



PROGETTO VISITING SICILIA

SERVIZI RESIDENZIALI E ABITATIVI IN SALUTE MENTALE

di *Simone Bruschetta*

**ACCREDITAMENTO TRA PARI DI QUALITA' SCIENTIFICO-
PROFESSIONALE ATTRAVERSO IL VISITING CONDOTTO DAI
PRINCIPALI STAKEHOLDER PER LA COSTRUZIONE DI STANDARD DI
SERVIZIO CON LA METOLOGIA BENCHMARK**

Primo Ciclo Annuale 2012/2013

**Comunità Terapeutiche Salute Mentale Adulti, Comunità Alloggio Salute Mentale Adulti
Gruppi-Appartamento Salute Mentale Adulti, Comunità Alloggio Salute Mentale Minori**

Direzione Scientifica

Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Francesca Giannone, Marta Vigorelli

Rete Scientifico-professionale

*LdG - Associazione di Psicoterapia Analitica e Istituzionale – Laboratorio di Gruppoanalisi
M&R – Associazione Italiana delle Comunità Terapeutiche e Residenziali – Mito & Realtà
AIRSaM – Associazione Italiana Residenze/Risorse per la Salute Mentale
INDTC – International Network of Democratic Therapeutic Communities*

Responsabile Organizzativa

Agata Barbagallo

Staff Coordinamento Visiting

Vincenzo Bellia, Adele D'Anna, Roberta Duca, Amelia Frasca, Angela Volpe

Collaboratori di ricerca Università di Palermo

Maria Rita Infurna, Cinzia Guarnaccia

Consulente Scientifico

Rex Haigh

*Royal College of Psychiatrist, Quality network Community of Communities – CoC,
Institute of Group Analysis - IGA, The Consortium of Therapeutic Communities - TCTC*

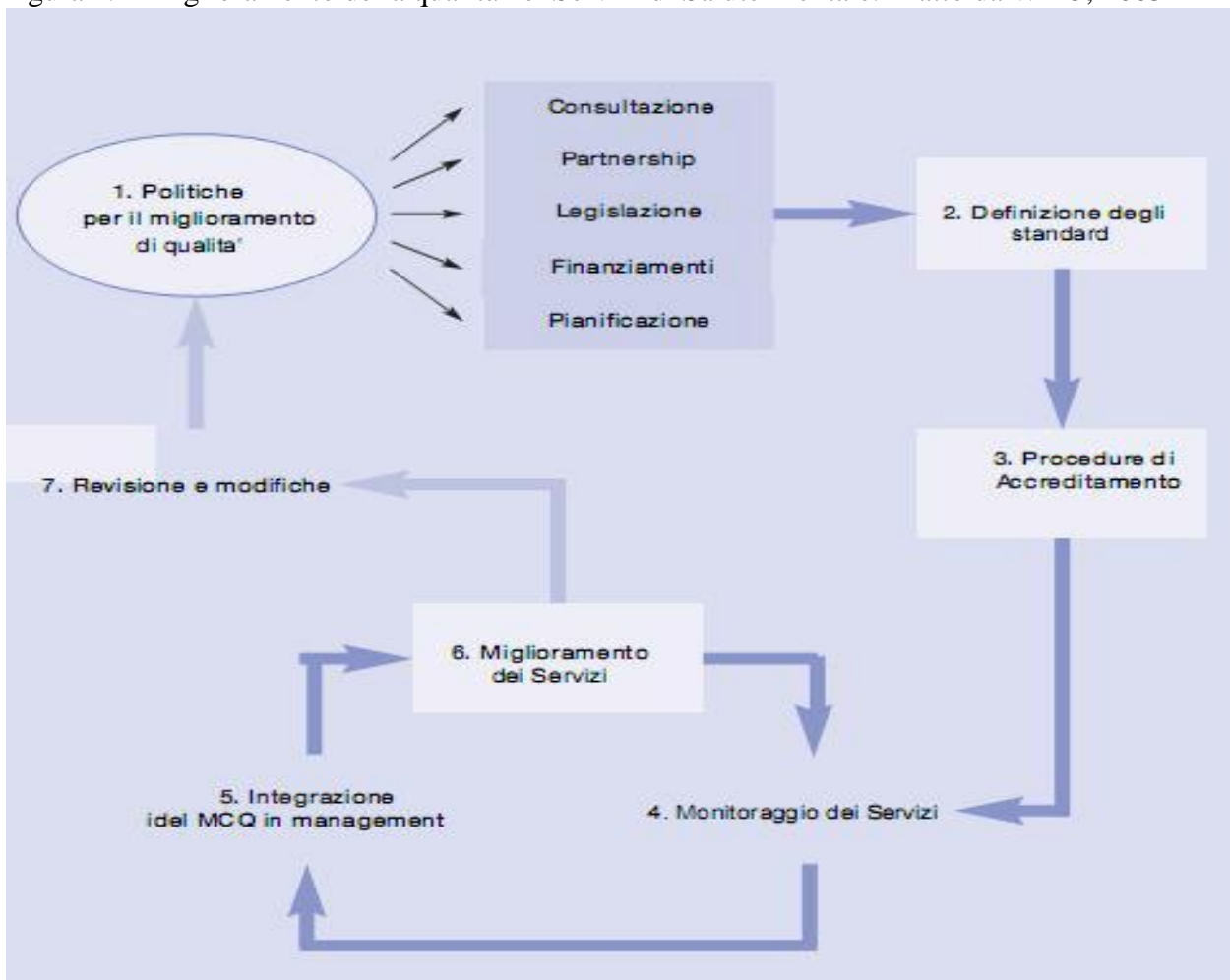
La qualità dei servizi di salute mentale

Nel documento prodotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2003) (Package per il Miglioramento dei Servizi Psichiatrici), le attività attinenti alla qualità (e le iniziative volte al suo miglioramento) sono descritte come elemento cruciale per i Servizi di Salute mentale. Esse comportano importanti conseguenze valutabili sinteticamente in termini di preservazione della dignità dei pazienti, possibilità di fornire cure appropriate, ridurre l'impatto della disabilità, miglioramento della qualità della vita dei pazienti, utilizzazione delle risorse in modo efficiente ed efficace e miglioramento della qualità in tutte le aree di pertinenza sanitaria (incluso la promozione alla salute, la prevenzione, il trattamento nel contesto della Medicina Generale ecc.). Come rappresentato nella figura (Figura 1), l'approccio alla qualità si basa sull'innesco di diversi processi il cui punto finale attiva processi ciclici e ricorsivi.

Senza entrare nel merito di questi processi, prima di illustrare la definizione di qualità e le sue dimensioni si vuole brevemente sottolineare che nel tempo il concetto di qualità è andato incontro ad una evoluzione che ha comportato l'abbandono della prospettiva meccanicistica del controllo per abbracciare invece l'ottica ecologica di sviluppo continuo di politiche per la qualità. Questa evoluzione ne ha radicalmente modificato il senso ed i significati (Frisina, 1994).

La prospettiva del controllo che sottende l'approccio meccanicistico alla qualità (ispezione degli input e delle procedure lavorative) è ampiamente riconosciuta come superata e non adatta al contesto dei Servizi Sanitari. Essa infatti non stimola il comportamento umano verso un miglioramento cosciente e dinamico, spesso porta ad incolpare e a "punire" e, di conseguenza, non motiva al cambiamento.

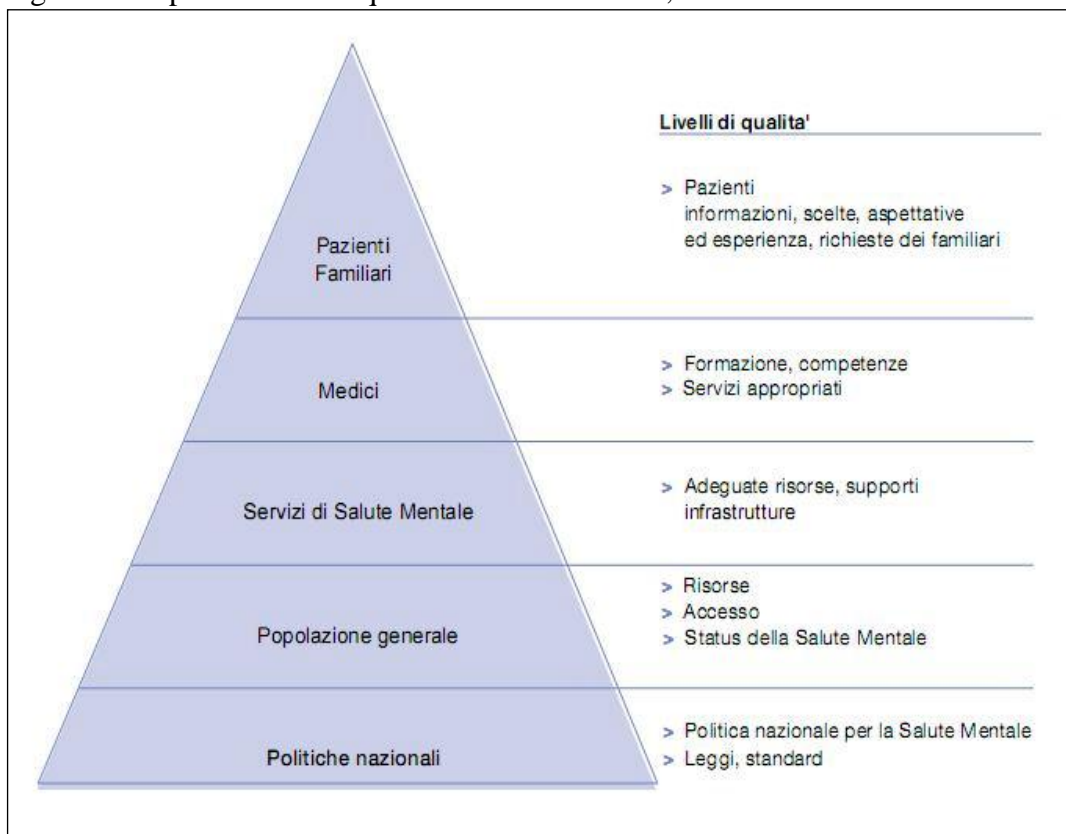
Figura 1. Il miglioramento della qualità nei Servizi di Salute Mentale. Tratto da WHO, 2003



Il concetto di miglioramento della qualità dei servizi sanitari è ormai definitivamente uscito dalla prospettiva del cosiddetto controllo top-down (che implica accettazione e “punizione”) per orientarsi verso uno sviluppo bottom-up (autoregolazione ed incentivi). La valutazione della qualità sta quindi passando dalla misurazione delle risorse (in input) a quella della performance (in output) e soprattutto a quella dei processi sistemici a valenza sanitaria ed a rilevanza sociale (in itinere). L’interesse si sta evolvendo dal “controllo e valutazione della qualità” alla definizione di standard di processi lavorativi concordati e validi, alla misurazione sistematica ed affidabile delle prestazioni, all’attivazione ed al sostegno dei cambiamenti necessari, alla ripetizione delle misurazioni e al miglioramento continuo in una progressione ciclica, o a spirale, che sale verso l’alto. Inoltre, il miglioramento della qualità dei Servizi richiede una cultura ecologica della qualità condivisa e da condividere tra tutti coloro che a diverso titolo sono coinvolti, compresi gli utenti stessi ed i loro care-givers.

Come è noto, la qualità dell’assistenza sanitaria è spesso oggetto di dibattito fra utenti, fornitori e committenti. Se il livello complessivo di salute della popolazione dipende dalla qualità dei sistemi sanitari, occorre però tener presente che essi sono ricompresi nel contesto sociale, economico, educativo e culturale che influenza a sua volta il suo stato di salute. Inoltre, la qualità dell’assistenza sanitaria fornita alla popolazione è anche determinata in larga misura dai modelli di finanziamento, dalle leggi e da altri processi regolamentali. C’è ampio accordo, in generale, sul fatto che la qualità debba essere valutata considerando i punti di vista dei maggiori stakeholders (chi usufruisce dei servizi, chi li paga, dai politici e dai manager) e sulla base di criteri che riflettono i valori che sottostanno ad una determinata comunità politicamente organizzata. La consultazione degli stakeholders è di essenziale importanza poiché la qualità generale è il risultato dell’interazione e della partnership tra gruppi sociali portatori di interessi specifici. Tornando al documento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (2003), riportiamo la descrizione dei gruppi di stakeholders in termini di espressione di vari bisogni (figura 2):

Figura 2. La piramide della qualità. Tratto da WHO, 2003



- I pazienti richiedono l'accesso a cure non costose di alta qualità che rispondano a bisogni e priorità, che incoraggino l'autodeterminazione e conducano ad un miglioramento del funzionamento
- I familiari richiedono accesso a cure di alta qualità che offrano supporto, informazione e strategie che permettano, facilitino e migliorino la gestione dei pazienti e dei loro problemi
- Gli operatori e i medici richiedono che venga garantita stabilità, continuità e cure efficienti
- I Servizi, per rispondere alle loro funzioni, richiedono adeguate risorse
- La popolazione generale richiede accesso ai servizi e un miglioramento degli aspetti riguardanti la salute in generale
- I finanziatori e i politici sono orientati a costruire condizioni che permettano di fornire cure valide in termini di rapporto tra costi ed efficacia e che garantiscano la riduzione dell'impatto della malattia, il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e della popolazione generale. Il ruolo dei politici è quello di fornire leadership, direzione e facilitare una qualità soddisfacente a tutti i livelli attraverso leggi, norme e standard.

Anche in salute mentale quindi, come negli altri ambiti della medicina, la qualità non appare più di una dimensione strutturalmente univoca e definita, ma spesso si presenta come concetto conflittuale per definizione. Il giudizio di qualità su una determinata realtà può rivestire infatti un ampio carattere di soggettività, può variare in base ai punti di vista e ai contesti e può essere di complessa attribuzione oggettiva. Va da sé che, intuitivamente e di conseguenza, le attribuzioni di qualità possono e devono essere considerate dinamiche e mutevoli nel tempo (e in base ai contesti) e variabili a seconda dei soggetti coinvolti e dei loro punti di vista.

Letteralmente, per qualità si può intendere quella "nozione alla quale sono riconducibili gli aspetti della realtà suscettibili a classificazione" oppure, considerando una realtà materiale, "l'insieme delle caratteristiche intrinseche ed estrinseche" che possono essere operazionalizzati in *Componenti della qualità*": Strutture, Processi professionali (sistemici, organizzativi e dinamici), Esisti, Costi, Soddisfazione, Accessibilità, Equità, Sicurezza e Normativa o Legale.

Le principali dimensioni della *qualità dei processi professionali* sono:

- L'appropriatezza specifica delle decisioni di intervento, intesa come uso di prestazioni efficaci per le persone o nelle situazioni e nei tempi per cui sono indicate, alla luce delle evidenze della letteratura internazionale e/o, in subordine, del consenso professionale.
- La correttezza di esecuzione (ad esempio per interventi, psicoterapie, ecc.)
- La tempestività e precocità delle prestazioni tale da ottimizzarne l'efficacia.
- I comportamenti dei professionisti sanitari relativi all'attenzione e al rispetto per gli utenti ed i familiari, ad esempio nel dare informazioni, nell'ottenere il consenso informato, nel coinvolgere nelle scelte, nel promuovere l'autoaiuto.

I programmi di accreditamento di salute mentale

Come noto, i programmi di accreditamento di qualità sono una realtà di recente diffusione. Di pari passo alle riforme organizzative ed amministrative attuate in ambito sanitario, i programmi di accreditamento sono diventati una realtà sempre più conosciuta; da un sistema basato sulla "fiducia" nella professione si è passati ad una prospettiva che avvicina il contesto sanitario ad una visione propria delle altre organizzazioni e delle imprese.

L'esistenza di standard di qualità appropriati anche in salute mentale rappresenta ormai un aspetto di interesse non soltanto per amministratori e politici, ma anche per gli utenti, per i loro familiari e per popolazione in generale. I sistemi di accreditamento hanno ricevuto negli anni un aumento progressivo di supporto finanziario e scientifico da parte delle agenzie e degli enti gestionali e si

stanno sempre più specializzando in programmi che accreditano i servizi su diverse tipologie di aspetti della qualità: politici, organizzativi, metodologici ed economici.

Oltre all'Accreditamento Aziendale, proveniente dal mondo industriale e meglio noto come Sistema di norme ISO, ed all'Accreditamento Istituzionale, secondo i requisiti previsti dal SSN, sempre più diversificati da regione e regione, esiste un Accreditamento Scientifico-Professionale tra pari e fondato sull'adesione volontaria ai valori della ricerca scientifica, della formazione continua e dell'investimento professionale.

Tra i valori fondanti questa metodologia, ve ne sono alcuni, mutuati dallo studio delle organizzazioni aziendali, che propongono una prassi etica e professionale che va al di là del contesto e delle originarie finalità dell'ambito nel quale si sono sviluppate. Tra queste, è indispensabile richiamare, per prevenire degenerazioni (commercialistiche, assistenzialistiche, utilitaristiche, dogmatiche, ecc.) dei Programmi di Accreditamento Scientifico-Professionale:

1. la cultura del servizio e dell'orientamento al cliente,
2. la cultura della competenza,
3. la cultura degli obiettivi e i sistemi di sviluppo delle risorse umane

Il progetto "Visiting Sicilia" si rivolge agli *aspetti metodologici della qualità dei servizi* attraverso la costruzione di *Standard di Servizio* con una *metodologia benchmark* sostenuta da una raccolta di dati attraverso *audit* (di tipo civico-clinico) organizzati sotto forma di visite reciproche dei servizi da parte dei loro rappresentanti costituite dalle tre più importanti tipologie di stakeholder: Utenti, Familiari e Operatori. Si rivolge in particolare ad alcuni aspetti della *qualità dei processi professionali*, dei quali sviluppa degli Standard di Servizio, ma anche alla *qualità normativa* con riferimento esplicito al recente atto normativo della Regione Sicilia in Salute Mentale: Piano Strategico per la Salute Mentale in Sicilia - 2012".

Con l'audit civico-clinico il progetto integra la metodologia di valutazione basata sulla *Revisione tra pari* o *visitatie* (approccio collegiale utilizzato per la valutazione e l'accREDITamento formale dei Servizi) con la metodologia dell'*AccREDITamento Volontario* (riconoscimento pubblico di raggiungimento degli standard dimostrato da una valutazione esterna indipendente e condotta da professionisti). L'AccREDITamento Volontario rappresentato dal progetto è un *accREDITamento di qualità rivolto all'eccellenza* che ha come obiettivo la promozione della qualità clinica e sociale delle attività sanitarie rivolte ai pazienti, con una ricaduta scientifica e culturale sulla rete professionale e sulla comunità locale che sostengono i pazienti, le loro famiglie ed i loro servizi.

Il livello di qualità richiesto è quello che mira all'eccellenza metodologica e professionale, attraverso la stretta collaborazione con società scientifiche e associazioni di settore ed il riferimento alla normativa innovativa, ed alla definizione civica di standard e linee guida fortemente contestualizzate nella realtà sociale della comunità locale di appartenenza degli utenti e dei servizi.

L'AccREDITamento Scientifico-Professionale ha quindi le seguenti cinque peculiarità, esso è: *professionale* (coinvolge l'attività e l'interesse dei professionisti), *volontario* (è basato sull'adesione volontaria degli interessati), *sanitario* (è rivolto alle attività sanitarie e alle procedure messe in atto nei trattamenti), *tra pari* (e condotto dai referenti degli stessi servizi in accREDITamento) e, infine di *eccellenza* (la finalità è quella di arrivare ad applicare le migliori metodologie di cura ed ottenere i migliori risultati compatibilmente alle risorse disponibili).

Le valutazioni previste dalle attività di AccREDITamento Professionale vengono condotte da personale addestrato *ad hoc* (le rappresentanze degli stessi servizi in accREDITamento) che conduce le visite non certo nella prospettiva di una asettica corrispondenza ai criteri ma nell'ottica della consulenza e dello scambio di informazioni ed esperienze tra operatori. Il programma considera l'accREDITamento come una condizione di "credito temporaneo" concesso alle organizzazioni che deve essere continuamente verificato per poter essere mantenuto attraverso una integrale procedura di benchmark. La procedura di accREDITamento deve essere ripetuta (con cicli annuali) sulla base del

presupposto che la qualità va intesa come risultato di un processo continuo a cui si dedicano insieme l'organizzazione e gli operatori. Lo scopo ultimo dell'accreditamento è poi, in sostanza, quello di verificare la presenza e la continuità del processo di sviluppo della qualità. Nell'ottica di un avvicinamento sempre maggiore ai valori benchmark di quegli indicatori di qualità su cui si è raggiunto l'accordo tra pari, rispetto alla loro importanza strategica all'interno degli Standard di Servizio.

La metodologia del progetto di accreditamento “Visiting Sicilia”

La proposta di un progetto di Visiting per i servizi Residenziali e di Sostegno all'Abitare per la grave patologia mentale in età adulta vuole anche essere il primo passo di un più ampio programma co-costruito di Accredimento Scientifico-Professionale di Eccellenza dei Servizi Clinico-Sociali, secondo il modello gruppoanalitico della Salute Mentale di Comunità. Esso nasce da una lunga riflessione clinica sulla comunità come metodo di cura che in questi anni ha guidato le attività delle associazioni *Laboratorio di Gruppoanalisi, Mito & Realtà e AIRSaM* e si propone di creare un *Network* fondato sui valori della *cultura del servizio e dell'orientamento al cliente*, della *cultura della competenza* e della *cultura degli obiettivi e dei sistemi di sviluppo delle risorse umane*.

L'Accreditamento Scientifico-Professionale verso il quale tende in costituendo *Network LdG-AIRSaM-M&R* si caratterizza quindi per una metodologia di lavoro collettivo fondata su:

- le *consensus conference*, con le quali riunisce periodicamente tutti gli attori del processo valutativo,
- lo *scambio tra pari* di visite e di consulenze reciproche (anche attraverso progetti specialistici di benchmarking),
- la *costruzione condivisa di manuali* per la presentazione di Linee Guida, procedure Best Practices, Parametri operativi e di valutazione, Disegni di ricerca empirica.

Il progetto di “Visiting Sicilia” quindi nasce da una lunga riflessione clinica sulla comunità come metodo di cura che in questi anni ha guidato le attività delle associazioni coinvolte come referenti scientifici e si propone come base per mantenere una discussione critica sul tema, creando una circolarità tra clinica, valutazione e formazione.

Prendendo spunto dall'esperienza britannica, in particolare dal lavoro che ha portato alla formazione di un programma, il *Network Community of Communities*, il progetto nel quale si inserisce la proposta di Visiting vorrebbe essere il punto di partenza per creare una rete siciliana di Comunità Terapeutiche e di Servizi di Sostegno all'Abitare che permetta la definizione di un intervento comunitario condiviso e che assicuri la continua riflessione su quali sono i punti di forza e le criticità del lavoro comunitario, consentendo un cambiamento sincronico all'interno delle reti sociali di sostegno, analogo al cambiamento possibile per gli individui all'interno dei servizi residenziali.

Con il coinvolgimento dei servizi della rete, attraverso la riflessione continua sui temi sopra citati, si intende porre le basi per una filosofia che orienti il metodo di cura di ciascun servizio, verso modalità di intervento e valori condivisi, fornendo una struttura di confronto e di supporto, soprattutto nei momenti di maggiore criticità.

La proposta di Visiting quindi, inizia con un'autovalutazione di ciascuna comunità, alla quale seguiranno gli incontri che forniranno un feedback esterno arricchente e propone un modello circolare, analogo all' Action Research di Lewin., nella quale l'enfasi è posta sulla partecipazione e l'incontro esperienziale, sulla riflessione sul metodo clinico e organizzativo e sul dialogo tra pari come strumento di lavoro per il cambiamento.

Alcuni strumenti di valutazione, attualmente in fase di accreditamento, sono già stati sviluppati ed implementati sperimentalmente, ed attraverso tale progetto, diventerà possibile il loro impiego

strutturato ed il loro accreditamento scientifico nella pratica della Ricerca Empirica sui Servizi Residenziale della Salute Mentale di Comunità.

Il manuale per il visiting di comunità per adulti, VIVACOM (VISiting per la VALutazione delle COMunità terapeutiche) e i suoi derivati VIVAGRAP e VIVACOM UTEFAM, forniscono un metodo di indagine che coinvolge i servizi nella loro globalità, fornendo un senso di efficacia e l'assunzione di un ruolo attivo di ciascun operatore e ospite nelle strategie di cambiamento, stimolando le capacità analitiche di ciascun soggetto coinvolto.

Le aree considerate da questi manuali riguardano: *organizzazione generale, clima terapeutico e confort ambientale, caratteristiche generali della cura, attività rivolta alle famiglie, sicurezza dei pazienti e degli operatori, gestione del personale e formazione, documentazione clinica e Sistema Informativo, valutazione della qualità e ricerca.*

Sono state sviluppate anche alcune Griglie di Analisi delle variabili strutturali (set) dei dispositivi terapeutici residenziali e comunitari di sostegno all'abitare per adulti e minori, GAS-SET GA , GAS-SET CA SM Adulti e GAS-SET CA SM Minori (Griglie di Analisi del Set dei Gruppi-Appartamento e delle Comunità Alloggio della Salute mentale sia per Adulti che per minori). Queste forniscono un metodo di indagine che coinvolge i gli operatori, gli utenti, i familiari ed i gestori/amministratori dei servizi. Con la collaborazione di questo costituendo *Network* intendiamo coinvolgere anche i pazienti nel processo valutativo al fine di fornire un senso di efficacia, stimolando le capacità analitiche personali, gruppal e organizzative e permettere l'assunzione di un ruolo attivo di ciascun attore nelle strategie di cambiamento che tali processi di valutazione innescano.

Le aree considerate dalle GAS-SET riguardano: *i Tempi, gli Spazi e i Luoghi degli interventi di sostegno all'abitare, le tipologie di intervento clinico e sociale, il Contesto lavorativo istituzionale, la Numerosità e le Caratteristiche dell'utenza presa in carico e degli operatori, l'Assetto e la Disposizione di lavoro, le Regole di Comportamento contrattate, le caratteristiche del Contratto Terapeutico, le Richieste e gli Obiettivi espliciti della committenza/referenti esterni, le "Presenze" familiari o istituzionali, le Strumentazioni tecniche utilizzate, la Gestione degli psicofarmaci.*

Le prossime tappe saranno quelle di effettuare studi pilota che permetteranno una discussione sull'adeguatezza degli strumenti e degli item che li compongono, in un'ottica di costante riflessione ed eventuale riformulazione, anche per un adattamento dello stesso, o una sua sostituzione per il lavoro di valutazione da effettuare nel progetto di Visiting.

È stato anche sviluppato un "Questionario Service Standard CoC CTCY" nella doppia versione per utenti minori ed operatori adulti, basato sulla traduzione e l'adattamento italiano della Seconda edizione del programma di accreditamento "*Community of Communities*" curata da J. O'Sullivan e S. Paget. Il network della *Community of Communities* (CoC) per bambini ed adolescenti è parte del programma di qualità, miglioramento e accreditamento della Associazione Inglese delle Comunità Terapeutiche *The Consortium of Therapeutic Community (TCTC)*. Esso lavora ad un processo sistematico di miglioramento basato su standard di qualità. Gli standard che vengono qui utilizzati possono così essere anche uno strumento grazie al quale le equipe, gli staff, gli utenti ed i loro familiari, come pure gli amministratori e i committenti delle comunità possono condividere "le migliori pratiche" ed utilizzarle come riferimento per la valutazione di qualità e come aiuto, nello sviluppo dei propri servizi.

Il lavoro del ciclo annuale di accreditamento prevede una fase di pre-visiting dove si fonda una terzina di servizi i cui membri (utenti, familiari e operatori) verranno addestrati a svolgere le funzioni chiave di facilitatori del processo e di rappresentanti del servizio. A questa fase succede la vera e propria fase delle visite (n. 3) che le delegazioni effettueranno congiuntamente in ciascun comunità e successivamente si svolgerà un Forum della terzina con il compito di elaborare attraverso la metodologia del benchmark gli standard di qualità dei servizi il programma di

miglioramento continua della qualità (MCQ) di ciascun servizio per avvicinarsi ai valori di riferimento degli indicatori strategici degli standard.

Un Forum Regionale aperto al pubblico diffonderà gli standard regionali di servizio, assegnerà gli accreditamenti di eccellenza ai servizi che hanno completato il programma annuale e approverà in assetto assembleare pubblico gli strumenti, le procedure e gli obiettivi del successivo ciclo annuale.

Aspetti tecnico-organizzativi dei Forum regionali

Come concordato nell'ultima riunione dello staff organizzativo del visiting il forum che conclude il primo ciclo si svolgerà a Catania venerdì 21 e sabato 22 giugno, esattamente una settimana prima del forum nazionale coordinato da Mito & Realtà a Rimini il 29 giugno.

La sede del forum siciliano è il Policlinico Universitario di Catania, ospite della facoltà di Medicina e Chirurgia

I coordinatori esterni delle 4 triplete si riuniranno in un incontro pre-forum per programmare i forum delle triplete stesse che si faranno nella prima giornata, ed il forum generale con il riconoscimento dell'accREDITAMENTO per i servizi che hanno completato il percorso, nella seconda giornata. I forum delle triplete si basano sul lavoro di confronto, accordo, valutazione e programmazione sui dati e le best practices da definire e trasmettere.

In quella sede ogni comunità si impegnerà da definire le procedure di una buona pratica da trasmettere ad un'altra comunità della triplete e contemporaneamente ad adottarne una proveniente dall'altra comunità. Ciascuna impegnandosi per il prossimo ciclo annuale ad avvicinarsi ai valori benchmark raggiunti dalla comunità che trasmette la buona pratica

Il programma delle due giornate di Forum è il seguente

21 Giugno: Forum Paralleli delle Quattro Triplete

9:00-10:00 Riunione dello Staff preliminare organizzativa

10:00-10:30: Introduzione ai Lavori e Presentazione Forum: Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Francesca Giannone, Marta Vigorelli

10:30-13:00: Forum delle triplete Comunità Alloggio Adulti e Gruppi-Appartamento Adulti.

Pausa Pranzo

14:30-17:30: Forum delle triplete Comunità Terapeutiche Adulti e Comunità Alloggio Minori

18.00-19:00: Riunione dello Staff conclusive e preparatoria al forum generale

22 Giugno: Forum in Assetto Plenario

9:30-10:30: Introduzione e *lectio magistralis*– Prof. Eugenio Aguglia e Prof. Rex Haigh

Chairman: Raffaele Barone, Simone Bruschetta, Francesca Giannone

10:30-13:00: Presentazione degli standard di riferimento, della valutazione tra pari e dell'esperienza di visiting delle triplete di Comunità Alloggio Adulti e di Gruppi-Appartamento Adulti

Pausa pranzo

14:30.17:30: Presentazione degli standard di riferimento, della valutazione tra pari e dell'esperienza di visiting delle triplete di Comunità Terapeutiche Adulti e Comunità Alloggio Minori

18.00 Cerimonia di accREDITAMENTO - presentazione Progetto Visiting 2014

Servizi Partecipanti

Comunità Alloggio Salute Mentale Adulti:

Comunità Il sorriso (Altavilla Milicia), Coop. Nuova Generazione, Trabia (Pa); Comunità Insieme (Enna), Coop Insieme, Caltagirone (Ct), “Comunità “Il Ponte” (Palermo), Coop Spazi di Cura, Palermo.

Comunità Terapeutiche Salute Mentale Adulti:

CTA “Cristo Pantocratore” Borgetto, (Pa); CTA Sant’Antonio Srl, Contrada San Marco Piazza Armerina (En); CTA Asp3 Catania “Santo Pietro”, Caltagirone (CT).

Gruppi-Appartamento Salute Mentale Adulti:

Gruppo Appartamento – Insieme, Caltagirone; Gruppo Appartamento Coop Sociale Agricola Terranostra, Caltagirone (Ct); Gruppo Appartamento Coop. Narciso, Grammichele (CT).

Comunità Alloggio Salute Mentale Minori:

Comunità “il Ciclamino”, (Trabia), Coop. Nuova Generazione, Palermo; Casa famiglia “Victorine Ledieu, Catania; Comunità “Orizzonte”, Licata, Coop. Arcobaleno, Licata (Ag).

Coordinatori dei Forum delle Terzine:

Agata Barbagallo, Vincenzo Bellia, Adele D’Anna, Roberta Duca, Amelia Frasca, Angela Volpe

Relatori ed Ospiti invitati a partecipare

Raffaele Barone: Psichiatra Gruppoanalista, Dirigente ASP 3. Presidente onorario AIRSaM.

Simone Bruschetta: Psicologo Gruppoanalista. Responsabile Laboratorio di Gruppoanalisi.

Francesca Giannone: Prof.ssa di Psicologia Dinamica Università degli Studi di Palermo.

Marta Vigorelli: Psicoterapeuta, Docente Università degli Studi di Milano-Bicocca. Presidente M&R.

Agata Barbagallo: Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista in Formazione

Maria Rita Infurna: Psicologa. Dottoranda di Ricerca Università degli Studi di Palermo

Cinzia Guarnaccia: Psicologa. Dottoranda di Ricerca Università degli Studi di Palermo

Amelia Frasca: Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista

Eugenio Aguglia: Orinario di Psichiatria e Direttore UO Università degli Studi di Catania.

Rex Haihg: Psichiatra Royal College of Psychiatry di Londra. Direttore “Community of Community”.

Vincenzo Bellia: Psichiatra Gruppoanalista. Docente Università Paris V René Descartes.

Adele D’Anna: Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista

Roberta Duca: Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista in Formazione

Angela Volpe: Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista

Giancarlo Decimo: Psicologo Psicoterapeuta. Dirigente ASP 9 Trapani.

Aldo Lombardo: Medico Gruppoanalista. Docente Università Cattolica Sacro Cuore di Roma.

Renata Rizzo: Prof.ssa di Neuropsichiatria Infantile e Direttrice UO Università degli Studi di Catania.

Carmela Calandra: Prof.ssa di Psichiatria Infantile e Direttrice UO Università degli Studi di Catania.

Giovanni Rapisarda: Neuropsichiatria Infantile. Direttore UO Ospedale Santa Venera di Acireale.

Maria Carmela Russo: Neuropsichiatria Infantile Gruppoanalista. Ospedale Santa Venera di Acireale.

Renato Scifo: Neuropsichiatria Infantile. Direttore UO Ospedale Santa Venera di Acireale.

Aspetti tecnico-metodologici per l’analisi dei dati per l’accreditamento della singola comunità

Vengono accreditate le Comunità che hanno completato il percorso con la produzione di tutti i documenti richiesti, la partecipazione a tutte le fasi di lavoro previste ed il corretto pagamento della quota di partecipazione.

L’accreditamento scientifico-professionale di qualità comunitaria avrà una indicazione dei punti di forza, dei punti di eccellenza, delle sezioni benchmark e delle *best practices* di ciascuna comunità in base agli Standard di Servizio, e dei punti di debolezza, dei valori benchmark e delle Variabili Organizzative di Servizio della tripla in cui è inserita la comunità accreditata.

Il materiale su cui elaborare i dati necessari al lavoro di consenso dei Forum delle Terzine ed alla valutazione degli indicatori per l’Accreditamento è si basa sugli indicatori presenti nei Questionari sugli Standard di Servizio e nelle Griglie di Analisi del Set sulle Variabili Organizzative di Servizio. I questionari utilizzati sono di due tipologie

- Vivacom – Vivacom Utefam – Vivagrap (punteggio massimo 5 – minimo 0)

- Standard Minori CoC (punteggio massimo 4 e minimo 1)

Per ogni terzina sono stati raccolti e utilizzabili:

- n.3 Questionari Comunitari (eventualmente differenziati per utenti, operatori, familiari)
- n.3 Questionari delle Visite (eventualmente differenziati per utenti, operatori, familiari)
- n.x Questionari individuali per utenti, operatori e familiari (quando previsti).
- n.3 Griglie di Analisi del Set

Valutazione dei punti di forza

I Valori dei Questionari Comunitari vanno confrontati con i Valori Medi dei Questionari Individuali di ciascuna comunità

I Valori sono espressi in un punteggio (da 0 a 5 per il Vivacom - da 1 a 4 per gli Standard) e riguardano: il punteggio generale del questionario, il punteggio totale di ogni sezione, il punteggio di ogni singolo item.

I punti di forza di ciascuna comunità sono quegli item e quelle sezioni nelle quali i valori dei questionari comunitari hanno massimo punteggio ed i valori medi dei questionari individuali di ogni comunità hanno il massimo punteggio. Ove sono presenti i questionari individuali differenziati per utenti, operatori e familiari, i punti di forza saranno differenziati in tre tipologie e seconda dei tre punti di vista.

Valutazione dei punti di eccellenza

I punti di eccellenza di ciascuna comunità sono quegli item e quelle sezioni che rappresentano i punti di forza per le quali è stato espresso anche il massimo punteggio nel questionario prodotto nella visita. Ove sono presenti i questionari delle visite differenziati per utenti, operatori e familiari, i punti di eccellenza saranno differenziati in tre tipologie e seconda dei tre punti di vista.

Valutazione dei valori benchmark

I valori benchmark degli standard della tripletta sono i valori più alti di ogni item attribuiti ad una delle tre comunità nei questionari prodotti nelle visite in cui le singole comunità, hanno avuto un punteggio basso nel questionario della visita e su cui si impegnano ad avvicinare i loro punteggi nella valutazione del prossimo ciclo annuale di accreditamento.

Ove sono presenti i questionari delle visite differenziati per utenti, operatori e familiari, i valori benchmark saranno differenziati in tre tipologie e seconda dei tre punti di vista.

Valutazione delle best practices

Le *best practices* di ogni comunità sono rappresentate dalle procedure di lavoro presentate come metodologia di intervento ad una delle altre due comunità della tripletta, nelle quali la comunità ha avuto riconosciuto un valore benchmark per una delle tre tipologie di stakeholder, e che si impegna a trasmettere come know-how all'altra comunità al fine di migliorare il suo punteggio in quell'item nella valutazione del prossimo ciclo annuale di accreditamento.

In sede di Forum della terzina i partecipanti concordano una metodologia *best practices* per ciascuna comunità, all'item benchmark di riferimento della quale la comunità si impegna ad apportare un miglioramento significativo del suo punteggio nella valutazione del prossimo ciclo annuale di accreditamento. Le *best practices* individuate nel Forum della terzina devono riferirsi a tre valori benchmark distinti in tre tipologie di stakeholder. Esse hanno quindi come riferimento, il punto di vista degli utenti, degli operatori e dei familiari (ove presenti). In sede di Forum della terzina le tre comunità partecipanti di accordano per auto-assegnarsi una delle tre *best practices*.

Valutazione dei punti di debolezza della tripletta

I punti di debolezza di ciascuna comunità sono quegli item e quelle sezioni nelle quali i valori dei questionari prodotti nelle visite hanno punteggio basso ed i valori medi dei questionari individuali di ogni comunità hanno un punteggio basso. Ove sono presenti i questionari individuali ed i questionari prodotti nelle visite differenziati per utenti, operatori e familiari, i punti di debolezza saranno differenziati in tre tipologie e seconda dei tre punti di vista.

Le singole comunità si impegnano a migliorare i propri punteggi in questi item nella valutazione del prossimo ciclo annuale di accreditamento.

Valutazione delle Variabili Organizzative di Servizio

Le variabili organizzative di servizio sono rappresentate dalla sintesi degli item delle tre Griglie di Analisi del Set prodotte comunitariamente dai tre servizi. La sintesi avviene attraverso la compilazione di una Griglia di Analisi del Set rappresentativa della realtà organizzativa delle comunità della tripletta.