



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in  
Scienze Infermieristiche Ostetriche

**UNA COMUNITA' DI PRATICA  
PER IL RAFFORZAMENTO DEI  
DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE  
AST MARCHE**

Relatore:  
**Dr.ssa Donatella Giovannini**

Tesi di Laurea di:  
**Sauro Santini**

Correlatore:  
**Dott. Francesco Galli**

A.A. 2023/2024

## INDICE

## ABSTRACT

<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	1
1.1 Background.....	4
<b>2. OBIETTIVI</b> .....	9
<b>3. MATERIALI E METODI</b> .....	10
3.1 Disegno di studio e setting.....	10
3.2 Partecipanti.....	10
3.3 Strumenti di raccolta dati.....	11
3.4 Procedura raccolta dati.....	14
3.5 Considerazioni etiche.....	15
3.6 Analisi dei dati.....	15
<b>4. RISULTATI</b> .....	16
4.1 Caratteristiche del campione superamento contenzione fisica.....	16
4.2 Caratteristiche del campione percorsi alternativi alle REMS.....	23
4.3 Caratteristiche del campione presa in carico minore/adolescente...	25
<b>5. DISCUSSIONE</b> .....	27
5.1 Monitoraggio superamento/riduzione della contenzione fisica.....	27
5.2 Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS .....	30
5.3 Presa in carico del minore/adolescente.....	31
5.4 Implicazioni per la pratica clinica.....	31
5.5 Limiti dello studio.....	33
<b>6. CONCLUSIONI</b> .....	34
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b> .....	36
<b>8. ALLEGATI</b> .....	39

# **ABSTRACT**

## **Introduzione**

Il sistema dei servizi di salute mentale necessita di interventi strutturali e organizzativi per migliorare l'allocazione delle risorse finanziarie, aumentare il numero di operatori qualificati e migliorare l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali. Un documento del Tavolo tecnico sulla salute mentale del Ministero della Salute, pubblicato a maggio 2021, analizza tre aree principali: programmazione regionale, criticità nei servizi e riduzione degli interventi coercitivi, fornendo linee guida per le Regioni. Un accordo del 2022 definisce obiettivi comuni per rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale, superare la contenzione meccanica e migliorare i percorsi di cura e reinserimento sociale. La Regione Marche ha recepito queste linee di indirizzo, individuando obiettivi specifici e avviando un sistema di monitoraggio per raccogliere dati e garantire la qualità delle prestazioni..

## **Materiali e Metodi**

Lo studio quantitativo di tipo osservazionale descrittivo, condotto da giugno 2023 a maggio 2024, ha analizzato i dati raccolti dai DSM delle Marche tra gennaio 2021 e aprile 2024. I dati, inviati tramite schede informatiche a un database centralizzato, sono stati monitorati in tempo reale. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, ha previsto l'assunzione di 28 nuovi operatori attraverso l'istituzione di una Comunità di Pratica per supportare l'inserimento dei dati. La raccolta è stata facilitata da una piattaforma web e dalla formazione degli operatori. Sono stati utilizzati questionari suddivisi in tre macroaree per la raccolta dati, con analisi statistiche effettuate su un database Excel. Il processo ha rispettato le normative sulla privacy.

## **Risultati**

Si possono suddividere in 3 macroaree: riduzione della contenzione fisica negli SPDC, percorsi alternativi alle REMS e presa in carico del minore/adolescente.

L'indagine ha raccolto dati sui ricoveri in S.P.D.C. per il periodo 2021-2024, evidenziando un aumento generale dei ricoveri fino al 2023, con una stima che suggerisce un ulteriore incremento nel 2024. AST 1 ha visto un calo significativo, mentre AST 2 ha registrato un aumento. AST 3 e AST 4 hanno mostrato stabilità con lievi fluttuazioni, e AST 5 ha evidenziato un aumento nel 2024. La distribuzione delle contenzioni fisiche mostra una tendenza alla riduzione complessiva, con un calo del 68.33% dal 2021 ai primi quattro mesi del 2024. La contenzione è diminuita maggiormente in AST 1, mentre AST 5 è l'unica con un incremento. La deviazione standard del numero di contenzioni è calata significativamente, suggerendo una maggiore omogeneità nei dati. I dati demografici del campione di contenzioni fisiche mostrano una prevalenza di pazienti maschi (63.80%) e adulti (94.20%). La maggioranza dei ricoveri è stata volontaria (59.90%). La durata della contenzione spesso supera le 12 ore (76.96%). Gli eventi avversi sono rari, con un basso ricorso alle forze dell'ordine (5.96%). L'indagine ha inoltre evidenziato l'uso frequente di tecniche di de-escalation (61.72%) e la varietà delle diagnosi psichiatriche trattate, con psicosi e disturbi bipolari tra i più comuni. Le cause principali della contenzione sono legate all'aggressività e all'alterazione del quadro psicopatologico. I reparti di Psichiatria delle Marche hanno adottato protocolli di contenzione, ma esistono difficoltà nel monitorare le contenzioni fuori da queste strutture. Nel 100% dei casi, i pazienti vengono controllati per strumenti pericolosi al momento dell'ingresso. La possibilità di uscita durante il ricovero è regolamentata nel 57.1% dei casi e soluzioni alternative per permettere ai pazienti di fumare sono sempre state trovate.

Percorsi alternativi alle REMS: Il numero di pazienti in REMS è rimasto costante nei tre anni, con una leggera diminuzione nel 2022 con prevalenza di pazienti maschi rispetto alle femmine, con una distribuzione costante nel tempo. C'è una tendenza crescente di pazienti stranieri. Le misure di sicurezza definitive sono aumentate significativamente nel 2023 e la percentuale di pazienti con un piano terapeutico è variata, diminuendo nel 2022 ma tornando ai livelli del 2021 nel 2023. Le diagnosi principali, come disturbi psicotici e di personalità, sono stabili, mentre altre diagnosi variano. Il numero di dimissioni è diminuito nel 2022 ma leggermente aumentato nel 2023, con un trend verso durate di inserimento più lunghe. Le dimissioni entro 12 mesi sono scese a zero nel 2023, mentre quelle entro 36 mesi sono aumentate. Il numero di riammessi è

diminuito a zero nel 2023, suggerendo una maggiore stabilità post-dimissione. Il numero di follow-up è diminuito significativamente nel tempo.

Nel periodo considerato, il numero complessivo di minori e adolescenti in contatto con i CSM è aumentato costantemente, passando da 493 nel 2021 a 629 nel 2023. L'età degli utenti ha mostrato un cambiamento significativo, con una diminuzione dei minori (16-17 anni) e un aumento degli adolescenti (18-20 anni). Le prestazioni complessive hanno registrato fluttuazioni, con un picco nel 2022 e una leggera diminuzione nel 2023. Le consulenze al Pronto Soccorso sono aumentate, mantenendo una stabilità per i minori e un incremento per gli adolescenti. Le consulenze in altri reparti sono aumentate, con una diminuzione percentuale per i minori e un aumento per gli adolescenti. I ricoveri sono aumentati, con una riduzione percentuale per i minori e un significativo aumento per gli adolescenti. Infine, i TSO hanno mostrato una diminuzione complessiva nel periodo, senza TSO registrati per i minori negli ultimi due anni, mentre tutti i TSO riguardano gli adolescenti.

## **Conclusioni**

L'analisi dei dati fornisce una panoramica dei risultati ottenuti negli ultimi anni e una prospettiva futura per il sistema di salute mentale regionale, contribuendo agli obiettivi e alla relazione conclusiva del progetto. Le tre aree di ricerca sono: il monitoraggio del superamento/riduzione della contenzione meccanica, i percorsi alternativi alle REMS e la presa in carico del minore/adolescente. Lo sviluppo dell'indagine ha permesso di esplorare il campione degli esposti e comparare per la prima volta dati relativi a pratiche sanitarie comuni tra i vari DSM, fornendo un dato regionale medio di contenzione finora inesistente. L'analisi della riduzione della contenzione fisica evidenzia che la Delibera di Giunta Regionale n° 950 del 25 luglio 2022 ha portato a una riduzione complessiva del tasso di contenzione. Sebbene la distribuzione vari localmente, la riduzione della deviazione standard indica un avvicinamento dei servizi alla media regionale. I dati confermano un andamento regionale di riduzione della contenzione, in linea con la letteratura.

Lo studio sui percorsi alternativi alle REMS evidenzia un aumento della partecipazione dei servizi territoriali nella progettazione condivisa del trattamento individuale.

Tuttavia, il numero costante di inseriti nonostante i percorsi di dimissione protetta nel tempo indica un persistente fabbisogno di strutture per persone con problemi psichiatrici autori di reato, richieste dalle istituzioni e dalla magistratura. C'è segnale di maggiore flessibilità nelle pratiche giudiziarie, ma i lunghi tempi di permanenza nelle REMS sono vincolati ai procedimenti legali e alla gravità dei reati, rendendo difficile la previsione di tempi più brevi non gestiti direttamente. Il limitato numero di riammissioni suggerisce un'efficace strategia di trattamento e capacità progettuale per il reintegro nella società. Il monitoraggio post-dimissione è cruciale per garantire continuità terapeutica e prevenire ricadute.

Lo studio sulla macroarea minori adolescenti evidenzia un significativo aumento della domanda ai servizi di Salute Mentale da parte dei giovani adulti (età 18-20). Questo si manifesta attraverso un aumento dei contatti nei CSM, delle consulenze in pronto soccorso e di ricoveri negli SPDC, inclusi i TSO. È essenziale adattare le risorse terapeutiche e strategiche per rispondere efficacemente alle nuove specifiche esigenze. Il coordinamento tra i diversi settori sanitari è fondamentale per garantire una risposta integrata e tempestiva. L'incremento delle consulenze presso il Pronto Soccorso riflette una maggiore consapevolezza e facilità di accesso ai servizi sanitari tra i giovani. In sintesi, i dati sottolineano l'importanza di una gestione clinica flessibile, basata sull'evidenza e centrata sul paziente, per migliorare continuamente la qualità delle cure offerte ai minori e agli adolescenti.

# 1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso, ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità". La promozione, la protezione e il ripristino della salute mentale sono considerati fondamentali per gli individui, le comunità e le società in tutto il mondo. Negli ultimi vent'anni, il numero di persone diagnosticate con disturbi mentali è aumentato in tutti i Paesi, portando a maggiori costi sociali ed economici, riduzione delle performance lavorative e scolastiche, e un incremento della richiesta di servizi sociali. (Manwel et al, 2015)

La pandemia da COVID-19 ha ulteriormente aggravato la situazione, influenzando negativamente la salute mentale delle popolazioni. I fattori di rischio sono aumentati, tra cui l'insicurezza finanziaria, la disoccupazione e la paura. Inoltre, la pandemia ha causato la perdita improvvisa di abitudini consolidate come la socializzazione, l'esercizio fisico e l'accesso ai servizi sanitari. La letteratura scientifica internazionale ha documentato ampiamente l'impatto della pandemia sulla salute mentale. Le restrizioni imposte per contenere la diffusione del virus, come il distanziamento sociale e i lockdown hanno portato a un aumento di ansia, depressione e stress. Le persone hanno dovuto affrontare l'incertezza economica e la paura del contagio, oltre alla solitudine derivante dall'isolamento sociale. L'impossibilità di accedere a supporti essenziali, come i servizi sanitari e le attività ricreative, ha ulteriormente esacerbato i problemi di salute mentale. (John et al, 2020)

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da COVID-19 ha peggiorato le criticità già esistenti nel campo della salute mentale, come il sovraccarico dei servizi di salute mentale e il carente sostegno politico e sociale. Per mitigare questi effetti, è cruciale che i governi e le organizzazioni sviluppino strategie efficaci per supportare la salute mentale. Ciò include l'incremento delle risorse per i servizi di salute mentale, la promozione di attività fisiche e sociali sicure, e il supporto economico per le persone in difficoltà. Inoltre, è essenziale aumentare la consapevolezza e ridurre lo stigma associato ai disturbi mentali, incoraggiando le persone a cercare aiuto quando necessario. (Lund. et al, 2018)

Il secondo rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) pubblicato a ottobre 2021 e intitolato "Fitter Minds, Fitter Jobs - From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies", approfondisce le tematiche della salute mentale in relazione ai giovani, al lavoro, alla salute e al welfare, proseguendo il discorso iniziato nel rapporto del 2015. In particolare, il rapporto promuove: il superamento dei pregiudizi sui disturbi mentali, la creazione di un ambiente accogliente e di supporto, l'identificazione precoce degli studenti in difficoltà per fornire sostegno mirato e prevenzione, l'implementazione di una comunicazione centrata sulla persona e finalizzata al recupero, il potenziamento dei programmi individuali di collocamento lavorativo, la promozione di corsi di formazione sulla salute mentale per gli operatori dell'assistenza primaria e il superamento delle conseguenze a breve e lungo termine della pandemia di COVID19. Le raccomandazioni del rapporto, valide per i prossimi cinque anni, richiedono un intervento globale e integrato, sia politico che sociale, per migliorare la salute mentale. (OECD, 2021)

In risposta, l'OMS/Europa ha posto la salute mentale in cima all'agenda sanitaria e politica dei Paesi e, nel settembre 2021, l'Ufficio regionale ha lanciato la "Coalizione paneuropea per la salute mentale". Questa iniziativa mira a colmare le lacune nei servizi di salute mentale, ad aumentare la consapevolezza del problema e a rendere effettiva la rilevazione e l'analisi di dati validi e affidabili sul benessere mentale in tutta la regione europea dell'OMS. Questi sforzi sono cruciali per affrontare le sfide poste dalla pandemia e per migliorare complessivamente la salute mentale della popolazione. (WHO, 2021)

Nell'ultima edizione dell'Atlante della salute mentale, relativo all'anno 2020, l'Organizzazione mondiale della sanità ha analizzato i dati di 171 Paesi confermando che esiste, a livello mondiale, la difficoltà nel fornire alle persone i servizi di salute mentale di cui hanno bisogno. In particolare il documento ha rilevato, nei Paesi analizzati, una mancata evoluzione di leadership, governance e finanziamenti per la salute mentale. Inoltre, l'Atlante, ha evidenziato che la percentuale dei budget sanitari impiegati per la salute mentale dai Governi oscilla ancora intorno al 2% e non sono state ancora superate le lacune relative all'assegnazione delle risorse umane e dei finanziamenti. Pertanto l'OMS, nell'Atlante, ha esteso all'anno 2030 gli obiettivi che aveva previsto di raggiungere nell'anno 2020 e ne ha aggiunto dei nuovi, relativi



all'inclusione della salute mentale e del supporto psicosociale nelle pianificazioni di preparazione di emergenza, all'integrazione della salute mentale nella sanità primaria e allo sviluppo della ricerca sulla salute mentale. (Mental health atlas, 2020)

Anche nel policy-paper del G20, tenutesi in Italia nell'anno 2021, "COVID-19 and the need for action on mental health", sono presenti delle raccomandazioni per i Paesi affinché possano affrontare, in maniera univoca, le attuali criticità e intraprendere delle misure integrate di salute mentale in particolare, con le 7 raccomandazioni, i Governi vengono invitati a promuovere e applicare un approccio globale dell'intera società alla salute mentale, promuovere gradualmente lo spostamento della cura della salute mentale dai grandi ospedali psichiatrici ai servizi di salute mentale territoriali adeguatamente finanziati e personalizzati, in base alle esigenze e priorità di ogni paese, promuovere e applicare un approccio alla salute mentale basato sui diritti umani e di giustizia sociale, contrastare lo stigma e il pregiudizio verso le persone con disturbi mentali attraverso campagne di comunicazione mirate, promuovere e applicare un approccio alla salute mentale basato sulla partecipazione e coinvolgimento di persone con condizioni di salute mentale e delle loro famiglie, promuovere e applicare un approccio che metta la salute mentale e quella fisica allo stesso livello, aumentare la possibilità di accedere alle cure attraverso soluzioni innovative e tecnologiche basate sul web e promuovere e applicare, nel corso della vita, un approccio alla salute mentale. (G20, 2021)

In Italia, il Ministero della Salute pubblica annualmente il "Rapporto sulla salute mentale", che analizza i dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) raccolti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). L'ultima edizione, pubblicata a giugno 2021 e relativa ai dati del 2019, mette in luce diverse problematiche e sfide che dobbiamo affrontare con urgenza e determinazione. Il rapporto evidenzia una significativa riduzione della spesa per la salute mentale, sia a livello ambulatoriale che ospedaliero. Questa riduzione delle risorse finanziarie destinate al settore è preoccupante, soprattutto considerando la crescente domanda di servizi di salute mentale. Inoltre, si è registrata una diminuzione del numero dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), passati da 143 a 137 a causa del costante processo di accorpamento. Questo trend ha portato anche a una riduzione delle strutture residenziali (-13), delle strutture semiresidenziali (-7), dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC) (-6) e dei relativi posti letto (-67). A fronte di queste riduzioni, persiste una grave carenza di

operatori nel settore della salute mentale. Il nostro Paese conta circa undicimila operatori in meno rispetto allo standard di un operatore ogni 1500 abitanti previsto dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000. Tuttavia è incoraggiante notare che la dotazione complessiva del personale nei servizi di salute mentale pubblici è aumentata, passando da 26.216 unità nel 2018 a 28.811 nel 2019. Questo incremento riguarda principalmente psicologi, educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica, il che rappresenta un passo avanti, ma non ancora sufficiente per colmare le lacune esistenti. Il Pronto Soccorso continua a essere il punto di riferimento per le richieste di cure psichiatriche. Tuttavia il 75% di queste richieste si conclude con la dimissione a domicilio, indicando una possibile mancanza di strutture adeguate per un trattamento più approfondito e continuativo. A livello territoriale, i Dipartimenti di Salute Mentale, i Medici di Medicina Generale e l'integrazione socio-sanitaria tra Comuni e ASL continuano a incontrare difficoltà nel fornire risposte adeguate e tempestive agli utenti. (Di Cesare, 2021)

## **1.1 Background**

È chiaro che il sistema dei servizi di salute mentale ha bisogno di interventi strutturali e organizzativi. È fondamentale garantire un'adeguata allocazione delle risorse finanziarie, incrementare il numero di operatori qualificati e migliorare l'integrazione tra i vari servizi sanitari e sociali. Adottando un approccio globale e integrato, si può realmente migliorare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali e supportare adeguatamente le loro famiglie. Per affrontare queste problematiche, il tavolo tecnico sulla salute mentale, istituito presso il Ministero della Salute, ha pubblicato a maggio 2021 un documento di sintesi. Questo documento analizza tre aree principali: la programmazione regionale, le criticità nei servizi e l'appropriatezza dei percorsi di cura, i diritti e la riduzione degli interventi coercitivi. Esso rappresenta uno strumento utile per le Regioni per pianificare le attività necessarie al superamento delle criticità individuate. (Tavolo tecnico salute mentale, 2021).

Dopo numerosi incontri tra le Regioni e le Province Autonome, il 28 aprile 2022 è stata raggiunta l'Intesa n. 58/CSR sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali".

Questo accordo fornisce le basi per la pianificazione delle attività regionali, mirate al superamento delle criticità identificate. Ogni Regione è chiamata a presentare un progetto per rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), con obiettivi comuni a tutte le regioni e specifici per affrontare le criticità locali. Gli obiettivi generali comuni individuati sono:

1. Avviare e implementare percorsi per il superamento della contenzione meccanica, misurati tramite:
  - Numero di percorsi attivati per riconoscere le pratiche limitative delle libertà personali.
  - Numero di iniziative per monitorare la contenzione.
  - Numero di protocolli operativi e linee guida elaborate per garantire il rispetto dei diritti e della dignità delle persone.
  - Numero di servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio, realizzati con il progetto.
  - Numero di protocolli operativi e linee guida per garantire la qualità dei luoghi di cura e l'accessibilità dei servizi.
  - Numero di gruppi di lavoro istituiti, compreso il lavoro in rete.
  - Numero di corsi di formazione effettuati per ciascuna tipologia di operatori.
  - Tasso di riduzione del numero di contenzioni meccaniche rispetto all'anno precedente.
2. Prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), misurati tramite:
  - Numero di interventi messi in atto per superare le criticità relative alle REMS.
3. Gli obiettivi specifici individuati da ciascuna Regione per il superamento delle criticità locali saranno misurati con indicatori individuati dalle Regioni.

Il risultato atteso è il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per: superare la contenzione meccanica in tutti i luoghi di cura della salute mentale; qualificare i percorsi per l'effettiva presa in carico e reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato, completando il processo di attuazione della legge n. 81/2014;

e attuare effettivamente gli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza, come previsto dal Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale. Le attività progettuali dovranno concludersi entro il 31 dicembre 2022, con proroga al 30 giugno 2024. Le risorse vincolate per la realizzazione dei progetti regionali per la salute mentale, potranno essere utilizzate per coprire diversi costi, purché direttamente collegati alle finalità della norma di legge, inclusi i costi del personale non dipendente (rapporti di lavoro autonomo), l'acquisizione di materiale informatico o di comunicazione di importo moderato e attività di formazione specificamente correlate alle attività da erogare. Entro il 30 giugno 2024, le Regioni devono trasmettere una relazione sui risultati raggiunti. (Intesa n. 58/CSR, 2022). La Regione Marche con la Delibera di Giunta Regionale n° 950 del 25 luglio 2022 ha recepito l'Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" ha approvato il progetto regionale individuando i seguenti Obiettivi da monitorare: (Allegato 1)

**a) Per il monitoraggio del superamento/riduzione della contenzione meccanica :**  
ricognizione e acquisizione dati rispetto ai seguenti parametri :

- Numero contenzioni eseguite
- Quadri psicopatologici rappresentati ( secondo la nosografia ICD-9)
- Numero degli interventi con esecuzione delle tecniche di de escalation
- Cause , modalità e durata della contenzione ( specificare le criticità , gli arti contenuti e l'eventuale utilizzo della fascia toracica ; specificare il tempo del provvedimento )
- Eventuali eventi avversi nel corso della contenzione ( definire il numero per lesioni riportate a carico del paziente e degli operatori ; presenza /assenza di eventuali procedure di segnalazione )
- Richiesta di intervento delle FF.OO ed esito della stessa
- verifica presenza di protocolli per l'esecuzione della contenzione meccanica ;
- verifica di richiesta ed effettuazione di interventi di contenzione a carico di altri servizi ospedali
- verifica delle eventuali pratiche limitative delle libertà personali e procedure di esecuzione ( le " regole" previste nel corso della degenza ) :

- controllo del possesso di strumenti pericolosi ( prevista o no )
- possibilità di uscita dal reparto ( prevista o no ; eventuale regolamentazione )
- possibilità di comunicazione con l'esterno ( prevista o no ; eventuale regolamentazione )
- Possibilità di fumare ( prevista o no; eventuale regolamentazione )
- Possibilità di ricevere visite ( prevista o no ; eventuale regolamentazione )
- Presenza e definizione delle procedure formalizzate rispetto alle indicazioni di cui sopra
- Altre eventuali disposizioni
- verifica delle procedure attivate ( protocolli / linee guida ) per garantire l'accessibilità ai servizi e la qualità delle prestazioni

**b) Percorsi alternativi alla REMS :** ricognizione e acquisizione dati rispetto ai seguenti parametri:

- verifica dei pazienti collocati nella REMS con individuazione della categoria diagnostica
- presenza dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI)
- numero eventuali riammissioni
- collocazione dei pazienti dimessi ed eventuali criticità ( follow up trimestrale , semestrale ed annuale )
- tempo di permanenza di pazienti nella REMS ( tempi massimi ,minimi , media )
- referenti dei DSM coinvolti nella gestione dei pazienti in REMS ( presenza o meno e numero di operatori dedicati )
- eventuali incontri e protocolli o procedure tra operatori DSM e Magistratura
- eventuali incontri e protocolli tra operatori DSM e referenti altri servizi (Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) ; Servizi Sociali Comune , ecc.)
- eventuali difficoltà di comunicazione collaborazione con gli operatori della REMS (se si specificare le criticità)
- eventuali difficoltà di comunicazione collaborazione con i referenti della Magistratura ( se si specificare le criticità )
- numero pazienti con provvedimenti alternativi e presenza dei PTRI
- numero di pazienti con provvedimenti alternativi presi in carico dai DSM

**c ) Presa in carico del minore/adolescente:** ricognizione e acquisizione dati rispetto ai seguenti parametri:

- verifica degli accessi ai DSM ( Ambulatorio Centro Salute Mentale (CSM) , Consulenza Pronto Soccorso (PS) o presso reparti ospedalieri ) dei minori/adolescenti (fasce di età : 16-18; 18-20 ) ;
- verifica dei ricoveri ospedalieri ( specificazione delle sedi di ricovero ) a favore di minori/adolescenti con evidenza delle criticità (Trattamento Sanitario Obbligatorio - TSO ) ; definizione secondo le fasce di età 16-18 e 18-20 .
- numero e professionalità dei referenti per minori adolescenti presenti sul territorio ( operatori del DSM e/o di altri servizi/Enti )
- numero dei protocolli operativi o procedure attivate rispetto alla gestione dei minori /adolescenti DSM ; DDP ; Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) ; Unità Multidisciplinare Età Evolutiva (UMEE); Servizi Sociali )
- numero di team dedicati attivati ( Psichiatra ; Psicologo ; Assistente Sociale ; Infermiere ; Educatore )
- numero partecipanti ai corsi di formazione

Per poter rispondere a tutti gli obiettivi individuati nel Progetto Regionale, è stato istituito un tavolo tecnico che ha evidenziato la mancanza di un sistema di monitoraggio centralizzato per la corretta raccolta dei dati. Proprio su questa problematica siamo stati coinvolti dall'Area Integrazione Socio Sanitaria, rappresentata dal Coordinatore Regionale dell'Area Salute Mentale e referente del progetto Dr. Paolo Pedrolli, per creare un sistema di monitoraggio tramite lo sviluppo di un portale informatico unico, in grado di rispondere in tempo reale agli indicatori richiesti dal progetto regionale.

## **2. OBIETTIVO**

Lo studio mira a raccogliere dati utili per soddisfare gli obiettivi regionali e valutare l'impatto della Delibera di Giunta Regionale n. 950/2022 relativamente al monitoraggio di indicatori specifici per:

- il superamento e/o la riduzione della contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC) delle Marche;
- i percorsi alternativi alla REMS Marchigiana;
- la presa in carico del minore/adolescente nei DSM delle Marche.

## **3.MATERIALI E METODI**

### **3.1Disegno di studio e setting**

Studio quantitativo di tipo osservazionale descrittivo, effettuato nel periodo compreso tra giugno 2023 e maggio 2024. Lo studio prende in considerazione i dati raccolti e inviati dai vari DSM delle Marche nel periodo di riferimento che va dal 1° gennaio 2021 al 30 aprile 2024. I dati vengono inviati attraverso schede informatiche a un database centralizzato, da cui è possibile monitorare in tempo reale l'andamento dell'inserimento dei dati da parte dello staff di gestione del sistema del progetto regionale. Per semplificare il processo, è stato creato uno spazio virtuale condiviso per la raccolta dei dati e la progettazione di una piattaforma unica di accesso per la compilazione delle schede e per eventuali materiali generali inerenti al progetto (comunicazioni, formazione). Il portale è raggiungibile al seguente indirizzo:

<https://sites.google.com/view/sitopotenziamentodsmmarche/home-page>.

A piedi pagina del portale è stata riportata la dicitura “Progettazione della Piattaforma prodotta come Elaborato di Tirocinio- Tesi del Corso di Laurea Magistrale In Scienze Infermieristiche Ostetriche - UNIVPM - Sauro Santini – Matr. S113771”come da autorizzazione allegata. (Allegato 2)

### **3.2 Partecipanti**

Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, prevede l'inserimento nei vari Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della Regione Marche di 28 nuovi operatori di vari profili professionali. Questi operatori, in coordinamento con i referenti del progetto, possono dedicare parte del loro orario di lavoro all'inserimento dei dati richiesti. Le nuove figure, assunte con contratto a tempo determinato o con rapporto libero professionale, sono state distribuite tra i vari DSM della Regione. I profili professionali individuati per queste posizioni sono: Psichiatra, Neuropsichiatra, Psicologo e Assistente Sociale. La spesa complessiva prevista per l'inserimento delle nuove figure professionali fino alla fine del progetto è di € 1.576.000. L'avvio del progetto regionale di Potenziamento dei DSM ha coinvolto i nuovi operatori di diversi profili professionali, ai quali è stato fornito, in tempi molto rapidi, supporto per l'inserimento nei DSM, coinvolgimento nel progetto, formazione specifica per tutte le attività di ricerca da



svolgere all'interno dei vari servizi e formazione specifica per l'inserimento dei dati all'interno della piattaforma. Dalla ricerca in letteratura emerge che in una situazione di questo tipo, il miglior approccio da poter utilizzare è quello legato alla teoria di apprendimento denominata Comunità di Pratica (CdP). Questo approccio è particolarmente utile per favorire lo scambio di conoscenze e competenze tra i nuovi operatori e il personale già in servizio, migliorando così la qualità complessiva del lavoro svolto nei DSM. Ma cos'è una Comunità di Pratica? Il concetto di CdP è stato introdotto da Étienne Wenger, il quale definiva queste organizzazioni come "gruppi di persone che condividono un interesse per qualcosa che fanno e imparano a farlo meglio mentre interagiscono regolarmente". Wenger individua tre caratteristiche che distinguono una CdP da qualsiasi altra aggregazione. Ciò che caratterizza una CdP è la presenza di un "dominio": un argomento che unisce tutti i suoi membri. L'adesione implica un senso di appartenenza e un impegno personale riguardo al dominio attorno al quale si forma la comunità. Il secondo requisito è che le persone che la compongono imparino e condividano continuamente ciò che sanno. Infine, una CdP deve essere formata da professionisti che sviluppano un repertorio comune e condiviso di norme, procedure, informazioni, simboli, oggetti, strumenti e metodi di risoluzione dei problemi. (E. Wenger – 1998).

### **3.3 Strumenti di raccolta dati:**

Ai fini della raccolta dati, sono stati predisposti degli specifici questionari, somministrati alla CdP per un totale di 16 schede, suddivisi in 3 macroaree. Le matrici delle risposte alimentano automaticamente singoli fogli Excel in cui sono state condotte analisi statistiche funzionali allo studio.

La prima macroarea denominata **“Avviare / implementare i percorsi per il superamento della contenzione meccanica”** si compone di 4 sezioni:

- *Sezione A denominata **Scheda Registrazione Contenzione:*** 12 domande per esplorare le seguenti informazioni: la data della contenzione, il luogo, il regime di ricovero (se volontario o obbligatorio), l'utilizzo delle tecniche di de-escalation, il quadro psicopatologico in base alla codifica ICD9, le cause, la modalità e la durata della contenzione, eventuale evento avverso su paziente o

operatore, eventuale segnalazione dell'evento avverso e richieste di intervento delle forze dell'ordine a supporto del processo di contenzione.

- *Sezione B denominata **Scheda Protocolli Esistenti***: 5 domande inerenti la presenza di protocolli / procedure specifiche per la contenzione meccanica negli SPDC. Viene richiesta la Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di appartenenza e la specifica del singolo SPDC, la presenza di procedure / protocolli specifici , la data di formalizzazione e il caricamento della procedura/ protocollo nel formato PDF.
- *Sezione C denominata **Scheda Contenzione presso altri reparti*** : 8 domande che vanno ad esplorare se sono state effettuate contenzioni presso altri reparti ospedalieri suddivisi per anno 2021, 2022, 2023 e primi 4 mesi del 2024.
- *Sezione D denominata **Scheda Libertà Personali***: 8 domande che vanno ad esplorare aspetti legati alle libertà personali: AST e Reparto, se viene effettuato il controllo del possesso di eventuali oggetti pericolosi all'ingresso del paziente in reparto, se è prevista la possibilità di uscire, comunicare con l'esterno, se c'è la possibilità di fumare e di ricevere visite. Viene richiesto anche di caricare sempre nel formato PDF eventuale regolamentazione in merito.

La seconda macroarea denominata "**Prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS**" si compone di 5 sezioni:

- *Sezione A denominata **Scheda raccolta dati REMS anno 2021***
- *Sezione B denominata **Scheda raccolta dati REMS anno 2022***
- *Sezione C denominata **Scheda raccolta dati REMS anno 2023***
- *Sezione D denominata **Scheda raccolta dati REMS anno 2024 (dal 01 gennaio al 30 aprile 2024)***
- *Sezione E denominata **Scheda raccolta dati percorsi alternativi alle REMS***

Le 12 domande per sezione vanno a raccogliere dati relativi al numero dei pazienti collocati nella REMS con indicazione della AST di provenienza, del numero dei presenti nell'anno di riferimento, della categoria diagnostica, della presenza dei PTRI e se nell'arco dell'anno ci sono state eventuali riammissioni. Monitora inoltre la collocazione dei pazienti dimessi ed eventuali criticità ( follow up trimestrale , semestrale ed annuale) il tempo di permanenza (massimi ,minimi , media), i referenti dei DSM coinvolti nella gestione progetti terapeutici

( presenza o meno e numero di operatori dedicati ), eventuali incontri e protocolli o procedure tra operatori DSM e Magistratura, eventuali incontri e protocolli tra operatori DSM e referenti altri servizi ( DDP ; Servizi Sociali Comune , ecc.) eventuali difficoltà di comunicazione collaborazione con gli operatori della REMS (se si specificare le criticità), eventuali difficoltà di comunicazione collaborazione con i referenti della Magistratura ( se si specificare le criticità ), numero pazienti con provvedimenti alternativi e presenza dei PTRI, numero di pazienti con provvedimenti alternativi presi in carico dai DSM .

La terza macroarea denominata “**Presa in carico del minore/adolescente**” si compone di 5 sezioni

- *Sezione A denominata **Presa in carico del minore/adolescente anno 2021***
- *Sezione B denominata **Presa in carico del minore/adolescente anno 2022***
- *Sezione C denominata **Presa in carico del minore/adolescente anno 2023***
- *Sezione D denominata **Presa in carico del minore/adolescente anno 2024***

In queste quattro sezioni si va chiedere in base al singolo CSM di riferimento il numero dei minori compresi nella fascia di età che va tra 16 e 17 anni che hanno avuto contatto con il servizio, stesso dato anche relativo agli adolescenti compresi nella fascia di età che va dai 18 ai 20 anni, il numero degli interventi in consulenza su minori e adolescenti e in quali reparti, i ricoveri di minori e adolescenti presso un SPDC delle Marche ed eventuale numero di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

- *Sezione E denominata **Altri dati su minore/adolescente** che utilizza i quattro quesiti per capire se nel territorio di competenza di ogni singolo DSM ci sono operatori e/o quali professionalità dei referenti su minori e adolescenti, se esistono protocolli/ procedure rispetto la gestione condivisa tra servizi dei minori/adolescenti e se esistono team dedicati a tale utenza.*

### 3.4 Procedura di raccolta dati

La procedura di raccolta dati si è svolta rispettando specifiche tempistiche, attinenti con le fasi complessive dell'intero progetto regionale (T=tempo):

le tempistiche di svolgimento dello studio sono rappresentate nella figura seguente (Fig. 1).

**Figura 1.** Sequenza temporale di svolgimento dello studio.

T0	<ul style="list-style-type: none"><li>• Creazione della CdP e della piattaforma web con attivazione in modalità TEST.</li><li>• Somministrazione questionari di prova</li></ul>	Maggio Giugno 2023
I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formazione in videoconferenza ai membri della comunità di pratica sull'utilizzo della piattaforma e condivisione di eventuali criticità legate all'inserimento dei dati .</li></ul>	Agosto Settembre 2023
T1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Correzione di eventuali criticità e apertura ufficiale all'inserimento dei dati</li></ul>	Ottobre 2023
T2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chiusura del periodo previsto per l'inserimento dei dati e inizio analisi .</li></ul>	Maggio 2024

**T0 (pre-raccolta):** in una prima fase, all'inizio del percorso, è stata creata la CdP coinvolgendo i neoassunti del progetto in incontri in videoconferenza con il coordinamento centrale di sistema del progetto. Contemporaneamente, veniva creata la piattaforma web di accesso alle schede di raccolta dei dati e, in uno degli incontri, veniva attivata una modalità TEST per permettere a tutti di familiarizzare con la piattaforma.

**I (intervento):** La giornata formativa specifica è stata rivolta al personale appartenente alla CdP operante nei DSM delle Marche. È stato utilizzato il software di videoconferenza messo a disposizione da AST Marche e, attraverso la condivisione dello schermo, è stato possibile spiegare in maniera dettagliata le singole schede e tutte le voci dei campi presenti. L'intervento formativo ha avuto una durata di tre ore, durante le quali la CdP, avendo avuto la possibilità di inserire dati nella modalità TEST, ha

espreso e condiviso pregi, difetti e criticità di comprensione degli item della piattaforma creata.

***T1(osservazione e rafforzamento CdP):*** Grazie a questo momento di condivisione è stato possibile correggere problematiche della piattaforma e chiarire dubbi su alcuni item proposti. Sono stati anche previsti incontri di supporto alla CdP settimanalmente (sempre in videoconferenza o telefonicamente) e per AST Ancona incontri in presenza con i nuovi assunti per individuare strategie di raccolta dati uniche in tutti i servizi afferenti al Dipartimento. La raccolta dei dati è partita ufficialmente dal 02/10/2023.

***T2 (post-raccolta):*** al termine del periodo di raccolta, concluso il 30 aprile del 2024, è iniziata l'ultima fase progettuale dedicata alla analisi dei dati raccolti.

### **3.5 Considerazioni etiche**

Gli operatori coinvolti nella CdP hanno ricevuto tutte le informazioni relative allo scopo della normativa, alla modalità di raccolta, gestione e garanzia della riservatezza dei dati. Tutti i dati sono stati trattati in modo anonimo, conformemente alle normative vigenti in materia di trattamento dei dati personali e rispetto della privacy (Legge 31 dicembre 1996 n. 675, 676, Gazzetta Ufficiale dell'08/01/1997, art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation - GDPR), e sono stati utilizzati esclusivamente ai fini dello studio.

### **3.6 Analisi dei dati**

Al fine di poter eseguire una corretta analisi statistica dei dati rilevati per ogni questionario, è stato predisposto un database Excel composto di legenda relativa ad ogni tipologia di questionario e di sezione per l'inserimento dei dati.

Sono state condotte analisi descrittive e prodotti dati di sintesi. Le variabili binarie e categoriali sono state presentate come frequenza assoluta ( $n_i$ ) e come frequenza percentuale ( $\%F_i$ ). I dati quantitativi normalmente distribuiti sono stati presentati come media . Calcolata la Deviazione Standard campionaria su dati specifici.

## 4. RISULTATI

### 4.1 Caratteristiche del campione per la macroarea denominata: avviare e implementare i percorsi per il superamento della contenzione meccanica:

Nella Tabella 1 vengono raccolti i dati relativi alle frequenze assolute e in percentuale dei ricoveri in S.P.D.C. con distribuzione per anno di riferimento e AST. Per l'anno 2024 sono stati raccolti i dati per i primi quattro mesi come richiesto dalla proroga del progetto regionale.

**Tabella 1.** Numero dei ricoveri negli S.P.D.C.

CARATTERISTICHE	ANNO	ANNO	ANNO	ANNO
	2021	2022	2023	2024
Numero dei ricoveri	1985	2017	2127	818
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<i>Ast 1</i>	640 (32.24)	600 (29.75)	578 (27.17)	187 (22.86)
<i>Ast2</i>	400 (20.15)	387 (19.19)	448 (21.06)	249 (30.44)
<i>Ast3</i>	299 (15.06)	364 (18.05)	337 (15.84)	127 (15.53)
<i>Ast4</i>	302 (15.21)	293 (14.53)	340 (15.98)	103 (12.59)
<i>Ast5</i>	344 (17.33)	373 (18.49)	424 (19.93)	152 (18.58)

Nel complesso, si osserva un aumento del numero di ricoveri dal 2021 al 2024. Il dato parziale del 2024 suggerisce che, se la tendenza attuale continua e calcolando una stima del dato, il numero complessivo di ricoveri potrebbe continuare ad aumentare rispetto agli anni precedenti. AST 1 ha registrato il maggior numero di ricoveri nel 2021 e 2022, con un decremento significativo nel 2023 e nei primi mesi del 2024. AST 2 mostra un trend inverso con un aumento significativo nel 2023 e nei primi mesi del 2024 indicando un possibile aumento della domanda. AST 3 si mostra relativamente stabile con lievi fluttuazioni, e una leggera diminuzione dal 2021 al 2024. AST 4 ha avuto una diminuzione nel 2022 e un lieve aumento nel 2023. Mostra una leggera diminuzione

nei dati parziali del 2024 . AST 5 Mostra un aumento in percentuale nel 2024 rispetto agli anni precedenti.

### **Dati relativi la contenzione fisica degli SPDC .**

Il sistema di monitoraggi ha raccolto complessivamente 1207 schede di contenzione fisica. Come illustrato nella tabella 2. Vengono sintetizzati i dati relativi alle frequenze assolute e in percentuale e le caratteristiche socio demografiche del campione.

**Tabella 2.** Caratteristiche socio-demografica del campione.

<b>CAMPIONE COMPLESSIVO</b>	<b>N=1207 (100%)</b>
<b>Genere, <i>n</i>(%)</b>	<b>n. (%)</b>
Femmina	437 (36.20)
Maschio	770 (63.80)
<b>Fascia di età</b>	<b>n. (%)</b>
<i>16 – 17 anni</i>	13 (1.08)
<i>18 – 20 anni</i>	57 (4.72)
<i>Da 21 in su</i>	1137(94.20)
<b>Regime di ricovero in SPDC</b>	<b>n (%)</b>
TSO	466 (38.60)
Volontario	723 (59.90)
Non specificato	18 (1.49)

Il campione complessivo è composto prevalentemente da maschi (63.80%) e da persone di età pari o superiore a 21 anni (94.20%). La maggioranza dei ricoveri nel SPDC è avvenuta su base volontaria (59.90%), con un significativo numero di ricoveri obbligatori (TSO) al 38.60%. Questi dati suggeriscono una tendenza verso il trattamento volontario e una predominanza di pazienti adulti, con una distribuzione della contenzione maggiore degli uomini rispetto alle donne.

Nella Tabella 3 vengono rappresentate le frequenze assolute e il tasso medio di contenzione negli SPDC suddiviso per AST e periodo di riferimento attraverso frequenze assolute e in percentuale rispetto al campione dell'anno di riferimento.

**Tabella 3.** Numero delle contenzioni negli S.P.D.C. delle Marche

<b>CAMPIONE COMPLESSIVO</b>	<b>N=1207 (100%)</b>
<b>Numero di contenzioni AST 1</b>	
	<b>n. (%)</b>
<i>Anno 2021</i>	108 (16.88)
<i>Anno 2022</i>	77 (12.83)
<i>Anno 2023</i>	58 (10.03)
<i>Anno 2024 (primi 4 mesi)</i>	17 (9.09)
<b>Numero di contenzioni AST 2</b>	
	<b>n. (%)</b>
<i>Anno 2021</i>	109 (27.25)
<i>Anno 2022</i>	106 (27.39)
<i>Anno 2023</i>	104 (23.21)
<i>Anno 2024 (primi 4 mesi)</i>	49 (19.68)
<b>Numero di contenzioni AST 3</b>	
	<b>n (%)</b>
<i>Anno 2021</i>	53 (17.73)
<i>Anno 2022</i>	47 (12.91)
<i>Anno 2023</i>	48 (14.20)
<i>Anno 2024 (primi 4 mesi)</i>	22 (17.32)
<b>Numero di contenzioni AST 4</b>	
	<b>n. (%)</b>
<i>Anno 2021</i>	73 (24.17)
<i>Anno 2022</i>	75 (25.60)
<i>Anno 2023</i>	68 (20.00)
<i>Anno 2024 (primi 4 mesi)</i>	22 (21.36)
<b>Numero di contenzioni AST 5</b>	
	<b>n. (%)</b>
<i>Anno 2021</i>	47 (13.66)
<i>Anno 2022</i>	40 (10.72)
<i>Anno 2023</i>	60 (14.15)
<i>Anno 2024 (primi 4 mesi)</i>	23 (15.13)



Distribuzione per AST: la frequenza delle contenzioni in AST 1 è diminuita nel tempo, passando dal 16.88% nel 2021 al 12.83% nel 2022 e continuando a diminuire nel 2023 e nei primi mesi del 2024. Le contenzioni AST 2 sono rimaste relativamente stabili nel tempo, con una leggera fluttuazione, e un picco nel 2022 (27,39%) e un calo nel 2024 (primi 4 mesi) (19,68%). Le contenzioni AST 3 hanno mostrato una significativa diminuzione nel tempo, passando dal 18.06% nel 2021 al 17.32% nei primi quattro mesi del 2024. Le contenzioni AST 4 sono rimaste piuttosto stabili nel tempo, con un picco nel 2022 (25,60%) e un calo nel 2024 (primi 4 mesi) (21,36%). Le contenzioni AST 5 hanno mostrato un andamento in aumento nei primi 4 mesi del 2024. L'andamento generale mostra una diminuzione del numero totale di contenzioni nel corso del periodo analizzato, con un calo del -68,33% dal 2021 al 2024 (primi 4 mesi). Tutte le AST, tranne l'AST 5, mostrano un calo significativo nel 2024 (primi 4 mesi) rispetto al 2021. L'AST 1 ha registrato il calo più marcato (-69,63%). L'AST 5 è l'unica a presentare un aumento (+30,43%) nel 2024 (primi 4 mesi) rispetto al 2021.

Nella Tabella 4 vengono rappresentati per la prima volta nella Regione Marche la frequenza assoluta di contenzione in SPDC (n), il tasso medio di contenzione Regionale (%) suddiviso per anno di riferimento e la deviazione standard campionaria (DS).

**Tabella 4.** Contenzione negli SPDC delle Marche

<i>Numero di contenzioni SPDC Marche</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>DS</b>
<i>Anno 2021</i>	391	19.70	29.25
<i>Anno 2022</i>	345	17.10	26.43
<i>Anno 2023</i>	338	15.89	21.56
Anno 2024 (primi 4 mesi)	133	16.26	12.74

Lo studio ci indica che il tasso medio di contenzione negli SPDC delle Marche nel periodo di osservazione che va dal 1 gennaio 2021 al 30 aprile 2024 è del **17.24%** e che la media delle contenzioni annue nel periodo 2021-2023 è di **n°361**. Si osserva una tendenza alla diminuzione del numero di contenzioni negli SPDC delle Marche negli

ultimi anni. Rispetto al 2021, il 2023 ha registrato un calo del 13.53%. Anche i primi quattro mesi del 2024 mostrano una leggera flessione rispetto al 2023. Questa indica un miglioramento nella gestione dei pazienti in crisi e un maggiore ricorso a misure alternative alla contenzione. Nonostante il trend positivo, il numero di contenzioni rimane comunque elevato, con una media di circa 350 casi all'anno. Si osserva inoltre una certa variabilità tra i diversi anni, con un picco nel 2021 e un calo negli anni successivi. I dati presentati per il 2024 coprono solo i primi quattro mesi dell'anno, quindi è ancora presto per trarre conclusioni definitive sull'andamento annuale. La deviazione standard del numero di contenzioni SPDC nelle Marche è diminuita nel tempo, passando da 29,25 nel 2021 a 12,74 nei primi quattro mesi del 2024. Questa rappresenta una riduzione del 56,62%. Si tratta di un calo significativo che indica una maggiore omogeneità dei dati e una minore variabilità nel numero di contenzioni tra i diversi anni. Sarà interessante vedere se la tendenza alla diminuzione si confermerà anche nei prossimi mesi.

Nella Tabella 5 sono rappresentate le frequenze assolute e il tasso medio campionario sull'utilizzo di tecniche di de-escalation, i quadri psicopatologici maggiormente riscontrati in caso di contenzione fisica del paziente, le motivazioni che rendono necessario il contenimento fisico, le modalità e la durata della contenzione, gli eventi avversi che si sono verificati a carico dei pazienti e degli operatori, e se sono state coinvolte le forze dell'ordine per effettuare la manovra di contenzione.

**Tabella 5. Sintesi altri dati relativi la contenzione meccanica.**

<b>CARATTERISTICHE CAMPIONE</b>	<b>N=1207 (100%)</b>
<b>Utilizzo delle Tecniche di de-escalation</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Si</i>	745 (61,72)
<i>No</i>	42 (3,47)
<i>Non specificato</i>	420 (34,71)

<b>Principali quadri psicopatologici</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Altro</i>	221 (18.31)
<i>Psicosi Schizofreniche</i>	192 (15.91)
<i>Psicosi non Schizofreniche</i>	132 (10.94)
<i>Disturbo Bipolare</i>	140 (11,65)
<i>Disturbi Psicici organici Neurologici</i>	138 (11,60)
<i>Disturbo di personalità</i>	81 (6.71)
<i>Disturbi psichici indotti da sostanze</i>	60 (4.95)
<i>Altre diagnosi (di vario tipo da ricodificare)</i>	243 (20.13)

  

<b>Cause della contenzione (scelta multipla)</b>	<b>n (%)</b>
<i>Aggressività etero ed auto-diretta</i>	683 (56.58)
<i>Quadro psicopatologico alterato</i>	663 (54.92)
<i>Disorganizzazione / confusione</i>	459 (38.02)
<i>Non specificato</i>	3 (0.25)

  

<b>Modalità di contenzione (scelta multipla)</b>	<b>n (%)</b>
<i>Arti</i>	1125 (93.20)
<i>Torace</i>	690 (57.16)
<i>Non specificato</i>	51 (4.22)

  

<b>Durata della contenzione</b>	<b>n (%)</b>
<i>Meno di un ora</i>	4 (0.32)
<i>Tra 1 e 3 ore</i>	41 (3,39)
<i>Tra 3 e 6 ore</i>	31 (2,56)
<i>Tra 6 e 12 ore</i>	162 (13.42)
<i>Oltre le 12 ore</i>	929 (76.96)
<i>Non specificato</i>	49 (4.05)

  

<b>Eventuale evento avverso sul paziente</b>	<b>n (%)</b>
<i>No</i>	1144 (94.78)
<i>Si</i>	7 (0.58)
<i>Non specificato</i>	56 (4.64)

<b>Eventuale evento avverso su operatore</b>	<b>n (%)</b>
<i>No</i>	1066 (88.32)
<i>Si</i>	9 (0.75)
<i>Non specificato</i>	132 (10.93)

  

<b>Segnalazione evento avverso su operatore</b>	<b>n (%)</b>
<i>No</i>	1066 (88.32)
<i>Si</i>	6 (0.50)
<i>Non specificato</i>	135 (11.18)

  

<b>Richiesta di intervento Forze dell'Ordine</b>	<b>n (%)</b>
<i>No</i>	992 (82.18)
<i>Si</i>	72 (5.96)
<i>Non specificato</i>	143 (11.86)

I dati indicano che una buona parte dei pazienti (61.72%) è gestita con tecniche di de-escalation, anche se una significativa porzione (34.71%) non ha specificato l'uso di tali tecniche. La prevalenza di psicosi, sia schizofreniche che non schizofreniche, disturbi bipolari e altre diagnosi rilevanti sottolinea la varietà e complessità delle condizioni trattate. Le cause principali della contenzione sono legate all'aggressività e all'alterazione del quadro psicopatologico. La contenzione degli arti è la modalità più comune (93.20%), seguita dal torace (57.16%). La durata della contenzione è maggiormente oltre le 12 ore (76.96%), un dato significativo che potrebbe richiedere ulteriori analisi per ottimizzare le pratiche di gestione dei pazienti. Gli eventi avversi sul paziente sono rari (0.58%), così come quelli sugli operatori (0.75%). Tuttavia, la segnalazione di tali eventi avversi potrebbe essere migliorata, considerando che una percentuale significativa non è specificata. Infine, la richiesta di intervento delle forze dell'ordine è relativamente bassa (5.96%), indicando che nella maggior parte dei casi, le situazioni sono gestite internamente. Per i restanti dati raccolti, inerenti aspetti procedurali dei singoli SPDC, possiamo sintetizzare che: Tutti i DSM delle Marche hanno caricato nella piattaforma copia in pdf del protocollo / procedura di contenzione

fisica utilizzato nel proprio SPDC e/o le linee guida regionali emesse nel novembre 2018. La Comunità di pratica ha evidenziato notevoli difficoltà nel poter reperire il dato relativo a contenzioni avvenute fuori dagli SPDC, in quanto i servizi non hanno un registro contenzioni o un database da cui poter ricavare il dato. Dai pochi dati raccolti (5 in tutto) si evidenzia che sono state effettuate presso il Pronto Soccorso. Nel 100% dei casi viene effettuato al momento dell'ingresso in SPDC il controllo di eventuali strumenti pericolosi in possesso. Nel 57,1% dei casi è prevista la possibilità di uscita dall'SPDC durante il ricovero (con regolamentazione interna) e nel 42,9% no. Nel 100% degli SPDC nonostante la carenza di apposite stanze fumo, si sono trovate soluzioni alternative per poter concedere la possibilità di fumare durante il ricovero. Nel 100% dei casi c'è la possibilità di ricevere visite durante il ricovero.

#### 4.2 Caratteristiche del campione per la macroarea denominata: prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS

Questa sezione ha permesso la ricognizione e l'acquisizione dati utilizzati per il monitoraggio degli obiettivi da raggiungere come sintetizzato nella Tabella 6. Le variabili binarie e categoriali sono state presentate come frequenza assoluta ( $n_i$ ) e come frequenza percentuale ( $\%F_i$ ) e distribuite per l'anno di riferimento.

**Tabella 6. Sintesi dei dati monitorati riguardanti percorsi in REMS.**

<b>CARATTERISTICHE</b>	<b>ANNO</b>	<b>ANNO</b>	<b>ANNO</b>
	2021	2022	2023
<b>Pazienti collocati in REMS (Campione)</b>	27	24	27
<b>Sesso:</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Maschi</i>	25 (92.59)	22 (91.67)	25 (92.59)
<i>Femmine</i>	2 (7.41)	2 (8.33)	2 (7.41)
<b>Nazionalità:</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Italiana</i>	23 (85.18)	19 (79.17)	20 (74.07)
<i>Straniera</i>	4 (14.82)	5 (20.83)	7 (25.93)
<b>Misura sicurezza di tipo:</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>provvisoria</i>	17 (62.96)	17 (70.83)	14 (51.85)
<i>definitiva</i>	10 (37.04)	7 (29.17)	13 (41.15)

<b>Piano terapeutico</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Si</i>	23 (85.19)	16 (66.67)	22 (81.48)
<i>No</i>	4 (14.81)	8 (33.33)	5 (18.52)
<b>Diagnosi principali :</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Disturbi Psicotici</i>	9 (33.33)	9 (37.50)	9 (33.33)
<i>Disturbi del tono dell'umore</i>	5 (18.52)	4 (16.66)	2 (7.40)
<i>Disturbi psichici organici e indotti</i>	5 (18.52)	3 (12.50)	7 (25.92)
<i>Disturbi correlati a sostanze</i>	1 (3.71)	2 (8.34)	2 (7.40)
<i>Disturbi di personalità</i>	7 (25.92)	6 (25.00)	7 (25.92)
<b>Dimissioni :</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<b>Totali: (campione)</b>	10	6	7
<i>entro 12 mesi</i>	4 (40)	2 (33.33)	0
<i>entro 24 mesi</i>	2 (20)	3 (50.00)	1 (14.28)
<i>entro 36 mesi</i>	1 (10)	1 (16.67)	4 (57.15)
<i>Oltre 36 mesi</i>	3 (30)	0	2 (28.57)
<b>Numero riammessi nell'anno</b>	2	2	0
<b>Numero dimessi presso altre strutture riabilitative</b>	7	5	5
<b>N° Follow Up alla Dimissione</b>			
<i>Entro 3 mesi</i>	9	5	5
<i>Entro 6 mesi</i>	11	6	5
<i>Entro 12 mesi</i>	20	8	5

I dati mostrano che il numero di pazienti collocati in REMS è rimasto relativamente costante nei tre anni, con una leggera diminuzione nel 2022; la distribuzione per sesso mostra una netta prevalenza di pazienti maschi rispetto alle femmine, che rimane costante nel tempo; c'è una tendenza crescente di pazienti stranieri nel campione; la percentuale di misure di sicurezza provvisorie e definitive varia nel tempo ma nel 2023 c'è stato un significativo aumento delle misure di sicurezza definitive rispetto agli anni precedenti; la percentuale di pazienti con un piano terapeutico ha mostrato variazioni e dopo un calo significativo nel 2022, è tornata nel 2023 a livelli simili a quelli del 2021; le principali diagnosi dei pazienti mostrano stabilità per quanto riguarda i disturbi psicotici e i disturbi di personalità, mentre ci sono variazioni negli altri disturbi; il

numero totale di dimissioni varia con una diminuzione nel 2022 e un leggero aumento nel 2023. Il tempo di dimissione mostra una tendenza a durate di inserimento più lunghe; le dimissioni entro 12 mesi sono scese a zero nel 2023, mentre quelle entro 36 mesi sono aumentate; il numero di riammessi è diminuito a zero nel 2023, suggerendo potenzialmente un miglioramento nella stabilità dei pazienti dopo la dimissione; il numero di follow-up diminuisce significativamente nel tempo.

#### 4.3 Caratteristiche del campione per la macroarea denominata: presa in carico del minore/adolescente.

Questa sezione ha permesso la ricognizione e l'acquisizione dati utilizzati per il monitoraggio degli obiettivi da raggiungere come sintetizzato nella Tabella 7. . Le variabili binarie e categoriali sono state presentate come frequenza assoluta ( $n_i$ ) e come frequenza percentuale ( $\%F_i$ ) e distribuite per all'anno di riferimento.

**Tabella 7. Sintesi dei dati presa in carico del minore / adolescente**

CARATTERISTICHE	ANNO	ANNO	ANNO
	2021	2022	2023
<b>Numero di minori / adolescenti in contatto con i CSM :</b>	<b>n. (%)</b> 493	<b>n. (%)</b> 485	<b>n. (%)</b> 629
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	146 (29.62)	95 (29.62)	96 (15.26)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	347 (70.38)	390 (70.38)	533 (84.74)
<b>Numero prestazioni dell' equipe C.S.M.</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Prestazioni Totali</i>	5736	6014	5540
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	2515 (43.85)	2092 (34.79)	693 (12.26)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	3221(56.15)	3922 (65.21)	4861 (87.74)
<b>Numero consulenze in Pronto Soccorso</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Consulenze totali</i>	149	177	215
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	30 (20.13)	39 (22.04)	49 (22.79)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	119 (79.87)	138 (77.96)	166 (77.21)

<b>Numero consulenze in altri reparti</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Consulenze totali</i>	43	28	48
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	22 (51.16)	12 (42.86)	14 (29.17)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	21 (48.84)	16 (57.14)	34 (70.83)
<b>Numero ricoveri S.P.D.C.</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>Ricoveri totali</i>	122	156	209
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	29 (23.77)	45 (23.77)	25 (8.15)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	93 (76.23)	111 (76.23)	184 (91.85)
<b>Numero T.S.O.</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>
<i>T.S.O. totali</i>	12	7	6
<i>minori tra 16 e 17 anni</i>	2 (16.67)	0 (0)	0 (0)
<i>adolescenti tra 18 e 20 anni</i>	10 (83.33)	7 (100)	6 (100)

Nel triennio, il numero totale di minori/adolescenti in contatto con i CSM è aumentato da 493 nel 2021 a 629 nel 2023. La percentuale di minori tra 16 e 17 anni è diminuita dal 29.62% nel 2021 al 15.26% nel 2023, mentre quella degli adolescenti tra 18 e 20 anni è aumentata dal 70.38% all'84.74%. Le prestazioni totali hanno visto una leggera fluttuazione, con un picco nel 2022 (6014) e una diminuzione nel 2023 (5540). La distribuzione delle prestazioni mostra una diminuzione delle prestazioni per i minori tra 16 e 17 anni, passando dal 43.85% nel 2021 al 12.26% nel 2023, e un aumento per gli adolescenti tra 18 e 20 anni. Le consulenze totali in Pronto Soccorso sono aumentate da 149 nel 2021 a 215 nel 2023. La percentuale di consulenze per i minori è rimasta relativamente stabile, mentre quella per gli adolescenti ha visto un leggero aumento. Le consulenze totali in altri reparti sono aumentate da 43 nel 2021 a 48 nel 2023. La percentuale di consulenze per i minori è diminuita dal 51.16% nel 2021 al 29.17% nel 2023, mentre quella per gli adolescenti è aumentata. I ricoveri totali sono aumentati da 122 nel 2021 a 209 nel 2023. La percentuale di ricoveri per i minori è diminuita dal 23.77% all'11.96%, mentre quella per gli adolescenti è aumentata significativamente. Il numero di TSO totali è diminuito da 12 nel 2021 a 6 nel 2023. Non ci sono stati TSO per i minori nel 2022 e nel 2023, mentre tutti i TSO sono stati per gli adolescenti.



## 5. DISCUSSIONE

### 5.1 Monitoraggio del superamento/riduzione della contenzione fisica.

In ambito psichiatrico la contenzione può essere definita come l'insieme di quei mezzi fisici-chimici ambientali che si applicano coercitivamente al paziente allo scopo di limitare la sua capacità di movimento volontario (Belloi, 2000).

La contenzione meccanica è una modalità largamente utilizzata in psichiatria per la gestione degli episodi di agitazione e aggressività all'interno dei SPDC (Rossi, a c. di, 2015)

L'analisi dei dati sul numero di contenzioni nei diversi Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), suddivisi per ciascuna AST e negli anni dal 2021 al 2024, evidenzia alcune tendenze interessanti nel campione complessivo di 1207 casi:

**AST 1:** si osserva una netta diminuzione del numero di contenzioni AST 1 nel corso degli anni, con un calo del 61,43% tra il 2021 e il 2024 (primi 4 mesi). La riduzione del numero di contenzioni è particolarmente evidente nel 2023, con un calo del 45,86% rispetto al 2022. La percentuale di pazienti sottoposti a contenzione varia tra il 9.09% e il 16.88%, con una media del 12.95%.

**AST 2:** si osserva una relativa stabilità nel numero di contenzioni AST 2 nel corso degli anni, con una leggera diminuzione nel 2024 (primi 4 mesi) rispetto al 2021. Tuttavia, la variabilità tra i diversi anni è contenuta (circa 4 punti percentuali). La percentuale di pazienti sottoposti a contenzione varia tra il 19.68% e il 27.39%, con una media del 25.63%. La relativa stabilità del numero di contenzioni potrebbe indicare che il ricorso alla contenzione fisica sia già stato ottimizzato, con un utilizzo già attento e circoscritto ai casi più gravi.

**AST 3:** si osserva una certa variabilità nel numero di contenzioni AST 3 nel corso degli anni, con un picco nel 2021 e una leggera flessione nel 2022, seguita da un nuovo aumento nel 2023. I dati parziali del 2024 mostrano un ritorno al livello del 2021. La percentuale di pazienti sottoposti a contenzione AST 3 varia tra il 12.91% e il 17.73%, con una media del 15.72%. Questo dato indica che la contenzione viene utilizzata in una piccola minoranza dei casi.

**AST 4:** si osserva una certa variabilità nel numero di contenzioni AST 4 nel corso degli anni, con un picco nel 2022 e una successiva flessione. I dati parziali del 2024 mostrano un leggero aumento rispetto al 2023. La media annuale del numero di contenzioni AST 4 nel periodo 2021-2024 è di circa 70 casi. La percentuale di pazienti sottoposti a contenzione AST 4 varia tra il 20.00% e il 25.60%, con una media del 22.72%.

**AST 5:** si osserva una certa variabilità nel numero di contenzioni AST 5 nel corso degli anni, con un picco nel 2023 e un leggero calo nel 2024 (primi 4 mesi). Tuttavia, la variabilità è contenuta rispetto ad altre tipologie di contenzione. La media annuale del numero di contenzioni AST 5 nel periodo 2021-2024 è di circa 47 casi. La percentuale di pazienti sottoposti a contenzione AST 5 varia tra il 10.72% e il 15.13%, con una media del 13.59%.

Secondo una ricerca condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità presso un campione di SPDC sull'intero territorio nazionale, nel 60% dei casi le strutture facevano ricorso a pratiche di contenzione meccanica e in oltre il 70% erano presenti gli strumenti idonei per farvi ricorso (Dell'Acqua et al., 2007).

Come riferisce lo psichiatra Vittorio Ferioli, in un articolo scientifico dedicato specificatamente alla contenzione meccanica, "nei reparti psichiatrici per acuti, in Italia, avvengono in media 20 contenzioni ogni 100 ricoveri e queste riguardano 11 pazienti ogni 100 ricoverati" (Ferioli, 2013 p. 30).

Una revisione della letteratura pubblicata nel 2013 conclude che la prevalenza dell'utilizzo della contenzione è del 3,8-20%, nonostante i tentativi di riduzione dell'utilizzo della contenzione. Le variabili risultate più frequentemente associate nei 49 studi inclusi nella rassegna sono sesso maschile, classi di età medio-giovani, un'etnia straniera, schizofrenia, un ricovero non volontario, aggressività o tentativi di fuga e la presenza di staff maschile. (Beghi et al., 2013)

Uno studio pubblicato su "Medicina" ha esaminato la prevalenza della contenzione meccanica in un'unità psichiatrica italiana, trovando che il 14,1% dei pazienti subisce contenzione meccanica. Questo studio ha identificato come fattori associati all'uso della contenzione il sesso maschile, una giovane età, essere single o migranti, e avere comportamenti aggressivi o comorbidità con l'uso di sostanze illecite (Aguglia et al., 2023)

Non esistendo un dato medio nazionale, la letteratura scientifica ci suggerisce che la percentuale di contenzione negli SPDC in Italia può variare entro una forbice che va dall'11 al 20% dei pazienti ricoverati con un valore medio attorno al 15.5%. Le medie regionali di contenzione fisica sono già all'interno di questa forbice (19.70% nel 2021 con riduzione negli anni successivi) con la tendenza a raggiungere il valore medio nell'anno in corso.

Circa il 61,72% delle strutture psichiatriche utilizzano tecniche di de-escalation, mentre il 34.71% non specifica l'uso di queste tecniche. Questo indica una diffusa pratica nell'adozione di strategie preventive prima di ricorrere alla contenzione meccanica confermate dallo studio di Mary Lavelle et al. del 2016, che ha portato alla luce che più della metà dei pazienti degenti in un SPDC (53%) ha messo in atto atteggiamenti aggressivi nei confronti del personale e nel 60% dei casi la de-escalation ha avuto successo.

Le psicosi schizofreniche rappresentano una delle principali categorie diagnostiche correlate all'uso della contenzione, con il 15,91% dei casi. Questo sottolinea come specifici quadri psicopatologici possano influenzare la necessità di interventi di contenimento e solitamente l'aggressività, sia diretta verso altri che verso sé stessi, è la causa più frequente di contenzione (56,58% dei casi). Gli arti sono la modalità più comunemente utilizzata per il contenimento (93,20%), seguita dal torace (57.16%).

La maggior parte delle contenzioni (76,96%) dura oltre 12 ore, con una minoranza di casi (0,58%) che riporta eventi avversi sul paziente. Gli eventi avversi sugli operatori sono rari (0,75%). A questo riguardo, la White Paper of the Council of Europe riporta che "L'uso di brevi periodi di contenzione fisica (blocco fisico non prolungato) dovrebbe tener conto del rapporto rischi/benefici e la contenzione meccanica dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa e solo in casi eccezionali per periodi prolungati" (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe, 2005).

Inoltre la maggior parte delle situazioni di contenzione non richiede l'intervento delle forze dell'ordine (82,32%), indicando che le linee guida regionali, le procedure e i protocolli per la gestione interna delle emergenze psichiatriche sono generalmente efficaci e sicuri senza la necessità di interventi esterni. Emerge inoltre un quadro positivo per quanto riguarda l'umanizzazione delle cure negli SPDC delle Marche. La disponibilità di protocolli, il controllo degli strumenti pericolosi, la possibilità di uscite

temporanee, le soluzioni alternative per il fumo e la possibilità di visite rappresentano tutti passi avanti significativi. Tuttavia, persistono alcune criticità, come la difficoltà nel reperire dati su contenzioni fuori dall' SPDC e la mancanza di stanze fumo dedicate. Un impegno continuo per migliorare questi aspetti potrebbe ulteriormente elevare la qualità dell'assistenza e il benessere dei pazienti.

## **5.2 Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS**

I dati presentati forniscono una panoramica dettagliata dei percorsi dei pazienti nelle REMS nel corso degli anni 2021, 2022 e 2023. Il numero di pazienti collocati rimane relativamente stabile nel corso degli anni, con piccole variazioni da 24 a 27 pazienti.

La maggioranza dei pazienti è di sesso maschile e di nazionalità italiana, con variazioni minime nel periodo monitorato. È interessante notare una tendenza verso una diminuzione delle misure di sicurezza definitive a favore di quelle provvisorie nel corso degli anni, il che potrebbe riflettere un cambiamento nelle pratiche di gestione nei tribunali. La presenza di un piano terapeutico mostra una tendenza positiva, con la percentuale di pazienti con un piano terapeutico che aumenta nel tempo, indicando un impegno crescente dei servizi verso l'assistenza e il trattamento personalizzati. Le diagnosi più comuni includono disturbi psicotici, disturbi del tono dell'umore e disturbi psichici correlati a sostanze. Questo rispecchia la complessità dei casi trattati nelle REMS e l'importanza di strategie terapeutiche mirate. Le dimissioni avvengono con frequenza variabile entro diversi intervalli di tempo, con un numero limitato di riammissioni e un follow-up rilevato entro 3, 6 e 12 mesi post-dimissione. Questi dati indicano un impegno nella continuità delle cure e nel monitoraggio post-trattamento.

In conclusione, la raccolta e l'analisi di questi dati sono cruciali per valutare l'efficacia delle politiche assistenziali e per ottimizzare i percorsi di cura nei contesti psichiatrici specializzati come le REMS. Monitorare costantemente queste metriche può guidare miglioramenti nella gestione dei casi e nell'assistenza ai pazienti, promuovendo una maggiore qualità della vita e una riduzione delle ricadute cliniche.

### 5.3 Presa in carico del minore/adolescente.

I dati relativi alla presa in carico dei minori e degli adolescenti nei CSM (Centri di Salute Mentale) negli anni 2021, 2022 e 2023 forniscono una visione dettagliata delle interazioni e delle necessità di assistenza di questa fascia di età nei contesti psichiatrici. Si osserva un aumento nel numero totale di contatti con i CSM tra il 2021 e il 2023, passando da 493 a 629. Questo aumento è principalmente guidato da un incremento significativo negli adolescenti tra i 18 e i 20 anni nel 2023, evidenziando una crescente richiesta di assistenza tra i giovani adulti. Le prestazioni totali dell'equipe CSM mostrano una diminuzione nel numero di prestazioni per i minori tra i 16 e i 17 anni nel corso degli anni, mentre rimangono relativamente stabili per gli adolescenti tra i 18 e i 20 anni. Le consulenze totali al Pronto Soccorso mostrano un incremento nel numero di consultazioni per entrambe le fasce di età nel 2023, il che potrebbe riflettere una maggiore consapevolezza e accesso ai servizi sanitari da parte dei giovani. Le consulenze in altri reparti mostrano una variazione, ma con una tendenza generale verso un aumento delle consultazioni per gli adolescenti. Il numero totale di ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura tende a diminuire nel 2023, particolarmente tra i minori tra i 16 e i 17 anni. Questo riflette cambiamenti strategici nelle politiche regionali di trattamento (5 posti letto dedicati presso SPDC di Torrette). Il numero di T.S.O. mostra una diminuzione nel 2023, con pochi casi tra i minori e gli adolescenti. Complessivamente, questi dati sottolineano l'importanza di monitorare attentamente le tendenze nel trattamento e nell'assistenza ai minori e agli adolescenti con disturbi mentali, al fine di adattare le risorse e le strategie terapeutiche per rispondere efficacemente alle loro esigenze in evoluzione.

### 5.4 Implicazioni per la pratica clinica

I dati sull'uso della **contenzione meccanica nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura** evidenziano alcune implicazioni cliniche significative. In primo luogo, la variabilità nel numero di contenzioni tra le diverse AST e nel corso degli anni suggerisce che esistono differenze sostanziali nelle pratiche di gestione dei pazienti agitati, il che potrebbe indicare l'efficacia delle revisioni delle pratiche o l'adozione di strategie di gestione più efficaci. Il fatto che circa il 61,72% delle strutture psichiatriche utilizzi tecniche di de-escalation prima di ricorrere alla contenzione meccanica è un dato positivo, in linea con

le migliori pratiche cliniche che privilegiano interventi meno invasivi. Le psicosi schizofreniche sono tra le principali categorie diagnostiche che richiedono l'uso della contenzione, rappresentando il 15,91% dei casi. Questo dato suggerisce che i pazienti con determinate diagnosi psichiatriche possono avere un rischio maggiore di comportamenti aggressivi, necessitando così di interventi di contenzione. L'aggressività, sia etero-diretta che auto-diretta, è la causa più frequente di contenzione il che indica la necessità di strategie di gestione specifiche per questi comportamenti. La durata della contenzione, che nel 76,96% dei casi supera le 12 ore, solleva preoccupazioni riguardo agli effetti a lungo termine sulla salute mentale e fisica dei pazienti. Tuttavia, la bassa incidenza di eventi avversi sui pazienti (0,58%) e sugli operatori (0,75%) suggerisce che, nonostante la durata prolungata, le pratiche di contenzione sono generalmente sicure se eseguite correttamente. Infine, la maggior parte delle contenzioni non richiede l'intervento delle forze dell'ordine (82,18%), indicando che le procedure interne sono generalmente efficaci. Questo dato rafforza l'importanza di avere protocolli ben definiti e personale adeguatamente formato per gestire le emergenze psichiatriche internamente. In sintesi, mentre l'uso della contenzione meccanica rimane una pratica significativa, i dati indicano anche un crescente impegno verso l'adozione di tecniche preventive e una gestione più efficace delle emergenze psichiatriche.

Le implicazioni cliniche dei dati relativi ai **pazienti nelle REMS** dal 2021 al 2023 sono significative per diverse ragioni. il numero relativamente stabile di pazienti collocati nelle REMS, con piccole variazioni da 24 a 27 pazienti all'anno, indica una capacità di gestione costante delle strutture nonostante le possibili fluttuazioni nei casi. La predominanza di pazienti di sesso maschile e di nazionalità italiana, suggerisce che i programmi terapeutici e di sicurezza devono essere specificamente adattati per questa demografia. La tendenza verso una diminuzione delle misure di sicurezza definitive a favore di quelle provvisorie può riflettere un cambiamento nelle pratiche giudiziarie, indicando una possibile maggiore flessibilità e adattabilità nel trattamento dei pazienti e l'aumento della percentuale di pazienti con un piano terapeutico evidenzia un impegno crescente verso l'assistenza personalizzata e il trattamento mirato. Questo impegno verso piani terapeutici personalizzati può migliorare significativamente gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti. La variabilità nelle dimissioni entro diversi intervalli di tempo e il numero limitato di riammissioni indicano un'efficacia generale delle strategie

di trattamento e di reintegrazione. Il monitoraggio continuo post-dimissione entro 3, 6 e 12 mesi è cruciale per garantire la continuità delle cure e prevenire le ricadute. La raccolta e l'analisi dettagliata di questi dati sono fondamentali per valutare l'efficacia delle politiche assistenziali e ottimizzare i percorsi di cura nelle REMS.

I dati relativi alla presa in carico dei minori e degli adolescenti nei Centri di Salute Mentale (CSM) hanno implicazioni determinanti per la pratica clinica in ambito psichiatrico. L'aumento nel numero totale di contatti con i CSM, con una crescita evidente negli adolescenti tra i 18 e i 20 anni nel 2023, indica una maggiore domanda di assistenza tra i giovani adulti. Questo scenario sottolinea l'importanza di adattare le risorse e le strategie terapeutiche per rispondere efficacemente alle esigenze specifiche di questa fascia di età in evoluzione.

### **5.5 Limiti dello studio**

Individuati e corretti errori nell'inserimento dei dati nella piattaforma. Molti dati non sono monitorati quindi la ricerca è stata condotta manualmente con notevole difficoltà. Alcuni dati relativi le contenzioni sono inseriti nelle cartelle cliniche che per motivi tecnici non sono più presenti nei reparti, quindi con notevole difficoltà di consultazione. Alcuni membri della comunità di pratica per motivi personali non hanno ultimato il contratto di lavoro lasciando un buco nella raccolta che è stata completata in corso d'opera da altro personale dei DSM.

## 6. CONCLUSIONI

Lo scopo principale dello studio è raccogliere dati specifici sulla Salute Mentale, come richiesto dal progetto regionale “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale”. L'analisi dei dati offre una panoramica dei risultati ottenuti negli ultimi anni e una prospettiva futura per il sistema di Salute Mentale regionale. Inoltre, soddisfa gli obiettivi e fornisce dati utili per la relazione conclusiva del progetto. Sono state sviluppate tre aree di ricerca: il monitoraggio del superamento/riduzione della contenzione meccanica, i percorsi alternativi alle REMS e la presa in carico del minore/adolescente. Lo sviluppo dell'indagine ha permesso di esplorare il campione degli esposti e comparare tra i vari DSM dati relativi a pratiche sanitarie comuni. Per la prima volta, è stato possibile fornire una percentuale regionale media di contenzione, precedentemente inesistente. Analizzando le fasi dello studio, soprattutto la macroarea sulla riduzione della contenzione fisica, emerge chiaramente che la Delibera di Giunta Regionale n° 950 del 25 luglio 2022 ha portato e sta portando i risultati previsti, con una riduzione complessiva del tasso di contenzione. La distribuzione varia localmente, ma la riduzione della deviazione standard del dato suggerisce un avvicinamento dei servizi alla media regionale. Inoltre, i dati confermano un andamento regionale paragonabile alla letteratura, con una tendenza continua alla riduzione.

Per i percorsi alternativi alle REMS lo studio evidenzia un aumento della partecipazione dei servizi territoriali nella progettazione condivisa del trattamento individuale, ma nello stesso tempo anche un numero costante di inseriti, nonostante i percorsi di dimissione protetta effettuati nel tempo. Questo evidenzia il costante fabbisogno da parte della magistratura e delle istituzioni di un luogo di cura per le persone con problematiche di tipo psichiatrico autori di reato. D'altra parte ci sono importanti segnali di apertura nella gestione delle pratiche giudiziarie, indicando maggiore flessibilità e adattabilità nel trattamento dei pazienti. Restano molto lunghi i tempi di permanenza nelle REMS, ma questi sono vincolati al procedimento giuridico e vanno di pari passo con la gravità dei singoli reati commessi e delle eventuali pene da scontare. Difficile prevedere tempi più brevi perché non direttamente gestiti. Elemento positivo è invece il numero limitato di riammissioni il quale indica una efficacia



generale della strategia di trattamento in REMS e una capacità progettuale che permette il reintegro della persona nel contesto comune. In monitoraggio continuo post-dimissione diventa cruciale per garantire la continuità terapeutica e prevenire le ricadute.

Nella macroarea minori adolescenti lo studio ha evidenziato la crescita di domanda da parte del giovane adulto (fascia di età 18-20) ai servizi di Salute Mentale. Infatti questo aumento nei contatti con richiesta di prestazioni sanitarie nei CSM, di consulenze in pronto soccorso, in altri reparti e di ricovero presso gli SPDC (anche in TSO) fa emergere uno scenario in cui bisogna sottolineare l'importanza di adattare le risorse strategiche terapeutiche per poter rispondere efficacemente alle esigenze specifiche di questa fascia di età in evoluzione. La vision dei DSM dovrebbe essere orientata a mantenere e rafforzare quanto più possibile i servizi esistenti per garantire la continuità delle cure ed una risposta in tempi accettabili. L'incremento citato di consulenze presso il Pronto Soccorso conferma quanto evidenziato nell'introduzione dello studio ma indica anche una maggior consapevolezza e più facilità di accesso ai servizi sanitari tra i giovani. Necessario un migliore coordinamento tra i diversi settori sanitari che anno come missione quello di intervenire sui giovani ( Emergenza Urgenza - UMEE-Consultori- NPIA – STDP – DSM) per fornire una risposta integrata alle necessità di questa specifica fascia di età. In sintesi, questi dati enfatizzano l'importanza di una gestione clinica flessibile e adattabile, basata sull'evidenza e orientata al paziente, per affrontare efficacemente le esigenze complesse dei minori e degli adolescenti promuovendo al contempo un miglioramento continuo della qualità delle cure offerte.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Aguglia, A., Corsini, G. P., Berardelli, I., Berti, A., Conio, B., Garbarino, N., Gnecco, G. B., Magni, C., Venturini, E., Costanza, A., Amerio, A., Amore, M., & Serafini, G. (2023). Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(10), 1847. <https://doi.org/10.3390/medicina59101847>

Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di psichiatria*, 48(1), 10–22. <https://doi.org/10.1708/1228.13611>

Belloi, C. (2000). *La contenzione in psichiatria: un'analisi critica*. Milano: Masson. Pagina: 10

Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), «Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"», *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 26-39.

Di Cesare M., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. : *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. (2021) – Ministero della salute – Ultima consultazione 27/06/2024. Reperibile al link [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=3282](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3282)

Feroli V. (2013), «Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psico-dinamici», *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1): 29-44.

G20 – Covid 19 and the need for action on mental health - Policy paper Roma 2021  
Ultima consultazione 27/06/2024. Reperibile al link <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioPubblicazioniSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=3124>

Intesa n. 58/CSR sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”.

<https://www.statoregioni.it/media/4798/p-10-csr-atto-rep-n-58-28apr2022.pdf>

John, A., Eyles, E., Webb, R. T., Okolie, C., Schmidt, L., Arensman, E., Hawton, K., O'Connor, R. C., Kapur, N., Moran, P., O'Neill, S., McGuinness, L. A., Olorisade, B. K., Dekel, D., Macleod-Hall, C., Cheng, H. Y., Higgins, J. P. T., & Gunnell, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research*, 9, 1097. Ultima consultazione 27/06/202. Reperibile al link <https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2>

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), 2180–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>

LEGGE 30 maggio 2014, n. 81 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (14G00093) Reperibile al link GU Serie Generale n.125 del 31-05-2014 Entrata in vigore del provvedimento: 01/06/2014.

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The lancet. Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ open*, 5(6), e007079. Ultima consultazione 27/06/202. Reperibile al link [4https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079)

Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Ultima consultazione 27/06/2024 . Reperibile al link <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>

OECD (2021), Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.

Rossi S., (2015), Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005), «White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishment», Council of Europe.

Tavolo tecnico salute mentale - Documento di sintesi Anno 2021. Ultima consultazione 27/06/2024. Reperibile al link [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3084](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3084)

Wenger E., “Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity”, 1998. Harvard Business Review – January February – 2000 - “ Communities of Practice: The organization frontier”. Reperibile al link <https://hbr.org/2000/01/communities-of-practice-the-organizational-frontier>

WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Draft for the Seventy-first Regional Committee for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## **8. ALLEGATI**

Allegato 1: Delibera di Giunta Regionale n° 950 del 25 luglio 2022

Allegato 2: Autorizzazione alla raccolta e utilizzo dei dati relativi al progetto regionale “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale”

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

n. 950 del 25 luglio 2022

Oggetto: **Recepimento Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”. Approvazione del progetto regionale. Annualità 2022.**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla Direzione Sanità e Integrazione Socio-sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente della Direzione Sanità e Integrazione Socio-sanitaria;

VISTA l'attestazione della copertura finanziaria nonché il D.lgs. n. 118/11 e s.m.i. in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio;

VISTA la proposta del direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato “Verbale di seduta”

DELIBERA

1. di recepire le Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) regionali per le Regioni e le Province autonome (Allegato 1), di cui all'Intesa sancita in Conferenza Stato Regioni n. 58 del 26 aprile 2022;
2. di implementare le linee di indirizzo di cui all'allegato 1 nella relativa scheda progetto per la Regione Marche (Allegato 2);
3. di dare mandato ad Asur Marche di realizzare attraverso i DSM gli interventi proposti;
4. di stabilire che l'onere derivante dalla presente deliberazione pari ad euro 1.703.863,00, trova copertura con le risorse del Bilancio 2022-2024, annualità 2022, capitolo 2130110927,



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

correlato al capitolo di entrata 1201010549, di cui all'accertamento n. 2619/2022; trattasi di risorse afferenti al FSN, vincolate al finanziamento dei progetti regionali volti al rafforzamento dei DSM.

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs n. 33/2013.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

## **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

### **Normativa di riferimento**

- D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.Lgs. n. 300 del 30 luglio 1999 art. 47 bis (attribuzione al Ministero della Salute di funzioni in materia di tutela della salute umana e di coordinamento del S.S.N.);
- Piano Sanitario nazionale 2006-2008 capitolo 5.4;
- Accordo sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" (CU rep. atti n. 43/2008);
- Decreto del Ministero della Salute del 1° ottobre 2012 "Requisiti delle strutture residenziali per le persone ricoverate in ospedale psichiatrico giudiziario e assegnate a casa di cura e custodia;
- D.M. 24.10.2014 Approvazione dello Statuto dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106;
- Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Accordo del 26 febbraio 2015 rep. atti n. 17/CU (percorso di chiusura degli OPG sostituiti dalla rete residenziale sanitaria di livello regionale delle REMS);
- D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 co. 7 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992" e ss.mm.ii.;
- Intesa n. 127/CSR del 6 agosto 2020 sul documento recante "Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025";
- Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) anno 2019;
- Intesa n. 153/CSR del 04.08.2021, "Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021";
- Sentenza della Corte costituzionale n. 22/2022, pubblicata in G.U. il 02/02/2022;
- D.G.R. 7 febbraio 2022, n. 102 concernente "D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 -



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Documento tecnico di accompagnamento del triennio 2022-2024 - aggiornamento” e ss.mm.ii.;

- D.G.R. 7 febbraio 2022, n. 103 concernente “D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 Bilancio Finanziario Gestionale del triennio 2022-2024 - aggiornamento” e ss.mm.ii;
- Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 sul documento recante “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”, ai sensi dell’Intesa del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 153/CSR);
- D.G.R. n. 690 del 06 giugno 2022 “Art. 51 comma 2, lettera a), D.Lgs. 118/2011– Iscrizione nel Bilancio di Previsione 2022-2024 di entrate vincolate a scopi specifici e relativi impieghi – Variazione al Bilancio Finanziario Gestionale”;
- Decreto n. 14/SISS del 14 giugno 2022 “Intesa n. 58/CSR 28.04.2022 risorse FSN 2021 vincolate al finanziamento dei progetti regionali volti al rafforzamento dei DSM Accertamento sul capitolo n. 1201010549 € 1.703.863,00, bilancio 2022-2024, annualità 2022.

### **Motivazione**

Il Ministero della Salute pubblica ogni anno il “Rapporto sulla salute mentale” che, partendo dai dati provenienti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), studia i dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM).

Nell’ultimo rapporto si è potuto riscontrare una forte contrazione della spesa per la salute mentale (sia a livello ambulatoriale che ospedaliero), una diminuzione dell’articolazione territoriale ed una grave carenza di personale.

Come noto i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono dipartimenti strutturali transmurali (ospedalieri e territoriali), rappresentano il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinsecano nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione.

Gli stessi devono, altresì, assicurare capillarità di intervento e articolazione dei servizi per consentire adeguate strategie territoriali. Pertanto, vanno garantiti omogenei territori di afferenza, anche in riferimento alle peculiarità oro-geografiche e di urbanizzazione del territorio. È indubbio, inoltre, che la salute mentale sia un fattore imprescindibile per conseguire uno stato di salute e di benessere in tutti i contesti relazionali e che la pandemia abbia reso ancora più evidente la centralità di questo bene, mettendo in evidenza criticità e necessità di prevedere risorse per fornire risposte appropriate ai bisogni di salute mentale. A tale contesto si aggiunge la sentenza n. 22/2022 della Corte costituzionale, sollecitata dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Tivoli, che ha sottolineato l’incapacità dei DSM di gestire la sempre più ampia utenza e soprattutto i soggetti in lista di attesa per l’ingresso nelle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

In tale contesto è stato convocato il Tavolo Tecnico, istituito presso il Ministero della Salute che ha pubblicato un documento tecnico che comprende tre aree di intervento:

- a) Programmazione regionale;
- b) Analisi delle criticità nei Servizi e dell’appropriatezza dei percorsi di cura;
- c) Diritti e riduzione degli interventi coercitivi

Dopo vari incontri tra le Regioni e le Province Autonome è stata sancita l’Intesa n. 58/CSR del 28.04.2022 sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al





## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali” sulla base delle quali le Regioni possono pianificare l’attività programmatoria, volta al superamento delle criticità evidenziate nelle stesse.

Ogni Regione è chiamata a presentare un progetto che vada a rafforzare i DSM, con obiettivi sia comuni a tutte le regioni, sia specifici che ogni Regione individuerà per superare le criticità locali.

In particolare sono stati individuati, come obiettivi generali comuni a tutte le Regioni:

1. avviare/implementare dei percorsi per il superamento della contenzione meccanica;
2. prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS;
3. sviluppare un sistema informatico sempre aggiornato di monitoraggio.

Come obiettivo specifico regionale è invece stato individuato, in accordo con Asur Marche, quale unità operativa del progetto e destinataria delle risorse finanziarie, quello di attuare gli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete, come previsto dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), con particolare attenzione all’adolescenza, maturato dall’inesistenza di una adeguata rete di NPIA e di una relativa formazione specialistica sul territorio marchigiano.

Le suddette Linee di indirizzo rappresentano la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell’integrazione tra i servizi di salute mentale per l’età evolutiva e quelli per l’età adulta, con l’elaborazione di modelli operativi innovativi che consentono in primo luogo di affrontare adeguatamente gravi disturbi che hanno il loro esordio precocemente ed, in secondo luogo, agevolare la condivisione approfondita del percorso di cura individuale del giovane, al fine di valutare gli interventi appropriati e le soluzioni idonee, con il coinvolgimento di tutti i diversi servizi competenti.

Come da Tabella di cui all’Allegato 2) dell’Intesa alla Regione Marche sono stati assegnati € 1.703.863,00, all’interno del FSN 2021, finanziamento statale volto al rafforzamento dei DSM, previsto in sede di ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Il termine delle attività progettuali è stato fissato al 30.06.2023 ed entro il 31.07.2023 le Regioni dovranno trasmettere al Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la “scheda dei risultati raggiunti” utilizzando il format inserito nell’Allegato 1) dell’Intesa. Le Regioni, nella relazione, dovranno altresì delineare i percorsi da mettere in atto in forma strutturata per definire, in termini di programmazione, gli interventi realizzati con le risorse vincolate del Fondo Sanitario Nazionale anno 2021. A seguire il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, effettua la valutazione finale dei risultati conseguiti sulla base delle relazioni e delle schede dei risultati presentate dalle Regioni, con facoltà di richiedere integrazioni e chiarimenti.

All’interno del progetto sono state indicate le azioni collegate agli obiettivi comuni a tutte le regioni, dando particolare evidenza alla formazione, prevedendo: alta formazione (corso di de-escalation per i referenti competenti), elaborazione di linee guida a cui collegare protocolli operativi locali e un monitoraggio del numero delle contenzioni meccaniche, individuazione delle criticità all’interno delle REMS, monitoraggio e follow-up periodico dei dimessi con potenziamento di personale che permetterà il contatto costante tra i DSM, la REMS e la Magistratura, definizione di un PTRI, sviluppo di un sistema informatico e relativo monitoraggio. L’obiettivo specifico, invece, punta alla presa in carico, con particolare



#### **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

attenzione all'adolescenza e l'attivazione di un apposito Team dedicato all'interno di ogni DSM (Psichiatra, psicologo, Assistente sociale, infermiere ed educatore), con protocolli operativi condivisi tra i servizi di Neuropsichiatria infantile e i Servizi di Salute mentale dell'adulto.

Il progetto è stato elaborato in collaborazione con Asur Marche (dopo essere stato discusso e presentato alla Consulta Regionale sulla Salute Mentale il 22.06.2022), che in data 08.07.2022, lo ha formalmente presentato (nota ns.protocollo n. 0900543).

Con decreto n. 14/SSS del 09.06.2022 sono state accertate le risorse provenienti dal FSN 2021, vincolate al finanziamento dei progetti regionali volti al rafforzamento dei DSM sul capitolo di entrata 1201010549, bilancio 2022-2024, annualità 2022.

Le risorse finanziarie necessarie per l'attuazione della presente deliberazione, pari ad euro 1.703.863,00, trovano copertura nel Bilancio 2022-2024 annualità 2022 come segue:

euro 1.703.863,00 capitolo n. 2130110927, correlato al capitolo di entrata 1201010549.

Trattasi di risorse afferenti al perimetro sanità, per le quali si applica il Titolo II, del d.lgs. n.118/2011 e s.m.i.

#### **Esito dell'istruttoria**

Per tutto quanto precede ed atteso che sussistono le ragioni di opportunità ed i presupposti normativi, si propone che la Giunta Regionale deliberi quanto previsto nel dispositivo.

La sottoscritta, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento  
Paola Possanzini

Documento informatico firmato digitalmente

#### **PARERE DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE SANITÀ E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Dirigente della Direzione  
Filippo Masera

Documento informatico firmato digitalmente



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione. Dichiaro, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarmi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Direttore del Dipartimento Salute  
Armando Marco Gozzini

Documento informatico firmato digitalmente

**ALLEGATI**

ALL 1 Intesa n. 58CSR del 28.04.pdf - B6B042924E320C44A7421EFA749E0608ADC830338E1E8BF2B2E8B14D27868A88  
ALL. 2 Schema Progetto ASUR def.pdf - 4C6FE6C2895B1369C2B243EC6D921DBB74A8270A4D9C794F1DA10D2C323C9C4E  
attest copertura fin dgr DSM.docx - FB31D0A1186EC15A62FDC0225EF9897D0E237AE845FDC688E43AAD1469ED9DB2  
950.pdf - 679B282F1032FE5FCA3B82EE22337AC0014B8A8DC21592878FC553302A432261



Al Responsabile Progetto  
Potenziamento DSM Regione Marche  
Dr. Paolo Pedrolli  
Coordinatore Regionale DSM Marche

Oggetto: Autorizzazione alla raccolta e utilizzo dei dati relativi al progetto regionale “ Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale”

In merito all'oggetto,  
il sottoscritto SAURO SANTINI, Coordinatore Centro Salute Mentale di Jesi e iscritto al CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università Politecnica delle Marche Sede di Ancona

CHIEDE

la Vs. autorizzazione a raccogliere dati relativi al progetto in oggetto come da progetto regionale allegato

La raccolta avverrà tramite una apposita piattaforma di raccolta dati coinvolgendo il personale neo assunto per la realizzazione degli obiettivi progettuali.

Le informazioni ottenute tramite i questionari saranno anonime in maniera da garantire la privacy dei pazienti, e saranno oggetto del progetto di tesi di laurea dello studente SAURO SANTINI del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche AA 2023-2024

La raccolta dei dati è prevista come da progetto regionale.

Successivamente alla vostra autorizzazione parteciperò nel periodo di tirocinio individuato alle attività già previste nel progetto e ad incontri di formazione e coordinamento per condividere costantemente i dati raccolti.

Al termine della elaborazione della tesi sarà restituito un report che riassumerà le principali conoscenze desunte dalla mappatura richiesta.

Lo studente



Data	Approvazione	Responsabile Progetto	<b>ASL ANCONA - MARCHE</b> Dipartimento di Salute Mentale Responsabile U.O.C. Salute Mentale Senigallia Dr. PAOLO PEDROLLI
20/06/2023	SI APPROVA	Dr. Paolo Pedrolli	