



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI
SALUTE MENTALE IN EMERGENZA
COVID-19**

Relatore: Prof
Ercolani Maurizio

Tesi di Laurea di:
Craia Sara

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE

1. Organizzazione pre Covid-19 dei progetti obiettivo in Europa ed in Italia

- 1.1. Progetto-Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994 -1996;
- 1.2. Progetto-Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1999-2000;
- 1.3. Dichiarazione di Helsinki e Libro verde 2005;
- 1.4. Mezzina R., la salute mentale in Europa dopo Helsinki 2006;
- 1.5. Piano d’Azione Europeo per la salute mentale 2008;
- 1.6. Piano Sanitario Nazionale “La tutela della salute mentale” 2006-2008;
- 1.7. Progetto-Obiettivo “Tutela della salute mentale” 2010-2013;
- 1.8. Piano d’Azione Europeo per la salute mentale 2013-2020

2. Organizzazione dei servizi di salute mentale pre Covid-19 nelle Marche:

- 1.1. Progetto-Obiettivo “Tutela della salute mentale” 2004-2006;
- 1.2. Piano sanitario regionale “il governo, la sostenibilità, l’innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani” 2007;

1.3.Piano sociale “Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare” 2008;

1.4.La tutela della salute mentale nelle Marche 2009;

1.5.Piano sanitario regionale “Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” 2012-2014;

1.6.Piano socio-sanitario regionale “Promozione e Tutela della Salute Mentale” 2020-2022;

1. Organizzazione dei servizi di salute mentale in emergenza Covid-19

Regione Marche:

1.1.Ordinanza Regione Marche n. 4, “misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19”, 10 marzo 2020;

1.2.Ordinanza Regione Marche n. 19 “sospensione delle attività dei centri semiresidenziali per anziani e per persone con problemi di salute mentale”, 3 aprile 2020;

1.3.DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N.600 “Piano territoriale della regione marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell’emergenza Covid-19”, 18 maggio 2020

1.4.Introduzione ed obiettivo;

1.5.Materiale e metodi;

1.6.Raccolta ed analisi dei dati;

1.1.1. DSM;

1.1.2. CSM;

1.1.3. SPDC;

1.1.4. CTRP;

1.1.5. Appartamenti/Gruppi appartamenti;

1.1.6. Centri diurni;

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Nel 2020, a causa dell'emergenza sanitaria del Covid-19, sono stati messi in discussione alcuni dei principi cardine della sanità, in particolare nell'ambito della sanità mentale: la relazione, l'accoglimento, la presa in carico, l'accessibilità, la vicinanza e la partecipazione. La SISISM, aderendo alle indicazioni del mondo accademico e della comunità scientifica dei professionisti della salute mentale, ha deciso di darsi come obiettivo quello di indicare, mediante progetti di ricerca, la qualità dei servizi durante l'epidemia.

In particolare, il presente lavoro di tesi s'inserisce all'interno dello studio dove si andrà a ricercare la modalità di erogazione dei servizi assistenziali e la loro organizzazione nel momento della Fase 1 dell'emergenza sanitaria. In particolare, un excursus storico-critico della situazione a livello normativo della salute mentale, partendo dai dettami europei, per poi passare a quelli italiani e regionali della regione presa in analisi: le Marche.

In prima battuta, si è proceduto alla raccolta dati tramite la somministrazione telefonica di questionari autorizzati oppure, solo in alcuni casi, con la compilazione online da parte dell'intervistato, mediante un link dove è stato caricato il test. Il questionario è caratterizzato dalla presenza di domande chiuse ed aperte riguardanti l'organizzazione di un DSM e delle strutture durante il

mese di aprile 2020, in piena emergenza sanitaria durante la fase 1: ad esempio numero di posti letto, numero medici psichiatrici, psicologi, infermieri, operatori socio sanitari, educatori etc.

In seguito, i dati estrapolati sono stati analizzati e documentati tramite grafici a torta, mostrando come il timore del contagio, il distanziamento sociale, le norme messe in atto per limitare la trasmissione del virus abbiano colto impreparati gli operatori e i servizi stessi; e da qui potrebbe nascere l'esigenza di modificare in parte la gestione dei DSM e delle loro attività.

CAPITOLO 1: Organizzazione pre Covid-19 dei progetti obiettivo in Europa ed in Italia

La situazione Europea ed italiana a livello di organizzazione per la tutela della Salute Mentale, trova la sua storia in un complesso percorso di affermazione, di problematicità e di una tardiva messa in pratica di soluzioni sia a livello progettuale sia gestionale per il contrasto di questi disturbi. La vacanza normativa ha fatto sì che nell'affrontare una pandemia come quella da Covid-19, ci si trovasse con un sistema ancora da affinare nella restituzione pratica di quelli che sono i principi più spesso chiamati in causa, quali: equità, diritto alla salute e diritto ad una vita attiva.

La riforma psichiatrica avvenuta nel 1978 con la legge 180¹, ha introdotto cambiamenti a livello culturale ed organizzativo, soprattutto nelle pubbliche istituzioni che investono il settore. Con la nuova disciplina legislativa, si ha avuto l'occasione di guardare con occhi diversi la malattia mentale e di modificare vecchie credenze a favore di nuovi approcci, come ad esempio il passaggio da un controllo sociale dei malati ad una promozione della salute e

¹ «Con la riforma psichiatrica avvenuta nel 1978 con la legge 180, ripartita in 33 articoli per poi essere introdotta con la legge 833 della riforma sanitaria, ha dato il via ad innumerevoli e significativi cambiamenti a livello culturale ed organizzativo delle pubbliche istituzioni preposte al settore» Cfr DPR del 7 aprile 1994 - *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994- 1996"*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1994, 1-11

prevenzione dei disturbi mentali, spostando gli interventi assistenziali anche su base territoriale e non solo in strutture ospedaliere mediante ricovero.

Nel 1994² si è deciso di elaborare finalmente un progetto per la tutela della salute mentale con validità triennale.

Così, le ricerche effettuate in tale progetto-obiettivo, hanno fatto emergere diverse questioni da affrontare per eguagliare ed omogeneizzare la qualità degli interventi. In primis, si è sentita la necessità di costruire una rete di strutture nelle USL che comprendesse strutture territoriali psichiatriche, residenziali e semi residenziali per la riabilitazione e gestione delle crisi e strutture ospedaliere, con la conseguente suddivisione del lavoro e dei servizi. Contemporaneamente, l'identificazione di ruoli e di competenze delle figure professionali, promuovendone l'aggiornamento e la formazione, e la creazione di una rete territoriale che favorisse anche la partecipazione attiva di utenti e dei loro familiari ha completato il quadro di riforme iniziato nel '78. Cruciale, per la buona riuscita del progetto, è stato evidenziare la necessità di utilizzare strumenti adeguati di pianificazione e di buon governo del settore, ottimizzando le risorse e incrementando il rendimento dei servizi integrati con l'eliminazione

² Cfr DPR del 7 aprile 1994 - *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994- 1996"*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1994, 1-11

degli sprechi e attuare il monitoraggio del progetto durante i tre anni mediante una valutazione tecnico-politica.

Questa nuova visione, si è basata quindi sulla convergenza di organizzazione come promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione, garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici presenti nel territorio ed il coordinamento tra le attività erogate dai servizi psichiatrici, centri per le tossicodipendenze e quelli distrettuali-consultoriali. A livello pratico, quindi, le unità operative della USL, integrate con i servizi di psichiatria, hanno permesso la tutela della salute mentale su tre ambiti: prevenzione, trattamento e riabilitazione. Il territorio così, è stato suddiviso in servizi³che erogassero prestazioni diverse tra loro, ossia in aree extraospedaliere e intra ospedaliere.

A livello extraospedaliero, il primo ad essere creato è stato il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)⁴, forma organizzativa propria delle USL, nato per garantire l'omogeneità dei programmi e della gestione delle attività psichiatriche e la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi d'intervento. Inoltre, è a capo delle attività territoriali, ospedaliere e dell'assistenza psichiatrica e deve assicurare il riconoscimento della parità tra strutture dell'azienda sanitaria, il

³ «All'interno di essi deve essere presente un organico composto da operatori come: psicologi, infermieri, assistenti sociali, medici psichiatri, educatori, operatori tecnici di assistenza (OTA) e personale amministrativo.» cfr DPR del 7 aprile 1994 - *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994- 1996"*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1994, 1-11.

⁴ L'acronimo sta per Dipartimento di Salute Mentale. D'ora in avanti abbreviato con DSM.

coordinamento della gestione dei poli operativi, la pianificazione di piani di lavoro terapeutici e di socializzazione, l'integrazione fra ospedale, medicina di base, dipartimento materno-infantile, servizi per tossicodipendenza e servizi per assistenza alle persone anziane ed il collegamento con le associazioni dei familiari degli utenti, il rapporto con le cooperative sociali e volontariato, le limitazioni dei ricoveri, della cronicità e delle pratiche assistenziali, la prevenzione e gestione delle crisi, l'aumento degli interventi di rete sociale e familiare con abbassamento della sofferenza e del disagio dell'utente, la valutazione periodica delle attività svolte e l'autonomia di budget. Il DSM deve ricoprire bacini di utenza non superiori a 150 mila abitanti.

L'altra struttura introdotta, è stata il Centro di Salute Mentale (CSM)⁵. Ha rappresentato sin dalla sua nascita la sede organizzativa dell'équipe degli operatori, nonché il punto di coordinamento dell'attività sul territorio. Ha svolto e svolge tuttora attività di tipo ambulatoriale e domiciliare, come: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri ed infine programmazione terapeutica. E' aperto almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni a settimana e garantisce l'assistenza e il supporto sanitario specialistico agli assistiti sia presso il proprio domicilio privato, sia in quello sociale, coinvolgendo anche le

⁵L'acronimo sta per Centro di Salute Mentale. D'ora in avanti abbreviato con CSM.

famiglie, con interventi medici e psicologici, assistenziali, sociali, farmacologici e informativi.

Ma il punto cruciale, è stata la volontà di rendere il CSM il punto di partenza per varie progettazioni, tra cui: la creazione di rapporti ai fini terapeutici con nuclei familiari o con gruppi, l'organizzazione di incontri di gruppo per persone con disagio mentale ed altri soggetti che rientrano nel quadro di attività terapeutiche, sociali e di educazione sociosanitaria, la sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale e la ricerca di progetti per il reinserimento lavorativo e nell'ambito sociale di giovani ed adulti⁶.

Di pari passo, hanno trovato origine anche strutture residenziali e semiresidenziali per aumentare la capacità di gestione degli assistiti.

Le prime⁷ sono luoghi che possono ospitare persone con disagio psichico come: persone per cui non esiste una competenza specialistica psichiatrica (ad esempio l'handicap adulto) e dove i programmi assistenziali e di socializzazione possono essere seguiti da servizi non psichiatrici; persone che possono essere seguiti da servizi non psichiatrici ma che necessitano di una consulenza dal

⁶ A livello territoriale è riuscito negli anni anche a predisporre piani per evitare i ricoveri, la partecipazione a programmi e a iniziative di superamento delle strutture residue manicomiali, il controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, la collaborazione tra medici di base e medici psichiatrici e la consulenza psichiatrica in strutture ospedaliere sprovviste del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

⁷ «L'accesso alle strutture deve avvenire in base ad un programma specifico che deve essere condiviso e concordato tra strutture, pazienti e i suoi familiari, dove si tiene conto dei problemi della salute mentale, dell'assenza di rete familiare o sociale di supporto, disabilità dell'utente che non consente la piena autonomia di svolgere attività di vita quotidiana. Il principio delle strutture residenziali è quello creare un ambiente familiare, il quale riesce ad aderire ai bisogni di vita dell'utente.» ivi, 1-11.

DSM (ad esempio anziani con patologia neuropsichiatrica, tossicodipendenti con problematiche psichiatriche, persone con AIDS terminali, ecc); assistiti di esclusiva competenza psichiatrica. I servizi erogati dalle strutture residenziali e semiresidenziali possono essere garantiti dal servizio pubblico, del privato sociale, del privato imprenditoriale o da associazioni di volontariato familiare mediante convenzioni erogate dal S.S.N. Essi sono sottoposti alla programmazione, al controllo e alla verifica di qualità degli interventi da erogare da parte della direzione del Dipartimento, il quale dà indicazioni sulla presa in carico dell'assistito.

Le seconde, sono state destinate ad ospitare soggetti che necessitavano durante il giorno, di interventi terapeutici e di socializzazione sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Comprendono:

- **Il Day Hospital (DH)** dove hanno luogo attività terapeutiche e riabilitative a breve e/o medio termine pianificati dal C.S.M. Aperto almeno otto ore al giorno ed utilizzato da persone con psicopatologia subacuta che hanno bisogno di trattamenti farmacologici e psico-riabilitativi. Ha lo scopo di evitare ricoveri o di ridurre i tempi di permanenza. La struttura s'impegna ad effettuare, in locali idonei, l'accoglienza dell'assistito, la somministrazione di terapie infusive e sedative e il reinserimento nella società secondo i programmi del C.S.M.;

- Il **Centro Diurno (CD)** con funzioni terapeutico-riabilitative che comprende anche interventi di tipo farmacologico, tese a prevenire e contenere il ricovero. Aperto almeno otto ore al giorno ed è costituita da persone che hanno un'incapacità di instaurare rapporti interpersonali e sociali validi. L'organico della struttura offre strumenti e opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere le modalità che permettono di ristabilire i rapporti individuali o di gruppo delle utenze.

A livello ospedaliero invece, è stato pensato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)⁸, nato per la cura di persone che necessitavano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero. Accoglie trattamenti volontari e obbligatori, si preoccupa dell'assistenza a utenti in condizione di emergenza ed è collegato al pronto soccorso. Si trova presso ospedali generali pubblici del territorio di competenza; fa parte del DSM, anche quando l'ospedale in cui è ubicato sia amministrativamente autonomo dalla USL di competenza o appartenente ad altra azienda ospedaliera. I posti letto disponibili fanno riferimento ad un letto ogni 10.000 abitanti. La collocazione degli SPDC è affidata al Piano Sanitario Regionale o al Progetto-obiettivo regionale per la tutela della salute mentale.

⁸ L'acronimo sta per Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. D'ora in avanti abbreviato con SPDC.

Nel triennio di validità del medesimo progetto-obiettivo, l'impegno e lo sforzo è stato quello di realizzare un modello organizzativo del DSM in tutto il territorio nazionale, la promozione di progetti che mirassero al superamento degli istituti manicomiali e della creazione di un sistema informativo per il controllo continuo della spesa dell'assistenza psichiatrica erogata. Inoltre, si è cercato di individuare un sistema di valutazione della qualità dell'assistenza condivisa in tutto il territorio nazionale.

Terminata questa prima storica progettazione, alle soglie degli anni duemila, ecco affacciarsi un nuovo Progetto-Obiettivo Nazionale a cadenza triennale (1998-2000)⁹, dove centrale è stata la formulazione di specifici indirizzi, che mirassero all'ottimizzazione della qualità di vita dell'utente con disagio ed alla diminuzione dell'incidenza dei suicidi per persone a rischio. Gli interventi da mettere in atto sono stati strutturati per essere esportati su scala nazionale, creando collaborazioni fra le varie strutture.

Quindi, si è vista la necessità di validare il precedente piano affrontando aspetti, che ancora oggi risultino problematici e non di facile risoluzione come: la disattenzione verso le problematiche a livello di salute mentale in età evolutiva; le scarse valutazioni periodiche delle risorse spese e dell'efficacia degli

⁹ Cfr DPR del 1 novembre 1999 - *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000"*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1998, 1-21

interventi; l'assente monitoraggio delle spese; il rischio di non collaborazione e conflittualità fra figure professionali; la presenza dell'Istituzionalizzazione: gli scarsi requisiti minimi di autorizzazione dei servizi di salute mentale ed infine la carenza di personale. Tutto questo porta inevitabilmente a danneggiare l'autonomia e la partecipazione attiva dell'utente in materia di diritti e di cittadinanza, nonché alimenta ancor di più la diversità di approccio delle varie professionalità che ingenerano confusione e spaesamento per le famiglie e gli utenti stessi.

Per tanto, si evince come sia stato necessario porre l'accento sull'importanza della presa in carico e la risposta ai bisogni dell'utente, attivando specifici interventi di salvaguardia che riducessero le liste d'attesa nei servizi di salute mentale territoriali. Fondamentale la richiesta di elaborazione di piani terapeutico-preventivo e terapeutico-riabilitativi integrati, coinvolgendo durante l'elaborazione e l'attuazione degli stessi, utenti, famiglie e servizi. E ancora, la formulazione di piani di recupero per persone che non aderiscono in modo continuativo, grazie al sostegno di gruppi di auto-aiuto sia dei familiari che delle persone con disagio, nonché la spesa in informazione per la popolazione circa i disturbi mentali in modo da ridurre lo stigma ed i pregiudizi.

Rispetto al piano precedente, si è sentita la necessità di focalizzarsi sull'attuazione di attività pure in età evolutiva, per assicurarsi la continuità e

l'unitarietà dell'assistenza e degli interventi e la collaborazione fra servizi che si occupano di garantire la salute mentale.

In tal senso, il DSM si è dovuto impegnare a uguagliare i servizi presenti nel territorio e controllare la gestione economica tramite la direzione unica¹⁰. Inoltre, per valutare le azioni e gli obiettivi, il direttore del DSM ha anche il compito di istituire il nucleo di valutazione servendosi del sistema informativo che ha il compito di raccogliere ed elaborare i dati di una determinata struttura in modo da poter consentire la valutazione delle politiche e degli obiettivi del dipartimento. Ha il compito di estrapolare dati utili sugli interventi erogati classificandoli, di individuare il numero di attività riabilitative e gli inserimenti lavorativi per singoli utenti e di analizzare i dati estrapolati dal turnover. La grande sfida di questo particolare triennio, è stata l'attuazione di progetti di miglioramento continuativo di qualità mediante un piano di lavoro che determinasse la soddisfazione degli utenti, familiari e della popolazione servita, ottimizzare la qualità della documentazione clinico-sociale degli utenti, la continuità dell'assistenza, il miglioramento dell'uso degli psicofarmaci, la valutazione della soddisfazione degli operatori, la collaborazione con i familiari e la diminuzione delle recidive.

¹⁰ Il direttore del DSM è il responsabile della gestione del budget, della promozione alla prevenzione primaria, di tutelare le collaborazioni fra i servizi per garantire l'erogazione di interventi ad h24, di assicurare la presa in carico dell'assistito a ciclo continuativo e per concludere ha il compito di elaborare un sistema informativo.

È precisato che per tutta la durata del progetto, i DSM hanno dovuto mettere in atto procedure, linee guida e progetti di formazione in base a tematiche, come: il sistema di valutazione della domanda degli assistiti e/o famiglia, i principi della presa in carico dell'utente con disagio, la definizione e controllo dei piani terapeutico-riabilitativi individualizzati, delle modalità di intervento a 24h per urgenze ed emergenze e dei metodi per l'erogazione del TSO, la collaborazione fra servizi ed infine l'individuazione degli effetti collaterali dei farmaci psichiatrici. Altra novità, è stata l'erogazione della Carta dei Servizi¹¹.

Ma ciò che emerge ad una lettura più attenta e trasversale, è che per ottenere un piano elastico, conveniente e che eroghi terapie utili, bisogna coinvolgere la famiglia dell'utente in attività di tipo diagnostico-terapeutiche, organizzare attività di prevenzione per popolazione sana e popolazione a rischio.

Tuttavia, è solo nel 2005 che in Europa s'inizia a discutere in maniera significativa e a comprendere l'importanza di una progettualità comune a livello europeo riguardo la Salute Mentale. Ad Helsinki, il 12-15 gennaio del 2005, si è tenuta la Conferenza Ministeriale europea sulla salute mentale pianificata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Analizzando attentamente la prefazione della conferenza, i Ministri della Sanità Europea dell'OMS rimarcano

¹¹ Nel progetto si precisa che i servizi per la salute mentale devono essere ripartiti nel territorio come ambulatori che erogano attività preventive, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, Day Hospital ed una struttura ospedaliera che si occupano di neuropsichiatria infantile e centri residenziali e diurni dove l'educazione e l'aiuto psicologico assicurano la continuità terapeutica.

e riconoscono che la salute ed il benessere mentale sono estremamente importanti per una migliore qualità di vita e della produttività della popolazione con disagio psichico, delle loro famiglie e della comunità. Per cui, la finalità principale in questo ambito, viene rintracciata nell'incremento della qualità del benessere della funzionalità dell'utente, mettendo in risalto le sue potenzialità. Vengono finalmente riconosciute come strumenti fondamentali la promozione, la prevenzione, il trattamento, l'assistenza e la riabilitazione della salute mentale. L'obiettivo prefissato dalle politiche e dai servizi è quello dell'inclusione sociale, ma anche dell'equità.

Viene a più riprese precisato che le politiche e le pratiche che riguardano la salute mentale, devono occuparsi: della promozione del benessere mentale; della lotta contro lo stigma; discriminazione ed esclusione sociale; della prevenzione di problematiche relative alla salute mentale; dell'assistenza a persone con disagio mentale, mediante servizi ed interventi integrati ed efficaci, che presuppongono la partecipazione e la possibilità di scelta degli utenti e della loro famiglia e del miglioramento e il reinserimento nella società di chi ha già sofferto di gravi malattie mentali. Perciò, l'ovvia conclusione che si desume, è che non c'è salute senza salute mentale.

Altro punto focale è da ricercarsi nella presa di responsabilità da parte dei ministri della salute di mettere in atto politiche e legislazioni attinenti alla salute

mentale che stabiliscano standard per le attività specifiche e che soprattutto rispettino i diritti umani¹². Un'altra nota da non sottovalutare, è stato l'impegno al sostegno delle organizzazioni non governative (ONG) attive in ambito di salute mentale e lo stimolo alla formazione di altre ONG ed associazioni degli utenti come ad esempio la creazione e gestione di gruppi di auto-aiuto formati da assistiti e famiglie degli stessi¹³.

Ciò che viene posto in risalto per la prima volta, è che la salute mentale rappresenta un mezzo per soddisfare gli obiettivi strategici dell'UE in materia di ritorno alla prosperità a lungo termine, miglioramento della qualità di vita dei cittadini europei e maggior impegno in solidarietà e giustizia sociale¹⁴.

Non tarda di molto la risposta a questo invito con la pubblicazione del Libro Verde¹⁵. L'obiettivo principale è stato quello di raccogliere e realizzare dibattiti e formulazioni d'interventi a livello pratico tra Nazioni europee, governi, operatori della sanità, membri di altri settori, società civile come persone, e la

¹² In particolare, di rivedere o introdurre legislazioni a sostegno dell'equità nel mondo dell'istruzione, lavoro, nelle comunità e in altri ambiti di rilevanza, sostenendo la collaborazione tra le agenzie responsabili della salute e di altri settori pertinenti.

¹³ Fondamentale è stata anche la discussione sull'aumentare la capacità degli utenti vulnerabili ed emarginati di difendere la loro causa, l'incrementare l'offerta di servizi di comunità che coinvolgano i pazienti, lo sviluppo delle capacità e competenze dei familiari e "carers", coinvolgendoli attivamente nei programmi di cura, sviluppo di servizi locali destinati a gruppi emarginati, la gestione di linee telefoniche d'aiuto e di consulenza via Internet per utenza in situazioni di crisi, vittime di violenze o a rischio di suicidio, dare la possibilità a persone con disabilità di poter trovare occupazione.

¹⁴ Un cittadino su 4 è affetto da patologie mentali e talvolta ricorre al suicidio, tanto da incrementare i morti annui; essere affetti da una patologia mentale, per il sistema economico, sociale, educativo, giudiziario e penale, significa avere perdite significative ed oneri. La stigmatizzazione, la discriminazione e il mancato rispetto dei diritti dell'uomo e della sua dignità in quanto malato mentale può provocare contrasti con i valori fondamentali dell'Europa.

¹⁵ Cfr COMMISSIONE EUROPEA, "*Libro Verde*", Comunità Europea, Bruxelles 2005, 1-26

comunità di ricercatori sull'importanza della salute mentale per l'Europa, sulla necessità di ricercare nuove strategie e delle eventuali priorità. Le iniziative messe in atto sono state suddivise per competenze Comunitarie e degli Stati membri, mediante l'articolo 152 del trattato CE; mentre le ulteriori proposte di altri settori sono visionate mediante base giuridica¹⁶. A livello comunitario, gli interventi individuati hanno incorporato le politiche nazionali intenzionate a ottimizzare la sanità, la prevenzione sulle malattie ed affezioni, all'informazione ed educazione nel campo della salute, come ad esempio la riduzione degli effetti nocivi dati dall'assunzione di sostanze voluttuarie e la promozione di una cooperazione tra Stati membri.

Tra quelle degne di nota, vi sono state i programmi quadro di ricerca, il progetto MHEDEA 2000 e il programma DAPHNE II che lotta contro la violenza sui minori e sulle donne, visto che la violenza porta un disturbo psichico.

Tuttavia, sono state riscontrate delle dissonanze e difformità¹⁷ a livello attuativo, per cui è stato istituito un tavolo ove si verificano scambi e cooperazioni tra i membri dell'UE¹⁸. La Commissione Europea, in base alle proprie competenze, è

¹⁶ <https://www.privacy.it/archivio/trattato%20ue%20art.168.html>

¹⁷ «In base alla relazione del 2004 sullo stato della salute mentale nell'Unione europea la situazione nei diversi Stati membri non è uniforme, ma riflette differenze tra paesi, contesti, tradizioni e culture.» Cfr COMMISSIONE EUROPEA, "Libro Verde", Comunità Europea, Bruxelles 2005, 1-26

¹⁸ Nei documenti presi in considerazione dal Consiglio dei ministri del 1999 c'era il desiderio di formare alleanze tra gli Stati membri dell'UE sul tema della salute mentale. Nel Consiglio del 2005 furono tratte delle conclusioni che hanno dato man forte per la cooperazione, invitando gli Stati membri a fare attenzione all'applicazione di risultati di questa collaborazione alla Conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla salute mentale.

stata invitata a rinforzarne l'attuazione. I programmi quadro di ricerca, le politiche e gli strumenti finanziari a livello comunitario aiuterebbero ad individuare, mediante la consultazione, il modo giusto per incrementare la salute mentale della popolazione. Stati membri, Regioni e Commissioni sono invece chiamati a determinare i mezzi migliori per usufruire dei fondi strutturali, con l'obiettivo di ottimizzare le strutture di assistenza a lungo termine e quelle sanitarie in ambito della salute mentale. La raccolta dati e le conoscenze dello stato di salute mentale della popolazione dell'UE, i determinanti della salute mentale e le possibilità di poterle combattere sono una forma di cooperazione orizzontale della Commissione. L'elaborazione di questo metodo avrebbe dovuto aiutare l'OMS nella lotta alla disomogeneità di accesso ai servizi e favorire una mappatura in linea alle reali esigenze delle attività riguardanti i programmi stilati dall'UE e dei dati godibili negli Stati membri¹⁹.

Nel 2006 il Consiglio d'Europa ha inteso avviare i lavori per l'elaborazione di uno strumento di riferimento europeo per l'etica e i diritti umani nella salute mentale. Un esempio, il tema del ricovero obbligatorio nelle strutture psichiatriche ed il trattamento obbligatorio che viola gravemente i diritti umani;

¹⁹ «La Commissione propone, infatti, che la strategia sia incentrata sui seguenti aspetti: promozione della salute mentale di tutti, lotta alle patologie mentali attraverso interventi preventivi, miglioramento della qualità della vita delle persone affette da malattie psichiche o handicap mediante l'inclusione sociale e la tutela dei loro diritti e della loro dignità, nonché elaborazione di un sistema di informazioni, ricerca e conoscenza sulla salute mentale per l'UE.» ivi,1-26.

si andrà a eseguire un trattamento obbligatorio qual'ora gli altri saranno inefficienti²⁰.

Altra criticità messa in luce, è stata la vacanza di un sistema di monitoraggio serio e ben organizzato della sanità a livello di salute mentale. Per poter avere dati più comparabili a livello dell'UE, è necessario equilibrare gli attuali indicatori nazionale ed internazionali in materia di salute mentale con l'handicap nella popolazione. All'epoca è stato sottolineato come alcune pratiche avrebbero permesso un miglioramento: maggiori conoscenze in ambito della salute mentale, sulle patologie mentali per la salute, la qualità di vita, il benessere socio economico, inclusione sociale, i diritti fondamentali come equità ed accesso ai servizi sanitari.

A livello comunitario, si sarebbe dovuta istituire un'interfaccia tra politica e ricerca che riunisse rappresentanti delle Comunità, autorità nazionali, istituzioni accademiche e parti interessate, che avrebbero avuto il compito di fornire pareri su indicatori della salute mentale per l'UE, sul monitoraggio della salute mentale e sulle priorità per le attività di ricerca a livello comunitario.

²⁰ Il progetto sul ricovero obbligatorio e il trattamento contro la loro volontà dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici ha dimostrato che la normativa al riguardo è notevolmente eterogenea nei diversi paesi dell'UE. Le attuali pratiche nel settore sono determinate anche da tradizioni culturali, atteggiamenti nonché dalla struttura e dalla qualità dei sistemi di assistenza medica per le malattie psichiche. Il tasso dei ricoveri obbligatori varia sensibilmente a seconda degli Stati membri.

È stato istituito anche un forum che consentisse agli Stati membri di cooperare tra loro e di effettuare scambi, con l'obiettivo di determinare le priorità ed elementi per attuare un piano d'azione della salute mentale che racchiuda interventi fondamentali nel settore sanitario e non, criteri di riferimento, calendari ed un meccanismo per monitorare la realizzazione del piano d'azione.

Nel 2006, Mezzina è il primo a mettere in luce ciò che viene fatto nel *dopo-Helsinki*²¹. I Governi degli stati europei, attraverso questo congresso, hanno stipulato una delle più fondamentali ed innovative Dichiarazioni sulla Salute Mentale²². Nel documento, preparato dall'OMS mediante consultazioni tra stati membri ed i loro Ministeri della Salute, si richiedeva alla Finlandia di fare da team leader nella promozione della salute mentale in Europa. Inoltre, veniva sottolineato il punto di vista degli utenti, mediante organizzazioni come Rete Europea degli (ex-) Utenti e Sopravvissuti, dei carers con EUFAMI, organizzazione internazionale.

²¹ Cfr MEZZINA R., *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in *Communitas "Le apocalissi della mente"*, n.12./2006, rivista on-line, 1-10.

²² «La Dichiarazione definisce come priorità del prossimo decennio s'impegna a diffondere l'importanza del benessere mentale, lottare collettivamente contro lo stigma, la discriminazione e l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone affette da problemi di salute mentale e le loro famiglie affinché possano partecipare attivamente a questo processo, concepire e realizzare sistemi di salute mentali completi, integrati ed efficaci che inglobino la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, le cure ed il reinserimento sociale, rispondere al bisogno di disporre di un personale di cura competente ed efficace in tutti questi campi, ed infine a riconoscere l'esperienza e la conoscenza degli utenti dei servizi e degli assistenti quale base importante per la pianificazione e sviluppo dei servizi di salute mentale.» Cfr ivi 1-10

Mezzina evidenzia come il Libro verde²³ presenti la strategia da mettere in atto a favore della salute mentale per l'UE, realizzando un ambiente per effettuare scambi e cooperazioni, sviluppando degli interventi sanitari e non, e promuovendo la partecipazione di un ampio gruppo di interessati alla ricerca di soluzioni, creare dibattiti tra Stati europei, governi, operatori sanitari, stakeholder di altri settori, società civile come organizzazione delle persone con disagio, e la comunità dei ricercatori sull'importanza della salute mentale a livello Europeo e di ricerca di nuove strategie ed eventuali priorità.

Il Libro verde supporta maggiormente interventi di natura medica, ritenuti essenziali per far fronte al problema, ma che non possono mutare i determinanti sociali e quindi è necessario dare un'impostazione globale che riguardi cure ed assistenza ai singoli, ma anche alla popolazione con lo scopo di promuovere la salute mentale e prevenire le patologie mentali, la lotta allo stigma ed i diritti umani. Tuttavia, tra le principali novità, si evidenzia in definitiva la rivalutazione anche dei fattori sociali come determinanti per la salute, e del nesso di causalità tra disuguaglianza e malattia. Si è reso necessario istituire una *visione di sistema* incentrata sul singolo e sul suo contesto e non sul trattamento

²³ «Il libro verde sottolinea che è necessario incentrare l'attenzione sui gruppi sociali più vulnerabili, in quanto un basso status sociale ed economico accresce la vulnerabilità alle patologie mentali, la perdita del lavoro e la disoccupazione possono ridurre l'autostima e causare depressioni, i migranti e altri gruppi emarginati corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie psichiche, gli interventi volti a reintrodurre i disoccupati nel mercato del lavoro possono dimostrarsi economicamente vantaggiosi ed il sostegno ai gruppi sociali più vulnerabili può migliorare la salute mentale, rafforzare la coesione sociale ed evitare i relativi oneri sociali ed economici.» *ivi*, 1-10

della malattia. È, quindi, appropriato presumere secondo lui un sistema di opzioni possibili che diversifichi le risposte e che le rendano elastiche e personalizzabili.

A tal proposito, porta come esempio il caso della Gran Bretagna. Un rapporto del 2004 sulla questione dell'esclusione sociale²⁴, ha messo a fuoco quanto singole persone o interi territori, soffrano spesso di una combinazione di problemi correlati: disoccupazione, scarse capacità, basso reddito, abitazioni povere, alto tasso di criminalità, cattiva salute e rotture del nucleo familiare, e come tali problemi si rinforzino reciprocamente in un circolo vizioso. Il tema dell'inclusione sociale e dell'azione positiva per lo sviluppo di sistemi di accesso ai diritti sociali ed alla cittadinanza, è quindi ora al centro di un programma triennale. I due grandi obiettivi sono stati indicati nel maggior accesso al lavoro di persone con disturbo mentale ed il loro inserimento in processi di partecipazione sociale e di accesso ai servizi. Un simile programma è in atto in Scozia; l'approccio è politico e prevede un ruolo-chiave delle ONG. In Italia, in Friuli Venezia Giulia, con la legge 328²⁵, sono stati applicati degli interventi innovativi volti alla promozione del reddito minimo garantito e il finanziamento di progetti di integrazione mediante l'imprenditoria sociale. Come precisa

²⁴ Cfr MEZZINA R., *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in *Communitas "Le apocalissi della mente"*, n.12./2006, rivista on-line, 1-10

²⁵ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08:328>

Mezzina, si è sentito il bisogno di istituire un nuovo welfare-mix che prevedesse l'uscita di un ruolo ben preciso verso ad un pieno accesso ai soggetti deboli a risposte ai propri bisogni²⁶.

Sempre nel 2005, il Piano Sanitario Nazionale ha redatto un capitolo specifico per la tutela della salute mentale.

La distribuzione dei servizi dei DSM ha trovato soddisfazione negli standard nazionali, ma sono risultati essere distribuiti in maniera disomogenea sul territorio. Di conseguenza, si sono venute a creare criticità per quanto riguardano i CSM come: la disinformazione sul sistema di servizi che riguardano le malattie mentali; l'insufficienza nell'erogazione di vari servizi; la problematicità nella presa in carico con difficoltà di gestione; l'interruzione non programma del piano terapeutico riabilitativo e l'approccio tardivo con assistiti "gravi" e in situazioni di "cronicità", con minore possibilità di recupero. «A fronte di problematiche tuttora aperte riguardanti l'accesso all'assistenza a favore degli assistiti psichiatrici, è stata recentemente istituita, presso il

²⁶ A Trieste, in Italia, dalla chiusura dei manicomi nel 1980, hanno potuto assistere alla costruzione di servizi territoriali²⁶ aperti 24h con la possibilità di posti letto comunitari, con ampio ventaglio di risposte ai bisogni del singolo da appartamenti per oltre 60 persone ad inserimenti in ambito lavorativo. Negli ultimi dieci anni si è ottimizzato un sistema integrativo di cure sul territorio con l'aiuto di Distretti Sanitari, con l'obiettivo di implementare dei progetti che danno vita ad integrazioni, mediante azioni delle politiche sociosanitarie lanciato dal Centro Studi Regionale sul Welfare Innovations (WIN).

Ministero della salute, la Commissione nazionale per la salute mentale che opera in coordinamento con la Consulta nazionale per la salute mentale²⁷».

Lo scopo del Piano è stato di raggiungere una serie di obiettivi, come: l'aumento della qualità dei CSM, l'ottimizzazione della partecipazione alle cure e della capacità di presa in carico delle utenze più difficili da gestire, l'identificazione precoce delle psicosi schizofreniche; l'implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva per garantire la continuità terapeutica; mettere in atto e sviluppare interventi nelle carceri in favore dei detenuti con disturbi mentali, garantendo un'assistenza e reinserimento sociale; ed infine la progettazione e realizzazione di un Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

Nel 2008 in Europa s'inizia sempre di più a parlare di salute e benessere mentale, in modo da evidenziare nuove criticità e nuovi obiettivi rispetto alla Dichiarazione di Helsinki; esso viene fatto con il Patto d'Azione per la salute ed il benessere mentale²⁸. Nel Piano si riconosce ancor più che uno dei diritti fondamentali dell'uomo è di avere una salute mentale indispensabile per il benessere, qualità di vita e per la salute fisica. La salute mentale ha una notevole rilevanza a livello di apprendimento, lavorativo e della partecipazione all'interno

²⁷ PSN 2006-2008 – “5.4 La tutela della salute mentale”, Commissione Italiana, Roma 2006, 1-2

²⁸ Cfr PATTO EUROPEO – “Per la Salute ed il benessere mentale” in *Conferenza di Alto livello dell'UE*, Bruxelles, 12-13 giugno 2008, 1-5

di una società. Tale concetto viene ribadito poiché, anche con applicazione degli standard fissati nelle precedenti misure, si è riscontrato un aumento dei disturbi mentali nella popolazione. Rispetto al passato, e in base alle criticità evidenziate, si pone l'accento sempre più sulla reale necessità di ottimizzare le conoscenze in materia di salute mentale con studi su epidemiologia, causa, i determinanti e le implicazioni della buona e cattiva salute mentale, la possibilità di attuare le buone pratiche sia all'interno che all'esterno dei settori sanitari e sociali. Nello specifico, vengono sollecitati alcuni interventi stimati come prioritari: prevenzione della depressione con azioni che riguardano la formazione del personale sanitario; limitazione dei potenziali mezzi di suicidio, sensibilizzando sui fattori di rischio come alcolismo, tossicodipendenza, esclusione sociale, depressione e stress; meccanismi di sostegno su persone che hanno tentato il suicidio o per chi è stato colpito dal suicidio di un parente mediante supporto telefonico. Altro intervento, è stato l'attivazione di azioni a livello scolastico o di progetti per rafforzare le competenze parentali, e promuovere l'integrazione sociale; mettere in atto programmi contro il bullismo, abusi, violenza giovanile e rischio di esclusione sociale e promuovere la partecipazione dei giovani in ambito educativo, culturale, sportivo e lavorativo.

Dopo cinque anni, nel 2013, l'OMS è stata obbligata a redigere un nuovo Piano d'Azione²⁹ per affrontare le svariate criticità non ancora risolte, sia per quanto riguarda il benessere mentale della popolazione Europea, sia per l'evidente gap nell'erogazione dell'assistenza su base sanitaria dei soggetti affetti da problematiche riguardanti la salute mentale. Sono giunti alla conclusione che bisogna in primis preservare il benessere della popolazione³⁰ in fase di cambiamento degli assetti economici, di impegnarsi a tutelare i diritti umani e alla promozione dell'empowerment dedicati agli assistiti dei servizi e la loro famiglia ed infine assicurare una migliore qualità di cure creando contemporaneamente delle riforme nel settore dei pubblici servizi dove si è sentita la stragrande necessità di realizzarle. Ancora una volta, vengono tirati in ballo i valori fondamentali di: Equità, Empowerment e Sicurezza³¹.

Parallelamente in Italia, nello stesso anno, viene presentato il Progetto-Obiettivo con validità triennale, che ci dà informazioni riguardanti i bisogni di salute

²⁹ WHO, "Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale 2013", ASS n.1 Triestina, Friuli Venezia Giulia, 2015, 1-28

³⁰ «Il benessere della popolazione è diventato un tema centrale per i governi» *Patto europeo 2013*, AAS n.1 Triestina, 2015, 1-28.

³¹ «I sette obiettivi prefissati nel Piano D'Azione:

- 1) Opportunità per tutti di raggiungere il benessere mentale, soprattutto ai soggetti più deboli e a rischio;
- 2) Riconoscimento dei diritti umani, della protezione della popolazione affetta da malattie mentali;
- 3) Accessibilità dei servizi di salute mentale dal punto di vista finanziario, e competente e disponibile ai bisogni della collettività;
- 4) Garantire il diritto di una terapia rispettosa, sicura ed efficace.
- 5) Fornire, da parte dei sistemi sanitari, cure valide per la salute fisica e mentale della popolazione;
- 6) I sistemi ideati per la salute devono collaborare e coordinarsi tra di loro;
- 7) La governance della salute mentale e l'erogazione di servizi si basano su informazioni e conoscenze affidabili. ». *ivi*, 1-28

mentale emersi nella popolazione. Per ogni ambito, si è sentita la necessità di dividere i bisogni in «aree omogenee di intervento³²» e di definire una «progettualità innovativa³³» che dovesse adeguarsi ai differenti bisogni prioritari³⁴. La modalità utilizzata, si è basata anche qui su: valutazione dei bisogni dell'utente e dell'incremento dei percorsi di cura che possono rispondere alle domande di cura dell'utenza i quali possono essere utili per innovare l'organizzazione dei servizi, i modus operandi del team ed i programmi clinici.

Per la realizzazione e l'efficacia dell'intervento, il Ministero della Salute e le Regioni avrebbero provveduto ad effettuare verifiche periodiche con l'aiuto del Sistema Informativo già esistente, con percorsi di cure elaborati ed erogati da servizi specialistici per la salute mentale, come i DSM, e dalla rete dei servizi sanitari, sociali ed educativi³⁵. Da sottolineare che, anche tutt'oggi, una delle più grandi difficoltà in un percorso clinico è quello di non riuscire ad identificare gli indicatori d'ingresso utili per comprendere il percorso giusto dove indirizzare l'assistito, perciò si è sentita la necessità di realizzare dei modelli clinico-organizzativi in grado di gestire il percorso assistenziale mediante la

³²Cfr PIANO D'AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE – “Progetto obiettivo per la salute mentale 2013”, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 2013, 1-23.

³³ Ivi, 1-23

³⁴ «I bisogni prioritari su cui elaborare i percorsi di cura possono essere ricondotti all'area esordi – intervento precoce, all'area disturbi comuni, all'area disturbi gravi persistenti e complessi, all'area dei disturbi dell'infanzia e adolescenza.» ivi, 1-23.

³⁵ Esistono dei principi guida da mettere in atto come favorire le buone pratiche, il confronto e la collaborazione fra le parti e promuovere il territorio. I percorsi di cura devono essere collegati principalmente con i bisogni dell'utenza in modo da integrare le risorse che il territorio offre con i modelli operativi della psichiatria e la neuropsichiatria infantile. I metodi che vengono utilizzati nei percorsi clinici hanno lo scopo di assicurare un'ottima stima dei bisogni e dei percorsi di cura personalizzati.

coordinazione e consulenza tra servizi di DSM e MMG³⁶/PLS³⁷, l'assunzione di cura e la presa in carico. Con un assistito di età adulta, durante la presa in carico³⁸, si riesce ad instaurare un rapporto basato sulla fiducia e sull'alleanza. Nella presa in carico bisogna garantire un supporto globale durante il percorso di cura ed una risposta a tutte le fasi del trattamento. Il DSM ha il compito di responsabile della presa in carico e deve assicurare il sostegno durante il percorso dell'utente, l'adattabilità ed infine la coerenza.

Perciò, le aree critiche, gli obiettivi specifici ed i bisogni prioritari che sono stati evidenziati anche nel suddetto Progetto-Obiettivo sono stati: il riconoscimento ed intervento precoce dei disturbi psichici gravi³⁹, la prevenzione del suicidio, lo sviluppo del trattamento dei disturbi borderline di personalità, dei disturbi psichici "comuni", del comportamento alimentare, disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento, la promozione della salute fisica, la differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera e della residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e la prevenzione e lotta allo stigma.

³⁶ Medici di Medicina Generale, d'ora in poi MMG

³⁷ Pediatri di libera scelta, d'ora in poi PLS

³⁸ «Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione della persona con disagio». *ivi*, 1-23

³⁹ L'esordio di molte patologie psichiatriche avviene, molto spesso, in età infantile o adolescenziale e che possono portare l'utente a conseguenze che possono ripercuotersi nell'età adulta portandoli in uno stato di invalidità, solo se non vengono precocemente individuate e trattate. La presa in carico, in questo caso, richiede la presenza di un'equipe multidisciplinare di lunga durata che offre interventi di diagnosi, trattamento e riabilitazione che danno la possibilità di far partecipare attivamente la sua famiglia ed i contesti di vita, collaborando con le strutture territoriali ed istituti.

Quindi, ciò che tutt'oggi è ancora in fase di assestamento e desta maggiore preoccupazione sia per i dirigenti sia per gli operatori del settore, è la mancanza di linee guida che nel tempo avrebbero dovuto emergere in maniera quasi naturale dai vari Progetto-obiettivo nazionale e ancor prima dalla leadership politica europea perché, come più volte sottolineato, essere un cittadino attivo è avere una buona salute mentale di base.

CAPITOLO 2: Organizzazione pre Covid-19 dei servizi di salute mentale nella Regione Marche

Se nel precedente capitolo è stato illustrato come l'Europa e l'Italia abbiano affrontato il tema della salute mentale, in questo viene trattato nello specifico il caso regionale delle Marche, che ha un'unica Azienda Sanitaria a cui afferiscono tutti i dipartimenti di salute mentale.

Nei precedenti progetti-obiettivo non c'è stato un sistemico rilevamento dati, né un unico criterio di rilevamento tramite marcatori come: *caso* e *presa in carico*. Ciò ha portato all'utilizzo del Sistema informatico Psichiatrico, ma con scarsi risultati poiché usato da pochi e anche a causa delle poche apparecchiature. L'età media degli utenti in presa in carico è molto alta. Infatti, il 7% hanno età sotto i 25 anni, il 16% tra i 25 e i 34, il 26% tra i 45 e i 44, il 21% tra i 45 e i 54 anni, il 12 % tra i 55 e i 64 e il 17% hanno età superiori a 64 anni. Le donne sono più a rischio degli uomini.

Nella regione Marche, rispetto ad altre situazioni, il superamento degli istituti manicomiali può dirsi concluso. Di norma, alla regione spetta il compito di monitorare i nuovi ingressi e di garantire la copertura delle spese di ricovero, e quindi garantire per ogni assistito preso in carico le giuste risorse che aiutino quegli utenti che non hanno propria autonomia.

Facendo un excursus, gli interventi svolti più significativi partono da metà anni '90. In primis, l'approvazione del Progetto obiettivo regionale 1995-96 che ha previsto: la realizzazione di interventi per la creazione di strutture indicate nel progetto-obiettivo nazionale; la progettazione e messa in atto del Sistema Informativo Psichiatrico Informatizzato (SISP-Marche)⁴⁰, la chiusura degli istituti manicomiali di Fermo, Ancona, Macerata e Pesaro, le disposizioni Regionali in materia di trattamenti sanitari obbligatori (TSO) ed infine la scelta di utilizzare un Regolamento di Dipartimento di Salute Mentale.

Nelle ex aziende USL marchigiane, è stato attivato il processo di riorganizzazione dei servizi per la salvaguardia della salute mentale secondo un modello strutturale dipartimentale. Essa serve per la costruzione di servizi a livello territoriale. Insieme al modello dipartimentale, si sono aggiunte azioni per la tutela sanitaria e sociale previste dall'PSR in conformità alle disposizioni dello stesso, come la realizzazione dei servizi sollievo e dell'Ambito territoriale sociale.

Inoltre, il Progetto si è prefissato di realizzare specifici obiettivi di salute, determinare le priorità e utilizzare strumenti che facilitino la cooperazione fra privati e pubblici in ambito dei servizi sociali e sanitari.

⁴⁰ d'ora in poi SISP

Gli obiettivi sono stati: promozione della salute mentale, garantire la prevenzione primaria e secondaria delle malattie mentali ed infine assicurare quella terziaria, tutelare la salute mentale e la qualità di vita della famiglia dell'utenza e diminuire il tasso di suicidio della popolazione a rischio.

A livello specifico, il progetto si è impegnato nella realizzazione di interventi generali, come garantire alle utenze la presa in carico; realizzare il Dipartimento per le dipendenze patologiche; enunciare progetti preventivi e riabilitativi personalizzati; mettere in atto tecniche terapeutiche ritenute di maggior efficienza; rendere partecipe le famiglie degli assistiti con disagio. Per di più: attuare interventi per favorire la continuità assistenziale delle persone con disagio mentale; supportare le associazioni e gruppi di mutuo-aiuto ed infine realizzare progetto che mirano al reinserimento lavorativo e sociale; concludere la creazione di strutture assistenziali entro i tre anni del piano, determinare i numeri dei posti letto in base al tempo di degenza nelle strutture residenziali e l'offerta complessiva qualitativa e quantitativa.⁴¹.

Verrà, inoltre, istituito dalla Regione un gruppo di lavoro composto da esperti dei DSM, SERT⁴², UMEE⁴³, Unità Operativa di Neuropsichiatria infantile, PLS,

⁴¹ E ancora: individuare le quote finanziarie della Regione ed un sistema di monitoraggio della spesa; dare attenzione ai problemi che interessano la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, eliminare le conflittualità fra figure professionali. Realizzare cooperazioni fra associazioni delle famiglie degli utenti e degli utenti, garantire la salute mentale ai detenuti ed infine realizzare un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali svolte.

⁴² Servizi per le Tossicodipendenze, d'ora in poi SERT

Consultori, con l'obiettivo di costruire delle linee guida che determinare e coordinare gli interventi da mettere in atto.

Nella regione Marche è stato approvato, grazie al DGR n1891 del 2002, il progetto "*L'autismo nelle marche: verso un progetto di vita*"⁴⁴ che ha aveva come obiettivo quello di garantire alle utenze e alle famiglie il massimo supporto grazie all'intervento di figure professionali qualificate. Per tale progetto la Regione ritenne indispensabile nominare un responsabile del DSM di ogni provincia. Esso avrebbe dovuto assicurare la ricerca di risorse da usufruire per gli interventi, per la realizzazione di un programma analogo su tutto il territorio regionale e per la creazione di un unico gestore dell'economia, mediante l'utilizzo di un'unica direzione del DSM⁴⁵. Inoltre, è stato chiamato a gestire le risorse e promuovere il processo di ottimizzazione del sistema tecnico un Nucleo Valutativo per il Miglioramento continuo di qualità (MCQ)⁴⁶, che ha il compito di stimare l'efficacia e l'efficienza degli interventi erogati. I progetti del nucleo valutativo hanno riguardato soprattutto il miglioramento

⁴³ Unità Multidisciplinare Età Evolutiva, d'ora in poi UMEE

⁴⁴ Cfr. DGR n. 1891 del 2002 "*L'autismo nella Regione Marche – verso un progetto di vita*"

⁴⁵ Per quanto riguarda la gestione del Dipartimento, esso è composto da un Direttore di Dipartimento, che deve garantire il buon funzionamento del Dipartimento grazie all'utilizzo di modelli organizzativi decretati dalla Giunta Regionale, deve essere il rappresentante del dipartimento a cui fa capo, deve amministrare le risorse ed infine regolamenta e controlla il SISP-Marche, da un Comitato di Dipartimento: il quale deve garantire il controllo sulla direzione collegiale del Dipartimento e l'adesione delle figure professionali alla creazione di strategie, della determinazione dell'apparato organizzativo

⁴⁶ «Nell'ambito delle attività di valutazione, i DSM promuovono l'effettuazione di studi di follow up su particolari categorie di utenti, identificando eventi sentinella (quali, ad esempio, i suicidi dei pazienti in carico, atti di aggressività, reati commessi, perdita di vista di pazienti gravi), sui quali attivare inchieste confidenziali.» Cfr Deliberazione n.132 "PROGETTO OBIETTIVO TUTELA DELLA DALUTE MENTALE 2004/2006), Ancona 6 luglio 2004, 1-68

assistenziale, la diminuzione dei peggioramenti, miglioramento nell'utilizzo di psicofarmaci e da un Sistema informativo, che avrebbe dovuto misurare i dati dei turnover del personale, ottenere dati che consentissero di esaminare il carico di lavoro del nucleo lavorativo, ricavare il numero delle attività riabilitative erogate e infine acquisire informazioni sull'utilizzo di strutture di degenza e ricovero private da parte degli assistiti del territorio ed i costi.

Così i DSM, entro l'entrata in vigore del suddetto progetto, si sono prefissati di far avviare progetti anche su servizi di urgenza ed emergenza h24, la definizione di criteri per l'erogazione dei TSO e la garanzia della salute mentale ai detenuti.

Cruciale è stato sottolineare quanto fossero di vitale importanza le attività di formazione ed aggiornamento della varie figure professionali collocate nei diversi servizi su temi quali la valutazione ed accoglienza dell'utenza presa in carico, sulle nuove metodologie di interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, la conoscenza dei disturbi mentali di base, farmaci di nuova e vecchia generazione e i loro effetti collaterali e terapeutici, l'utilizzo del MCQ e la determinazione di nuove risorse comunitarie e territoriali.

A supporto sia per l'utente sia per il personale, la Carta dei Servizi dove individuare strutture con le loro modalità di accesso, orari; tempi di attesa; sistema per la segnalazione di reclami ed i responsabili; coordinare i rapporti tra il dipartimento e le famiglie delle utenze.

Nel documento si è ribadito inoltre che tutte le strutture, sia residenziali sia semiresidenziali, potessero essere gestite e costruite dalle Zone Territoriali (sottoarticolazione organizzativa sotto l’Azienda Sanitaria Unica Regionale⁴⁷), dai servizi privati sociali o da imprenditori. Il Dipartimento è chiamato a creare delle collaborazioni con le associazioni di volontariato e del Privato sociale al fine determinare protocolli specifici. Le aree di attività sono la prevenzione, il supporto alle relazioni ed il reinserimento lavorativo e sociale.

Anche gli enti locali partecipano nel medesimo progetto; ad esempio, i Comuni hanno avuto il compito di assicurare e promuovere le attività di prevenzione primaria nel territorio, stabilire le strutture adibite ai servizi per la salute mentale, assicurare l’assistenza domiciliare alle utenze mediante un sistema integrato fra servizi, promuovere gli interventi mirati al reinserimento lavorativo⁴⁸ e sociale, sostegno alle famiglie di utenze con disagio mentale⁴⁹ ed infine promuovere i piani di residenzialità parzialmente assistita.

⁴⁷ D’ora in poi ASUR

⁴⁸ «La Regione ed i Comuni promuovono e sostengono la partecipazione degli utenti del DSM alle attività di formazione finalizzate all’inserimento lavorativo, anche con specifici interventi mirati.» ivi, 1-68

⁴⁹ «Con la DGR n. 2966, dell’ 11.12.2001: “Articolo 58 l.r. 7 maggio 2001, n. 11 - Individuazione degli interventi per favorire l’inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie”, la Regione Marche ha dato avvio ad un percorso integrato, dove il sociale, titolare della progettazione, in accordo con la sanità, ha individuato nuovi interventi con particolare attenzione al sostegno delle famiglie con soggetti con problematiche psichiatriche.» ivi, 1-68

I Servizi Sollievo⁵⁰ sono stati istituiti con la DGR n 2966 del 11712/2001 e sono nati con lo scopo di realizzare servizi fondamentali per l'inclusione sociale del singolo assistito e del benessere delle loro famiglie. Essi sono stati finanziati mediante fondi sanitari ed hanno validità triennale. Per di più, contribuirebbero all'attuazione di una politica pubblica fondata sulla tutela della salute mentale, con lo sviluppo di spazi che erogano sostegno alla comunità, e farebbero da incentivo per potenziare le capacità individuali e riorganizzare e orientare nuovamente i servizi sanitari.

Nota importante, è la necessità di analizzare la validità dei programmi forniti mediante la stima dei risultati attesi in base alle risorse umane e finanziarie spese. La regione Marche si è così impegnata a promuovere la valutazione della spesa e dei sistemi di finanziamento e dei requisiti per l'accreditamento, il controllo dei percorsi terapeutici e degli organici ed infine gli studi epidemiologici e clinici.

La Regione ha promesso di collocare, nell'arco del triennio, un DSM per Zona Territoriale⁵¹ ed un CSM per ogni DSM, al fine di ottenere punti ambulatoriali per ogni 50.000 abitante, dove il principale è collocato all'interno del CSM; ottenere per ogni 10.000 abitanti un posto letto per SPDC e SRT, ad individuare,

⁵⁰ Cfr. Delibera n.249 25 marzo 2016 – "Attuazione D.A. n. 132/2004 - Progetto "Servizi di Sollievo" in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie. Criteri per l'assegnazione delle risorse"

⁵¹ «Le Zone Territoriali possono attivare strutture residenziali e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura a servizio di due o più DSM, fermi restando i rispettivi limiti di 20 e 16 p.l. e non più di due moduli contigui ed autonomi.»
ivi, 1-68

sempre da parte del DSM, strutture adibite per il Day Hospital, dove un posto letto equivale alla sospensione di un posto letto in SPDC. Inoltre ha promesso di realizzare di un CD⁵² per almeno ogni DSM, in modo da ottenere un posto letto per almeno 10.000 abitanti per strutture come SRT, SRR e Comunità Protette. Anche la realizzazione dei gruppi appartamento per ogni DSM, che collaborino attivamente con i servizi sollievo, in ambito territoriale, per l'attuazione di progetti come: servizi di residenzialità breve, servizi per la risocializzazione e aggregazione delle utenze, promozione di attività di mutuo-aiuto e progetti che mirano alla collocazione di organici nei servizi, mettendo almeno un'unità per ogni 1.500 abitanti serviti.

Prendendo in esame il primo allegato, la Regione Marche si è riservata di garantire, mediante i servizi ospedalieri ed extraospedalieri, la continuità terapeutica e l'omogeneità delle attività sia curative sia riabilitative.

Nei CSM vengono erogati interventi di accoglienza, trattamenti farmacologici e psicoterapeutici, consulenze di medici specialisti in salute mentale, attività di filtro per gli SPDC, controllo delle qualità delle pratiche cliniche ed infine interventi collaborativi con l'Ambito Territoriale sociale per dare supporto alle famiglie degli utenti con disagio. È attivo 12h per sette giorni settimanali con orari di apertura rapportate alle domande delle utenze.

⁵² Centro diurno, d'ora in poi CD

L'SPDC, è un'attività prettamente ospedaliera che si impegna ad erogare trattamenti e ricoveri di massima intensità terapeutica in base alle condizioni cliniche acute delle utenze. Esso è luogo dove vengono effettuati ricoveri sotto direttiva del DSM permettendo la creazione di progetti destinati al recupero e la riabilitazione delle utenze. Si può accedere per urgenza mediante Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) oppure per Trattamento Sanitario Volontario (TSV)⁵³ o per programmazione tramite il DSM. L'assistenza che l'organico eroga è a 24h in modalità continuativa.

Il DH⁵⁴ è un servizio che garantisce una degenza a ciclo diurno per attività diagnostiche e terapeutiche e può essere ubicato all'interno dell'ospedale ed ha uno stretto collegamento con l'SPDC. Esso è in grado di effettuare accertamenti diagnostici complessi, somministrare trattamenti farmacologici ed infine permette la riduzione del tasso di ricovero. Le utenze possono usufruire del servizio solo tramite programma concordato con gli operatori del DSM

Le strutture residenziali terapeutiche sono delle strutture che svolgono attività diagnostiche, terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per persone con disagio in post acuzie con l'obiettivo di dare alle utenze la possibilità di usufruire di una rete di rapporto mediante specifici interventi terapeutici-

⁵³ La persona con disagio può recarsi in Pronto Soccorso e dire che non sta bene e richiedere il ricovero

⁵⁴ «La collocazione ed il numero dei posti letto in DH sono individuati dai DSM, tenendo presente che l'attivazione di un posto letto in DH presuppone la soppressione di un equivalente posto letto in SPDC, ai sensi del D.P.R. 20.10.1992, articolo 2, commi 1 e 2.» ivi, p. 1-68

riabilitativi. Non posseggono più di 20 posti letto. Alla dimissione dalla struttura l'assistito è stabile e può proseguire la cura a domicilio, oppure, se è necessario, essere trasferito in una struttura residenziale a minore intensità come Comunità protette o gruppi appartamento.

Il CD è una tipologia di struttura residenziale con apertura diurna che ha caratteristiche terapeutico-riabilitative. Essa è ubicata a livello territoriale con apertura di 8h al giorno per sei giorni lavorativi. Esso ha la funzione di acquisire e far apprendere all'assistito l'abilità di cura del sé durante le attività di vita quotidiana per garantire il reinserimento lavorativo e infine incrementare le abilità espressive e comunicative mediante l'apprendimento di cooperazione di personale tecnico esterno.

Le strutture riabilitative residenziali sono strutture prettamente a scopo terapeutico-riabilitativo a regime residenziale per utenze stabili. Esse sono piccole e mediamente ospitano non più di 20 posti letto e l'assistito verrà valutato ogni tre mesi. La dimissione può avvenire per termine del programma riabilitativo, per la comparsa di nuove condizioni cliniche che obbligano la sospensione del programma terapeutico-riabilitativo ed infine per sospensione del programma da parte dell'utenza. La modalità di accesso avviene mediante invio dal DSM.

Le Comunità Protette sono a regime residenziale con massimo 20 posti letto e vi possono accedere persone inviate dal DSM, che hanno bisogno di programmi assistenziali prettamente terapeutici come utenti che hanno situazioni di disagio socio familiare a livello di risorse e per chi ha un disagio psichico stabile e che necessita di trattamenti continui.. Lo scopo principale di questa struttura è di mantenere e ottimizzare l'autonomia personale dell'utenza e la sua capacità di relazione interpersonale.

I Gruppi Appartamento sono delle strutture a regime residenziale che possono ospitare un massimo di 6 utenti autosufficienti e con un basso bisogno assistenziale. Queste persone vengono inviate mediante il DSM⁵⁵ con dei programmi personalizzati.

Nell'allegato due il focus è stato sulle strutture autorizzate ed accreditate dalla Legge Regionale 20/2002⁵⁶, che hanno carattere prettamente sociale a regime residenziale a ciclo continuativo. Di queste fanno parte le Comunità Alloggio, strutture a regime residenziale a carattere temporaneo o permanente per persone con disagio mentale. La loro funzione consiste nella convivenza di tipo nucleo familiare per assistiti che hanno ultimato il loro programma terapeutico-

⁵⁵ «Sono esclusi i Gruppi appartamento gestiti dal DSM con ospitalità permanente. Pertanto il Gruppo appartamento è da intendere come un momento di formazione/preparazione all'autonomia assoluta, sotto la guida, la consulenza e l'assistenza del DSM: deve trattarsi di un gruppo di utenti con notevoli risorse personali e determinato a conseguire la completa autonomia. Ogni DSM dovrà disporre almeno di un Gruppo appartamento da riservare ad utenti con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario.» ivi, 1-68

⁵⁶ Cfr. Legge regionale n. 20 del 6 novembre 2002 – “*Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*”

riabilitativo nei servizi sanitari, privi di familiari o allontanato dagli stessi e che hanno bisogno di supporto durante il processo di recupero dell'autonomia e ricollocazione nella società. Le comunità Familiari, anch'esse parte dell'organismo, sono strutture a regime residenziale a carattere temporaneo o permanente per utenze minori o adulti che hanno un'autonomia limitata. In esse c'è la convivenza assidua e stabile con modello familiare. La capienza massima di utenze è di 6 persone in base agli spazi disponibili. Le persone che usufruiscono del servizio che eroga la struttura possono essere minori, adulti e disabili che hanno autonomia limitata. L'alloggio sociale per adulti in difficoltà è una tipologia di struttura residenziale che da, in maniera temporanea, sostegno per utenze con complessità di carattere sociale, familiare o per impossibilità di aderenza al progetto individuale. Esso s'impegna ad assicurare soluzioni a problemi come alloggi, vitto e salvaguardia dell'utenza e ridurre i tempi di alloggio per trovare trasferimenti in altre strutture idonee. La capienza massima della struttura non supera i 6 assistiti i quali possono essere immigrati, i richiedenti asilo, i senza fissa dimora, i malati di AIDS stabili⁵⁷ ed infine le utenze con grave disagio economico.

Anche il centro di pronta accoglienza per adulti è un servizio offerto dal DSM sempre a regime residenziale e a carattere comunitario. Esso s'impegna ad

⁵⁷ «Per i malati di AIDS stabilizzati e con assenza di supporto familiare, la struttura s'impegna ad essere una residenzialità permanente» ivi, 1-68

assicurare delle soluzioni di alloggio, vitto e salvaguardia dell'utenza che ne richiede il servizio in maniera tempestiva anche se per un tempo limitato ovvero non superiore ai 40 giorni. I posti letto disponibili sono 20 e sono riservati a persone con grave disagio economico, sociale o familiare e l'impossibilità di provvedere autonomamente ai bisogni di alloggio e sussidiarietà.

Le case famiglie sono strutture a regime residenziale che fanno parte del Dipartimento di Salute Mentale e che prestano alloggio in maniera temporanea o permanente a persone sprovviste di un supporto familiare. E' in regime di modello familiare ed è destinata ad assistiti che necessitano di un ambiente educativo e che lo tutelino e che integrino o rimpiazzino le attività familiari favorendo la relazione, incrementano lo sviluppo di abilità personali e sociali allo scopo di reinserire gli assistiti con disagio mentale nella società ed infine supportino il recupero della propria identità personale e il ruolo che ricoprono nella società. La capienza massima di persone che la Casa Famiglia può ospitare è di 6 persone e ne fanno parte persone con autonomia limitata nel partecipare attivamente nella società a causa del disagio psichico, disabilità, dipendenza, violenza o sfruttamento subito o detenzione nelle carceri.

Nel capitolo dedicato alla salute mentale del Piano Sanitario Regionale del 2007 si mette in luce ciò che nel POSM del 2004 veniva promesso, ovvero decretare un modello organizzativo a carattere dipartimentale; uniformare le diverse

tipologie di strutture dipartimentali della Salute Mentale come ad esempio gli alloggi a regime residenziale a ciclo continuativo o diurno; uniformare i parametri delle strutture in base alle richieste della popolazione servita; individuare gli obiettivi di attività e della loro qualità mediante le indicazioni nazionali. La Regione s'impegnava a definire i percorsi di cura, di promuovere la ricerca epidemiologica e di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi erogati. Nel medesimo PSR 2007 si è ritenuto necessario monitorare le azioni erogate dal POSM e di attivare quelle attività che non hanno trovato realizzazione, ciò porta alla realizzazione di alcune azioni, come determinare le attività che favoriscono la prevenzione primaria, assicurare alle utenze servite l'assistenza dei servizi sociali, utilizzo del diritto di alloggio alle utenze e dello sportello della salute di rendere partecipi gli Enti Locali, Ambiti Territoriali e le formazioni sociali.

Per quanto riguarda il disagio mentale in età giovanile, si è visto che c'era mancanza di strutture a regime intermedio fra quelle ospedaliere e territoriali, per questo il presente Piano s'impegna a strutturare e sviluppare un processo condiviso sul territorio per quanto riguarda: l'accesso alle strutture, la modalità di valutazione, la presa in carico e la continuità assistenziale ed infine delineare dei percorsi destinati all'amministrazione dei ricoveri urgenti in età evolutiva. E quindi, realizzare un protocollo a livello Regionale per integrare le attività di

territorio ed ospedale, realizzare progetti assistenziali dedicate alle acuzie del disagio minorile coinvolgendo, a livello territoriale, del Consultorio ed i servizi distrettuali.

Il sistema informativo ha, purtroppo, inadeguate informazioni e dati sulle attività e sugli assistiti a livello territoriale. La Regione s'impegna ad aggiornare e ottimizzare il SISP-Marche attivandolo in tutto il territorio, analizzare il modello complessivo di rilevazione dei dati e se necessario di aggiornarlo ed infine investire sul sistema informativo. La redistribuzione delle risorse dedicate per la salute mentale non è omogeneo e per questo si cerca di realizzare criteri per unificarli e quindi per dare la possibilità di applicarli erogando progetti con distribuzione delle risorse quando si ha la necessità di offrire progetti diversificati, analizzare l'assessment del DSM per il raggiungimento degli obiettivi e per la distribuzione delle risorse e di sistemare le risorse per il raggiungimento in maniera unificata degli obiettivi.

A livello delle risorse ricavate con il POSM, si è visto che non sono stati adeguati ai bisogni delle offerte delle strutture residenziali e semiresidenziali e quindi il piano si pone come obiettivo quello di sostenere una valida ed opportuna assegnazione delle risorse per le strutture. Le azioni che andranno ad erogare sono osservazione costante dell'appropriato sistema assistenziale marchigiano per far fronte efficacemente ai bisogni assistenziale della

popolazione servita ed individuazione del fabbisogno e ritorno ad un equilibrio territoriale.

In più, sono state rilevate disparità fra gli interventi e i modus operandi della presa in carico. L'obiettivo che il piano si prefissava era quello di identificare e sperimentare dei percorsi di cura uniformi e condivisi nel territorio. I percorsi di cura sono per malattie emergenti comuni ai vari DSM mediante collaborazioni multidisciplinari e multi territoriali e che riguardino le patologie emergenti sia a livello di percezione degli operatori che delle indicazioni trovate in letteratura, in particolare l'unione tra patologie psichiatriche e le dipendenze patologiche.

Per quanto riguarda le politiche rivolte alla tutela della salute mentale, il piano sociale del 2008 spiega l'importanza dei Servizi Sollievo all'interno del territorio. Esso ha dato modo di far collaborare il sociale con la sanità marchigiana mediante progetti pilota che vanno dal 2003 al 2005, consolidandosi come progettualità triennale nel 2006 fino al 2009 grazie alla DGR n. 114 del 7/2/2006⁵⁸ "Prosecuzione triennale dei servizi sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie". Purtroppo questo progetto presenta criticità a livello di finanziamenti, dove si è visto che l'aumento del costo del personale, degli strumenti e degli assistiti ha portato ad

⁵⁸ Cfr. DGR n. 144 del 7 febbraio 2006 " Prosecuzione triennale Servizi di Sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie – Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse"

una difficoltà a mantenere sempre gli stessi standard. Un altro problema sorto è la non collaborazione totale fra Enti Locali e sanità, dove gli Enti locali affidano il problema del benessere mentale al livello sanitario mettendo in difficoltà la collaborazione. Il monitoraggio dei dati dei progetti in corso è anch'esso una delle criticità, in quanto non esiste ancora una scheda di rilevazione omogenea nel territorio. Il Piano s'impegnava a rispettare ed elaborare i seguenti obiettivi:

1. Convertire i progetti pilota di “Servizi di sollievo” in programma di “Servizio territoriale”;
2. Potenziare l'equipe del “Sollievo”;
3. Ottimizzare le strutture residenziali e semi residenziali nel territorio;
4. Istituzione del Dipartimento Integrato nei DSM;
5. Ottimizzare la rilevazione dei dati.

Con la Conferenza Regionale del 2009⁵⁹ a tema Salute Mentale si è colta l'occasione di osservare i progressi, gli obiettivi prefissati e le criticità riscontrabili nella Psichiatria marchigiana. Con la legge 180 del 1978, gli ospedali psichiatrici vennero chiusi e così si è andato a ricercare le modalità di erogare in modo efficiente l'assistenza territoriale, la ricerca di strutture ottimali per erogare trattamenti della nuova psichiatria e le risorse per raggiungere gli obiettivi in modo da contribuire alla nascita di DSM all'interno delle 13 Zone

⁵⁹ Cfr. Deliberazione n. 62 piano sanitario regionale 2007/2009 “Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani”

Territoriali, 11 SPDC, SR e/o Centri Diurni in tutti i dipartimenti. Nel Progetto-Obiettivo del 2004 si è deciso di concentrarsi su programmi che mettessero alla luce gli obiettivi di qualità come ad esempio l'avvio di gruppi di lavoro per la lavorazione di linee guida condivisibili in tutti i Dipartimenti e servizi, o per l'utilizzo di strumenti di valutazione delle attività erogate e la gestione clinica tipica del "Case management". L'obiettivo principale di questa azione programmatoria è stato quello di rendere uniforme l'offerta assistenziale a livello territoriale in modo da dividere omogeneamente le risorse nei vari servizi. In questa deliberazione si parla anche del monitoraggio dell'attuazione del progetto obiettivo precedente svolto dall'Agenzia Regionale Sanitaria e mediante l'utilizzo di Schede di Dimissione Ospedaliera, Bilanci delle Aziende Sanitarie. Una delle criticità che sono state riscontrate durante i precedenti Progetti-Obiettivo è, purtroppo, l'assenza di un Sistema Informativo che permetta di accedere ai dati relativi alle attività erogate e che ci dia informazioni sui bisogni ed i servizi che le utenze servite necessitano. Il Sistema Informativo, già presente dal 2002, al momento della stesura del Progetto-Obiettivo viene utilizzato solamente in 4 dei 13 Dipartimenti che si trovano sparsi nella Regione. Un'altra problematica riscontrata allora, è la scarsa offerta regionale di Strutture Residenziali sia per attività riabilitative sia assistenziali⁶⁰. Altra criticità da segnalare è la mancanza di collaborazione tra i DSM e Dipartimenti per le

⁶⁰ Oggi le strutture sono sopra lo standard nazionale ed il Sistema Informativo viene utilizzato da tutti.

Dipendenze Patologiche che creano problemi come la “doppia diagnosi”. Altra problematica è la diminuzione del numero delle strutture promesse nel precedente Progetto-Obiettivo a regime di residenzialità diurna o continuativa.

Anche nel Piano Sanitario Regionale, varato nel 2012, si è tentato di trovare attuazioni per le attività ed interventi proposti nei precedenti Progetti obiettivo, come riorganizzare le risorse finanziarie ed elaborare dei criteri di assegnazione per ottenere una diffusione omogenea, istituire percorsi assistenziali condivisi nel territorio, ottimizzare i progetti di “Servizi Sollievo”, erogare attività dedicate alla prevenzione del disagio mentale in età evolutiva, sviluppare un Sistema Informativo della Salute Mentale che sia coerente con il DM 15 ottobre 2010, elaborare programmi di educazione alla salute con i servizi che si occupano della promozione della salute ed infine istituire progetti per la presa in cura per utenze affette da Disturbi del Comportamento alimentare integrando i servizi sanitari con quelli sociali.

Infine, per arrivare ad oggi, il Piano Sanitario Regionale del 2020 di promozione e tutela della Salute Mentale gli obiettivi sono assai diversi e sono, ad esempio, di rendere appropriati ed efficienti i servizi e i trattamenti utilizzando le collaborazioni fra Enti Locali e sanità, di dare giusta attenzione alla prevenzione del disagio mentale in età evolutiva e di assicurare piani che garantiscono gli standard assistenziali. Ciò che il Piano s’impegna a soddisfare e mettere in atto

sono azioni come avviare di progetti condivisi sull'ottimizzazione della cartella clinica informatizzata all'interno del SIRTE, determinare un protocollo rivolto alla gestione dell'aggressività e diffondere i PDTA specifici per utenze affette da schizofrenia, disturbi dell'umore e di personalità grave.

I risultati che il Piano si attende sono la crescita dell'incidenza dei popolazione servita, l'avvio dei PDTA specifici, l'ottimizzazione delle presa in carico ed intuizione dei sintomi d'esordio e l'aumento dei percorsi a carattere residenziale e dei servizi diurni. Gli indicatori che verranno utilizzati per misurare i risultati sono le valutazione dei dati SISM, il numero dei PDTA, dei Servizi e dei protocolli messi in atto.

Si è riscontrato negli anni, dal 2004 al 2020, la mancanza di risorse e finanziamenti economici per la riuscita di progetti e per le strutture territoriali, soprattutto quelle residenziali a ciclo diurno e continuativo e ciò porta disagio all'interno dei servizi.

CAPITOLO TRE: Organizzazione dei servizi di salute mentale in emergenza Covid-19 Regione Marche

Ricapitolando, dal 2004 ad oggi, si è visto come nelle Marche si sia tentato di promuovere la salute e la prevenzione primaria mentale sulla scorta delle direttive e progettualità sia europee sia nazionale.

Nel Piano Sanitario Regionale del 2007 il focus è stato incentrato su ciò che nel 2004 è stato promesso e poi mai realizzato, soprattutto per ciò che riguarda l'età evolutiva, vista la mancanza di strutture a regime intermedio fra quelle ospedaliere e territoriali, e la ricerca di sviluppare dei progetti condivisi nel territorio per monitorare la cura e la presa in carico. La maggiore criticità è da riscontrarsi nel gap del Sistema Informativo⁶¹: esiste e presenta inadeguate informazioni e dati utili per le attività svolte a livello territoriale; oltre a ciò, si somma la distribuzione disomogenea delle risorse. In quello del 2008, la Regione cerca di potenziare l'organico del Progetto Sollievo, di ottimizzare le strutture residenziali e semiresidenziali e di istituire un unico dipartimento integrato nei DSM. Sfortunatamente nel 2009 si è visto che la realizzazione del Sistema Informativo, già riproposto nel 2007, viene meno perché utilizzato solamente in 4 dei 13 DSM sparsi nella Regione. Altra criticità riscontrata nel Progetto Obiettivo, è stata la scarsa offerta regionale di Strutture residenziali a

⁶¹ Il progetto della realizzazione del Sistema Informativo nasce nel 2003 e non ha mai trovato strada per essere migliorato ed usufruito in maniera omogenea nel territorio. Esso nasce con la L.R. 20 giugno 2003, n. 13

regime diurno o continuativo e la mancata collaborazione fra DSM e DDP facendo scaturire la problematica della *doppia diagnosi*. Anche nel 2012, si è cercato di continuare nel solco dell'attuazione degli interventi proposti nei precedenti Piano o Progetti obiettivo. Nuovo obiettivo, mai preso in considerazione negli altri, è stato la realizzazione di progetti per la presa in carico di utenti con disturbi del comportamento alimentare con integrazione dei servizi sociali. Infine, dal progetto del 2020⁶², elaborato prima del Lockdown nazionale, emerge che fortunatamente il Sistema informativo regionale territoriale ha iniziato a trovare attuazione e che, oggi, il piano s'impegna ad avviare progetti per integrare la cartella informatizzata all'interno del SIRTE. Ma la criticità che la salute mentale marchigiana si porta dietro è la scarsità dei servizi diurni. E con la mancanza dei servizi diurni, con l'aumento dei casi di Covid-19 fra le utenze e popolazione ed il lockdown nazionale indetto il 10 marzo del 2020⁶³, i Centri diurni sono stati costretti a chiudere. Alla scadenza dell'Ordinanza del 10 marzo, il 3 aprile con l'ordinanza n.19⁶⁴ il Presidente e la Giunta Regionale hanno deciso di prolungare la chiusura delle strutture per evitare il contagio e contenerlo fino all'entrata in vigore di nuove disposizioni

⁶² Cfr. PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2020/2022. *“Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità “31. Promozione e Tutela della Salute Mentale”, Ancona 2020, 1-205*

⁶³ Ordinanza Regione Marche n. 4, “misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19”, 10 marzo 2020

⁶⁴ Ordinanza Regione Marche n. 19 del 3 aprile 2020 “sospensione delle attività dei centri semiresidenziali per anziani e per persone con problemi di salute mentale”

date dal Governo Italiano. Il 18 maggio, giorno del DPCM dettato dal Governo per la Fase 2, dove la Regione Marche ha emanato una delibera n.600⁶⁵ che prevede la riapertura graduale delle strutture precedentemente chiuse, tenendo sempre conto dei percorsi territoriale avviati che s'intendono mantenere. Per questo si è deciso, a livello nazionale, di realizzare il presente studio per comprendere come i servizi di salute mentale si sono organizzati ed hanno erogato prestazioni nonostante le restrizioni ed i contagi fra le utenze. Nella Regione Marche ho intervistato, per ogni Area Vasta, coordinatori, Direttori di strutture complesse e responsabili delle strutture, cercando di comprendere il disagio che hanno vissuto e ciò che ad oggi gli resta di quest'esperienza, di come si sono sentiti gli assistiti in carico e come i loro organici sono stati disparati nei vari contesti sanitari per fronteggiare l'emergenza.

Questo progetto è di tipo osservazionale descrittivo multicentrico e aderisce alla Dichiarazione di Helsinki, dove i campioni utilizzati sono tutti i DSM, SPDC e SPDC Universitari. L'obiettivo quello di studiare, mediante la ricerca osservazionale, la qualità dei servizi erogati durante l'epidemia. Tutto questo è derivato dal timore del contagio, del distanziamento sociale e delle norme messe in atto per limitare la trasmissione del virus, e da qui si è nata l'esigenza di

⁶⁵ DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N.600 "Piano territoriale della regione marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell'emergenza Covid-19",18 maggio 2020

modificare in parte la gestione dei DSM e delle loro attività. Il questionario è caratterizzato dalla presenza di domande chiuse ed aperte riguardanti l'organizzazione di un DSM e delle strutture durante il mese di aprile 2020, in piena emergenza sanitaria durante la Fase 1, ad esempio numero di posti letto, numero medici psichiatrici, psicologi, infermieri, operatori socio sanitari, educatori etc. L'intervista somministrata telefonicamente è organizzata per la valutazione dell'organizzazione dei servizi dedicati alla salute mentale nel mese di aprile, in piena emergenza Covid; il questionario impiegato per questo progetto contiene dei moduli relativi alle caratteristiche dei servizi intervistati, alle modalità di erogazione dei servizi, alle conseguenze prodotte dall'epidemia e ad altre variabili relative all'emergenza. Lo studio contiene 6 questionari divisi per aree come dipartimentale, ospedaliera, servizi residenziali, appartamenti e semiresidenziali ed è completamente informatizzata. Esso richiede un tempo medio di somministrazione pari a 20 minuti circa, ma la presenza di ulteriori informazioni non presenti nelle domande poste potrebbe allungare il tempo di somministrazione. Le variabili indagate comprendono modalità di entrata nel servizio, di uso dei DPI⁶⁶, di attività svolte, di riunioni di equipe, somministrazione del tampone ad utenti ed operatori, modalità di esecuzione di diagnosi, modalità di isolamento per sospetti o Covid positivi ed infine la chiusura o l'apertura del servizio. Il tasso di risposta 'ponderato', calcolato sulla

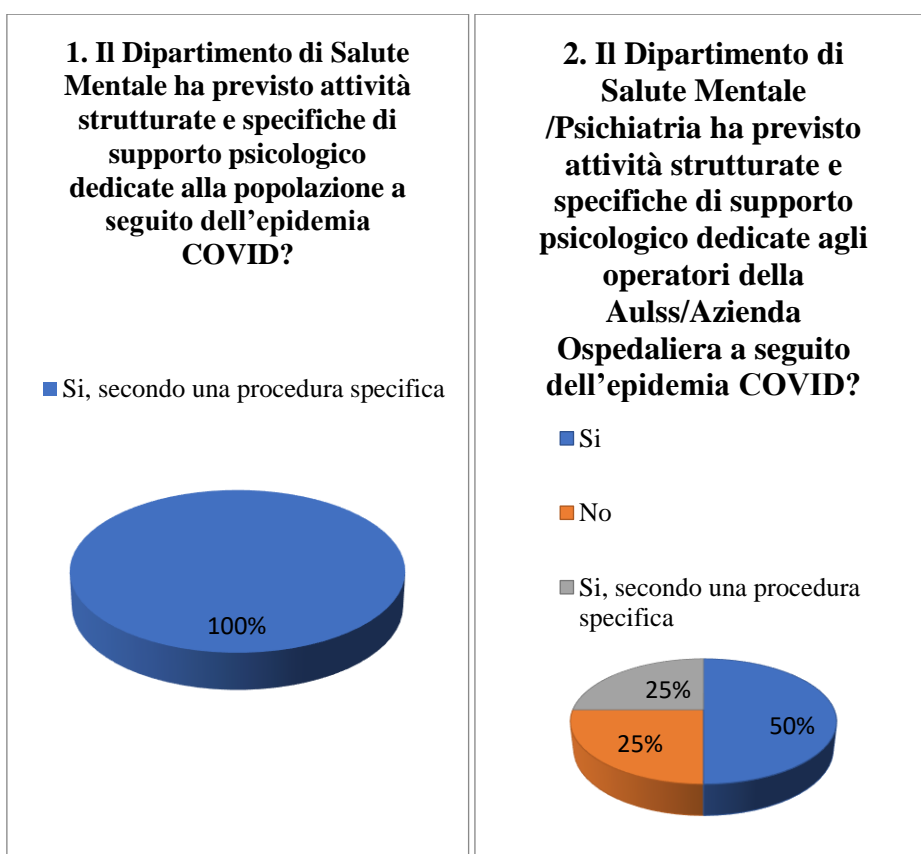
⁶⁶ Dispositivi di protezione individuale, d'ora in poi DPI

base di una serie di aggiustamenti fatti per tener conto del numero di persone che non era stato possibile contattare (o perché irrintracciabili, o perché non hanno aderito al progetto) è stato pari al 70%, e tale tasso va considerato buono.

Il questionario da analizzare, riguarda i Centri diurni, i quali sono i più colpiti dall'emergenza pandemica.

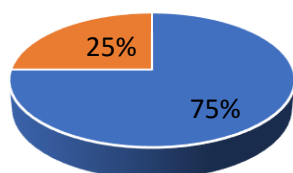
Elaborazione dei dati

DSM



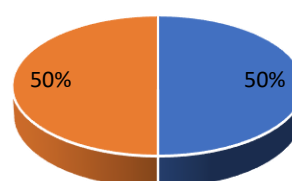
3. Il Dipartimento di Salute Mentale /Psichiatria ha previsto attività strutturate e specifiche di supporto dedicate all'utenza in carico al DSM a seguito dell'epidemia COVID (ad esempio programmi informativi e/o educativi sulle norme comportamentali a c

- Si
- No, ogni équipe curante identificava e agiva di conseguenza sull'utenza reputata a rischio



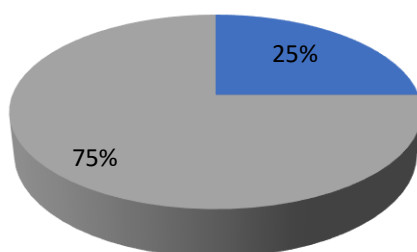
4. Il Dipartimento di Salute Mentale /Psichiatria ha previsto attività strutturate e specifiche di supporto emotivo/psicologico dedicate agli operatori del DSM a seguito dell'epidemia COVID?

- Si, secondo un percorso dedicato
- No



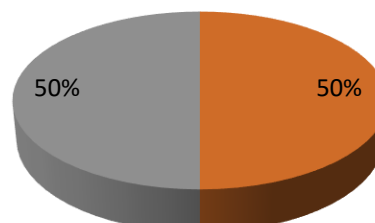
5. Il Dipartimento di Salute Mentale/Psichiatria, anche in collaborazione con le strutture aziendali di Prevenzione e Risk Management, ha elaborato dei documenti di riferimento per la gestione del rischio COVID per le varie aree dipartimentali?

- Si
- Si ma solo per alcune aree del DSM



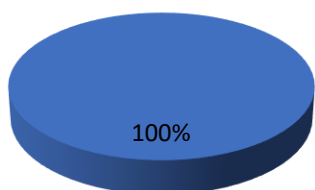
6. Il personale ha ricevuto momenti informativi o formativi per l'utilizzo corretto dei DPI e sul rischio COVID?

- Si, con corsi a livello aziendale
- Si, tramite documenti pubblicati sui siti aziendali e/o piattaforme informatiche educative



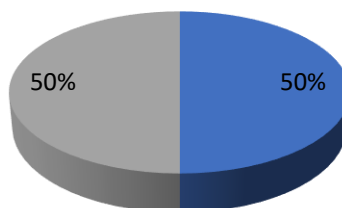
7. Quali aree hanno ricevuto queste informazioni/formazioni?

- Tutte



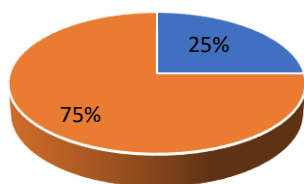
8. Il personale del DSM ha avuto mobilità interna al Dsm come misure di gestione della emergenza epidemia COVID?

- Si, dal territorio agli Spdc e/o Ctrp
- No, nessuna mobilità interna



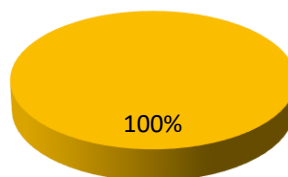
9. Il personale del DSM ha avuto mobilità esterna verso le strutture ospedaliere generali come misure di gestione della emergenza epidemia COVID?

- Si, dal Dsm ai reparti ospedalieri
- No, nessuna mobilità



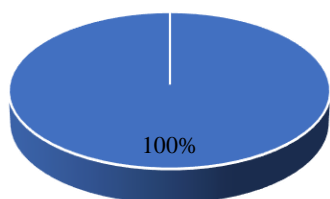
9.1 Se si, da quale area del Dsm in particolare?

- Prevalentemente Spdc e strutture residenziali protette Ctrp



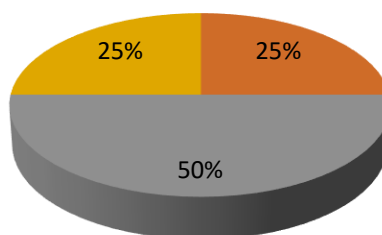
9.2 se tale mobilità è avvenuta, questa ha avuto carattere:

- Prevalentemente obbligatorio



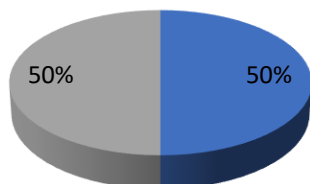
10. Le riunioni d'équipe, o altre forme di riunione istituzionale:

- Continuano, ma rispettando le distanze
- Continuano in videoconferenza
- Sono sospese



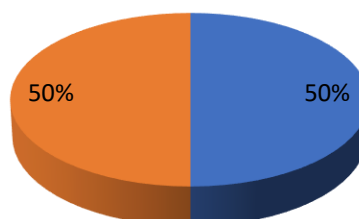
11. I trasferimenti di pazienti in comunità/appartamenti/al tre strutture:

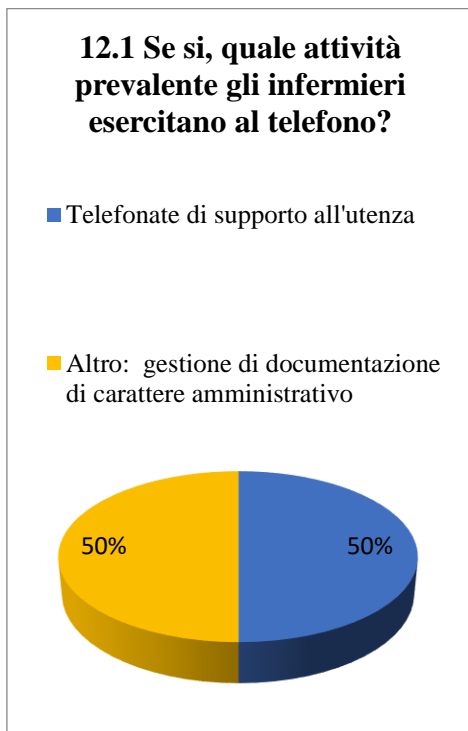
- Sono sospesi
- Solo casi selezionati e/o urgenti



12. Il personale infermieristico del DSM ha usufruito del telelavoro?

- Si
- No





Altro questionario preso in analisi va a guardare la situazione dei DSM dell'Area Vasta 1; Area Vasta 2; Area Vasta 3 ed Area Vasta 4.

Nel **grafico 1** viene chiesto se il DSM ha previsto delle attività strutturate e specifiche per il supporto psicologico dedicato alla popolazione⁶⁷ a causa dell'epidemia. Gli intervistati hanno risposto che si sono tenute con procedure specifiche, mentre nel **grafico 2** viene chiesto se anche per il personale sono state messe in atto attività di supporto psicologico. Possiamo notare che il 50% ha risposto che sono state messe in atto attività strutturate e specifiche, per il 25% si sono tenute secondo una specifica procedura; mentre per il restante 25% non sono state messe in atto nessun'attività.

⁶⁷Alcune Aree Vaste hanno organizzato videoconferenze con psicologi. La Protezione Civile ha realizzato un sito web, insieme a delle direzioni dei CSM, per il supporto ad operatori e cittadini.

Nel **grafico 3** viene mostrato se sono state messe in atto anche per gli utenti attività di supporto psicologico: l'80% ha risposto che sono state messe in atto, mentre per il 20% no; tuttavia, ogni équipe curante identificava e agiva di conseguenza sull'utenza reputata a rischio. È stato chiesto se il servizio di supporto psicologico è stato utilizzato anche per il personale del DSM⁶⁸ (**grafico 4**) e il 50% ha risposto che anche per gli operatori ciò è stato possibile utilizzarlo.

Nel **grafico 5** si può notare che è stato chiesto se il Dipartimento di Salute Mentale/Psichiatria, anche in collaborazione con le strutture aziendali di Prevenzione e Risk Management, ha elaborato dei documenti di riferimento per la gestione del rischio COVID per le varie aree dipartimentali, il 75% ha risposto che ciò è stato possibile effettuarlo ma solo per alcune aree del DSM mentre per il 25% è stato possibile erogarlo a tutto il DSM⁶⁹.

Nel **grafico 6** possiamo vedere che il 50% degli intervistati ha risposto che i corsi informativi e formativi sull'utilizzo dei DPI e sul rischio del Covid sono stati erogati a livello aziendale, mentre il restante 50% tramite documenti pubblicati sui siti aziendali e/o piattaforme informatiche. Nel **grafico 7** si può

⁶⁹ Alcune Aree Vaste hanno elaborato dei documenti di riferimento per la gestione del rischio COVID per le varie aree dipartimentali grazie alle Linee guida regionali.

vedere che tutte le aree del DSM (ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e comunitarie) hanno ricevuto le informazioni e la formazione.

È stato chiesto (**grafico 8**) se all'interno del DSM sono avvenute le mobilità interne a causa della gestione dell'epidemia: il 50% è stato mandato dal territorio agli SPDC e/o Ctrp⁷⁰.

Nel **grafico 9** il quesito che viene posto è stato se il personale del DSM ha avuto una mobilità esterna verso strutture ospedaliere generali come misure di gestione dell'emergenza. Si evince che solo il 25% ha avuto mobilità⁷¹ dal DSM ai reparti ospedalieri.

Le riunioni di équipe (**grafico 10**) per il 50% degli intervistati hanno continuato in videoconferenza, per il 25% in presenza mantenendo le distanze e per il restante 25% sono state sospese.

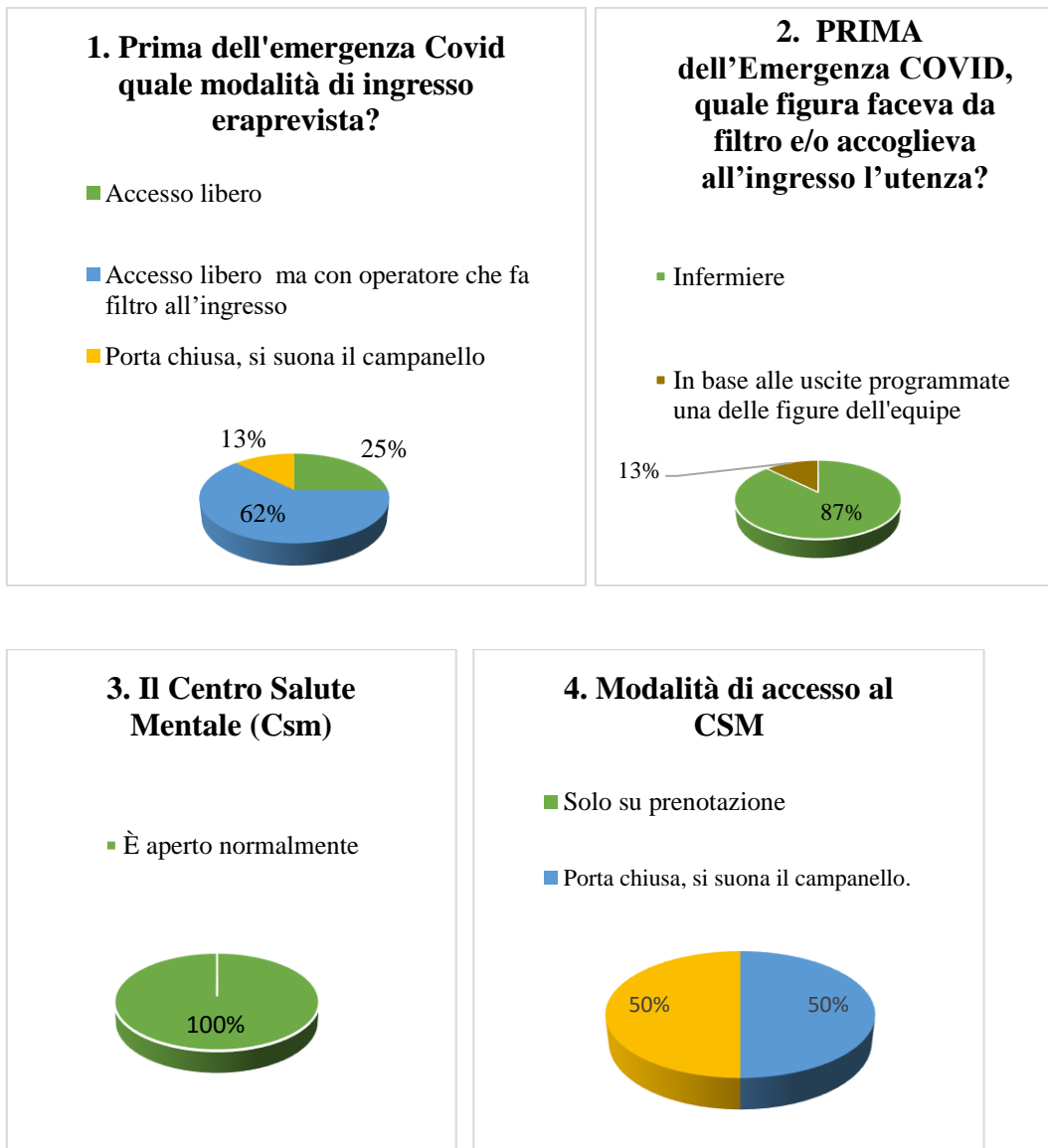
È stato chiesto ai partecipanti dello studio se i trasferimenti degli assistiti in comunità, appartamenti o altre strutture, nel periodo di aprile, sono avvenute (**grafico 11**). Infatti, per il 50% i trasferimenti sono stati effettuati solo in casi selezionati e/o urgenti, mentre per il 50% sono stati sospesi. Inoltre, è stato domandato se il personale infermieristico del DSM ha usufruito del telelavoro (**grafico 12**), metà degli intervistati (50%) hanno risposto che non hanno

⁷⁰ Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche, d'ora in poi CTRP.

⁷¹ Nel grafico 9.1 possiamo vedere che delle Aree Vaste hanno risposto che la mobilità, per i loro dipendenti, è stata prevalentemente presso SPDC e strutture residenziali protette Ctrp e che ha avuto carattere obbligatorio (**grafico 9.2**).

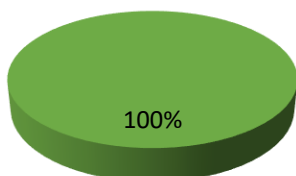
utilizzato il telelavoro a differenza dell'altro 50% dove svolgono la gestione della documentazione di carattere amministrativo e telefonate di supporto all'utenza (**grafico12.1**).

CSM



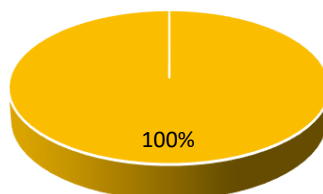
5. Quale figura professionale fa il filtro e/o accoglie all'ingresso l'utenza?

■ Infermiere



6. Cosa fa il "filtro"?

■ Tutte le precedenti risposte



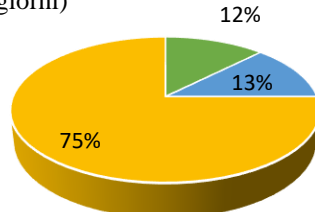
7. Il triage/accoglienza infermieristica prevede la rilevazione dei sintomi Covid?

■ Si ■ Si, secondo una procedura definita



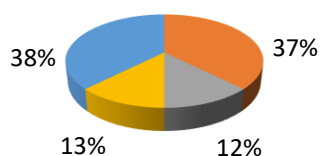
8. Le attività di visita medica ambulatoriale:

■ Sono normali
■ Solo visite urgenti
■ Solo visite urgenti o priorità B (10 giorni)



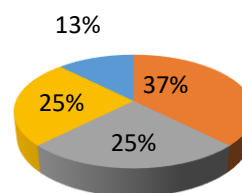
9. Se un paziente NON IN CARICO (prima visita) si presenta chiedendo una visita:

- Viene valutato dal personale (triage infermieristico)
- Viene valutato direttamente dal medico psichiatra
- Viene invitato a fare prima una telefonata per spiegare i motivi della visita
- Altro



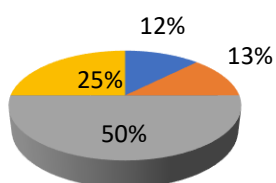
10. Se un paziente IN CARICO si presenta chiedendo una visita:

- Viene valutato dal personale (triage infermieristico)
- Viene valutato direttamente dal medico psichiatra
- Viene invitato a fare prima una telefonata per spiegare i motivi della visita
- Altro



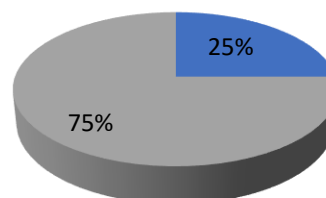
11. Le visite domiciliari:

- Sono tutte sospese
- Sono sospese ma si effettuano solo quelle urgenti
- Sono sospese ma si effettuano quelle urgenti e/o quelle ritenute importanti dall'infermiere/équipe curante
- Continuano regolarmente



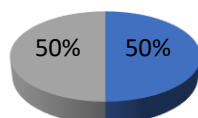
12. In questo periodo di emergenza, chi valuta l'urgenza per le visite ambulatoriali o domiciliari?

- Medico psichiatra
- L'èquipe curante



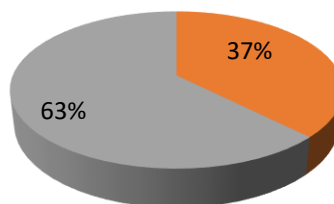
13. Ci sono pazienti che possono “sostare” all’interno del CSM?

- No
- Sì, ma solo quelli per cui c’è stata una indicazione da parte del medico psichiatra o dalla équipe curante



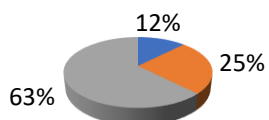
14. Le attività di distribuzione farmaci presso la farmacia del Csm:

- Continuano regolarmente
- Continua ma si sono allungati i tempi di consegna rispetto a prima (ad esempio si è passato da ogni 15 a ogni 30 gg)



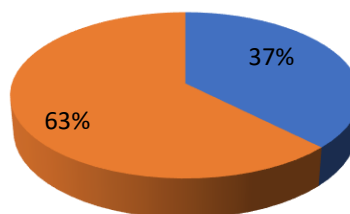
15. L'attività di somministrazione della terapia quotidiana:

- E' sospesa
- Continuata regolarmente
- Continua regolarmente ma solo per quei pazienti selezionati dal medico psichiatra/équipe curante



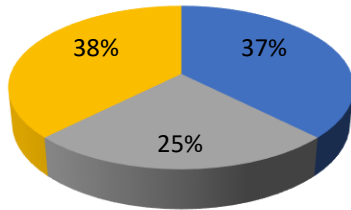
16. I depot:

- Sono stati spostati prevalentemente a domicilio del paziente
- Sono stati spostati prevalentemente presso il CSM



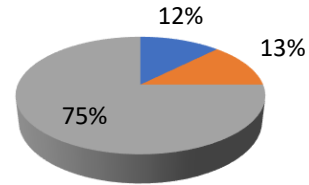
17. Il Day Hospital:

- È stato sospeso
- Attività ridotta
- Solo pazienti selezionati



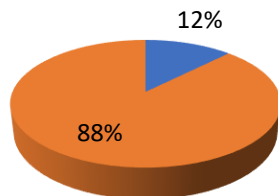
18. Per l'utenza in carico quali metodi alternativi alla visita diretta sono utilizzati:

- Telefonate
- Videochiamate (Skype, Zoom, Whatsapp, ecc..)
- Entrambi i metodi



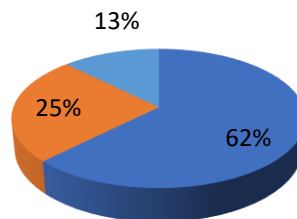
19. La scelta, durante questo periodo di emerg, di seguire con visite comunque un utente e le mod. con cui seguirlo è stata presa:

- Prevalentemente su indicazione del medico psichiatra
- Prevalentemente dopo discussione in équipe curante



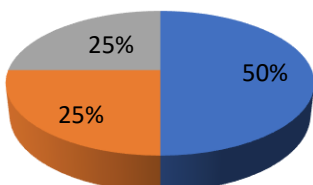
20. Gli infermieri in servizio al Csm di norma:

- Indossano i guanti e la mascherina
- Indossano solo la mascherina
- Altro: camice, mascherina, guanti



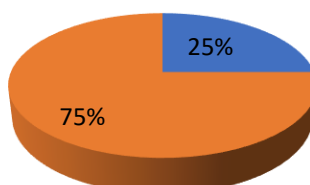
21. Il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca del Covid-19?

■ si ■ no ■ solo alcuni



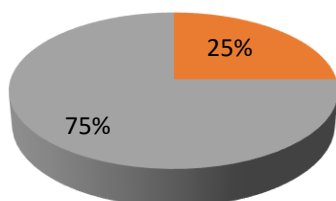
22. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

■ Presenza sintomatologia Covid
■ Screening



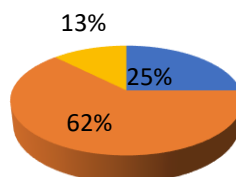
23. L'utenza è stata sottoposto a tampone per la ricerca del Covid-19?

■ no ■ solo alcuni



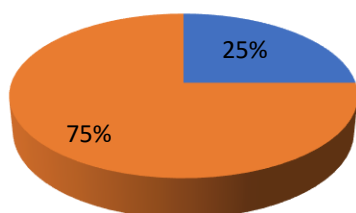
24. In quali casi è previsto il tampone per l'utenza?

■ Presenza sintomatologia Covid
■ Screening
■ Contatto con persona sospetta COVID



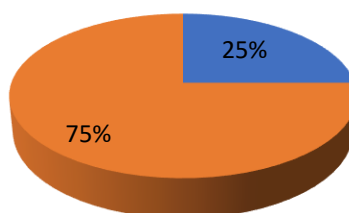
25. Vi sono stati casi di positività fra l'utenza?

■ si ■ no



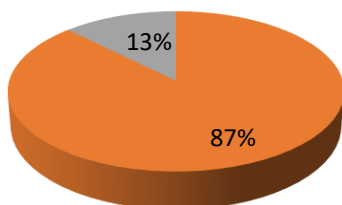
26. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

■ si ■ no



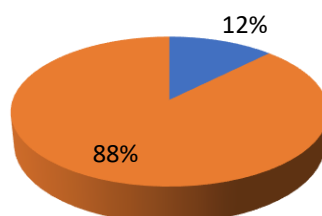
27. Questo ha comportato la chiusura del servizio?

no Solo delle aree



28. Nel periodo di riferimento vi è stato un aumento della malattia fra il personale?

si no

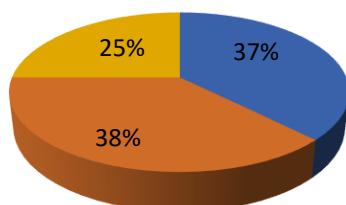


29. Le riunioni d'equipe, o altre forme di riunione istituzionale:

Continuano ma rispettando le distanze

Continuano in teleconferenza

Sono sospese



Il primo questionario che andremo ad analizzare è quello sui CSM. Gli intervistati sono stati: Area Vasta 2 ; Area Vasta 3; Area Vasta 4.

Nel **grafico1** vengono riportate le principali caratteristiche dei CSM intervistati in base alle modalità di accesso e delle figure di filtro nel periodo pre-emergenza. È emerso che nel 62% dei CSM intervistati, prima dell'emergenza,

l'accesso era libero con un operatore che fungeva da filtro, il 25% l'ingresso era libero, mentre il 13% teneva la porta chiusa e per accedere bisognava suonare il campanello. Nel grafico2 viene indagato chi è l'operatore filtro, l'87% ha risposto che l'infermiere ha il compito da filtro mentre il 13% ha risposto che il filtro, in base alle uscite programmate, è stato una delle figure dell'equipe.

Nel **grafico 3** si può vedere che il 100% degli intervistati ha risposto che il CSM è aperto normalmente nel periodo di Aprile; nel **grafico 4** si può notare che il 50% ha risposto che la modalità di accesso veniva effettuata mediante un operatore "filtro" mentre l'altro 50% ha risposto che la porta rimaneva chiusa e che l'unica modalità di accesso era tramite il campanello. Nel **grafico 5** il valore che viene studiato è stato l'operatore "Filtro" durante la pandemia ed emerge che il 100% degli intervistati ha risposto che la figura "filtro" è stata ricoperta dall'infermiere.

Nel **grafico 6** viene illustrato ciò che il filtro fa ed il 100% ha risposto tutte le precedenti risposte, ossia: controllo della presenza di sintomi, valutazione dell'urgenza e la richiesta del motivo di arrivo in struttura.

Nel **grafico 7** viene domandato se il triage/accoglienza infermieristica prevedeva la rilevazione dei sintomi del Covid ed il 50% degli intervistati ha risposto che la rilevazione avveniva mediante una procedura definita, mentre il restante 50% solo che venivano rilevati i sintomi senza una procedura precisa.

Nel **grafico 8** vengono indagate le attività di visita medica ambulatoriale, l'75% degli intervistati ha risposto che venivano eseguite solo visite urgenti o con priorità B (entro 10 giorni), il 13% che venivano eseguite visite normali e il restante 12% solo viste urgenti

Nel **grafico 9** si può notare come alla domanda, gli intervistati hanno risposto diversamente. Il 38% degli intervistati ha risposto che viene valutato dal personale (Triage Infermieristico), l'altro 37% ha risposto Altro, un intervistato ha risposto che l'utente veniva valutato dal medico psichiatra e dal personale infermieristico mentre un altro ha risposto che valutato telefonicamente o invitato a recarsi al pronto soccorso. Il 13% che l'utente veniva valutato dal medico psichiatra e il restante 12% veniva invitato a fare prima una telefonata per spiegare i motivi della visita.

Nel **grafico 10** possiamo notare che il 37% degli intervistati ha risposto che se una persona con disagio mentale in carico si presentava chiedendo una visita, veniva valutato dal personale (Triage infermieristico), il 25% che veniva valutato dal medico psichiatra, l'altro 25% che veniva invitato a fare prima una telefonata per spiegare i motivi della visita. Infine, il restante 13% ha risposto altro, ossia che l'utenza veniva valutata dal medico psichiatra e personale infermieristico.

Nel **grafico 11**, che rappresenta le visite domiciliari, il 50% hanno risposto che sono state sospese ma che sono state effettuate solo quelle urgenti e/o quelle ritenute importanti dall'infermiere/équipe curante. Il 25% ha risposto che sono continuate regolarmente, il 13% ha risposto che sono sospese ma si effettuano solo quelle urgenti ed il restante 12% ha risposto che sono tutte sospese.

Nel **grafico 12** è stato chiesto chi, ad Aprile, valutava le visite ambulatoriali o domiciliari. Il 75% ha risposto che l'équipe curante valutava l'urgenza e solo il 25% solo il medico psichiatra valutava le urgenze.

Nel **grafico 13** è stato chiesto se gli assistiti potevano sostare all'interno del CSM. Il 50% ha risposto che potevano sostare ma solo quelli per cui c'è stata un'indicazione da parte del medico psichiatra o dall'équipe curante; il restante 50% che non era possibile.

Nel **grafico 14** si può notare che il 63% ha risposto che la distribuzione dei farmaci presso la farmacia del CSM ha continuato, ma si sono allungati i tempi di consegna rispetto alla norma; il 37% ha risposto che hanno continuato regolarmente senza restrizioni o allungamenti.

Nel **grafico 15** si può notare che per il 63% degli intervistati l'attività di somministrazione della terapia quotidiana continuava regolarmente, ma solo per assistiti selezionati dal medico psichiatra/équipe curante, 25% ha continuato

regolarmente senza restrizioni ed il 12% ha sospeso le attività di somministrazione della terapia quotidiana.

Nel **grafico 16** i depot per l'63% sono stati spostati prevalentemente presso il CSM, mentre per il restante 37% sono stati spostati prevalentemente a domicilio dell'assistito.

Nel **grafico 17** è stato domandato riguardo il Day Hospital. Il 38% ha risposto che il servizio era a disposizione di soli assistiti selezionati, il 37% ha risposto che è stato sospeso, mentre il restante 25% ha risposto che l'attività del Day Hospital è stata ridotta.

Nel **grafico 18** è stato chiesto se per l'utenza in carico quali metodi alternativi alla visita sono stati utilizzati. È emerso che il 75% ha utilizzato le telefonate e le videochiamate, 13% che sono state utilizzate solo le videochiamate tramite Skype, Zoom, Whatsapp, mentre il 12% ha risposto che sono state utilizzate solo le telefonate.

Nel **grafico 19** viene mostrato che l'88% ha risposto che la scelta, durante questo periodo di emergenza, di proseguire le visite agli assistiti e le modalità con cui seguirlo è stata presa prevalentemente dopo discussione in équipe curante, mentre il 12% che era prevalentemente su indicazione del medico psichiatra.

Nel **grafico 20** è stato chiesto se gli infermieri in servizio nei CSM di norma utilizzavano DPI completi, solo mascherina, se indossavano guanti e mascherina o se non indossavano nessun DPI. Il 62% ha risposto che gli infermieri di norma indossavano solo guanti e mascherina; il 25% ha risposto che indossavano solo mascherina mentre il restante 13% che utilizzavano altro come camice, mascherine e guanti.

Nel **grafico 21** è stato chiesto se il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca del Covid-19. Il 50% degli operatori sono stati sottoposti a tampone, il 25% non sono stati sottoposti a tamponi, mentre per l'altro 25% solo alcuni.

Nel **grafico 22** si va è andato a domandare in quali casi venisse effettuato il tampone ed è emerso che il 75% degli intervistati hanno risposto che il tampone è stato effettuato per screening, mentre il restante 25% ha risposto che i tamponi sono stati fatti per la presenza della sintomatologia.

Nel **grafico 23** si evidenzia se anche le persone assistite sono state sottoposte a tampone per la ricerca covi-19. Il 75% degli intervistati ha risposto che solo alcuni sono stati sottoposti a tampone, mentre il restante 25% che le loro utenze non sono state sottoposte a tampone.

Nel **grafico 24** si può notare che il 62% degli intervistati ha risposto che i tamponi previsti per l'utenza sono stati effettuati per screening, il 25% per presenza di sintomatologia Covid ed il 13% per contatto con sospetto Covid.

Nel **grafico 25** si è visto che il 75% degli intervistati hanno risposto che non vi sono stati positivi fra gli assistiti, mentre il 25% che ci sono stati dei positivi fra le utenze.

Nel **grafico 26** si è ricercato se fra il personale vi è stata positività. Il 75% ha risposto che non vi sono state positività.

Nel **grafico 27** è emerso che per l'87% non c'è stata chiusura del servizio in caso di positività, mentre il 13% ha affermato che solo alcune aree sono state chiuse.

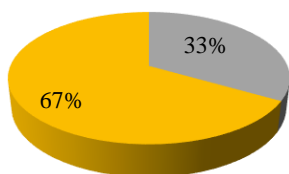
Nel **grafico 28** è stato indagato l'aumento di malattia nel periodo di Aprile. L'88% ha risposto che non c'è stato nessun aumento della malattia a differenza del 12%.

Nel **grafico 29** si è andato a vedere quali forme di riunione istituzionale sono state utilizzate. Il 38% ha risposto che ha utilizzato la teleconferenza, il 37% in presenza rispettando le distanze di sicurezza, mentre il 25% ha sospeso le riunioni.

SPDC

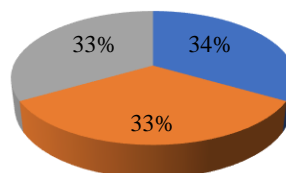
1. Nel suo Dsm per la gestione dei pazienti Covid o sospetti Covid, si sono organizzati:

- Spdc con delle stanze riservate ai pazienti Covid e sospetti Covid, ma senza una separazione strutturale dal resto del reparto.
- Nessuna modifica alla struttura



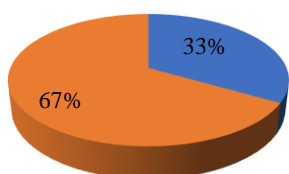
2. Chi viene definito sospetto COVID?

- Tutti i pazienti in arrivo
- I pazienti indicati come tali dal PS
- I pazienti che presentano dei sintomi accertati in fase di triage psichiatrico all'ingresso



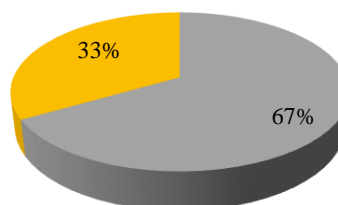
3. Il Pronto Soccorso del suo ospedale prevede dei fast track per i pazienti psichiatrici e/o per i ricoveri in SPDC (se ci sono più ospedali e le procedure non sono uniformi per cortesia specificare)?

- Si
- No



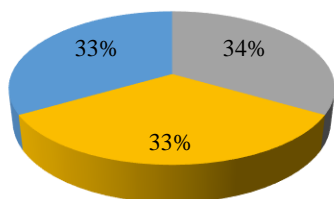
4. I ricoveri dei pazienti psichiatrici Covid o sospetti Covid nella sua Ulss avvengono solo in Spdc?

- No, se le condizioni psicopatologiche lo consentono anche in malattie infettive, medicina o reparti Covid
- Altro: Non vengono ricoverati in SPDC



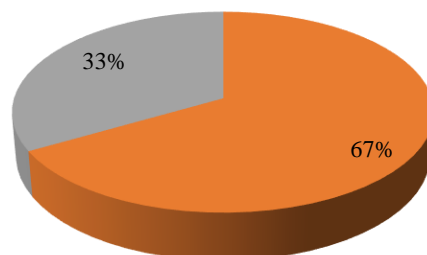
5. Qual è il percorso di ricovero dei pazienti psichiatrici sospetti Covid o Covid positivi?

- Altro: Il paziente veniva sottoposto a tampone in Pronto Soccorso, poi se risultava negativo ai tamponi veniva trasferito in Spdc
- Altro: Non vengono ricoverati in SPDC
- Altro: Screening in Ps, isolamento in SPDC limitato, degenza ordinaria



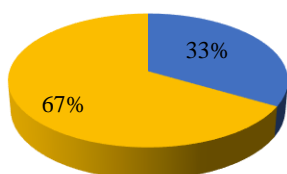
6. Vi sono differenze di percorso fra paziente in ricovero volontario e ricovero in TSO?

- No
- Dipende dalle condizioni del paziente



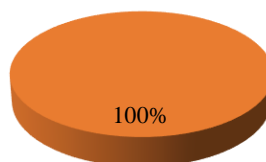
7. Le stanze dedicate ai pazienti sospetti o COVID sono:

- Stanze singole
- Altro: No stanze dedicate / Non ci sono stati sospetti o covid



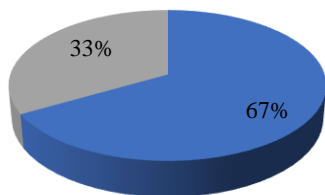
8. I pazienti sospetti Covid o Covid positivi possono uscire dalla stanza di degenza?

- No



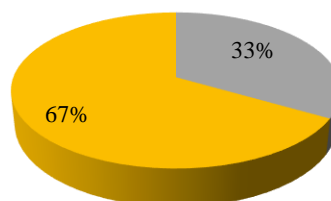
9. I pazienti (non COVID) possono uscire dal reparto?

- No
- Si, su ordine medico ed accompagnati dal personale



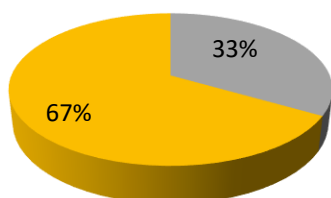
10. Il reparto o la zona o le stanze per i pazienti Covid è gestito da personale dedicato?

- No, a rotazione tutto il personale solo qualche turno si occupa di questi pazienti.
- Altro: Non sono stati riscontrati casi di positività / non ci sono stati pazienti sospetti o covid



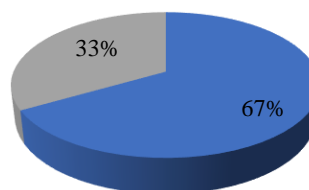
11. Se un paziente sospetto poi risulta positivo:

- Se le condizioni psicopatologiche lo permettono viene trasferito in malattie infettive o reparto Covid generale.
- Altro: Non sono stati riscontrati casi di positività / non ci sono stati pazienti sospetti o covid



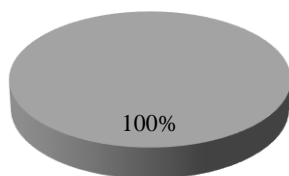
12. Le attività del reparto (ad esempio attività di gruppo, arte terapia, psicoeducazione, ecc...) sono:

- Sono sospese
- Continuano a regime ridotto



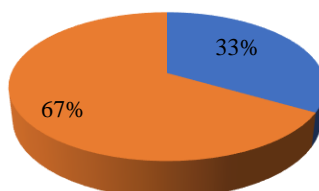
13. I pasti vengono consumati:

- Anche in sala comune



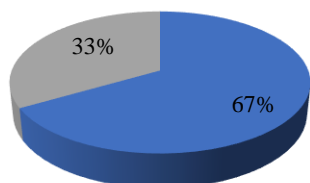
14. Le visite dei familiari:

- Sono sospese
- Sono regolamentate secondo le indicazioni della direzione sanitaria



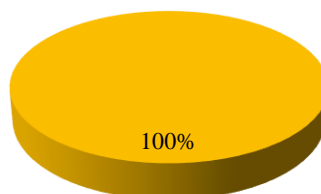
15. Le visite ai pazienti da parte di personale delle strutture territoriali e/o residenziali:

- Sono sospese
- Sono diminuite, avvengono solo in casi particolari



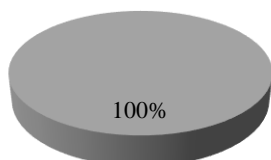
16. Le consulenze esterne specialistiche e le attività diagnostico-strumentali:

- Continuano regolarmente



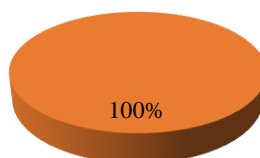
17. A suo parere il ricorso a contenzioni meccaniche o camerino di isolamento:

■ E' invariato



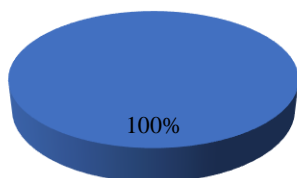
18. il personale in servizio con pazienti negativi (non COVID) di norma

■ Indossa solo la mascherina



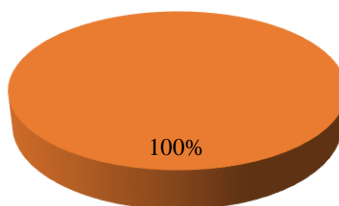
19. Il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca del Covid-19?

■ Si



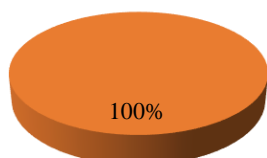
20. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

■ Screening



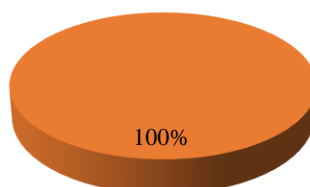
21. L'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19?

■ No



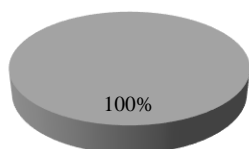
22. In quali casi è previsto il tampone per i pazienti?

■ Tutti i ricoveri



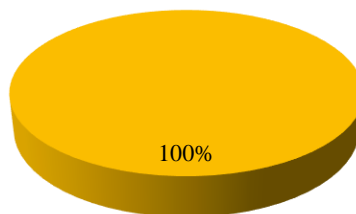
23. Vi sono stati casi di positività fra i pazienti scoperti durante il ricovero?

■ No



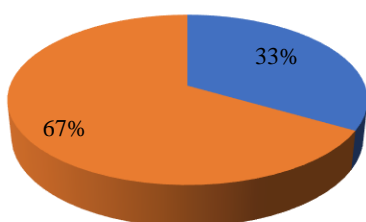
24. Come sono stati gestiti?

■ Altro: Non sono stati riscontrati casi di positività fra i pazienti



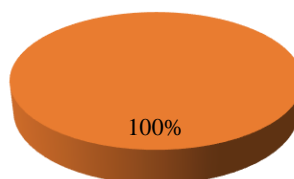
25. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

■ Si ■ No



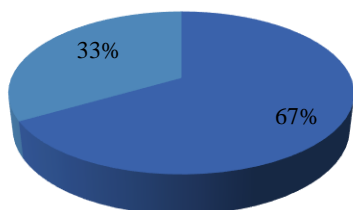
26. Nel periodo di riferimento vi è stato un aumento della malattia fra il personale?

■ No



27. Le riunioni di équipe, o altre forme di riunione istituzionale:

- Continuano ma rispettando le distanze
- Si tengono a "chiamata" solo su problemi specifici



Il questionario che andremo ora a prendere in analisi è quello sugli SPDC, a cui hanno partecipato: Area Vasta 2; Area Vasta 3 e Area Vasta 4.

Nel **grafico 1** viene analizzato chiesto come si sono organizzati nei rispettivi DSM per la gestione degli assistiti Covid o sospetti Covid. Ciò che si evidenzia è che il 67% ha risposto che non c'è stata nessuna modifica della struttura, mentre il 33% ha adibito stanze in SPDC riservate a persone con disagio Covid o sospetti covid senza separazione strutturale dal resto del reparto.

Nel **grafico 2** viene indagato come vengono definiti i sospetti Covid: il 34% degli intervistati ha risposto che sono stati individuati su tutti le persone in arrivo, il 33% solo persone identificate come tali in PS ed il restante 33% solo persone che presentavano sintomi accertati in fase di triage psichiatrico all'arrivo.

Nel **grafico 3** si può vedere che il 67% degli intervistati ha risposto che non è stato previsto nessun fast track per assistiti psichiatrici e/o per i ricoveri in SPDC; mentre il 33% lo ha previsto.

Nel **grafico 4** si può notare che il 67% ha risposto di aver ricoverato in malattie infettive, medicina o reparti Covid se la persona con disagio mentale è Covid o sospetto Covid, mentre per il 33% non vengono ricoveranti in SPDC.

Nel **grafico 5** viene indagato quale percorso di ricovero degli assistiti con disagio psichico si deve seguire se è Covid o sospetto Covid. Il 34% degli intervistati ha risposto che l'assistito veniva sottoposto a tampone in PS e poi se risultava negativo veniva trasferito in SPDC; per un 33% non venivano ricoverati e per il restante venivano erogati tamponi a base screening in PS, in seguito si procedeva all'isolamento limitato in SPDC per poi proseguire con la degenza ordinaria se l'assistito si negativizzava.

Nel **grafico 6** è stato chiesto agli intervistati se ci fosse un percorso differente per persone con disagio mentale in ricovero volontario e per ricovero in TSO. Il 67% ha risposto che non ci sono stati percorsi differenziati, a contrario del 33% dove la differenziazione del percorso dipendeva dalle sue condizioni.

Nel **grafico 7** viene domandato se in SPDC c'erano stanze adibite a Covid o sospetti Covid: per il 67% non sono state allestite stanze perché non hanno avuto ricoveri di degenti Covid o sospetti Covid; ma il restante 33% ha allestito stanze singole per evitare il contagio degli altri assistiti all'interno del reparto.

Di fatti nel **grafico 8** il 100% degli intervistati ha risposto che nessun degente Covid o sospetto Covid poteva uscire dalla loro stanza di degenza.

Nel **grafico 9** il 67% ha risposto che i degenti non Covid non potevano uscire dal reparto a differenza del 33% che potevano uscire solo su ordine del medico ed accompagnati dal personale.

Nel **grafico 10** è stato chiesto se il reparto o la zona oppure le stanze per degenti Covid era gestito da un personale dedicato. Il 67% ha risposto che non sono stati riscontrati nessun caso di positività o sospetto positivo e quindi non è stato organizzato nessun personale dedicato. Anche per il 33% non è stato dedicato nessun personale, ma veniva messo a rotazione tutto il personale e solo qualche turno si occupava di questi assistiti.

Nel **grafico 11** è stato chiesto cosa fare se un assistito sospetto risulta positivo: il 67% ha risposto che non sono state riscontrate positività, mentre il 33% che se le condizioni psicopatologiche del degente lo permettevano, veniva trasferito in malattie infettive o reparto Covid generale.

Nel **grafico 12** è stato chiesto agli intervistati se le attività di reparto sono state sospese, continuate o erogate a regime ridotto. Per il 67% sono state sospese a differenza del 33% che ha continuato a regime ridotto.

Nel **grafico 13** è stato chiesto dove i degenti potevano consumare i pasti ed il 100% ha risposto che potevano consumarli nella sala comune.

Nel **grafico 14** si può notare che il 67% ha risposto che le visite familiari sono regolarmente continuare secondo indicazioni della direzione sanitaria, mentre il 37% ha risposto che sono state sospese.

Nel **grafico 15** è stato domandato agli intervistati se le visite agli assistiti da parte del personale delle strutture territoriali e residenziali erano state sospese, continuavano regolarmente o erano diminuite. Il 67% ha risposto che sono state sospese, mentre per il restante 33% sono diminuite ed avvengono solo in casi particolari.

Nel **grafico 16** possiamo notare che per il 100% degli intervistati le consulenze esterne specialistiche e le attività diagnostico-strumentali continuano regolarmente.

Nel **grafico 17** è stato domandato se, secondo il loro parere, il ricorso alle contenzioni meccaniche nel periodo di aprile è aumentato, diminuito o se era rimasto invariato, ed il 100% ha risposto che sono rimaste invariate.

Nel **grafico 18** è stato chiesto se il personale in servizio con degenti negativi (Non Covid) di norma cosa utilizzano. Il 100% degli intervistati ha risposto che il personale in servizio indossava solo la mascherina.

Nel **grafico 21** si evidenzia se anche le utenze sono state sottoposte a tampone per la ricerca covi-19 e il 100% ha risposto che non sono stati eseguiti per le

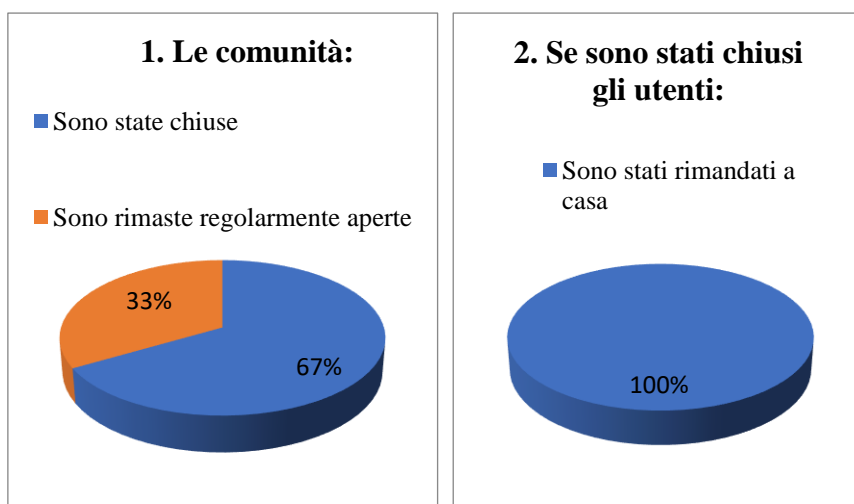
utenze, ma è previsto per il 100% degli intervistati in tutti i ricoveri (**grafico 22**); infatti, nel **grafico 23** possiamo notare che non sono risultate positività fra le utenze.

Mentre nel **grafico 25**, dove viene chiesto se il personale è risultato positivo, per il 67% non si sono riscontrate positività fra il personale rispetto al 33%.

Nel **grafico 26** si è andati a ricercare se fra il personale c'è stato un aumento della malattia: tutti hanno risposto che questo non si è verificato.

Nel **grafico 27** si è andato a vedere quali forme di riunione istituzionale sono state utilizzate. Il 67% ha continuato in presenza rispettando la distanza, mentre il 33% ha tenuto chiamate solo su problemi specifici.

CTRP

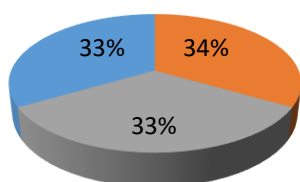


3. Nelle comunità aperte le attività riabilitative:

■ L'utenza ospitata ha ricevuto in maniera ridotta le attività riabilitative

■ Le attività riabilitative sono state sospese

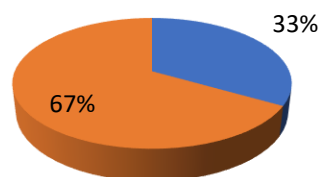
■ Altro: Attività riabilitative svolte all'interno della struttura



4. L'utenza ospitata

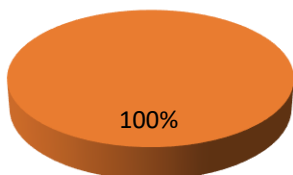
■ Ha ricevuto educazione e supporto sulle restrizioni a seguito dei DPCM (uscire secondo regole, uso Dpi, autocertificazione, ecc...) o a casa in ferie

■ Hanno avuto indicazioni di non uscire dalla comunità



5. Sono permesse le visite dei familiari?

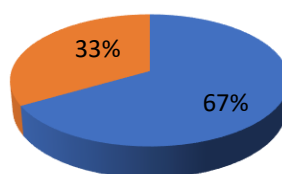
■ No



6. Ci sono stati ricoveri in SPDC o dimissioni dalla Comunità?

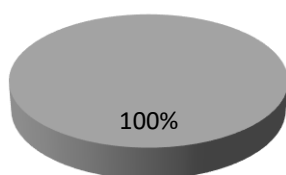
■ Si

■ No



7. Ci sono stati ingressi in Comunità?

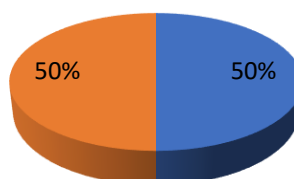
■ No



7.1, Se si, ci sono state delle misure particolari rispetto agli ingressi pre COVID?

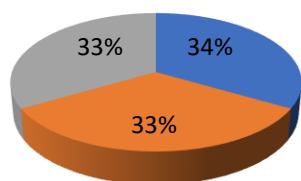
■ Si

■ No



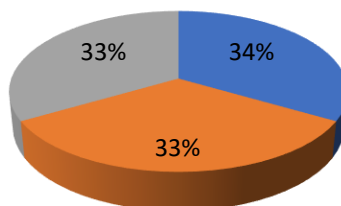
8. Il personale in servizio di norma:

- Indossa i guanti e la mascherina
- Indossa solo la mascherina
- Indossa i DPI completi (compreso sovra camice e visiera)



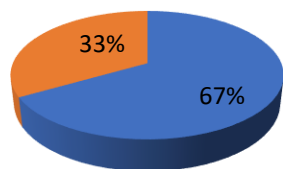
9. E' prevista per l'utenza della comunità la rilevazione dei sintomi

- Si COVID?
- No
- Si, secondo procedura definita



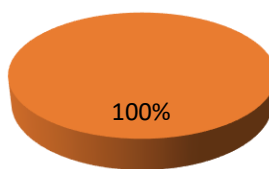
10. Il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca Covid-19?

- Si
- No



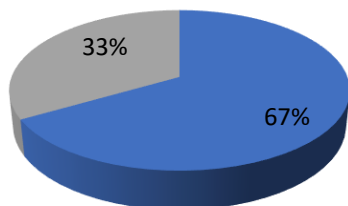
11. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

- Screening



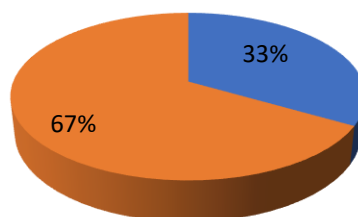
12. L'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19?

- Si
- Solo alcuni



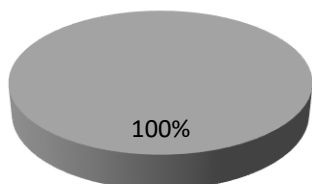
13. In quali casi è previsto il tampone per l'utenza?

- Presenza di sintomatologia Covid



14. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

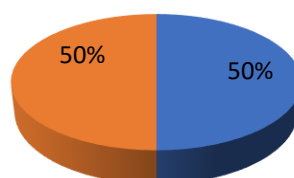
■ No



15. Nel caso di utenti positivi come sono stati gestiti?

■ Isolati in comunità

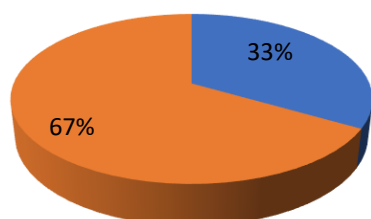
■ Trasferiti in reparto Covid



16. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

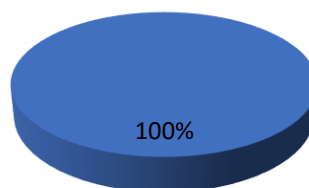
■ Si

■ No



17. Se sì, questo ha comportato la chiusura degli appartamenti?

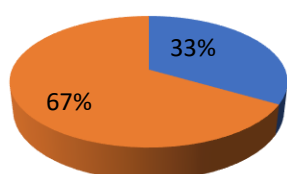
■ Si



18. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

■ Presenza di sintomatologia Covid

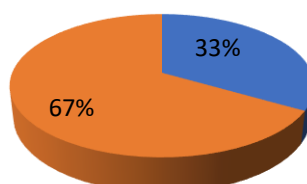
■ Screening

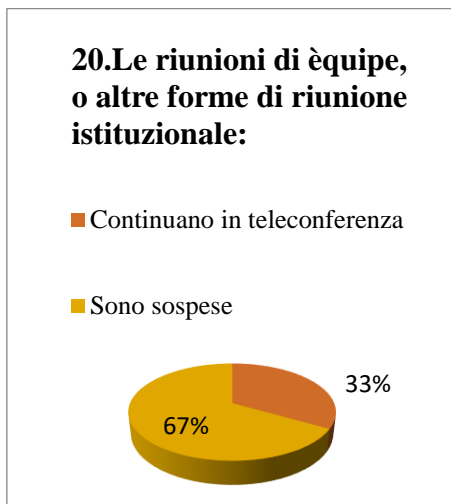


19. Nel periodo di riferimento vi è stato un aumento della malattia fra il personale?

■ Si

■ No





Il questionario che andremo ad analizzare è quello sulle CTRP. Gli intervistati sono stati: Area Vasta 2 e Aria Vasta 4.

Nel **grafico 1** viene indagato se le comunità sono state o meno chiuse. È emerso che il 67% delle comunità intervistate è stato chiuso, il 33% regolarmente aperto.

Nel **grafico 2** è stato chiesto che cosa hanno fatto le utenze visto che la comunità è rimasta chiusa. Il 100% ha risposto che sono stati rimandati a casa.

Nel **grafico 3** si può vedere che il 34% degli intervistati che nelle comunità aperte le attività riabilitative l'utenza ospitata ricevuto in maniera ridotta le attività di assistenza, il 33% hanno sospeso le attività riabilitative mentre il restante 33% hanno erogato le attività riabilitative all'interno della loro struttura.

Nel **grafico 4** si può notare che il 67% dell'utenza ospitata ha avuto indicazioni di non uscire dalla comunità, mentre il restante 33% ha ricevuto educazione e

supporto sulle restrizioni a seguito dei DPCM e della normativa regionale (uscire secondo regole, uso DPI, autocertificazione, etc.) o a casa in ferie.

Nel **grafico 5** viene interrogato se le visite dei familiari, ad aprile, erano permesse. Il 100% ha risposto erano state tutte sospese.

Nel **grafico 6** è stato chiesto se ci sono stati ricoveri in SPDC o dimissioni dalla comunità ed il 67% ha risposto di sì, mentre il 33% ha risposto in maniera negativa.

Nel **grafico 7** viene chiesto agli intervistati se ci sono stati nuovi ingressi ad aprile ed il 100% degli intervistati ha risposto che non ci sono stati ingressi ma nel **grafico 7.1** viene domandato se ci sono state delle misure particolari per gli ingressi pre Covid nei casi di dimissioni dalla comunità o ricoveri in SPDC e possiamo vedere che solo due Aree Vaste hanno risposto a questa domanda ed il 50% ha risposto che ci sono state particolari misure rispetto all'altro 50%, dove viene risposto che non sono state attuate nessuna misura di ingressi pre Covid.

Nel **grafico 8** viene chiesto se il personale in servizio di norma utilizza DPI o meno. Il 34% ha detto che il personale utilizza guanti e mascherina, il 33% che hanno indossato i DPI completi (compreso sopra camice e visiera); mentre il restante 33% solo la mascherina.

Nel **grafico 9** si può vedere che è stato chiesto se nella comunità per le utenze era prevista la rilevazione dei sintomi Covid ed il 34% ha risposto che era prevista, il 33% prevista con procedura definita ed il restante 33% che non era prevista.

Nel **grafico 10** viene domandato se il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca Covid-19 ed il 67% degli intervistati ha risposto che tutto il personale è stato sottoposto a tampone mentre il 33% hanno risposto di no, nel **grafico 11** viene chiesto in quali casi è previsto il tampone per il personale ed il 100% ha risposto per screening.

Nel **grafico 12** è stato chiesto se anche l'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19. Il 67% ha risposto che nessun assistito è stato sottoposto a tampone mentre il 33% ha risposto che hanno effettuato il tampone; anche nel **grafico 13** è stato chiesto per quale motivo veniva effettuato il tampone alle utenze ed il 67% ha risposto per screening, mentre il 33% per presenza di sintomatologia.

Nel **grafico 14** viene chiesto se fra il personale ci sono stati casi di positività, si può notare che sia fra le utenze che fra il personale non c'è stato nessun caso di positività.

Nel **grafico 15** è stato chiesto come venivano gestite le utenze risultate positive. Il 50% ha risposto che venivano isolati in comunità, mentre il restante 50% trasferito in reparto Covid.

Il **grafico 16** indaga sui casi di positività fra il personale: il 67% ha riscontrato la negatività fra il personale, mentre il 33% la positività.

Nel **grafico 17** è stato chiesto se la positività del personale ha comportato la chiusura della comunità ed il 100% ha risposto in maniera affermativa.

Il **grafico 18** indaga se per il personale in quali casi è previsto il tampone per la ricerca del Covid-19. Il 67% ha risposto che il tampone è stato fatto per screening; il 33% per presenza di sintomatologia Covid.

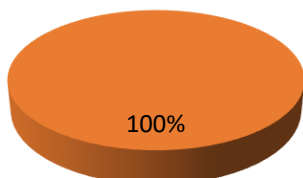
Nel **grafico 19** è stato chiesto se c'è stato un aumento della malattia fra il personale ed il 67% degli intervistati ha risposto che non sono aumentati.

Nell'ultimo **grafico**, il **20**, è stato chiesto se le riunioni istituzionali avevano assunto forme diverse, il 67% ha risposto che sono state sospese a causa della mancanza di luoghi per il distanziamento mentre il 33% hanno continuato ad effettuare le riunioni mediante teleconferenza.

Gruppi appartamenti

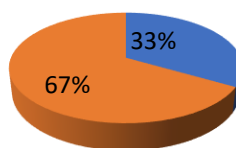
1. Gli appartamenti

- Sono rimasti regolarmente aperti



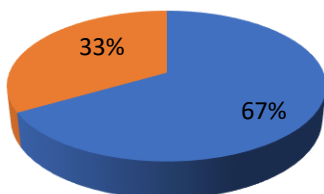
3. Gli appartamenti aperti

- L'utenza ospitata ha ricevuto regolarmente le attività di assistenza
- L'utenza ospitata ha ricevuto in maniera ridotta le attività di assistenza



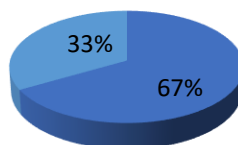
4. L'utenza ospitata

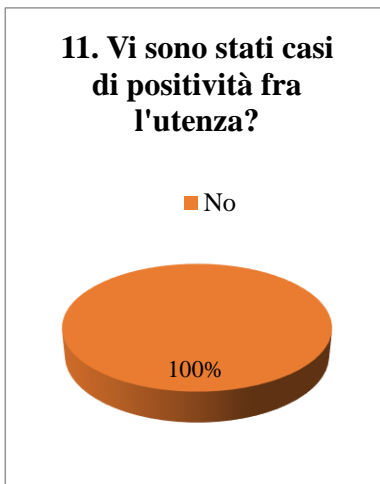
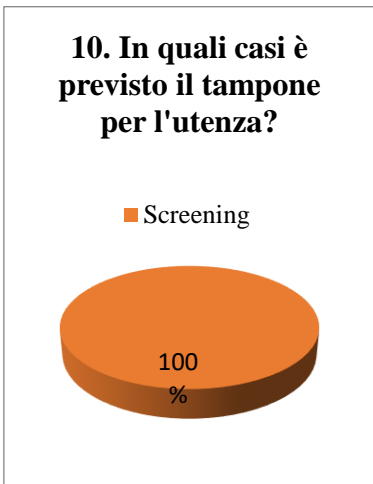
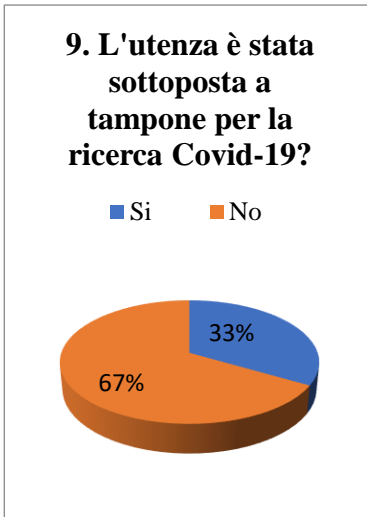
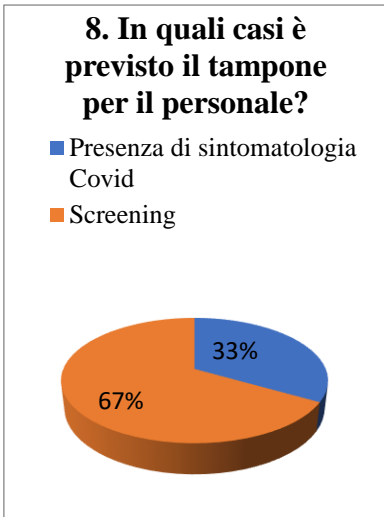
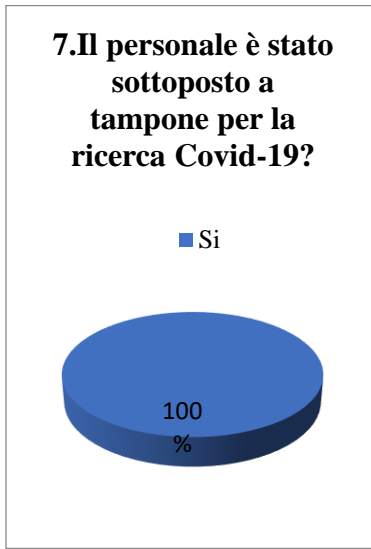
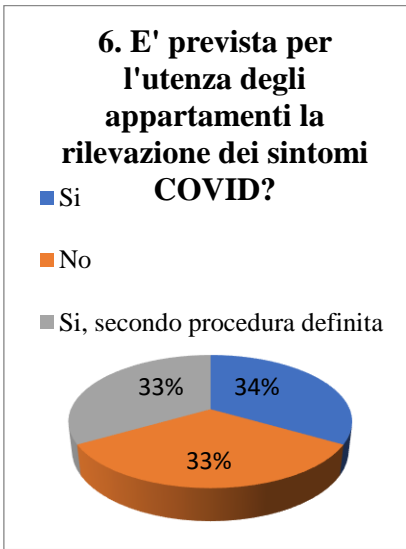
- Ha ricevuto educazione e supporto sulle restrizioni a seguito dei DPCM (uscire secondo regole, uso Dpi, autocertificazione, ecc...) o a casa in ferie
- Hanno avuto indicazioni di non uscire dall'appartamento



5. Il personale in servizio di norma:

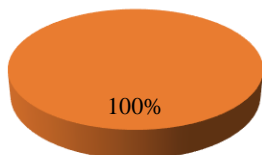
- Indossa i guanti e la mascherina
- Altro: camice, mascherina e guanti





12. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

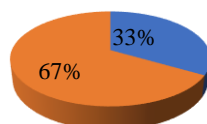
■ No



13. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

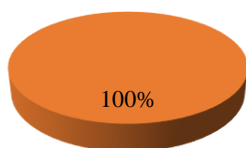
■ Presenza di sintomatologia Covid

■ Screening



14. Questo ha comportato la chiusura degli appartamenti?

■ No



15. Nel periodo di riferimento vi è stato un aumento della malattia fra il personale?

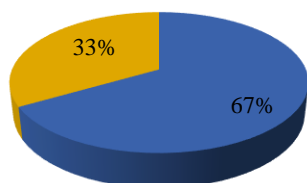
■ No



16. Le riunioni di équipe, o altre forme di riunione istituzionale:

■ Continuano ma rispettando le distanze

■ Sono sospese



Il questionario che andremo ad analizzare ora è quello degli appartamenti/gruppi appartamenti. Gli intervistati sono stati: Area Vasta 2, Area Vasta 3 e Area Vasta 4.

Nel **grafico 1** viene indagato se gli appartamenti sono stati chiusi, rimasti aperti regolarmente o se solo alcuni sono stati chiusi. È emerso che il 100% è rimasto regolarmente aperto nel periodo di aprile.

Nel **grafico 3** si può vedere che il 67% degli intervistati ha risposto che negli appartamenti aperti l'utenza ospitata ha ricevuto in maniera ridotta le attività di assistenza, mentre il 33% ha ricevuto regolarmente le attività di assistenza. Inoltre, il **grafico 4** mostra che il 67% dell'utenza ha ricevuto educazione e supporto sulle restrizioni a seguito dei vari DPCM e ordinanze regionali (uscire secondo regole, uso DPI, autocertificazione, etc.) o a casa ed il restante 33% è uscito solo accompagnato dal personale.

Il **grafico 5** riporta i valori di utilizzo da parte del personale dei DPI o meno. Il 67% degli intervistati informa che il personale utilizza guanti e mascherina, mentre il restante 33% camice, mascherina e guanti.

Nel **grafico 6** è stato chiesto se per le utenze degli appartamenti la rilevazione dei sintomi Covid è prevista. Il 34% ha risposto che la rilevazione dei sintomi

Covid è prevista; il 33% che la rilevazione avviene mediante procedura definita; infine, il restante 33% che non vengono rilevati i sintomi.

Nel **grafico 7** viene domandato se il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca Covid-19 ed il 100% degli intervistati ha risposto che tutto il personale è stato sottoposto a tampone.

Nel **grafico 9** è stato chiesto se anche l'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19. Il 67% ha risposto che nessun assistito è stato sottoposto a tampone.

Nel **grafico 8**⁷² viene chiesto in quali casi è previsto il tampone per il personale. Il 67% ha risposto per screening, il 33% per la presenza di sintomatologia Covid, e nel **grafico 10** è stato chiesto per quale motivo veniva effettuato il tampone alle utenze: 100% ha risposto per screening.

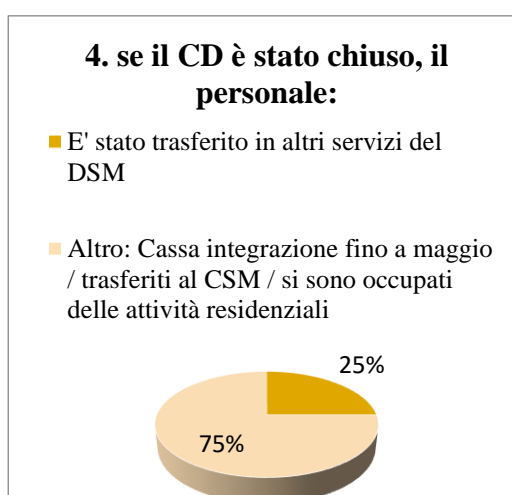
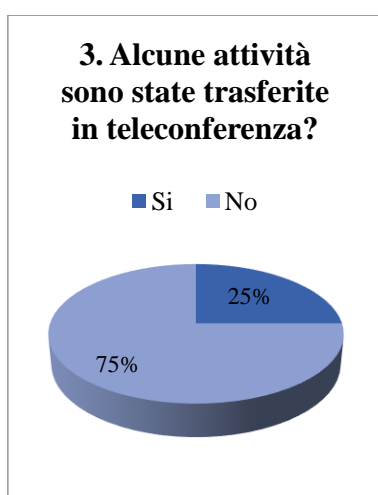
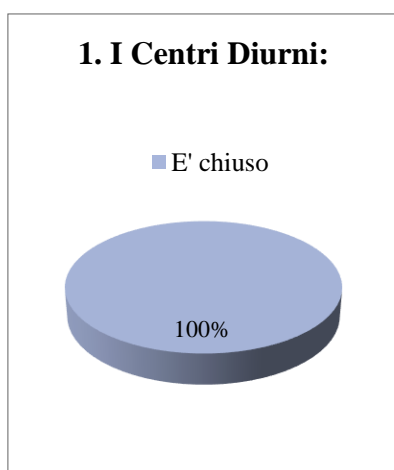
Nei **grafici 11 e 12** vengono chiesti se per il personale e per le utenze ci sono stati casi di positività. In entrambi i grafici possiamo notare che sia fra le utenze, sia fra il personale non c'è stato nessun caso di positività; infatti, il **grafico 14** fa notare che questo non ha comportato la chiusura degli appartamenti, vista la negatività degli assistiti e degli organici.

⁷² Il **grafico 13** non è stato descritto a causa di un errore materiale, una ripetizione del **grafico 8**. Il **grafico 9** doveva essere relativo alle persone assistite e non al personale

Nel **grafico 15** è stato chiesto se in questo periodo è aumentata la malattia fra il personale ed il 100% ha risposto che non è aumentata.

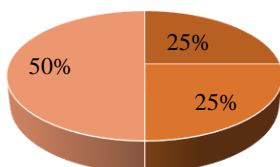
Il **grafico 16** mostra le modalità con cui si sono svolte le riunioni. Il 67% ha risposto che hanno continuato regolarmente rispettando le distanze di sicurezza; mentre il restante 33% ha sospeso le riunioni.

Centri Diurni



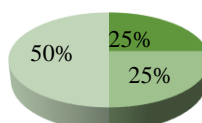
5. Se il CD è stato chiuso gli utenti:

- Sono stati a casa supportati dal personale del CSM
- Sono stati supportati dal personale del CD tramite telefonate
- Tutte le precedenti risposte



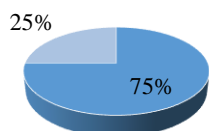
6. Il personale in servizio di norma:

- Indossa solo la mascherina
- Non indossa DPI
- Altro: camice, mascherina e guanti / Centro diurno sospeso



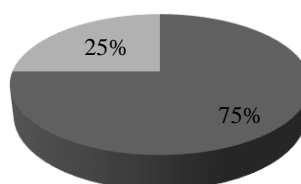
7. Al momento dell'accoglienza c'era la rilevazione dei sintomi COVID?

- No
- Sì, secondo procedura definita



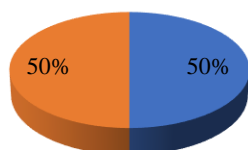
8. Il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca Covid-19?

- Sì
- No



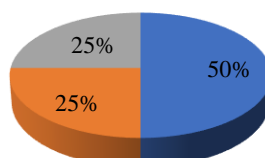
9. In quali casi è previsto il tampone per il personale?

- Presenza di sintomatologia Covid
- Screening



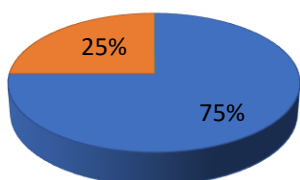
10. L'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19?

- Sì
- No
- Solo alcuni



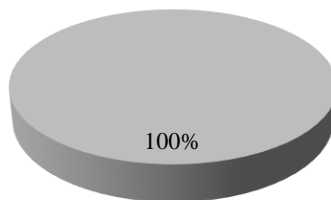
11. In quali casi è previsto il tampone per l'utenza?

- Presenza di sintomatologia Covid
- Screening



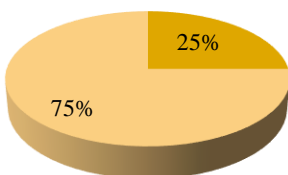
12. Vi sono stati casi di positività fra le utenza?

- No



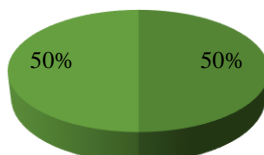
13. Vi sono stati casi di positività fra il personale?

- Si
- No



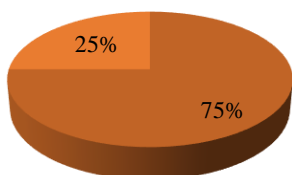
14. In quali casi è previsto il tampone fra il personale?

- Presenza di sintomatologia Covid
- Screening
- Solo contatto con persona Covid positiva



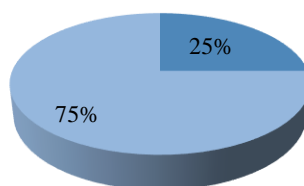
15. Questo ha comportato la chiusura del servizio?

- Si
- No



16. Nel periodo di riferimento vi è stato un aumento della malattia fra il personale?

- Si
- No





Il questionario da analizzare riguarda i Centri diurni, i quali sono i più colpiti dalla normativa regionale dove è stata imposta la chiusura per limitare al massimo la diffusione del virus.

Gli intervistati sono stati: Area Vasta 2 ed Area Vasta 3.

Nel **grafico 1** viene indagato se i Centri diurni sono stati chiusi. Il 100% degli intervistati ha risposto in maniera affermativa e che sono stati chiusi nel periodo di aprile; ciò ha comportato anche la sospensione delle attività, come si può vedere nel **grafico 2**, ma spostate per il 25% in teleconferenza rispetto al 75% fedele alla sospensione totale delle attività, rappresentato nel **grafico 3**.

A causa della chiusura, si è indagato (**grafico 4**) cosa ha fatto il personale. Per il 75% ha subito trasferimenti nei CSM, occupandosi delle attività residenziali ed

alcuni hanno subito la cassa integrazione⁷³ fino a maggio. Il restante 25%, invece, è stato trasferito in altri servizi del DSM.

Si è andato a ricercare anche dove le utenze sono state trasferite a causa della chiusura (**grafico 5**) ed è emerso che il 50% è stato a casa con il supporto del personale del CSM, ma anche supportato dal personale del CD con telefonate. Poi, il 25% solo a casa supportato dal personale del CSM, mentre il restante 25% solo supportato dal personale del CD tramite telefonate.

Nel **grafico 6** viene interrogato se il personale di norma utilizza DPI o meno. Il 50% degli intervistati ha risposto che alcuni hanno utilizzato camice, mascherina e guanti; mentre, gli altri nulla a causa della chiusura del servizio diurno. Il 25% non ha indossato i DPI, mentre il restante 25% solo mascherina.

Nel **grafico 7** è stato chiesto se al momento dell'accoglienza la rilevazione dei sintomi Covid fosse prevista. Il 75% ha risposto in maniera negativa ed il 25%, invece, mediante procedura definita.

Nel **grafico 8** viene domandato se il personale è stato sottoposto a tampone per la ricerca Covid-19 ed il 75% degli intervistati ha risposto che il personale è stato sottoposto a tampone.

⁷³ Alcune Aree Vaste hanno dovuto mettere in cassa integrazione il personale, a causa di 16 operatori su 24 positivi al Covid-19

Nel **grafico 9** viene chiesto in quali casi fosse previsto il tampone per il personale. Il 50% ha risposto per screening mentre il 50% per la presenza di sintomatologia Covid.

Nel **grafico 10** è stato chiesto se anche l'utenza è stata sottoposta a tampone per la ricerca Covid-19. Il 50% ha risposto che l'utenza è stata sottoposto a tampone, il 25% solo alcuni, mentre il 25% ha risposto che non ha effettuato il tampone alle utenze.

Nel **grafico 11** viene chiesto in quali casi fosse previsto il tampone per l'utenza. Il 75% ha risposto a presenza di sintomatologia Covid, mentre il 25% per screening Covid.

Nei **grafici 12 e 13** viene chiesto se fra il personale e le utenze ci sono stati casi di positività. Nel **grafico 12** fra le utenze non c'è stato nessun caso di positività; mentre (**grafico 13**) per il 75% non si è riscontrata la positività fra il personale.

Si può notare nel **grafico 14**, dove viene chiesto in quali casi il tampone fosse previsto per il personale, il 50% ha risposto per screening, mentre il restante 50% per presenza di sintomatologia Covid.

Nel **grafico 15** si è indagato se questo ha comportato la chiusura, per il 75%.

Nel **grafico 16** è stato chiesto se nel periodo di aprile ci sia stato un aumento della malattia del personale, il 75% ha risposto che non si è verificato nessun aumento.

Nel **grafico 17** è stato chiesto come si sono svolte le riunioni. Il 75% ha risposto che sono state sospese, mentre il restante 25% sono continuate rispettando le distanze.

Nelle domande poste all'interno del questionario dei DSM e CSM erano presenti domande inerenti al numero di personale e strutture appartenenti alle diverse Aree Vaste.

Per quanto riguardano gli ASM⁷⁴, tra gli intervistati è emerso che in totale hanno 27 ambulatori, di cui:

- 10 dell'Area Vasta 1;
- 5 dell'Area Vasta 2;
- 4 dell'Area Vasta 3;
- 8 dell'Area Vasta 4.

Inoltre, è stato chiesto il numero esatto di CSM per Area Vasta e si è visto che in totale sono 8, di cui:

- 3 dell'Area Vasta 1;

⁷⁴Acronimo di Ambulatorio di Salute Mentale, d'ora in poi ASM.

- 1 dell'Area Vasta 2;
- 1 dell'Area Vasta 3;
- 3 dell'Area Vasta 4.

Il numero degli SPDC totale è, di cui:

- 3 dell'Area Vasta 1;
- 1 dell'Area Vasta 2;
- 1 dell'Area Vasta 3;
- 2 dell'Area Vasta 4.

Gli appartamenti totali sono 10, di cui:

- 5 dell'Area Vasta 1;
- 2 dell'Area Vasta 2;
- 1 dell'Area Vasta 3;
- 2 dell'Area Vasta 4.

I Centri Diurni sono 12, di cui:

- 3 dell'Area Vasta 1;
- 1 dell'Area Vasta 2;
- 2 dell'Area Vasta 3;
- 6 dell'Area Vasta 4.

All'interno delle ASUR intervistate, troviamo Comunità/CTRP gestite dal DSM, in totale sono 8, di cui:

- 5 dell'Area Vasta 1;
- 1 dell'Area Vasta 2;
- 2 dell'Area Vasta 4.

L'Area Vasta 2, inoltre, possiede 50 appartamenti gestiti prevalentemente da assistiti.

Per quanto riguarda i posti letto, gli SPDC hanno un totale di 77 posti letto, di cui:

- 32 dell'Area Vasta 1;
- 12 dell'Area Vasta 2;
- 12 dell'Area Vasta 3;
- 21 dell'Area Vasta 4.

Altri posti letto che vengono ricercati sono quelli delle comunità/CTRP gestite dal DSM per un totale 159, di cui:

- 90 dell'Area Vasta 1;
- 10 dell'Area Vasta 2;
- 0 dell'Area Vasta 3;
- 59 dell'Area Vasta 4.

Ulteriori posti letto riguardano quelli degli appartamenti/gruppi appartamenti gestiti dal DSM che sono 53, di cui:

- 30 dell'Area Vasta 1;
- 9 dell'Area Vasta 2;
- 4 dell'Area Vasta;
- 10 dell'Area Vasta 4.

Per quanto riguarda il personale sanitario e parasanitario, si è andato ad indagare la ripartizione per Area Vasta di: medici psichiatri, psicologi, infermieri, infermieri coordinatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori e operatori socio sanitari.

I medici psichiatri sono risultati essere un totale di 62, di cui:

- 23 dell'Area Vasta 1;
- 9 dell'Area Vasta 2;
- 11 dell'Area Vasta 3;
- 19 dell'Area Vasta 4.

D'altra parte, nell'analisi di quella che è l'èquipe formata da psicologi, ne risultano 13, di cui:

- 4 dell'Area Vasta 1;
- 3 dell'Area Vasta 2;

- 1 dell'Area Vasta 3;
- 5 dell'Area Vasta 4.

Il personale infermieristico, quello che risulta essere con più alto numero, è di 204 unità, di cui:

- 90 dell'Area Vasta 1;
- 40 dell'Area Vasta 2;
- 15 dell'Area Vasta 3;
- 59 dell'Area Vasta 4.

Le Aree Vaste hanno in organico, in totale, anche 11 infermieri coordinatori, di cui:

- 4 dell'Area Vasta 1;
- 3 dell'Area Vasta 2;
- 1 dell'Area Vasta 3;
- 3 dell'Area Vasta 4.

Per quanto riguarda gli educatori, si è riscontrato che risultano essere 72, di cui:

- 50 dell'Area Vasta 1;
- 4 dell'Area Vasta 2;
- 15 dell'Area Vasta 3;

- 3 dell'Area Vasta 4.

Infine, risultano esserci 73 Operatori Socio Sanitari in totale, di cui:

- 40 dell'Area Vasta 1;
- 0 dell'Area Vasta 2;
- 7 dell'Area Vasta 3;
- 26 dell'Area Vasta 4.

Ciò che risulta mancare ad ogni Area Vasta intervistata, sono terapisti della riabilitazione psichiatrica, mentre all'Area Vasta 2 è presente un assistente sociale.

CONCLUSIONE

L'avvento della pandemia, nella Regione Marche, ma come in Italia ed in Europa, ha creato un enorme scopenso nella sanità, mettendo in discussione tutti i servizi e le attività erogate per la salute, soprattutto in quella mentale.

Utilizzando le stime ottenute in questa ricerca, si è riuscito a quantificare tutte le difficoltà che le Aree Vaste intervistate hanno riscontrato nel mese di Aprile.

Mediante la rilevazione dei questionari, sono emersi come risultati comuni a tutti i soggetti intervistati: il disagio, la scarsità di risorse economiche, di linee guida da seguire, di materiale idoneo per evitare il contagio fra operatori – utenti.

Inoltre, la chiusura di alcuni servizi, come i Centri Diurni ed alcune Comunità Terapeutiche, la positività riscontrata fra il personale e le utenze hanno fatto ulteriormente emergere una disorganizzazione di fondo per l'inaspettata emergenza, tale da mettere in discussione alcuni operati.

La significatività dei dati ottenuti va ricercata nel fatto che questo è il primo studio che consente di mappare il disagio vissuto in Italia.

Tuttavia, si sente la necessità di realizzare un'ulteriore rilevazione, più puntuale di quanto è accaduto, dato che alcuni hanno dato risposte incomplete o non esaustive ai questionari somministrati.

Bibliografia

AGENZIA REGIONALE SANITARIA *“La tutela della salute mentale nelle Marche”*, Anibaldi Grafiche – Ancona, 2009.

COMMISSIONE EUROPEA, *“Libro Verde”*, Comunità Europea, Bruxelles 2005.

DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N.600 – *“piano territoriale della regione marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell’emergenza Covid-19”*, Ancona 18 maggio 2020

DGPRES 23-4-2020 *“COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell’Infanzia e dell’Adolescenza.”*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 2020

DRM N.132 - *Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 2004/2006”*, Ancona 2004.

DPR del 7 aprile 1994 - *Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1994- 1996”*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1994.

DPR del 1 novembre 1999 - *Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998- 2000”*, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 1998.

MEZZINA R., *La salute mentale in Europa dopo Helsinki*, in *Communitas “Le apocalissi della mente”*, n.12./2006, rivista on-line.

PATTO EUROPEO – “Per la Salute ed il benessere mentale” in *Conferenza di Alto livello dell’UE*, Bruxelles, 12-13 giugno 2008.

PIANO D’AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE – “*Progetto obiettivo per la salute mentale 2013*”, in *Gazzetta Ufficiale*, Roma 2013.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006 - “5.4 La tutela della salute mentale”, in *Gazzetta ufficiale*, Roma 2006.

PIANO SANITARIO REGIONALE 2007/2009 “*il governo, la sostenibilità, l’innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani*” Ancona 2007.

PIANO SANITARIO REGIONALE 2012/2014 “*Piano socio-sanitario regionale 2012/2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo*” Ancona 2011.

PIANO SOCIALE 2008/2010 “*Piano sociale 2008/2010 partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare*” Ancona 2008.

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2020/2022. *“Il cittadino, l’integrazione, l’accessibilità e la sostenibilità “31. Promozione e Tutela della Salute Mentale”*, Ancona 2020.

ORDINANZA REGIONE MARCHE N. 4, *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19”*, Ancona 10 marzo 2020.

ORDINANZA REGIONE MARCHE N. 19, *“sospensione delle attività dei centri semiresidenziali per anziani e per persone con problemi di salute mentale”*, Ancona 3 aprile 2020.

WHO, *Dichiarazione sulla Salute mentale per l’Europa, “Affrontare le sfide, creare le soluzioni”*. Helsinki, Finlandia 12-15 gennaio 2005.

WHO, *“Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale 2013”*, ASS n.1 Triestina, Friuli Venezia Giulia, 2015.

Normativa di riferimento

Europa

1. Dichiarazione sulla salute mentale per l’Europa - “Affrontare sfide, creare soluzioni” 2005.
2. Libro Verde “Migliorare la salute della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l’Unione Europea” 2005.

3. Patto Europeo – “Per la Salute ed il benessere mentale” Bruxelles, 12-13 giugno 2008.
4. WHO, Piano d’Azione Europeo per la Salute Mentale, 2013.

Italia

5. DPR 7 aprile 1994- Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1994- 1996”.
6. DPR 1 novembre 1999- Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”.
7. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 - “5.4 La tutela della salute mentale”.
8. Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2013.
9. DGPRES 23-4-2020 “COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell’Infanzia e dell’Adolescenza.”.

Regione Marche

10. Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 2004/2006” Delibera Regione Marche n.132.

11. Piano sanitario regionale 2007/2009 “il governo, la sostenibilità, l’innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani”.
12. La tutela della salute mentale nelle Marche – Luglio 2009.
13. Piano socio-sanitario regionale 2020/2022. “Il cittadino, l’integrazione, l’accessibilità e la sostenibilità “31. Promozione e Tutela della Salute Mentale”.
14. Ordinanza Regione Marche n. 19 del 3 aprile 2020 “sospensione delle attività dei centri semiresidenziali per anziani e per persone con problemi di salute mentale”.
15. Ordinanza Regione Marche n. 4, “misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19”, 10 marzo 2020.
16. Delibera della giunta regionale n.600 – “piano territoriale della regione marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell’emergenza Covid-19”, 18 maggio 2020.
17. Piano sociale 2008/2010 “Piano sociale 2008/2010 partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare”.

18. Piano sanitario regionale 2012/2014 “Piano socio-sanitario regionale 2012/2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”.

Sitografia

1. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=561
2. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_560_allegato.pdf
3. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_int.pdf
4. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf
5. https://www.sifoweb.it/images/pdf/attivita/attivita-scientifica/aree_scientifiche/psichiatria/PROGETTO_OBIETTIVO_TUTELA_SALUTE_MENTALE_1994-1996.pdf
6. https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/files/dpr_10_11_1999.pdf/view
7. http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=f9a10e3b-34e3-42d2-876db317e3d2502e&groupId=10793
8. <http://www.omceofg.it/wp-content/uploads/2017/04/PSN20060828marzofdde.pdf>
9. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2448#:~:text=Ministero%20della%20Salute&text=Pubblicato%

[20dall'Organizzazione% 20Mondiale% 20della,obiettivo% 20della% 20salute% 20per% 20tutti.](#)

10. https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22370:san14314&catid=6&Itemid=137
11. <https://www.isfol.it/sistema-documentale/banche-dati/normative/2012/normative-regionali/deliberazione-consiliare-6-luglio-2004-n.-132/DeliberazioneConsiliaren.132del2004.PDF>
12. https://www.simmweb.it/attachments/article/679/Marche_04_PSR_2007_2009.pdf
13. <http://new.ars.marche.it/Portals/0/SitoArs/download/pubblicazioni/salutementale.pdf>
14. https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Altre_attivita/PSSR%20Del_Amm107_2020.pdf
15. https://www.regione.marche.it/Portals/0/Salute/Coronavirus/Regione%20Marche_Ordinanza%20COVID_19_n%2019%20del%203%20aprile%202020-signed.pdf
16. <https://www.comune.fermo.it/it/notizie/art/2875-ordinanza-regione-marche-n-4-del-10-marzo-2020/>
17. <https://inapp.org/it/strumenti/normativa/norme-regionali/marche-deliberazione-giunta-regionale-18-maggio-2020-n-600>

18. <https://www.regione.marche.it/Portals/0/Sociale/ProgrammazioneSociale/PianoSocioSanitarioReg2012-2014.pdf?ver=2016-07-25-155756-310>
19. <https://www.regione.marche.it/Portals/0/Sociale/ProgrammazioneSociale/Piano%20Sociale%202008-2010.pdf?ver=2016-07-25-155646-050&ver=2016-07-25-155646-050>
20. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08:328>
21. <https://www.privacy.it/archivio/trattato%20ue%20art.168.html>

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

Vorrei ringraziare il *prof. Ercolani Maurizio*, relatore di questa tesi di laurea, ma non solo per il supporto che mi ha fornito per la stesura dell'elaborato, ma anche per le enormi conoscenze che è stato in grado di trasmettermi, per la disponibilità, la pazienza e la precisione dimostratemi durante tutto il periodo della stesura. Grazie a lui ho avuto modo di scoprire il mondo della salute mentale in tutti i suoi aspetti, facendomi innamorare della psichiatria.

A mamma e babbo, al loro costante sostegno e ai loro insegnamenti senza i quali oggi non sarei ciò che sono. Anche durante le difficoltà affrontate in quest'ultimo periodo, le quali ci hanno fortificato e fatto capire quali sono i veri valori e le cose più importanti, voi non avete mai smesso di sostenermi e di appoggiare ogni mia scelta. Senza di voi, tutto questo non sarebbe stato possibile. *A fratello, il mio grande uomo*. Sempre pronto ad ascoltarmi e a darmi consigli. A cercare in ogni occasione di far salire la mia autostima, insegnandomi a camminare ogni giorno a testa alta senza aver paura dei giudizi degli altri. Ogni volta che ho bisogno di lui, nonostante gli impegni di entrambi, è sempre presente. *Ti voglio un bene immenso*.

Questa tesi la dedico a voi che siete la mia famiglia, il mio più grande sostegno e la mia guida.

Ai miei zii Armando, Marilena, Susanna, Angela e Patrizio, ai miei cugini Andrea, Valeria, Federica, Beatrice, Sofia e Maria, anche se siete lontani so che in questo percorso mi avete sostenuta, incoraggiandomi a fare sempre di più e accompagnandomi fin qui, al traguardo.

Ai miei nonni Maurizio, Pierino e Giuseppina che oggi non ci sono più ma che sono e saranno per sempre nel mio cuore. Grazie per la protezione che mi riservate ogni giorno. A mia nonna Renata, l'unica ancora in vita, grazie per la dolcezza che ci metti sempre quando si tratta di me.

Alla mia “maestra di sostegno” Giulia. Durante la stesura di questo elaborato sei stata di fondamentale importanza, non solo per i consigli e per il sostegno ma per dedizione e la cura che ci hai messo. Ti ringrazio per tutto quello che è stato in passato, per oggi e per quello che sarà in futuro perché senza di te oggi non sarei “Dottore” e la persona che sono.

Al mio duo del trio “BSG”, le mie amiche e colleghe Benedetta e Giorgia a cui non posso fare a meno. Si dice che gli amici si trovano nel momento del bisogno e Voi ci siete state costantemente tra pianti di dolore e di gioia. Vi auguro il meglio nella vita perché siete persone belle, dentro e fuori. Auguri anche a voi, colleghe!

Ad Hasnaa, la prima di tutte che fin dal primo giorno d'università ha creduto in me. Coi che ha sempre pregato che i miei esami andassero bene e anche che i miei desideri si potessero avverare, che dormiva agli ultimi banchi o che guardava serie tv coreane, coei che nei momenti d'incertezza c'era e spero che continui ad esserci anche domani. Anche se di diversa etnia e religione, per me sei la mia sorella musulmana. Grazie piccole Hasnaa, per tutto. *Mi mancherai.*

Ai miei amici, ai miei colleghi e compagni di università e a tutti quelli che hanno incrociato la loro vita con la mia lasciandomi qualcosa di buono. Grazie per essere stati miei complici, ognuno a suo modo, in questo percorso intenso ed entusiasmante, nel bene e nel male. Sono così tanti i ricordi che mi passano per la testa che è impossibile trovare le parole giuste per onorarli. A farlo saranno le mie emozioni, i miei sorrisi e le mie lacrime che insieme si mescolano in un bagaglio di affetto sincero e gratitudine per tutti voi. Grazie per aver reso il mio traguardo davvero speciale!

A Giacomo, che fin dal primo giorno d'università abbiamo creato una bella amicizia che con il tempo si è tramutata in amore. A te devo un grosso grazie per il supporto che in questi anni mi hai dato, ma soprattutto per essermi stato vicino quando avevo voglia di mollare tutto. Se ho avuto il coraggio di sperimentare nuove idee, di mettermi in gioco e di capire che, in fondo, gli ostacoli esistono per essere superati, il merito è soprattutto il tuo. Ti auguro di

avere fortuna nella vita, di poter realizzare i tuoi sogni, di poter fare ciò che ti fa felice e soprattutto di essere *FELICE*, come lo sono io quando sto con te. Auguri Dottore, *ti amo!*

A Me che nonostante le difficoltà riscontrate nella vita sono sempre riuscita ad andare avanti e superare i momenti dolorosi. Mi auguro di potercela fare nella vita, di andare avanti e inseguire i miei sogni. Mi auguro di rimanere ciò che sono diventata: tenace, con le palle ma anche semplice.

A chi non ha mai creduto in me, oggi è la prova che Sara può fare tutto, se lo vuole. A voi dedico questa tesi, segno dei miei sforzi, perché senza la vostra sfiducia tutto questo, non sarebbe successo.

GRAZIE.

FERMO, 26 novembre 2020