

Studio SIEP sui TSO: i primi dati

Nadia Magnani, Caterina Bruschi, Barbara D'Avanzo, Alessia De Stefano, Antonio Gabriele Maone, Angelo Picardi, Alessio Saponaro, Giuseppe Tibaldi, Fabrizio Starace e *Gruppo di Studio TSO Italia**

Premessa

La frequenza dei TSO in Italia, se pure bassa rispetto ad altri paesi, costituisce un evento sentinella, per il quale è importante definire possibili fattori di rischio e fattori di protezione. L'edizione 2022 del Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute che riporta i dati relativi ai flussi SISM del 2020 (sistematizzati nell'ultimo Quaderno SIEP di Epidemiologia Psichiatrica), evidenzia un tasso di riferimento nazionale pari a 10,8/100.000 ab. con una marcata variabilità regionale (differenza di 7-8 volte tra le regioni che effettuano più TSO e quelle che li effettuano di meno); questa variabilità lascia ipotizzare margini per azioni di miglioramento finalizzate a ridurre ulteriormente il numero dei TSO. Dobbiamo poi considerare che la fonte SDO non è esaustiva in quanto non rileva i TSV che si trasformano in TSO durante il ricovero e non permette di rilevare i TSO extraospedalieri.

Dati di letteratura (Beames et al, 2021) evidenziano che per valutare i fattori favorevoli le pratiche coercitive, è necessario adottare un approccio multifattoriale, che tenga conto di dimensioni organizzative dei Servizi e di aspetti correlati a tutti gli attori in gioco (utenti e operatori).

Per la riduzione dei trattamenti coercitivi, una «umbrella review» di studi randomizzati (Barbui et al, 2021) condotta su studi pubblicati da gennaio 2010 a gennaio 2020, evidenzia l'efficacia della formazione, di interventi di «shared decision-making» e di interventi psicologici integrati.

Ulteriore fattore esplorato in alcuni studi (Krieger et al. 2021; Morandi et al. 2021; Husum et al. 2022) è l'atteggiamento degli operatori verso la coercizione, che verosimilmente può correlarsi a esperienze formative, professionali ed anche alle dimensioni organizzative del Servizio.

Lo studio SIEP

In questo contesto la SIEP ha proposto uno Studio multicentrico nazionale sui fattori correlati all'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori nei Servizi di Salute Mentale, che ha coinvolto diversi Servizi in Italia. Lo studio è iniziato a settembre 2022 ed è osservazionale retrospettivo-prospettico, poiché rileva alcuni dati relativi all'anno precedente l'inizio dello studio (come il numero dei TSO e degli eventuali episodi di contenzione) e dati che verranno raccolti nei 12 mesi di durata dello studio.

Obiettivo dello studio è individuare i fattori correlati all'attuazione dei trattamenti sanitari obbligatori in alcuni Servizi di salute mentale italiani esplorando le possibili correlazioni tra dimensioni organizzative e strutturali dei Servizi di salute mentale, atteggiamento verso la coercizione degli operatori, numerosità e caratteristiche di TSO e ASO in un periodo di riferimento (12 mesi).

Relativamente alle dimensioni organizzative e strutturali dei Servizi di salute mentale, vengono esplorati ad esempio: i rapporti tra organico, bacino di utenza, utenza in carico; gli spazi fisici disponibili in SPDC; la realizzazione di eventi formativi specifici; la presenza di rapporti formalizzati con utenti esperti o associazioni di utenti e familiari; la presenza di protocolli con il Pronto Soccorso. Relativamente alle caratteristiche di TSO e ASO effettuati nel periodo di riferimento, viene rilevata ad esempio: la durata e sede del TSO; se l'ASO è esitato in TSO; le caratteristiche dell'utenza sottoposta ad ASO o TSO (tra le quali fascia di età, sesso, categoria diagnostica, se in carico o non in carico al Servizio, se «first ever», l'eventuale utilizzo di contenzione meccanica).

L'atteggiamento verso la coercizione degli operatori viene esplorato mediante la SACS (Staff Attitude to Coercion Scale). Lo strumento nella sua versione italiana è stato messo a punto seguendo le indicazioni degli autori della scala, effettuando prima la traduzione in italiano e successivamente la back translation.

La SACS è una scala a 15 item in auto-somministrazione che esplora l'atteggiamento degli operatori verso la coercizione in salute mentale; coercizione intesa come costrizione ad un trattamento involontario, spesso associata all'uso della forza (es: isolamento; contenzione meccanica, fisica, farmacologica; trattamento obbligatorio).

Lo scoring della SACS prevede di:

a) raggruppare gli items in tre dimensioni:

-Fattore 1: "coercizione come offensiva (atteggiamento critico)"

-Fattore 2: "coercizione come cura e sicurezza (atteggiamento pragmatico)"

-Fattore 3: "coercizione come trattamento (atteggiamento positivo)"

b) individuare un punteggio totale (in tal caso vanno invertiti i punteggi degli items raggruppabili nel fattore 1).

Una revisione sistematica degli studi che hanno utilizzato la SACS, condotta ad aprile 2022 (Husum, Ruud e coll.), ha evidenziato che nonostante alcuni limiti, la SACS è l'unico questionario che misura gli atteggiamenti degli operatori relativamente all'uso di interventi coercitivi nei Servizi di salute mentale e che è inoltre uno strumento ampiamente utilizzato, percepito come utile e fattibile.

Dati preliminari

Proponiamo qui i primi dati (preliminari) relativi alle prime 153 schede SACS compilate dai primi centri che hanno iniziato ad inviare dati (Grosseto, Rovato -BS, Siena, Trento; relativamente a Trento per ora sono state analizzate solo le prime schede inviate).

Relativamente ai dati anagrafici, la prevalenza (76%) degli operatori che hanno compilato la SACS sono di sesso femminile. Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione per sesso e l'età media degli operatori.

Senza alcuna pretesa rappresentativa per un campione così piccolo, abbiamo comunque rilevato il dato relativo al sesso indicato nelle Tabelle dati SISM del Ministero della Salute, relativamente al Personale dei Dipartimenti di Salute Mentale (dipendenti + convenzionati), che indica come le femmine siano più del doppio dei maschi (femmine 19.598; maschi 9.209).

Tabella 1

	Maschi	Femmine	Totale
Sesso (numero; %)	36; 24%	117; 76%	153
Età (media e ds)	48,5 ds 10,4	46,4 ds 11,2	46,9 ds 11

Relativamente alla professione, la prevalenza degli operatori che hanno compilato la SACS sono infermieri (40 %), seguiti da psichiatri (21 %), educatori professionali e terapisti della riabilitazione (19 %), OSS (14 %), altre figure professionali (6 %). Dai dati riportati dal Ministero della Salute, si rileva di fatto che relativamente alla dotazione complessiva del personale dei DSM, la prevalenza sono infermieri (44,8 %), seguiti dai medici (18,4 %) e OTA/OSS (11,2 %), mentre la percentuale degli educatori professionali e terapisti della riabilitazione è minore (7,5 %) rispetto a quella del nostro piccolo campione. Nella Tabella 2 è riportata la distribuzione per professione degli operatori che hanno compilato la SACS, gli anni di professione e gli anni di lavoro nel Servizio.

Tabella 2

	Numero schede SACS	Età (media e ds)	Sesso	Anni di professione	Anni di lavoro nel Servizio
Infermieri	61	47,3 ds 10,4	18 M - 43 F	21,7 ds 11	12,4 ds 11,1
Psichiatri	32	46 ds 9,7	10 M - 22 F	14,4 ds 10,6	9,1 ds 8,3
Educatori prof. / Terapisti riab. psich.	29	40,9 ds 11,5	1 M - 28 F	15,8 ds 11,4	11,9 ds 10,7
OSS	22	54,8 ds 9,4	5 M - 17 F	20,1 ds 10,6	12,4 ds 12,3
altro	9	46,4 ds 10,3	2 M - 7 F	17,4 ds 9,1	9,7 ds 8,3
Totale	153	46,9 ds 11	36 M - 117 F	18,6 ds 11,1	11,5 ds 10,5

Relativamente al contesto lavorativo, la prevalenza degli operatori che hanno compilato la SACS lavorano nel CSM (56 %), il 20% in SPDC, il 15 % sia in SPDC che nel CSM, il 9 % in strutture residenziali o semiresidenziali.

E' stata effettuata quindi un'analisi di regressione per analizzare la relazione tra SACS punteggio totale e diverse variabili indipendenti quali: età; sesso; professione; contesto lavorativo; da quanti anni svolge la professione; da quanti anni lavora in quel Servizio. Da tale analisi è stata rilevata un'influenza della professione, dove in particolare gli psichiatri presentano punteggi totali alla SACS significativamente più bassi (corrispondenti ad un atteggiamento meno favorevole verso la coercizione), rispetto ad altre figure professionali quali infermieri e OSS (Grafico 1). In questo contesto, alcuni autori (Morandi e coll. 2021) rilevano che l'impatto emotivo della coercizione sarebbe significativamente maggiore tra gli psichiatri rispetto agli infermieri, anche in relazione alla responsabilità legata alla decisione di attuare la coercizione.

Abbiamo poi osservato un'influenza significativa degli anni di professione, dove aumenta l'atteggiamento favorevole alla coercizione all'aumentare degli anni di professione (Grafico 2). Tale dato non sempre risulta concordante in letteratura, anche se alcuni autori (Husum et al. 2011) hanno osservato che la percezione della coercizione come "offensiva verso il paziente", si ridurrebbe all'aumentare della complessiva esperienza lavorativa. Per altro alcune professioni (in particolare infermieri e OSS) possono aver lavorato in precedenza anche in contesti diversi da quello della salute mentale.

Infine abbiamo osservato un'influenza significativa degli anni di lavoro nel Servizio, rilevando che all'aumentare degli anni di lavoro nel Servizio dove attualmente svolgono la professione, si riduce l'atteggiamento favorevole verso la coercizione (Grafico 3).

Grafico 1

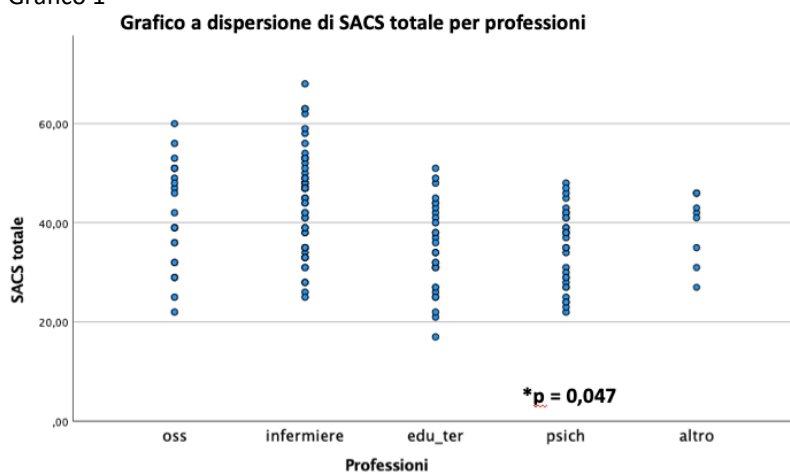


Grafico 2

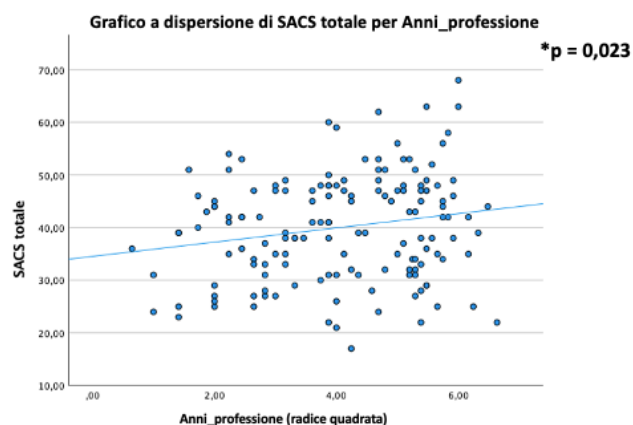
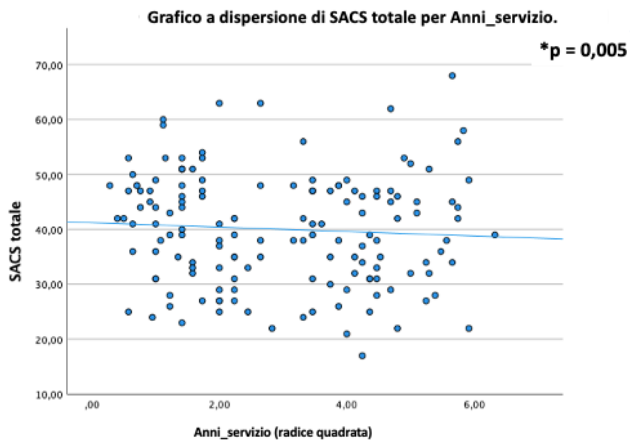


Grafico 3



Considerando che la ricerca ha avuto inizio a settembre 2022, quelli proposti sono per ora soltanto pochi dati preliminari, relativi alle prime schede SACS inviate da alcuni centri, mentre il focus dello studio sarà esplorare le possibili correlazioni tra dimensioni organizzative e strutturali dei Servizi, atteggiamento verso la coercizione degli operatori, numerosità e caratteristiche di TSO e ASO nel periodo di riferimento.

*Il **Gruppo di Studio TSO Italia** è costituito da: Agostini Claudio, Aguglia Andrea, Amerio Andrea, Anzallo Calogero, Balestrieri Matteo, Bardicchia Francesco, Barone Raffaele, Bruschi Caterina, Bussolotti Debora, Cardamone Giuseppe, Castelpietra Giulio, Cavallo Alex, Chierzi Federico, Crescent Maria Cristina, D'Avanzo Barbara, Davi Maurizio, De Nicola Giulio, De Stefano Alessia, Della Rosa Alberto, Di Piazza Giampaolo, Facchi Edvige, Franchi Antonella, Galeazzi Gian Maria, Ghirardini Camilla, Giuliani Enrico Orazio, Gulino Elisa, Linari Federica, Lorenzetti Maria Patrizia, Lucii Claudio, Magnani Nadia, Maone Antonio Gabriele, Marsano Agnese, Megna Iacopo, Merli Roberto, Muratori Roberto, Mustacatu Clio, Nicoli Catia, Nocera Massimiliano, Oretti Alessandra, Pavanini Marco, Pelizza Lorenzo, Picardi Angelo, Pierro Vincenzo, Pingani Luca, Podavini Francesca, Rossi Giovanni, Santinon Patrizia, Saponaro Alessio, Starace Fabrizio, Sveltini Alessandro, Tarricone Ilaria, Tibaldi Giuseppe, Tiraferri Riccardo, Travi Michele, Urbani Anna, Zanfini Roberto

 SINTEF	Tonje Lossius Husum & Torleif Ruud tonjelos@oslomet.no ; torleif.ruud@medisin.uio.no	Versione 2.0 2022
---	---	------------------------------

Ospedale/università: _____ Servizio: _____ Reparto: _____

Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) ©

Questo questionario contiene alcune affermazioni sull'uso della coercizione. Rispondi ciò che, secondo te, il tuo gruppo di lavoro pensa a proposito dell'utilizzo della coercizione. Indica in una scala da 1 a 5 quanto pensi che il tuo ambiente di lavoro sia d'accordo o in disaccordo con ognuna di queste affermazioni.

Questo probabilmente varierà e dipenderà molto dalla situazione in cui si lavora e dalle tipologie di pazienti con cui ci si trova a lavorare. Per questo motivo non c'è una risposta esatta o errata in assoluto. Lo scopo del questionario è rendere un'immagine di quello che ciascuno pensa sull'atteggiamento del gruppo verso l'uso della coercizione.

Le vostre risposte individuali saranno trattate in modo anonimo e in forma aggregata e verranno utilizzati solo i valori medi per gruppo di lavoro.

Leggi attentamente queste affermazioni e valuta ognuna con un punteggio da 1 a 5 nel modo seguente:

1 Molto in disaccordo	2 In disaccordo	3 Indifferente	4 D'accordo	5 Molto d'accordo
------------------------------	------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------------

Nel caso in cui una affermazione non sia applicabile al tuo gruppo di lavoro metti una crocetta nella casella 1 "Molto in disaccordo". Se sei indeciso su cosa rispondere metti una crocetta nella casella 3 "Indifferente".

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1 I pazienti in fase regressiva hanno bisogno del trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Il trattamento coercitivo può essere un'opzione sicura per i pazienti con malattia grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Di tanto in tanto è necessario , ricorrere al trattamento coercitivo per garantire le condizioni di sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 I pazienti che non hanno consapevolezza di malattia hanno bisogno del trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Il trattamento coercitivo può danneggiare l'alleanza terapeutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Nei pazienti che manifestano un comportamento aggressive e pericoloso è necessario l'uso del trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Il trattamento coercitivo è un segno di fallimento dei servizi di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 In caso di situazioni di pericolo è necessario ricorrere al trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Il trattamento coercitivo può essere compatibile con una gestione empatica e attenta del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Si ricorre troppo spesso al trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Bisognerebbe ricorrere più frequentemente al trattamento coercitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Il ricorso al trattamento coercitivo aumenta in condizioni di scarsità di mezzi e risorse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Il trattamento coercitivo può prevenire lo sviluppo di situazioni pericolose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Si potrebbe ridurre il ricorso al trattamento coercitivo destinando più tempo al dialogo coi pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Il trattamento coercitivo è traumatizzante per i pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Vi preghiamo di controllare di aver risposto a tutte le affermazioni.

Grazie per la collaborazione!

Riferimenti Bibliografici

- Barbui C et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 218, 185–195.
- Beames L, Onwumere J. Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021; 00:1–20
- Husum TL, Finset A, Ruud T. The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry* 31 (2008) 417–422
- Husum TL, Ruud T., Lickiewicz J, Siqveland J. Measurement Properties of the Staff Attitude to Coercion Scale: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, April 2022, Volume 13, Article 744661
- Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2011) 46:893–901
- Krieger E et al. Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Apr;28(2):149-162
- Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020*. Pubblicato a Marzo 2022.
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioPubblicazioniSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=3212>
- Morandi S, Silva B, Mendez Rubio M, Bonsack C, Golay P. Mental health professionals' feelings and attitudes towards coercion. *Int J Law Psychiatry*. 2021 Jan-Feb;74:101665
- Starace F, Minguzzi R. I Servizi e le Attività per la Salute Mentale nell'anno della Pandemia. *Indicatori SIEP. Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica*, n. 9/2022