetuto due o più volte nel corso di un semestre, oppure il periodo di ospedalizzazione abbia superato i 30 giorni, occorre organizzare una formale revisione del programma.
12. Per i pazienti che presentino crisi ricorrenti con caratteristiche simili, occorre redigere un piano di gestione delle crisi condiviso con la persona con DGP, ed eventualmente i suoi familiari.

Trattamenti continuativi e a lungo termine

Razionale delle raccomandazioni

Le linee Guida Internazionali sono concordi nell'affermare che la cura del Disturbo di Personalità Borderline, certamente il Disturbo di Personalità sul quale ci sono le maggiori conoscenze cliniche e il maggior numero di informazioni sull'efficacia dei trattamenti, è fondata sull'approccio psicoterapeutico e che i trattamenti farmacologici, a meno di specifiche comorbilità, non sono elettivi. Di contro, l'uso di terapie psicofarmacologiche nel trattamento dei DGP è estremamente frequente nella pratica clinica dei servizi di salute mentale. In modo particolare i farmaci vengono utilizzati in presenza di comportamenti impulsivi e atti auto-lesivi che rappresentano fonte di estrema preoccupazione per la persona con DGP, per i familiari ed anche per i professionisti. Spesso la persona con DGP assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua

coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari. Allo stato attuale le pratiche cliniche non sono orientate da solide basi provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento.

Sebbene vi siano evidenze sull'efficacia di alcune psicoterapie, queste rimangono opzioni terapeutiche elettive di limitata applicabilità nell'ambito dei Servizi Pubblici per ragioni legate all'offerta, ma soprattutto alla domanda di cura, che non origina sempre da una spontanea e avvertita esigenza di cambiamento terapeutico. Ciò fa sì che i Servizi debbano spesso lavorare con l'obiettivo di sviluppare la motivazione verso gli interventi elettivi.

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

Per le azioni di sostegno sociale, in favore delle persone con Disturbo di Personalità, è molto importante il superamento dello stigma, tutt'ora presente anche nei Servizi specialistici. I Disturbi di personalità sono spesso considerati condizioni di minore importanza clinica, per i quali non esistono trattamenti efficaci e che in una certa misura dipendono dalle *inclinazioni morali*. Gli interventi terapeutici possono essere efficaci solo se dispensati in un ambiente che condivide una posizione non giudicante ben riassunta dall'espressione "*Nessuno deve essere escluso da un trattamento appropriato a causa del suo comportamento*"³⁵.

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

Raccomandazioni

13. Lo strumento di definizione del piano di cura è il Contratto Terapeutico che consiste in un atto scritto redatto in duplice copia (triplice se coinvolge altri familiari) sottoscritto dalla persona con DGP e da un referente dell'equipe, nel quale sono specificati gli obiettivi di breve termine del trattamento e quelli a medio e lungo termine del progetto terapeutico (ad esempio in campo lavorativo ed abitativo), le competenze e le risorse attivate dall'equipe, dall'utente e dalla famiglia ed il piano di gestione delle crisi.
14. Gli operatori del servizio di salute mentale hanno contatti regolari con i familiari dei pazienti; pongono attenzione alle loro opinioni e valutano periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura.
15. I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riportando alla persona con DGP in trattamento (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle missioni dei servizi. Nel caso in cui tali rischi siano elevati, sulla base di elementi concreti, è necessario lavorare in collaborazione con le forze dell'ordine e/o della magistratura, rispettando il diritto delle persone con DGP in trattamento di esserne informato.

³⁵National Collaborating Centre for Mental Health (U K). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. Leicester (UK): British Psychological Society; 2009.

16. Il trattamento elettivo dei Disturbi di Personalità Gravi è di tipo psicoterapeutico. Nel proporre una terapia standardizzata occorre considerare la disponibilità effettiva delle persone con DGP ad intraprendere percorsi altamente strutturati. Per le persone con DGP che non presentano le caratteristiche specifiche di elezione per un trattamento standardizzato, vanno offerti trattamenti psicoterapeutici orientati allo sviluppo della motivazione e alla costruzione dell'alleanza terapeutica.
17. Quando viene fornito un trattamento psicoterapeutico a persone con DGP occorre: a) usare il piano di cura per chiarire il ruolo dei diversi servizi, dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura; b) monitorare l'effetto del trattamento tramite alcuni di indicatori di esito inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcol, gesti autolesionistici, e l'evoluzione dei sintomi specifici. La frequenza delle sedute terapeutiche deve essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita. Comunque il riferimento nella fase di trattamento intensivo è di almeno una seduta per settimana per una durata non inferiore ai 6 mesi. I trattamenti di gruppo si sono rivelati efficaci nella riduzione dell'impulsività e nel raggiungimento di altri obiettivi terapeutici evolutivi.
18. Il trattamento farmacologico dei DGP deve essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.). Considerando gli importanti effetti collaterali, deve essere usata cautela nel trattare i sintomi/comportamenti associati. In queste situazioni l'uso dei farmaci deve essere di breve durata (minimo tempo necessario), attentamente monitorato e riservato ai casi più gravi, in assenza di alternative terapeutiche. Se indicato, il trattamento farmacologico va condiviso in equipe, vengono individuati i possibili rischi di abuso e vanno limitate al massimo le politerapie. I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine dei DGP. L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di pazienti con DGP in una fase di crisi.
19. Quando sussiste una comorbidità con l'abuso di sostanze o una condizione di tossicodipendenza e/o di dipendenza di tipo comportamentale, la persona con DGP va trattata attraverso un piano condiviso con l'equipe del Ser.T di riferimento territoriale.
20. I servizi di Salute Mentale offrono percorsi di cura di tipo semiresidenziale che unitamente ai trattamenti specifici permettano occasioni di socializzazione e sostegno informale per i pazienti con diagnosi di DGP. Si attivano, inoltre, per promuovere gruppi di auto aiuto anche in collaborazione con le associazioni locali di pazienti e/o familiari, da protrarsi anche dopo la conclusione della cura. In presenza di persistente comorbidità con una dipendenza da sostanze, e/o di tipo comportamentale, vengono promossi specifici ed appropriati gruppi di sostegno in collaborazione con il volontariato
21. Attraverso la collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali devono essere avviati programmi di inclusione sociale, di inserimento lavorativo e di mantenimento del lavoro.
22. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che è possibile ricevere dall'ambiente, e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, la persona con DGP può essere inserita in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. I trattamenti riabilitativi residenziali in strutture a media o bassa intensità di cura devono essere attentamente monitorati perché a rischio di inappropriatazza e di complicanze iatrogene.
23. Nel corso del trattamento da parte dei servizi di salute mentale deve essere sempre mantenuto un rapporto di collaborazione col medico di medicina generale, da tenere attivo anche dopo la conclusione del trattamento stesso.
24. Sono monitorate le conclusioni non concordate del trattamento (dropouts), i decessi e i

suicidi dei pazienti con DGP in trattamento presso i Servizi di Salute Mentale, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa, incorrere in un provvedimento penale con reclusione o misura di sicurezza.

Linee Guida di Riferimento:

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington DC: APA; 2001.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline personality disorder: treatment and management. National clinical practice guideline number 78. Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.
- Fórum de Salud Mental y AIAQS, Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut; 2011.
- National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.