



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia | Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di laurea

IL RUOLO DELL'INFERMIERE CASE MANAGER
NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON
DISTURBO DI PERSONALITÀ:
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: **Prof. Gerardo Favaretto**

Dipartimento di Salute Mentale

Laureando: **Maurizio Saccani**

ANNO ACCADEMICO 2014 - 2015

INDICE

Riassunto

Introduzione	pag. 1
1. Problema	pag. 3
1.1. Cause	pag. 3
1.2. Manifestazioni	pag. 3
1.3. Conseguenze	pag. 7
1.4. Rilevanza per la professione	pag. 8
2. Materiali e metodi	pag. 9
2.1. Strategie di ricerca	pag. 9
2.2. Fonti dei dati	pag. 10
2.3. Parole chiave.....	pag. 10
2.4. Criteri di selezione dei materiali.....	pag. 10
3. Risultati	pag. 11
3.1. <i>Case Management</i>	pag. 11
3.2. <i>L'infermiere case manager</i> in Salute Mentale	pag. 14
3.3. La gestione del paziente con Disturbo di Personalità	pag. 15
3.4. <i>Case management</i> per paziente con Disturbo di Personalità	pag. 19
4. Discussione	pag. 23
4.1. Valutazione critica della letteratura analizzata	pag. 23
4.2. Punti di forza e di debolezza della ricerca	pag. 24
4.3. Potenziali applicazioni in un contesto specifico	pag. 24

Bibliografia

Allegati

RIASSUNTO

Questa Tesi di Laurea si è proposta di valutare il ruolo dell'infermiere *case manager* nella gestione dei pazienti affetti da disturbo di personalità. Questi hanno un'incidenza elevata tra i pazienti dei reparti di Salute Mentale e sono causa di conseguenze importanti in ambito personale, sociale ed economico. Si è deciso di prendere in considerazione il *case management*, un modello di erogazione dell'assistenza che prevede la realizzazione di percorsi di cura favorendo l'efficacia e l'efficienza degli interventi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.

La ricerca è stata condotta in forma di revisione bibliografica individuando il problema oggetto d'indagine, inizialmente tramite quesiti di *background* e successivamente, tramite la formulazione del quesito di *foreground* mediante la strategia del P.I.C.O. I quesiti di *background* sono stati elaborati per ricavare informazioni riguardo i principi generali del *case management*, il *case management* in salute mentale e l'assistenza del paziente con disturbo di personalità; mentre il quesito di *foreground* ha valutato l'applicazione del *case management* per la gestione dei pazienti con disturbo di personalità. Il materiale considerato è costituito da articoli scientifici pubblicati tra il 2000 e il 2015 reperiti tramite *Medline*, banche dati di Linee Guida e siti *internet*. Dai risultati della ricerca è emerso che il *case management* è un processo collaborativo di assistenza che si basa su determinati principi, richiede specifici requisiti formativi e personali e si attua mediante un processo non lineare. In Salute Mentale, esso può essere erogato in ambito ospedaliero, territoriale e nel passaggio dall'ospedale al territorio. Inoltre, nel tempo si sono evoluti vari tipi di *case management* con diverse peculiarità.

La figura del *case manager* è prevista per quei disturbi di personalità definiti gravi come il disturbo antisociale di personalità e il disturbo borderline di personalità. Per quanto riguarda l'assistenza al paziente con disturbo borderline di personalità, la ricerca ha evidenziato una buona efficacia. Una scarsa efficacia è stata rilevata invece per l'assistenza al paziente con disturbo antisociale di personalità. In quest'ultimo caso si sono rivelati dei buoni modelli assistenziali integrativi al *case management standard*, il Trattamento Assertivo di Comunità e altri modelli di *case management* specializzati nella gestione di problemi sociali e giudiziari.

INTRODUZIONE

Negli Stati Uniti circa 20 anni fa sulla scia del movimento di deistituzionalizzazione dei malati di mente è nato un nuovo modello assistenziale denominato *case management*⁴². Il *case management* è una modalità di erogazione dell'assistenza in cui si mira alla realizzazione di percorsi di cura favorendo, da un lato, l'efficacia e, dall'altro, l'efficienza attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari. Lo scopo principale è ridurre la frammentazione delle cure e la degenza ospedaliera, fornire continuità assistenziale, migliorare la qualità di vita e la soddisfazione dei clienti. Tutto ciò è possibile mediante l'identificazione e l'assegnazione di un *case manager*, ossia un "referente del caso", ovvero colui, che prenderà in carico il paziente e rappresenterà, di conseguenza, il punto di riferimento per quest'ultimo. I disturbi di personalità sono presenti nel contesto della Salute Mentale in percentuali vicine al 40% di tutti i disturbi psichiatrici⁵. Le loro forme più gravi come il disturbo antisociale di personalità e il disturbo *borderline* di personalità, costituiscono un problema di forte rilevanza assistenziale per le pesanti ricadute personali, sociali ed economiche⁵³. Ogni giorno aumentano le possibilità di trattamento dei disturbi di personalità, tuttavia è necessario permettere maggior accesso alle terapie disponibili sia ai soggetti con disordini della personalità sia alle loro famiglie; come pure bisogna sviluppare ulteriori programmi di riconoscimento, di intervento precoce e di supporto. Riuscire a mettere in atto una modalità assistenziale come quella del *case management* per i pazienti con disturbo di personalità, potrebbe portare a ottimi risultati proprio perché, in tali circostanze, ci si trova davanti pazienti complessi che presentano una bassa qualità di vita, scarsa *compliance* al trattamento terapeutico e, spesso, grave sintomatologia.

1. PROBLEMA

1.1 Cause

I disturbi di personalità sono disturbi cronici comuni e si riscontrano in tutte le popolazioni¹. La prevalenza nella popolazione, stimata su scala internazionale, è compresa tra il 4,4% e il 14,8%⁴. La prevalenza tra i pazienti interni alle strutture ospedaliere nei reparti di salute mentale è stimata tra il 31,4% e il 45,5%. Infine, il 24% dei pazienti che si rivolgono ai servizi di Cure Primarie presenta criteri di diagnosi per disturbo di personalità⁵⁻⁷.

I disturbi di personalità sono condizioni cliniche di crescente interesse per i Servizi di Salute Mentale, sia per la consistente prevalenza, sia per le specifiche domande di trattamento che pongono⁵⁵. Nonostante però i miglioramenti delle conoscenze cliniche dei disturbi di personalità, e dello sviluppo di alcuni modelli di cura specifici, lo stato dell'arte dei servizi rimane prevalentemente legato ad un'offerta generalista improntata dal quadro di riferimento sorto intorno al trattamento delle disabilità derivate dalle psicosi^{2, 8, 57}.

1.2 Manifestazioni

I tratti di personalità sono schemi di pensiero, percezione, reazione e relazione con gli altri relativamente stabili nel tempo e in svariate situazioni. Dei meccanismi mentali di *coping* (difese) vengono usati in modo inconscio da tutti. Tuttavia, nei soggetti con disturbi di personalità i meccanismi di difesa tendono a essere immaturi e disadattativi. I disturbi di personalità si manifestano quindi quando i meccanismi di difesa sono così rigidi e disadattativi da compromettere il funzionamento interpersonale o professionale. I tratti di personalità e il loro potenziale significato disadattativo sono di solito evidenti sin dalla prima età adulta e persistono per quasi tutta la vita. I criteri ufficiali per la diagnosi di disturbo di personalità sono elencati nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, pubblicato dall'*American Psychiatric Association*. Il DSM-5, pubblicato nel 2013, definisce i disturbi di personalità come una classe di disturbi mentali caratterizzati da “un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione”³. Nel DSM-5 i disturbi di personalità sono raccolti in tre gruppi in base ad analogie descrittive. Il gruppo A include i disturbi paranoide, schizoide e schizotipico; il grup-

po B include i disturbi antisociale, *borderline*, istrionico e narcisistico; il gruppo C include i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo. Al di fuori di questi gruppi sono presenti inoltre una diagnosi di "modificazione della personalità dovuta a un'altra condizione medica", una diagnosi di "disturbo di personalità con altra specificazione" e il "disturbo di personalità senza specificazione". Frequentemente disturbi di personalità appartenenti a gruppi diversi si presentano in concomitanza tra di loro ^{3,9}.

Il gruppo A è caratterizzato da comportamenti considerati 'strani', 'eccentrici' o 'paranoici' e dalla tendenza del soggetto all'isolamento e alla diffidenza ³. Le stime di prevalenza media del gruppo A sono del 3,6%, con picchi significativi nella popolazione maschile, nell'età adulta e tra le persone poco istruite ^{10,11}. I disturbi di questo gruppo in alcuni casi costituiscono l'antecedente premorbo del disturbo delirante o della schizofrenia; e – in particolar modo in risposta a situazioni di stress – possono essere associati ad episodi psicotici brevi. Gli individui con questo gruppo di disturbi possono sviluppare un disturbo depressivo maggiore (episodio singolo e ricorrente) e possono essere a rischio maggiore per agorafobia e disturbo ossessivo-compulsivo. Frequentemente si manifestano abuso o dipendenza da alcool o da altre sostanze ³. Fra gli esiti avversi per pazienti del gruppo A va annoverata la compromissione funzionale nella cura di sé, nel lavoro e nei rapporti interpersonali ¹⁰. Nei casi di associazioni ad altri disturbi mentali, come la depressione, ciò che rende il soggetto meno ricettivo nei confronti delle terapie *standard* ¹²⁻¹⁶. Nella maggior parte dei casi, questi individui raramente si presentano all'attenzione dei servizi psichiatrici, a meno che il loro isolamento sociale, il deficit della cura di sé, il comportamento eccentrico e declino delle loro relazioni sociali sollevino la preoccupazione dei familiari ¹¹. La caratteristica essenziale del disturbo paranoide di personalità è un pattern di diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevole. Il disturbo schizoide di personalità non è comune negli ambienti clinici. Le caratteristiche essenziali sono una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di esperienze e di espressioni emotive nei contesti interpersonali. La caratteristica essenziale del disturbo schizotipico di personalità è un quadro pervasivo di deficit sociali ed interpersonali, accentuati da un disagio acuto e da una ridotta capacità per le relazioni strette, nonché da distorsioni ed eccentricità comportamentali ³.

Il gruppo B è caratterizzato da comportamenti 'emotivi' o 'drammatici', oltre che da mancanza di empatia e altruismo da parte del soggetto ³. Le stime di prevalenza media per il

gruppo B sono dell' 1,5%, con picchi significativi nei giovani e nelle persone poco istruite; la patologia è significativamente associata a comportamenti estroversi e disturbi legati all'abuso di sostanze ¹⁰. Il disturbo antisociale di personalità è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri, che inizia nell'infanzia o nella prima adolescenza e continua nell'età adulta. Può diventare meno evidente o andare incontro a remissione man mano che l'individuo diventa più adulto, particolarmente nella quarta decade di vita. Le percentuali di prevalenza sono tra 0,2% e 3,3%. La prevalenza è più alta nei campioni che subiscono avversi fattori socioeconomici (povertà) o socioculturali (migrazione). Mentre la prevalenza nella popolazione è bassa, nella popolazione carcerari è estremamente comune con una prevalenza stimata del del 50%. Nella popolazione maschile con disturbo da uso di alcool, in particolare nelle cliniche per il trattamento dell'abuso di sostanze la prevalenza è addirittura maggiore del 70%. Tipici sono infatti i comportamenti criminali e l'inosservanza della legge, l'incapacità di mantenere un lavoro, la manipolazione degli altri a proprio vantaggio, infine l'incapacità di sviluppare relazioni interpersonali stabili; a questi tratti si associano spesso la mancanza di empatia per le altre persone, l'incapacità – nella quasi totalità dei casi – di provare rimorso, l'incapacità di imparare dalle esperienze negative. I comportamenti antisociali hanno un impatto tremendo sulla società, non solo per i notevoli costi finanziari a seguito della detenzione e per la perdita della produttività, ma anche per le vittime che i comportamenti antisociali lasciano sulla loro scia. Inoltre hanno maggiori probabilità rispetto alla popolazione generale di morire prematuramente per cause violente (suicidio, incidenti, omicidi) ^{3, 17, 18}. Le caratteristiche essenziali del disturbo *borderline* di personalità sono un *pattern* pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, nonché una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Il disturbo gode di attenzione clinica estensiva ed è il più studiato fra i disordini della personalità. Ciononostante, i pazienti con disturbo *borderline* di personalità continuano a subire il proprio stato patologico e una mortalità decisamente superiore a quella del resto della popolazione generale ^{19, 20}. La prevalenza del disturbo *borderline* di personalità nella popolazione è stimata all'1,6%, ma può arrivare fino al 5,9%; la prevalenza può diminuire nei gruppi di età più avanzata ³. Gli individui con disturbo *borderline* di personalità manifestano impulsività in aree potenzialmente dannose per sé: gioco d'azzardo, sperpero irresponsabile di denaro, sregolatezza nel mangiare, abuso di sostanze, rapporti sessuali a rischio e guida spericolata.

L'8-10% dei soggetti tenta il suicidio con successo, e in genere gli atti automutilanti e le minacce/tentativi di suicidio sono molto comuni. I disturbi associati più comuni includono il disturbo depressivo e quello bipolare, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi dell'alimentazione, il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Il disturbo istrionico di personalità è un pattern caratterizzato da emotività pervasiva ed eccessiva e da un comportamento di ricerca di attenzione. Il rischio reale di suicidio non è conosciuto, ma l'esperienza clinica suggerisce che gli individui con questo disturbo siano in maggior misura a rischio di minacce e gesti suicidi finalizzati ad attirare l'attenzione e a costringere gli altri a occuparsi maggiormente di loro. La prevalenza è stimata all'1,84%. La caratteristica essenziale del disturbo narcisistico di personalità è un pattern pervasivo di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. Le relazioni interpersonali sono tipicamente compromesse e il rendimento professionale può essere molto scarso. Possono manifestarsi ritiro sociale, umore depresso e disturbo depressivo persistente (distimia) o depressivo maggiore; oppure, al contrario, periodi prolungati di grandiosità possono associarsi a umore ipomaniacale. Il disturbo narcisistico di personalità è associato anche all'anoressia nervosa e ai disturbi da uso di sostanze (cocaina). I tratti narcisistici possono essere particolarmente comuni negli adolescenti e non indicano necessariamente che l'individuo andrà incontro a un disturbo narcisistico di personalità. Gli individui con disturbo narcisistico di personalità possono avere particolari difficoltà ad adattarsi all'insorgere di limitazioni fisiche e lavorative inerenti al processo di invecchiamento. La prevalenza di questo disturbo di personalità è compresa tra 0 e 6,2% nella comunità di cui 50-75% sono maschi ³.

Il gruppo C è caratterizzato da comportamenti 'ansiosi' o 'paurosi' e da una bassa autostima del soggetto ³. Le stime di prevalenza media per il gruppo C sono del 2,7%, con picchi significativi nella popolazione maschile, fra quanti si sono lasciati alle spalle un matrimonio, fra i disoccupati e i soggetti scarsamente istruiti. La sintomatologia tende a diventare meno pronunciata nell'età adulta ¹¹. Fra gli esiti avversi per pazienti del gruppo C si contano ansietà comorbida, lunaticità, e disturbi da abuso di sostanze ^{10,21}, ciò che rende il soggetto meno ricettivo nei confronti delle terapie *standard* previste per i disturbi mentali associati, come la depressione ¹²⁻¹⁶. La caratteristica essenziale del disturbo evitante di personalità è un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersen-

sibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti. I problemi principali associati a questo disturbo si manifestano nel malfunzionamento in ambito sociale e lavorativo. Tratto essenziale del disturbo dipendente di personalità è la necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione. Le relazioni sociali tendono a essere limitate a quelle poche persone da cui l'individuo è dipendente. Il funzionamento in ambito lavorativo può risultare compromesso se viene richiesta iniziativa indipendente o assunzione di responsabilità. Le caratteristiche essenziali del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono la preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. Di fatto è uno dei disturbi di personalità maggiormente diffuso nella popolazione generale, con una prevalenza stimata che va dal 2,1% al 7,9%³.

1.3 Conseguenze

I disturbi di personalità del gruppo B, o gruppo dell'impulsività, costituiscono i disturbi gravi di personalità. Uno studio epidemiologico nazionale condotto nel Regno Unito nel 2010, riclassifica i disturbi di personalità in livelli di gravità piuttosto che di semplice diagnosi e afferma che la prevalenza dei casi più gravi e complessi è stimata intorno all'1,3%²². Questi disturbi sono condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale al quale si può contrapporre una reale difficoltà nell'accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati². Effetti avversi dei disturbi di personalità del gruppo B includono traumi fisici dovuti a risse e incidenti a causa di comportamenti impulsivi e avventati²³⁻²⁷, tentativi di suicidio²⁸⁻³⁰, gravidanze non programmate e comportamenti sessuali ad alto rischio^{31,32}, compromissioni della cura di sé e delle funzioni sociali e lavorative¹⁰, comorbidità con disturbi d'ansia, dell'umore e disturbi da uso di sostanze^{10,21}, risposta inadeguata ai trattamenti psichici¹²⁻¹⁶. Sono anche associati all'incidenza di patologie mediche serie^{33,34}, e riduzione della capacità di funzionamento sociale³⁵. Le conseguenze economiche di questo tipo di disturbi sono conseguenti alle implicazioni sul lavoro e ai comportamenti criminali che prevedono la carcerazione³⁶. Sebbene la prognosi di lungo periodo dei disturbi gravi di personalità sia aperta alla concreta possibilità di un miglioramento della sintomatologia clinica, alla riduzione della sintomatologia clinica non corrisponde comunque una

remissione della disabilità sociale e il carico di morbidità e di mortalità generale che vi è associato rimane elevato^{2, 37, 55, 57}.

1.4 Rilevanza per la professione

L'infermiere *case manager* in psichiatria è una figura utilizzata da tempo ma nata su modelli assistenziali destinati a i pazienti con disturbi dell'umore o disturbi psicotici. L'individuo con disturbo di personalità richiede un approccio specifico che pone la necessità di sviluppare una figura di *case manager* specializzata nell'assistenza a questo particolare utente. L'obiettivo di questa tesi di revisione bibliografica è quello di individuare nella letteratura le informazioni sulla necessità dell'utilizzo della figura del *case manager* infermieristico quale coordinatore dei servizi assistenziali complessi per la gestione del paziente con disturbo di personalità.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Strategia di ricerca

La presente revisione è stata condotta individuando inizialmente il problema di indagine tramite la formulazione di quesiti di *background*:

- Cos'è il *case management* e in cosa consiste il *case management* in Salute Mentale?
- Chi è il case manager e che cosa fa l'infermiere *case manager* in Salute Mentale?
- Come si assiste una persona con disturbo di personalità?

Successivamente è stato formulato il quesito *foreground* tramite la strategia del P.I.C.O.:

Paziente/popolazione	Paziente con età maggiore o uguale a 18 anni con diagnosi di disturbo di personalità.
Intervento	Utilizzo del modello <i>case management</i> per la gestione del paziente con disturbi di personalità.
Comparazione	Nessuna comparazione.
<i>Outcome</i>	Valutazione della riduzione dei pensieri e dei comportamenti disadattativi, della maggiore aderenza terapeutica, della soddisfazione del paziente e dell'ottimizzazione dei costi.

Le risposte sono state trovate analizzando 206 documenti di cui 137 esclusi in quanto non pertinenti. Per il dettaglio della ricerca di *foreground* fare riferimento all'allegato 1

2.2 Fonte dei dati

Il materiale è stato reperito in varie banche dati e siti internet nel periodo che intercorre tra il 3 Agosto e il 9 Ottobre 2015: *Medline (PubMed)* tramite il servizio di *Auth-Proxy*, *National Clearinghouse*, *Google Scholar*, *Science Direct*, *Medscape Nurses*, *Cochrane Library*, *EBSCO host*, Regione Veneto, Ministero della Salute, IPASVI, *Case Management Society United Kingdom*, *Associazione Italiana Case Manager*, *UpToDate*, *the National Institute for Health and Care Excellence*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *Research Gate*, *Psychiatrist.com*, *The British Journal of Psychiatry*, *Wiley Online Library*, *Cochrane Library*, *BioMed Central*.

2.3 Parole chiave

Le parole chiave utilizzate per la ricerca con il *National Center for Biotechnology Information (NCBI)* presso la *U.S. National Library of Medicine (NLM)*, sono state definite principalmente attraverso i termini *Mesh* combinati con gli operatori booleani "AND" e "OR":

"Personality Disorders"[Mesh]AND ("Case Management"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Patient Navigation"[Mesh] OR "Managed Care Programs"[Mesh]OR"Patient Care Planning"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Comprehensive Health Care"[Mesh])AND ("nursing" [mh] OR nursing [SH] OR "nurse's role" [mj] OR "nurses" [mh] OR "nursing care" [MH] OR "nursing staff" [MH] OR "NURSING ASSESSMENT"[MH] OR "Nurse-Patient Relationships"[Mh]OR "Psychiatric Nursing"[Mj]).

Una ricerca nel *browser* di *Medline* è stata condotta senza l'utilizzo dei termini *MeSH* e operatori booleani. Le parole chiave sono state: *effectiveness of case management, collaborative care and management of personality disorders,*

Per la ricerca in altri siti *internet* e banche dati di linee guida sono state usate le seguenti parole chiave: percorsi clinici disturbi di personalità, *personality disorder, case management, case management personality disorder, case management standards, effectiveness of case management personality disorder.*

2.4 Criteri di selezione del materiale

Durante la ricerca scientifica il materiale è stato selezionato con i seguenti filtri:

- Pubblicazione nell'arco di 15 anni 2000 - 2015
- Popolazione di riferimento: popolazione adulta
- Presenza di *Abstract* e/o *full text*.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 *Case management*

Nel corso della storia vi sono stati numerosi autori che si sono impegnati per redigere una definizione di *case management* che fosse il più universale possibile: una definizione che si è sviluppata nell'arco di tempo in cui lo stesso modello è nato e cresciuto. Una delle ultime definizioni approvate dalla *Case Management Society of America* è la seguente: «Il *case management* è un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed *advocacy* delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere *outcomes* di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia»³⁸.

Il *case management* è un modello assistenziale che ha come obiettivo il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse a utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario. Questo modello considera i pazienti come "entità che sta vivendo un percorso di malattia", allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico. Il *case management* comprende, integrandoli tra loro, gli interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici terapeutici, di riabilitazione e di assistenza a lungo termine. Un altro, non secondario, obiettivo del *case management* viene individuato nel contenimento dei costi, attraverso l'identificazione dei bisogni e delle risorse del paziente da un lato e del sistema assistenziale dall'altro³⁹. Dai dati ricavati dalla somministrazione dei questionari, si può constatare che l'implementazione del modello del *case management* ha portato un aumento della soddisfazione dei familiari e ad un miglioramento della qualità delle cure⁴⁰.

Il *case management* in Salute Mentale è nato negli Stati Uniti negli anni '60 successivamente ai movimenti di deistituzionalizzazione, i quali hanno portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici. Nel tempo, si è evoluto in diversi modelli che possono essere utilizzati da soli o in combinazione tra di loro⁴¹. Il *case management* di mediazione, nacque successivamente ai movimenti di deistituzionalizzazione per assistere i pazienti con patologia psichiatrica; il *case management* clinico, il quale si è evoluto come risposta alle carenze

del modello di mediazione e si caratterizza per l'impegno nel sociale, l'integrazione con i servizi ospedalieri e il sostegno ai diritti del paziente ⁴²; il *case management* potenziale, che è orientato ad aiutare gli utenti a riprendere il ritmo della propria vita; il *case management* riabilitativo che promuove la cura del paziente nel proprio ambiente di vita; il *case management* intensivo, che si distingue dalle altre forme per il minor carico di lavoro e una maggiore complessità dell'utente ⁴³. Un altro modello di assistenza che prevede la figura del *case manager* quale coordinatore è il Trattamento Assertivo di Comunità che aiuta le persone a ottenere risorse di base come cibo e vestiti, insegnandogli a compiere attività semplici come usare i trasporti pubblici o gestire il denaro. Questo modello si è dimostrato efficace per le persone senz'altro con un grave problema di salute mentale ^{44, 45, 46}.

Il *case management* fa riferimento ad un servizio fornito da professionisti *case manager* che forniscono e/o coordinano servizi sociali e sanitari. Il *case manager* non rappresenta una specifica professione sanitaria, ma una pratica avanzata all'interno di varie professioni sanitarie e sociali, tra cui l'infermieristica. Il *case manager* letteralmente è il "coordinatore/gestore del caso clinico", è chi si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso ⁴⁷. Le sue funzioni possono essere svolte dai diversi professionisti dell'*équipe*: psicologo, psichiatra, infermiere, educatore, assistente sociale. Il *case manager*, ossia un "referente del caso", è colui che prende in carico il paziente e rappresenta il punto di riferimento per quest'ultimo. Il *case manager* accompagna l'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione; integra i servizi coinvolti per superare la frammentarietà e porta ad una coerenza degli interventi ed a una migliore organizzazione del lavoro; coordina la *micro-équipe* per evitare sovrapposizione di ruoli con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati. In quanto referente del percorso di cura è garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate, quindi monitorizza e valuta il Progetto Assistenziale Individuale ⁴⁰.

Il *case manager* esercita la sua pratica assistenziale articolandola in una componente clinica, una manageriale e una finanziaria. Dal punto di vista clinico è responsabile del riconoscimento dei problemi esistenti e potenziali dei pazienti e delle loro famiglie. Può provvedere egli stesso a svolgere gli interventi assistenziali o limitarsi a dirigerli, valutando le abilità del paziente e facilitandone i progressi, identificando qualsiasi tipo di variazione nel piano e lavorando con il team per trovare la soluzione più adatta. Dal punto di vista mana-

geriale facilita e coordina l'assistenza durante tutto il periodo di presa in carico dell'utente, pianificando la modalità di trattamento, gli interventi da attuare gli obiettivi da raggiungere. Per quanto riguarda l'aspetto finanziario infine, il *case manager* garantisce la corretta gestione delle risorse in modo da produrre la migliore assistenza possibile al giusto costo, evitando la frammentazione, le duplicazioni, le ridondanze e le attese nei percorsi di assistenza ⁴⁸. Tenendo presente che queste importanti dimensioni della figura del *case manager* influiscono sul suo operato, si possono elencare, di conseguenza le sue funzioni: la valutazione dei bisogni clinici e psicosociali del paziente; la pianificazione di un piano di assistenza personalizzato in collaborazione con l'utente, la sua famiglia, il suo caregiver, il sistema sanitario, i professionisti e la comunità; facilitare la comunicazione e il coordinamento tra membri dell'equipe multidisciplinare, minimizzando la frammentazione nell'erogazione delle prestazioni; informare il paziente, la famiglia o il caregiver e i professionisti sanitari e sociali sulle opzioni di trattamento e risorse della comunità; stimolare il paziente a esercitare il problem solving e promuovere la sua autodeterminazione; incoraggiare l'uso corretto dei servizi e delle risorse migliorando sempre di più la corrispondenza qualità-costo; sostenere il benessere del paziente e del team sanitario ³⁸. Tra gli strumenti che il *case manager* può adottare nella specifica attività professionale vi sono i *critical pathways* ossia i piani di azione multidisciplinare. I *critical pathways* enfatizzano il coordinamento di tutte le attività cliniche per assicurare al paziente la cura giusta nel momento giusto in un'ottica multidisciplinare. Il principio sotteso a questo approccio è la possibilità di prevedere per una larga fetta di patologie una pianificazione, una guida predeterminata di cura, scritta nel rispetto della variabilità patologica e delle caratteristiche psicosociali dell'individuo. I punti chiave per l'introduzione dei *critical pathways* sono: l'identificazione di un gruppo di pazienti, una diagnosi, condizione o evento; la creazione di un gruppo multidisciplinare che assicuri lo sviluppo del percorso; l'avvio dell'*audit* e dello stato dell'arte delle conoscenze scientifiche disponibili, al fine di definire la durata della degenza di ogni *critical pathway*; l'elencazione degli interventi e degli *outcome* desiderati per ora/giorni/settimane; l'individuazione delle potenziali barriere al raggiungimento dell'*outcome*; l'approvazione degli indicatori con cui sarà monitorato il percorso, prevedendo eventuali variazioni e gli interventi; la predisposizione di una versione ridotta di *critical pathway* da consegnare al paziente e ai familiari; la programmazione di un momento di insegnamento al personale coinvolto nell'utilizzo di un *critical pathway* ^{38, 39, 49-51}.

Nel processo di gestione del caso sono fondamentali la relazione con il paziente, basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione, nonché l'interazione frequente con la famiglia. Il paziente è sempre al centro di tale processo. Dal momento dell'accertamento iniziale, il *case manager* ha il compito di comprenderne i bisogni del paziente e far sì che trovino risposta nel sistema di assistenza. Per garantire al paziente i servizi adatti, il *case manager*, deve avere una piena conoscenza della rete di strutture e di servizi disponibile.

Si ritiene che il ruolo di *case manager* possa essere svolto dall'infermiere in modo più efficace rispetto ad altri sanitari perché la sua formazione generalista gli conferisce la capacità di valutare e soddisfare, nel loro complesso, i bisogni assistenziali del paziente. L'infermiere, in altri termini, è la figura preparata a comprendere il quadro totale dell'assistenza, i problemi attuali e quelli potenziali del paziente ed è quindi in grado di assumere, nella gestione dei casi, un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'attività assistenziale, a completamento del ruolo del medico al quale è affidata l'attività di cura e la gestione della malattia ³⁹.

3.2 Infermiere *case manager* in Salute Mentale

Il *case manager* in Salute mentale è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto ⁴².

Il *case manager* può prestare il suo servizio all'interno del contesto ospedaliero, nel territorio e nel passaggio dall'ospedale al territorio. Nell'ambiente ospedaliero, il *case manager* prende in carico l'utente dall'ammissione alla dimissione. Nel passaggio dall'ospedale al territorio, il *case manager* indirizza invece il paziente verso i servizi più appropriati offerti dalla società, garantendo il collegamento sia con il Dipartimento di Salute Mentale che con i professionisti della comunità. L'assistenza nel territorio implica infine per il *case manager* la capacità di stabilire relazioni solide con l'utente e i professionisti dell'equipe, implementando l'indipendenza del paziente ⁴⁹.

La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, di capacità e abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti ⁴². La relazione terapeutica è alla base del *case management* infermieristico in salute mentale ⁵².

Il *case manager* è l'agente di collegamento tra i vari servizi e agenzie formali e informali, sviluppa anche i legami con le agenzie della rete sociale, i sistemi informali di aiuto, offre un supporto ai familiari e a tutte le persone del contesto sociale del paziente. Il *case manager* in psichiatria è la persona che, avendo la relazione più significativa, diventa il punto di riferimento per il paziente. Il *case manager*, nel ruolo di accompagnatore, stimola e incoraggia il cliente ad assumersi la responsabilità del proprio reinserimento sociale. Fornisce un ascolto che sa accogliere il disagio emotivo del malato mentale e lo aiuta a capire le ragioni di certi comportamenti. Il ruolo di accompagnatore, o di persona prossima, richiede vicinanza terapeutica, attitudini di autenticità, di spontaneità e di trasparenza. È un ruolo che esige molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo e la capacità di trasmetterle al paziente e con l'attenzione ad evitare lo sviluppo della sua dipendenza ⁴².

3.3 La gestione del paziente con disturbo grave di personalità

In Italia, relativamente ai disturbi gravi di personalità il cui trattamento impegna circa due terzi delle risorse di budget dei servizi sanitari e sociosanitari, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013 elaborato dal Ministero della Salute, ha individuato la necessità dello sviluppo di percorsi assistenziali con l'adozione e l'implementazione di specifiche linee guida su diagnosi e percorsi clinici, definiti sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate, al fine di garantire qualità ai processi e agli esiti. I percorsi di cura costituiscono, insieme alle linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire *standard* assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata. 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. 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 gravi di personalità, 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'*équipe* curante e la possibilità di cambiamenti nella cultura organizzativa del servizio, attraverso la promozione della collaborazione e dell'intervento multidisciplinare.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, per la gestione dei pazienti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multi-dimensionale e intervento di diversi profili professionali, propone un "percorso clinico di presa in carico". Questo modello si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semi-residenziali) e garantire la risposta in tutte le fasi del trattamento. Compito del Dipartimento di Salute Mentale che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semi-residenziali); flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento; coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del Dipartimento di Salute Mentale, a realizzare il principio della continuità terapeutica; attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali *drop out* (i cosiddetti "persi di vista"). Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente. Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico indicando le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'*équipe*. Il Piano di Trattamento Individuale richiede inoltre l'identificazione del *case manager*⁵⁵. Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce opportunità di sviluppo della persona e

permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa ⁵⁴. 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 disturbo grave di personalità 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. 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. I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riportando alla persona con disturbo grave di personalità in trattamento (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle *mission* 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 disturbo grave di personalità in trattamento di esserne informato.

I percorsi di cura relativi ai disturbi gravi di personalità definiti dalle Regioni articolano le raccomandazioni in fasi di malattia: presa in carico precoce, gestione della fase acuta, e 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 ^{55,56}. Nella prima fase del rapporto di cura denominata "Presa in carico precoce", il *focus* cade sulla valutazione diagnostica e sulla definizione del contratto terapeutico nel quale convergono l'alleanza con l'*equipe* curante e la formalizzazione di progetto di cura. 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 disturbo grave di personalità e al suo ambiente di vita: la valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti, ma orientata primariamente a descrivere il funzionamento personale e sociale delle persone con disturbo grave di personalità, le strategie di adattamento, i punti di forza e di vulnerabilità; i disturbi mentali in comorbidità, i bisogni di eventuali congiunti ⁵⁵.

I pazienti con disturbo grave di personalità richiedono spesso interventi in condizioni di crisi che sono sostenute dalle caratteristiche proprie 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 gestione della fase acuta prevede la gestione delle crisi che sono fasi di acutizzazione della sintomatologia che spesso trovano espressione nei correlati comportamentali dei disturbi gravi di personalità. 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 acuzie dei disturbi di personalità, spesso coincidono con agiti comportamentali spesso di tipo autolesivo. 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 abitudine 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 disturbo grave di personalità ed individui i punti di riferimento, anche extra clinici, che possano favorire la risoluzione del quadro acuto ⁵⁵.

I trattamenti continuativi e a lungo termine sono basati su linee guida internazionali. Queste sono concordi nell'affermare che la cura dei disturbi di Personalità è fondata sull'approccio psicoterapeutico e che i trattamenti farmacologici, a meno di specifiche comorbidità, non sono elettivi. Di contro, l'uso di terapie farmacologiche nel trattamento dei disturbi gravi di personalità 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 autolesivi che rappresentano fonte di estrema preoccupazione per la persona con disturbo grave di personalità, per i familiari ed anche per i professionisti. Spesso la persona con disturbo grave di personalità assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari ^{2, 55, 58- 62}. Quando sussiste una comorbidità con l'abuso di sostanze o una condizione di tossicodi-

pendenza e/o di dipendenza di tipo comportamentale, la persona con disturbo grave di personalità va trattata attraverso un piano condiviso con l'equipe del Ser.D di riferimento territoriale. I servizi di Salute Mentale offrono percorsi di cura di tipo semi-residenziale che unitamente ai trattamenti specifici permettano occasioni di socializzazione e sostegno informale per i pazienti con diagnosi di disturbo grave di personalità. 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. 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. 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 disturbo grave di personalità può essere inserita in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. 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 stesso⁵⁵.

3.4 Case management per paziente con disturbo di personalità

In uno studio clinico controllato randomizzato inglese del 2000 comparativo dell'efficacia del *case management* intensivo rispetto al *case management standard* e condotto su 150 pazienti psichiatrici prevalentemente schizofrenici di cui 33 con disturbo di personalità, è stato rilevato che nell'arco di due anni il numero dei giorni di ospedalizzazione dei pazienti con disturbo di personalità (105 gg) fosse superiore al numero di giorni dei pazienti che non presentano disturbo di personalità (56 gg) e che l'efficacia del *case management* intensivo sulla riduzione dei giorni di ospedalizzazione per i pazienti con disturbo di personalità è scarsa⁶³.

Uno studio statunitense del 2000 valuta la funzionalità del *case management* nella gestione degli individui senzattetto con disturbo mentale il cui 24% con disturbo di personalità, con approccio mediante *Access to Community Care and Effective Services and Supports*, un

modello di assistenza specifico per la gestione delle persone senzateatto. Lo studio ha rilevato l'efficacia dell'intervento a distanza di 12 mesi dalla presa in carico anche grazie al progressivo sviluppo della relazione terapeutica⁶⁴.

La ricerca condotta per la presente revisione ha poi rilevato studi riguardanti il *case management* per gli utenti con disturbo antisociale di personalità. Uno studio statunitense del 2000 effettuato su individui con disturbo correlato a sostanze e disturbo antisociale di personalità coinvolti nel sistema giudiziario penale a cui è stato somministrato un servizio di *case management*, ha dimostrato l'efficacia del modello rilevando a sei mesi una riduzione significativa dei problemi legali, un'apparente riduzione dei sintomi e la soddisfazione degli utenti riguardo il *case management*. I modelli di *case management* presi in considerazione da questo studio sono il *MISA case manager (Mental Illness and Substance Abuse)* che fornisce il modello di *case management* intensivo, e il *TASC case manager (Treatment Alternatives for Safe Communities)* specifico per l'interfaccia con il sistema di giustizia criminale. Lo studio descrive le attività dei *case manager* in due fasi. In una prima fase caratterizzata dalle attività di *screening* e accertamento, lo *screening* è il processo che permette di determinare l'eleggibilità della persona al programma mentre l'accertamento include la ricognizione dei bisogni e delle aspettative dell'individuo, la gravità dei sintomi e i fattori di rischio presenti. L'azione successiva è la stesura del piano individualizzato sulla base dei dati raccolti e definendo gli obiettivi. Il piano necessita di essere sviluppato in collaborazione con il paziente. A conclusione di questa fase iniziale il *case manager* fornisce al paziente tutte le informazioni necessarie perché il paziente possa riferire ai servizi previsti. La seconda fase prevede la messa in atto e il coordinamento del piano individualizzato con azioni di monitoraggio, rappresentanza (*advocacy*), orientamento e *counselling*. Il monitoraggio prevede che il *case manager* controlli il modo in cui il piano viene realizzato e che tenga traccia dei progressi verso gli obiettivi specificati. L'*advocacy* consiste nella mediazione nella relazione con i servizi di cura e di assistenza qualora di presentino dei disservizi e delle necessità specifiche non previste dal piano. Il *case manager* sostiene l'autodeterminazione dell'individuo in un processo di *empowerment* nel quale la persona è aiutata a comprendere la situazione in cui si trova e a gestire il proprio problema, assumendosi quindi un ruolo progressivamente attivo nella tutela dei propri diritti e nella negoziazione dei supporti. Orientamento e *counselling* assumono un'importanza maggiore come azioni che favoriscono il potenziamento delle capacità dell'utente di farsi carico delle proprie re-

sponsabilità, stimolando l'attivazione e l'organizzazione delle energie, in funzione di una presa in carico attiva e personale del superamento dei propri problemi. Specificatamente per questo tipo di utente lo studio individua delle funzioni specifiche di aiuto nella ricerca dell'abitazione, nei trasporti, e nella gestione dei problemi giudiziari ⁶⁵.

Un successivo studio statunitense del 2007 rileva l'efficacia dell'uso dell'*case management* intensivo congiunto con il Trattamento Assertivo di Comunità per il paziente senzateo con disturbo antisociale di personalità. I risultati dell'intervento dimostrano una significativa riduzione del problema della mancanza della casa, riduzione dell'ospedalizzazione e miglioramento della qualità della vita ⁴⁵. Un più recente studio del 2009 ha rilevato che per il paziente con disturbo antisociale di personalità l'intervento di *standard case management* non è efficace se non affiancato a un intervento di Trattamento Assertivo di Comunità. I vantaggi dell'utilizzo di entrambi i modelli assistenziali si sono evidenziati nella riduzione dell'uso dell'accol e nella riduzione delle carcerazioni ⁶².

Un altro studio statunitense del 2007 conferma l'efficacia del *case management* nell'assistenza del paziente tossicodipendente con disturbo antisociale di personalità sul miglioramento della qualità dei trattamenti per l'uso di droga e sulla riduzione delle conseguenze negative dall'uso di sostanze ⁶⁶.

Infine in uno studio statunitense del 2013 condotto su 21 studi clinici reperiti tramite i principali *database*, sono messi a confronto quattro modelli di erogazione di assistenza per gli utenti senzateo (tra cui il 23% con disturbo di personalità): *case management* standard, *case management* intensivo, *Assertive Community Treatment* e *Critical Time Intervention*. Il confronto ha fatto emergere come l'assistenza mediante questi modelli sia associata a migliori risultati in termini di locazioni stabili e qualità di vita ⁶⁷.

Per quanto riguarda la letteratura sul *case management* per il paziente con disturbo *borderline* di personalità sono stati reperiti due articoli del 2000 e 2001 scritti dalla statunitense Nadine Nehles. Il primo articolo del 2000 è uno studio che attraverso interviste approfondite, valuta l'esperienza giornaliera di 17 *case manager* che si occupano di persone con disturbo *borderline* di personalità. I campi di indagine dello studio sono l'espressione della preoccupazione per il paziente e l'impostazione dei confini relazionali. Da questi aspetti dell'assistenza emerge che il *case manager* deve porre attenzione alla gestione del caso e contemporaneamente porre l'attenzione su di sé per mantenere il controllo sulla natura del rapporto terapeutico. L'autrice afferma che la questione da risolvere non è lo

stabilire se sia meglio mantenere o cedere il controllo, piuttosto, qual è il modo migliore per aiutare il *case manager* a mantenere una relazione d'aiuto efficace con questo tipo di utenti ⁶⁸.

L'articolo del 2001 esamina il rapporto terapeutico tra *case manager* e utende con disturbo *borderline* di personalità raccogliendo le testimonianze dei clienti. Questi hanno riferito soddisfazione per l'assistenza ricevuta grazie alla relazione a lungo termine con un unico *case manager*. I partecipanti hanno percepito il loro *case manager* come rispettoso, intraprendente e affidabile: "il mio *case manager* mi tratta come una persona", "il mio *case manager* è più di un *case manager*", "il mio *case manager* è rimasto con me per anni". Le conclusioni dell'autrice sono che i risultati suggeriscono che centro del *case management* per questo tipo di pazienti sia l'assistenza continuativa e centrata sulla persona ⁶⁹.

4. DISCUSSIONE

4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata

In accordo con la letteratura, i disturbi di personalità costituiscono un'area di diagnosi, cura e riabilitazione particolare e anomala. I disturbi di Personalità sono caratterizzati prevalentemente, da comportamenti problematici e secondariamente, dalla manifestazione dei sintomi psicopatologici quali, a esempio, ansia e depressione. Le conseguenze dei comportamenti impulsivi, violenti e autolesivi, determinano un forte impatto sociale con conseguenti costi economici. I pazienti con tale disturbo quindi, presentano una complessità di trattamento clinico e sociale con una lunga durata delle cure dilatata nel tempo.

Dalla letteratura è emersa inoltre la difficoltà del rapporto che questo tipo di paziente ha con il servizio sanitario, un rapporto spesso distruttivo e problematico, caratterizzato da momenti di alta intensità e da altri momenti in cui l'utente sparisce. Questo aspetto sottolinea l'importanza dell'utilizzo di una figura che tenga le fila, che coordini il processo di cura tra i vari servizi, che tenga d'occhio l'utente e che prevenga l'abbandono delle cure.

Il sistema sanitario del nostro paese ha discusso a lungo riguardo alla possibilità dei disturbi di personalità di essere o meno oggetto dell'assistenza da parte del servizio pubblico, e di essere o meno oggetto di presa in carico da parte di un team multiprofessionale compreso l'infermiere *case manager*. La letteratura analizzata è concorde nell'individuare l'approccio collaborativo come il trattamento più idoneo per questo tipo di paziente.

Dagli studi analizzati è emerso che il *case management* in ambito della Salute Mentale ha raccolto risultati positivi sia in termini di minori ricadute, sia per la migliore qualità di vita, migliore autogestione, aderenza alle terapie, prevenzione dell'abbandono delle cure, soddisfazione per il paziente e per la struttura, vantaggi economici dovuti alla riduzione di giorni di ospedalizzazione e ottimizzazione dei servizi. Tra i professionisti che meglio si adattano a rivestire il ruolo di *case manager* in Salute Mentale, l'infermiere risulta essere l'operatore più indicato grazie alle sue competenze nell'erogare trattamenti clinici qualificati come la somministrazione di terapia farmacologica e la gestione delle eventuali complicanze, le tecniche psicologiche semplici come il *problem solving* e la gestione delle patologie croniche. In relazione alla gestione dei pazienti con disturbo di personalità la letteratura internazionale prende in considerazione *case manager* di varia formazione e con specifiche conoscenze degli ambiti sociale, giudiziario, penale, delle dipendenze e dei vari *setting* sanitari.

Con queste premesse si potrebbe pensare alla sperimentazione del modello di *case management* infermieristico specializzato per il paziente con disturbo di personalità. Su questa specifica figura la ricerca non ha rilevato esperienze all'estero e soprattutto in Italia, però sulla base delle premesse teoriche, e cioè la complessità del disturbo, e sulla base delle evidenze dell'efficacia del *case management*, potrebbe risultare interessante la realizzazione di esperienze che ci informino sulla validità di questo modello di presa in carico.

4.2 Punti di forza e punti di debolezza della ricerca

Per quanto riguarda il punto di forza di questa tesi è opportuno sottolineare come quanto questo elaborato si apra su una patologia la cui gestione è ancora in fase di definizione. I disturbi di personalità faticano a trovare il loro giusto spazio per essere presi pienamente in considerazione, diagnosticati e curati.

Punto di debolezza di questa tesi è la mancanza di letteratura di esperienze di *case management infermieristico* nella gestione dei pazienti con disturbo di personalità. Risulta quindi difficile dire se questa ipotesi che teoricamente sembra così affascinante, possa davvero costituire un salto di qualità positivo per la gestione dei pazienti con questo disturbo.

4.3 Potenziali applicazioni in un contesto specifico

Il *case management* infermieristico può essere applicato con presunti vantaggi positivi nel contesto del Dipartimento di Salute Mentale. La Regione Veneto ha sviluppato, su proposta del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, dei modelli clinico-organizzativi atti a governare i processi di cura tra cui un percorso di trattamento integrato per utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali, e, per il coordinamento del team prevede l'identificazione del *case manager*²⁸⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Eight Edition. Volume II. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. 2063-2104
2. Silk K. Personality Disorder. 02 2014. On line a l'URL:
<http://www.uptodate.com/contents/personality-disorders>
(ultima consultazione 09/2015)
3. American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione DSM-5. Milano Raffaello Cortina Editore; 2014
4. Paris J. Estimating the Prevalence of Personality Disorders in the Community. *Journal of Personality Disorders*. 2010;24(4):405-411
5. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;45(4):453-460
6. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1911–1918
7. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(1):52-57
8. Stringer B, van Meijel B, Karman P, Koekkoek B, Hoogendoorn A, Kerkhof A et al. Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Preliminary Results and Active Ingredients From a Pilot Study (Part I). *Perspect Psychiatr Care*. 2014;51(3):180-189
9. Kealy D, Steinberg P, Ogrodniczuk J. “Difficult” patient? Or does he have a personality disorder?. *The journal of family practice*. 2014;63(12):697-703

10. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195:46–53
11. Farooq S, Völm BA, Stoffers JM, Gibbon S, Duggan C, Ferriter M et al. Pharmacological interventions for schizoid personality disorder (Protocol). *The Cochrane Library*. 2011;3
12. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry* 2005;188(1):13-20
13. Hansen B, Vogel PA, Stiles TC, Götestam KG. Influence of Co-Morbid Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder and Personality Disorders on the Outcome of Cognitive Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Cogn Behav Ther*. 2007;36(3):145-55
14. Jansson I, Hesse M, Fridell M. Personality disorder features as predictors of symptoms five years post-treatment. *Am J Addict*. 2008;17(3):172-5.
15. Gabbard G O, Simonsen E. The impact of personality and personality disorders on the treatment of depression. *Personality and Mental Health*. 2007;1: 161-175.
16. Bieling PJ, Green SM, MacQueen G. The impact of personality disorders on treatment outcome in bipolar disorder: A review. *Personality and Mental Health*. 2007;1: 2–13
17. Black D. *Bad boys, bad men*. Oxford: Oxford University Press; 2013
18. Hatchett G. Treatment Guidelines for Clients with Antisocial Personality Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*. 2015;37(1):15-27.
19. Blashfield R. Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(3):472-473

20. Bender D, Dolan R, Skodol A, Sanislow C, Dyck I, McGlashan T et al. Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(2):295-302.
21. Hasin D, Stinson F, Ogburn E, Grant B. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-842.
22. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197(3):193-199
23. Dumais A, Lesage A, Boyer R, Lalovic A, Chawky N, Ménard-Buteau C, et al. Psychiatric Risk Factors for Motor Vehicle Fatalities in Young Men. *Can J Psychiatry*. 2005;50:838–844
24. Cadoret RJ, Lave LD, Devor E. Genetics of aggressive and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(2):301-22.
25. Caspi A, Begg D, Dickson N, Harrington H, Langley J, Moffitt TE, et al. Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(5):1052-63.
26. Colpaert K, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Broekaert E, De Fruyt F. Prevalence and Determinants of Personality Disorders in a Clinical Sample of Alcohol-, Drug-, and Dual-Dependent Patients. *Subst Use Misuse*. 2012;47(6):649-661
27. Yu R, Geddes J, Fazel S. Personality Disorders, Violence, and Antisocial Behavior: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(5):775-792
28. Soloff P, Fabio A. Prospective Predictors of Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder at One, Two, and Two-to-Five Year Follow-up. *Journal of Personality Disorders*. 2008;22(2):123-134.

29. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):617-626
30. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez M, Saiz-Gonzalez M, Saiz-Ruiz J et al. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(2):149-155
31. Zanarini M, Parachini E, Frankenburg F, Holman J, Hennen J, Reich B, et al. Sexual relationship difficulties among borderline patients and Axis II comparison subjects. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2003;191(7):479-482
32. Daley S, Burge D, Hammen C. Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(3):451-460
33. Frankenburg F, Zanarini M. The Association Between Borderline Personality Disorder and Chronic Medical Illnesses, Poor Health-Related Lifestyle Choices, and Costly Forms of Health Care Utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(12):1660-1665
34. Lee H, Joseph Bienvenu O, Cho S, Ramsey C, Bandeen-Roche K, Eaton W et al. Personality Disorders and Traits as Predictors of Incident Cardiovascular Disease: Findings From the 23-Year Follow-Up of The Baltimore ECA Study. *Psychosomatics*. 2010;51(4):289-296
35. Skodol A, Gunderson J, McGlashan T, Dyck I, Stout R, Bender D et al. Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(2):276-283
36. Ettner S, Maclean J, French M. Does Having a Dysfunctional Personality Hurt Your Career? Axis II Personality Disorders and Labor Market Outcomes. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*. 2010;50(1):149-173.

37. Zanarini M, Frankenburg F, Reich D, Fitzmaurice G. Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(6):663-667
38. Biavati C. Standards per la pratica del Case Management. *AICM Journal* 2012;1(1):4-16
39. Collegio IPASVI La Spezia. L'infermiere case manager nell'ADI al malato psichico. 2007, on line a l'URL:
http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/contributi/cont_014_linfermiere_case_manager_nell_adi_al_malato_psichico.pdf
(ultima consultazione 10/2015)
40. Favero E, Moriconi I. L'intervento dell'infermiere case manager sul paziente psichiatrico. 2013; 23(1):3-8
41. Zwarenstein M, Reeves S, Straus SE, Pinfold P, Goldman J. Case management: effects on professional practice and health care outcomes (Protocol). *The Cochrane Library*. 2000;4
42. Cassis I. L'infermiere case manager in psichiatria. *L'infermiere*. 2006;7:21-25
43. Happell B, Hoey W, Gaskin C. Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011;21(2):131-137
44. Ziguras S, Stuart G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *PS*. 2000;51(11):1410-1421
45. Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77(3):350-361

46. Coldwell C. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(3):393-399
47. Collegio IPASVI La Spezia. I nuovi modelli organizzativi. Le sfide per il futuro. Il Case Management. La Spezia; 2007 Marzo, on line a l'URL:
http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_007_case_management.pdf
(ultima consultazione 10/2015)
48. Barbieri G. L'infermiere Case Manage: professionalità e responsabilità. *AICM Journal*. 2013;2(1):4-5
49. Herrick C, Bartlett R. Psychiatric nursing case management: past, present, and future. *Issues in Mental Health Nursing*. 2004;25(6):589-602
50. Case Management Society UK. CMSUK Standards & Best Practice Guidelines 2nd Edition. 2009, on line al'URL: *<http://www.cmsuk.org/documents/tmp4B79.pdf>*
(ultima consultazione 10/2015)
51. NCMN National Case Management Network of Canada. Canadian Standards of Practice for Case Management 2009, on line a l'URL:
<http://www.ncmn.ca/resources/documents/english%20standards%20for%20web.pdf>
(ultima consultazione 10/2015)
52. Yamashita M, Forchuk C, Mound B. Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspectives In Psychiatric Care*. 2005;41(2):62-70
53. Nice.org.uk. Personality disorders: borderline and antisocial | Guidance and guidelines. 2015, on line a l'URL: *<http://www.nice.org.uk/guidance/qs88>*
(ultima consultazione 10/2015)
54. Ministero della Salute. Piano di azioni nazionale per la salute mentale. 2013, on line a l'URL: *http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf*
(ultima consultazione 10/2015)

55. Regione Veneto. 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. 2014, on line a l'URL:
http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045559_137%20CU%20PUNTO%206%20ODG.pdf
(ultima consultazione 10/2015)
56. Regione Emilia-Romagna. Protocollo Trattamento Complesso. I Disturbi Gravi di Personalità. 2014, on line a l'URL: *<http://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/settembre-periodico-parte-seconda-1a-quindicina.2014-09-09.7348134007/progetto-di-innovazione-per-la-continuita-assistenziale-tra-strutture-residenziali-e-territorio-nel-trattamento-dei-disturbi-gravi-di-personalita-nei-dsm-dp-protocollo-trattamento-complesso-i-disturbi-gravi-di-personalita/allegato1-dgr1182.pdf>*
(ultima consultazione 10/2015)
57. Regione Emilia-Romagna. Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna. 2014, on line a l'URL:
http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf
(ultima consultazione 10/2015)
58. Leichsenring F, Leibing E. The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *FOC*. 2005;3(3):417-428
59. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *JAMA*. 2008;300(13):1551.
60. Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, Lejuez CW. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010;33(3):657-685
61. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański J, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E et al. Effectiveness of intensive group psychotherapy in treatment of neurotic and personality disorders. *Psychiatr Pol*. 2015;49:29-48.

62. Frisman L, Mueser K, Covell N, Lin H, Crocker A, Drake R et al. Use of Integrated Dual Disorder Treatment Via Assertive Community Treatment Versus Clinical Case Management for Persons With Co-Occurring Disorders and Antisocial Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(11):822-828.
63. Tyrer P, Manley C, Van Horn E, LEdy D, Ukoumunne O. Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. *European Psychiatry*. 2000;15(1):7-10
64. Chinman M, Rosenheck R, Lam J. The Case Management Relationship and Outcomes of Homeless Persons With Serious Mental Illness. *PS*. 2000;51(9):1142-1147.
65. Harrington Godley S, Finch M, Dougan L, McDonnell M, McDermeit M et al. Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;18(2):137-148
66. Havens J, Cornelius L, Ricketts E, Latkin C, Bishai D, Lloyd J et al. The Effect of a Case Management Intervention on Drug Treatment Entry Among Treatment-Seeking Injection Drug Users With and Without Comorbid Antisocial Personality Disorder. *Journal of Urban Health*. 2007;84(2):267-271
67. De Vet R, van Luijtelaa M, Brilleslijper-Kater S, Vanderplasschen W, Beijersbergen M, Wolf J. Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2013;103(10):e13-e26
68. Nehls N. Being a case manager for persons with borderline personality disorder: Perspectives of community mental health center clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2000;14(1):12-18
69. Nehls N. What is a case manager? The perspective of persons with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2001;7(1):4-1

ALLEGATO 1 – Report di Ricerca

Ricerca	Banca dati	Parole chiave	Esito ricerca	Documenti selezionati
Articolo scientifico	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	"Personality Disorders"[Mesh]AND ("Case Management"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Patient Navigation"[Mesh] OR "Managed Care Programs"[Mesh]OR "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Comprehensive Health Care"[Mesh])AND ("nursing" [mh] OR nursing [SH] OR "nurse's role" [mj] OR "nurses" [mh] OR "nursing care" [MH] OR "nursing staff" [MH] OR "NURSING ASSESSMENT"[MH] OR "Nurse-Patient Relations"[Mh]OR "Psychiatric Nursing"[Mj])	63	Non pertinente
Articolo scientifico	Science Direct www.sciencedirect.com/	Personality disorder AND case management	296	1 1. What is a case manager? The perspective of persons with borderline personality disorder. 2001, 8 pp
Articolo scientifico	Medscape Nurses www.medscape.com/nurses	Effectiveness case management	29538	1 1. Effectiveness of Case Management for Homeless Persons. 2013, 13 pp
Articolo scientifico	Cochrane Library www.cochranelibrary.com	Case manager personality disorder	5	1 1. The effect of a case

				management intervention on drug treatment entry among treatment-seeking injection drug users with and without comorbid antisocial personality disorder. 2007, 4 pp
Articolo scientifico	Google Scholar <i>scholar.google.it</i>	Case management personality disorder	331.000	4 1. Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. 2009, 6pp 2. Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system. 2000, 11 pp 3. The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. 2014, 5 pp 4. Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. 2000, 3 pp
Articolo scientifico	Google Scholar <i>scholar.google.it</i>	Effectiveness of case management	2.790.000	1 1. Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless. 2007, 11 pp
Articolo scientifico	EBSCO host <i>web.b.ebscohost.com</i>	Personality disorder AND case management	15	Non pertinente
Articolo scientifico	Archives of Psychiatric Nursing <i>www.psychiatricnursing.org</i>	Personality disorder, case manager	28	1 1. Being a case manager for persons with borderline personality disorder: Perspectives of community mental health center clinicians. 2000, 7 pp
Linee guida	Sistema Nazionale per le Linee Guida	Disturbi di personalità	0	0

	<i>www.snlg-iss.it/lgn</i>			
Linee guida	National Guideline Clearinghouse <i>www.guideline.gov</i>	Personality disorder case management	743	Non pertinente
Linee guida	National Guideline Clearinghouse <i>www.guideline.gov</i>	Personality disorder	933	Non pertinente
Linee guida	Scottish Intercollegiate Guidelines Network <i>www.sign.ac.uk</i>	Personality disorder case management	38	Non pertinente
Linee guida	Registered Nurses' Association of Ontario <i>rnao.ca</i>	Personality disorder case management	0	0
Linee guida	Canadian Medical Association <i>www.cma.ca</i>	Personality disorder case management	0	0