CARTA DEI SERVIZI

La presente Carta dei Servizi è stata redatta con il fine di garantire l'accessibilità dei servizi e la tutela delle posizioni soggettive degli utenti secondo l'art.20 comma 5 della legge provinciale 13 del 27 luglio 2007.

Saluto di benvenuto

Questo documento è il frutto di un coinvolgimento attivo dei Responsabili, degli Operatori, dei Giovani Adulti e dei Famigliari che prima di Lei hanno sperimentato i servizi della nostra struttura.

La ringraziamo quindi se vorrà interagire anche Lei con la nostra Struttura, con utili suggerimenti o segnalazioni, per aiutarci ad individuare possibili livelli di miglioramento di erogazione del servizio, al fine di rispondere maggiormente ai suoi bisogni e, quando è possibile, anche ai suoi desideri.

INDICE

Saluto di benvenuto

1. **Introduzione**
2. **Dove siamo e come contattarci**
3. **Chi siamo**
   - **3.1 Codess Sociale**
   - **3.2 La storia di Villa San Pietro**
   - **3.3 La nostra *Vision: "Curare in età evolutiva per ridurre il disagio dell'età adulta"***
   - **3.4 La nostra *Mission***
   - **3.5 La nostra squadra**
   - **3.6 Figure professionali e principali funzioni**
4. **Come lavoriamo**
   - **4.1 Princìpi ispiratori**
   - **4.2 I diritti dei residenti**
   - **4.3 Aspetti metodologici**
   - **4.4 Metodo CANS - Child and Adolescent Needs and Strengths**
   - **4.5 Case management**
   - **4.6 Ruolo dell'equipe interprofessionale**
   - **4.7 Principi generali del lavoro terapeutico riabilitativo presso Il Soffio**
     - **4.7.1 Condivisione degli obiettivi con l'utente**
     - **4.7.2 Integrazione funzionale**
     - **4.7.3 Regole individualizzate**
     - **4.7.4 Adattamento reciproco comunità-utente condivisione degli obiettivi con l'utente**
     - **4.7.5 Co-Evoluzione**
   - **4.8 Formazione e supervisione**
   - **4.9 Noi e gli altri: lavorare in rete**
5. **Come accedere**
   - **5.1 A chi ci rivolgiamo**
   - **5.2 Come iniziare un percorso al Soffio**

6. Che cosa offriamo

6.1 Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI)

6.2 Applicazione della CANS ai PTRI

6.3 Attività riabilitative

6.4 Attività terapeutiche

6.5 Altri servizi

6.6 Continuità assistenziale

7. Il sistema qualità: monitoraggio, verifica e valutazione

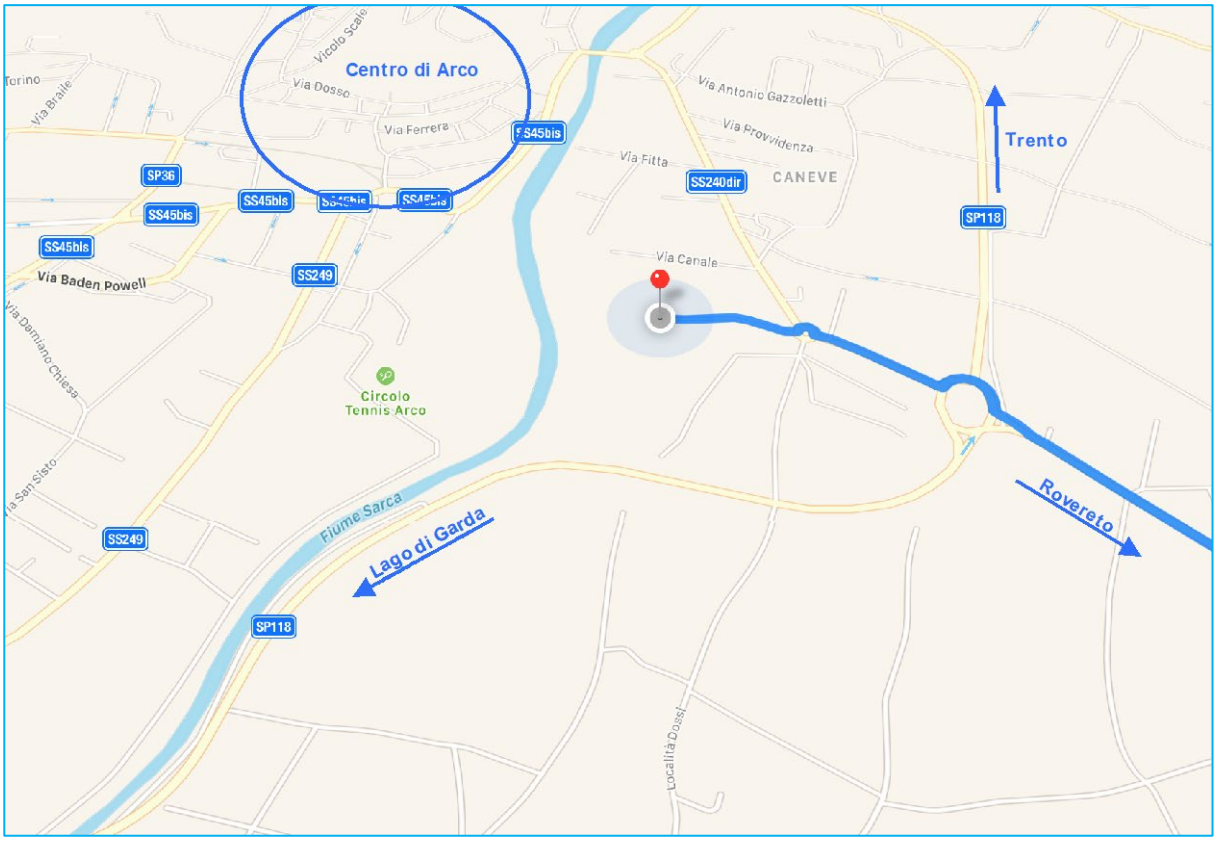
1. Introduzione

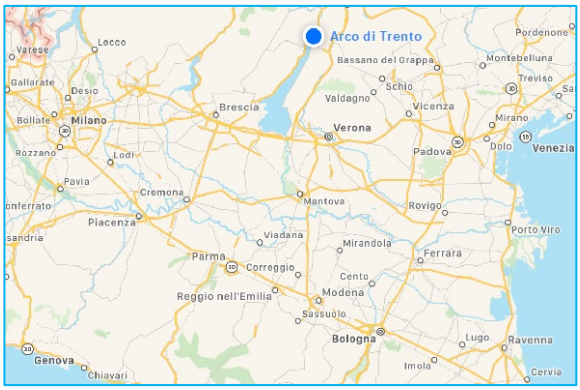
Villa San Pietro è un polo integrato che accoglie al proprio interno il Centro di Riabilitazione “Villa San Pietro” e la Comunità terapeutica ad alta intensità per minori e giovani adulti “Il Soffio”.
Si tratta di due Unità Operative del tutto indipendenti, ciascuna con le proprie specificità metodologiche, organizzative e di gestione delle risorse umane.

La Comunità terapeutica “Il Soffio” è accreditata per ospitare sino a 10 adolescenti o giovani adulti con disturbi del comportamento e fragilità psichiche di età compresa tra i 13 e i 22 anni, su accreditamento ed autorizzazione della Provincia Autonoma di Trento, ASUIT. Di questi, 5 posti sono convenzionati dalla Provincia Autonoma di Trento ed altri 5 sono a disposizione per pazienti extra-provinciali.

La comunità Terapeutica “Il Soffio” è collocata nella filiera dei servizi sanitari offerti dall’Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari ai pazienti del territorio.

2. Dove siamo e come contattarci





Villa San Pietro si trova nelle immediate vicinanze del centro di Arco, raggiungibile in 10 minuti tramite un percorso ciclopedonale.

Indirizzo: via P. Leonardi, 6 – 38062 Arco (TN)
Contatti: tel. 0464 516789
fax. 199 161911

Sito internet: www.villasanpietro.org

Email:

Direttore Sanitario della comunità	direzionesanitaria.ilsoffio.vsp@codess.org
Coordinatore di Nucleo	coordinatore.ilsoffio.vsp@codess.org
Psicologo di Nucleo	psicologo.ilsoffio.vsp@codess.org
Equipe della comunità	equipe.ilsoffio.vsp@codess.org

3. Chi siamo

3.1 Codess Sociale

Codess Sociale è una Cooperativa Sociale di tipo A, nata a Venezia nel 1979, che opera in tutto il territorio nazionale nel settore socio-assistenziale, socio-sanitario e socio-educativo. Si propone, con scopo mutualistico e senza fine di lucro, di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini mediante la gestione di servizi socio-assistenziali, sanitari ed educativi. In coerenza con quanto previsto dalla Legge 381/91, consente inoltre l'integrazione sociale di persone svantaggiate attraverso il loro inserimento nel mondo del lavoro. Con referenze presso oltre 300 Enti Pubblici, Codess Sociale occupa oltre 3500 persone in tutto il territorio nazionale.

3.2 La storia di Villa San Pietro

Villa San Pietro si occupa di persone con disagio psichico dal 1993, inizialmente grazie al lavoro dell'Associazione Silenziosi Operai della Croce. Dal 2003 la gestione della struttura è passata alla Società Villa San Pietro S.R.L a cui è infine subentrata, nel 2010, la Cooperativa Sociale Codess.
Villa San Pietro si trasferisce poi presso l'attuale struttura, di nuova costruzione, nell'estate del 2016. Al cambiamento strutturale fa presto seguito l'avvio di un profondo lavoro di riorganizzazione interna che culmina, nel gennaio 2017, con l'inaugurazione ufficiale della nuova sede. Il 2019 è l'anno dell'apertura della Comunità Terapeutica per adolescenti e giovani adulti denominata "Il Soffio" con Delibera provinciale n 363 del 15 marzo 2019. Con il 2019 "Villa San Pietro" vede inoltre l'ampliamento del numero di posti accreditati e il convenzionamento di una parte di questi con la Provincia Autonoma di Trento.

3.3 La nostra *Vision*

"Curare in età evolutiva per ridurre il disagio dell'età adulta"

I dati più recenti della letteratura internazionale evidenziano come:

- circa il 75% dei disturbi psichiatrici degli adulti è preceduto da disturbi ad esordio prima dei 18 anni (50% prima dei 15 anni);
- la psicopatologia infantile è spesso diversa da quella che ritroveremo nell'adulto (sviluppo eterotipico);
- la definizione delle traiettorie evolutive dei più importanti disturbi psichiatrici ha un importante valore preventivo sulla salute mentale della popolazione;

I dati epidemiologici più recenti mettono peraltro in luce una crescita esponenziale dei disturbi psichiatrici in età evolutiva: ciò riguarda sia i disturbi "esternalizzanti" (ADHD, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbi della Condotta) che quelli "internalizzanti" (disturbi dell'umore) (SINPIA 2016).
Tali difficoltà sono spesso associate a problematiche socio-familiari; inoltre, sempre più spesso, per questi disturbi non è sufficiente l'intervento ambulatoriale o semi-residenziale o la degenza durante

l'acuzie, ma sono necessari contesti residenziali che consentano una decantazione delle patologie più dirompenti e favoriscano percorsi finalizzati al raggiungimento dell'autoregolazione e dell'autonomia di questi giovani pazienti, per prepararli ad un reinserimento nei propri contesti di vita.
Con questa visione prospettica nasce la Comunità Terapeutica "Il Soffio", una struttura riabilitativa residenziale con dieci posti specificatamente dedicati a pazienti adolescenti e giovani adulti.

3.4 La nostra *Mission*

La ***mission*** della Comunità Terapeutica "Il Soffio" può essere riassunta nel perseguimento di:

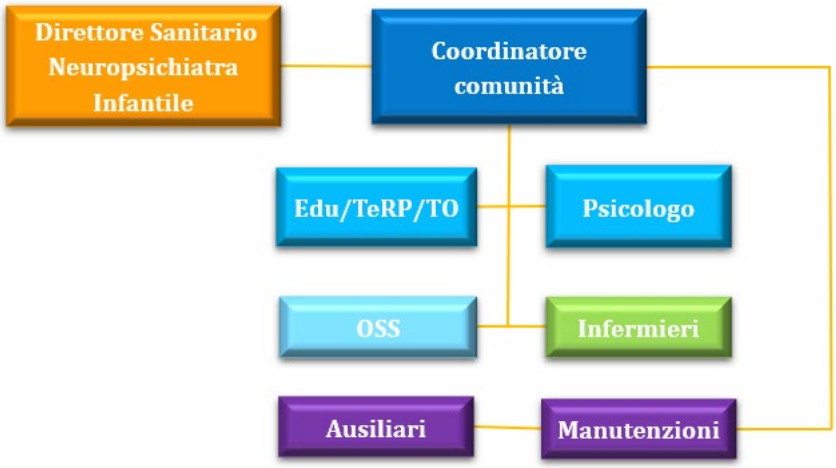
- **Resilienza**: favorire lo sviluppo della capacità di affrontare in modo positivo le difficoltà proprie dell'ambiente;
- **Recovery**: consentire al paziente di recuperare un livello di funzionamento sociale e scolastico/lavorativo tale da garantire la ripresa di un ruolo attivo, utile e soggettivamente gratificante al momento del rientro nel suo ambiente sociale, indipendentemente dal raggiungimento della remissione sintomatologica; Tale aspetto della mission viene supportato da un metodo di recovery che studia il significato emozionale (connotativo) degli elementi della vita del paziente per supportare la motivazione al percorso.
- **Abbattimento dello stigma**: superare le barriere culturali che alimentano la diffidenza verso i soggetti affetti da patologia psichiatrica.

I concetti di "resilienza" e di "recovery" hanno drasticamente orientato le scelte di campo in ambito neuro-psichiatrico e psichiatrico e offrono uno schema teorico innovativo. Questo supera la visione monodimensionale clinica e permette di allargare a una prospettiva multi-professionale la comprensione dello sviluppo dell'adolescente/giovane adulto, visto come soggetto dinamico e attivo che cresce all'interno di una filiera esistenziale complessa che include, insieme alle sue caratteristiche individuali, i suoi stessi legami con la collettività e l'organizzazione sociale che lo appoggia, comprendendo quindi il sistema scolastico e l'aggregazione sociale, come promotori fondamentali di resilienza.

3.5 La nostra squadra

Come emerge dall'organigramma, l'organizzazione del Comunità Minori e Giovani Adulti tende a favorire la compresenza di figure professionali dai profili tecnici differenti, la cui integrazione reciproca possa garantire una maggiore completezza dell'intervento somministrato.

All'interno di ciascuna unità viene infatti favorita l'integrazione tra almeno 5 diverse professionalità specifiche, ovvero medico neuropsichiatra, psicologo, Educatore/TeRP, infermiere e operatore socio-sanitario.


Direttore Sanitario
Neuropsichiatra
Infantile
Coordinatore
comunità
Edu/TeRP/TO
Psicologo
OSS
Infermieri
Ausiliari
Manutenzioni

3.5.1 Figure professionali e principali funzioni

Direttore Sanitario - Neuropsichiatra Infantile

È responsabile della sicurezza sanitaria e della prevenzione del rischio clinico. Con il Coordinatore valuta nuovi ingressi e dimissioni e conduce l'équipe. Partecipa, con Coordinatore, Case Manager e Psicologo, alla redazione e revisione del PTRI e ai rapporti con la rete inviante. Effettua colloqui clinici e visite neuropsichiatriche e gestisce gli aspetti di competenza relativi alla terapia farmacologica e al piano terapeutico.

Coordinatore

È responsabile dell'organizzazione del servizio e della copertura dei turni. Con il Direttore Sanitario valuta ingressi e dimissioni, conduce l'équipe e collabora alla redazione e revisione dei PTRI e ai rapporti con la rete. Coordina la gestione delle crisi, il debriefing, la prevenzione, la formazione interna e le azioni di miglioramento organizzativo.

Psicologo Psicoterapeuta

Collabora alla valutazione degli ingressi e alla costruzione del PTRI. Realizza percorsi di psicoterapia individualizzati, contribuisce alle strategie di presa in carico, svolge osservazione partecipante, counseling e riabilitazione psicologica, sostegno nelle crisi, gruppi psicoeducativi e, quando previsto, parent training.

TeRP / Terapista Occupazionale / Educatore professionale sanitario - Case Manager

Svolge funzioni educative e riabilitative e, per gli utenti assegnati, il ruolo di Case Manager. Cura i rapporti con utente, famiglia e rete, aggiorna la documentazione e partecipa all'équipe. Entro il periodo iniziale di osservazione predispone la bozza CANS, contribuisce alla definizione degli obiettivi e delle attività del PTRI, ne monitora continuativamente l'attuazione e ne promuove l'aggiornamento almeno semestrale.

Infermiere Professionale

Partecipa all'équipe e garantisce le attività sanitarie di competenza: monitoraggio clinico e dei parametri vitali, gestione della cartella clinica e della terapia farmacologica, medicazioni, appuntamenti specialistici, preparazione dei farmaci per permessi e rientri e gestione delle emergenze sanitarie.

Operatore Socio Sanitario (OSS)

Garantisce continuità assistenziale e sorveglianza, sostiene le autonomie di base e collabora alle attività riabilitative. Partecipa al lavoro dell'équipe e supporta il Case Manager negli obiettivi del PTRI relativi alle autonomie personali e alla vita quotidiana.

4. Come lavoriamo

4.1 Princìpi ispiratori

La Comunità Terapeutica "Il Soffio", nel perseguire la propria *mission*, fa riferimento a una serie di princìpi ispiratori che si propone peraltro di trasmettere ai suoi utenti:

- **Uguaglianza:** vengono garantiti i medesimi servizi senza nessuna discriminazione in merito a differenza di genere, razze, religione e visione politica;
- **Imparzialità:** l'atteggiamento e il comportamento del personale è guidato da criteri di imparzialità e obiettività;
- **Responsabilità e partecipazione:** la persona è considerata parte attiva nella progettazione e verifica del proprio percorso di cura;
- **Rispetto di sé e dell'altro:** sono considerati prioritari i bisogni di ogni singolo individuo intesi nella dimensione di gruppo;
- **Continuità:** viene garantita la presa in carico e la continuità assistenziale degli ospiti;
- **Efficacia ed efficienza:** il servizio viene erogato perseguendo costantemente la realizzazione degli obiettivi e dei risultati attesi e il maggior livello di soddisfazione e per l'utente e i suoi familiari.

La Comunità Terapeutica "Il Soffio" accoglie l'utente in una dimensione "familiare", dove il peculiare clima di domesticità e quotidianità rappresenta lo sfondo sul quale si svolgono interventi ad elevata specificità terapeutico-riabilitativa.
La concomitanza di un contesto dall'atmosfera familiare e di contenuti terapeutico-riabilitativi consente alla Comunità Terapeutica di divenire un luogo in cui realizzare relazioni riparative, ovvero rapporti interpersonali significativi in cui sperimentare forme di comunicazione adattive, che possono così essere apprese e sostituite a quelle disfunzionali.
Tale spazio offre ai pazienti l'opportunità di vivere dei momenti affettivi e di riacquisire il valore simbolico, emotivo e relazionale dell'esperienza dell'abitare, dello stare insieme, del condividere; il tutto con il supporto di un "contenitore" che a tutto questo conferisca, attraverso la significazione e l'interpretazione, un senso ed un'intenzionalità riparativa.

4.2 Diritti dei residenti

Diritto all'autodeterminazione
Diritto alla cura e all'assistenza
Diritto di prevenzione protezione
Diritto di parola e di ascolto
Diritto all'informazione e partecipazione
Diritto di espressione e di critica
Diritto al rispetto del pudore e della riservatezza
Diritto di pensiero e religione

4.3 Aspetti metodologici

Per il raggiungimento della sua mission, la Comunità Terapeutica "Il Soffio" articola la sua attività secondo strategie cliniche ed organizzative altamente specifiche, in coerenza con le più recenti evidenze scientifiche disponibili in letteratura ed in linea con i modelli organizzativi dei centri di

riferimento per il trattamento riabilitativo dei giovani affetti da disturbi del comportamento e fragilità psichiche.

La generale metodologia di lavoro si ispira in primo luogo ai principi della medicina basata sull'evidenza ("*EBM*: *Evidence-based medicine*"). Questa è stata definita come "*l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche, dell'esperienza clinica e delle preferenze del paziente*" nel processo decisionale in ambito clinico (Straus 2011). In termini concreti, applicare tale approccio alla comunità terapeutica si traduce nella seguente metodologia di lavoro:

- scelta delle attività riabilitative principali sulla base di evidenze scientifiche basate su prove di efficacia;
- somministrazione di tali attività secondo modelli manualizzati e riproducibili;
- formazione continua del personale allo svolgimento delle attività previste;
- aggiornamento continuo della metodologia di lavoro in base alle evidenze scientifiche via via disponibili;
- misurazione di indici di esito del trattamento all'inizio, durante e al termine del percorso riabilitativo.

Ad integrazione e perfezionamento dell'approccio basato sull'evidenza, il progetto della comunità terapeutica si propone fare un ulteriore passo in avanti ispirandosi ai principi della cosiddetta medicina basata sui valori ("*VBM*: *Values-based medicine*"), che è stata definita come la pratica medica che, pur fondandosi sulla EBM, ne estende l'approccio incorporando in primo luogo il *valore* degli interventi in base alla percezione del paziente e, in secondo luogo, il rapporto costo-efficacia di tali interventi (Brown 2005).

Ciò significa in primo luogo dare maggiore importanza alle scelte, alle aspirazioni e ai bisogni del paziente che, in termini concreti, si traduce nell'essere disposti a integrare tra loro quelli che possono essere gli obiettivi visti come "prioritari" da parte dei clinici e ciò che il singolo paziente sente come maggiormente importante per il suo benessere (Fulford 2011).

Applicare tale "filosofia" alla metodologia di lavoro della Comunità terapeutica significa consentire a ciascun paziente di avere un ruolo attivo nella definizione del proprio progetto riabilitativo, premessa irrinunciabile per un suo maggiore coinvolgimento e per il raggiungimento di obiettivi significativi anche da un punto di vista soggettivo.

4.3.1 Metodo CANS - Child and Adolescent Needs and Strengths

La Comunità utilizza la CANS (Child and Adolescent Needs and Strengths) come metodologia strutturata di valutazione multidimensionale e di supporto alle decisioni cliniche, assistenziali e riabilitative. La CANS organizza in modo sistematico le informazioni relative al funzionamento del

minore o giovane adulto, ai bisogni che richiedono intervento, ai fattori di rischio e ai punti di forza individuali, familiari e ambientali.

La CANS non viene utilizzata come test diagnostico isolato e non sostituisce le valutazioni delle singole professionalità. Costituisce una cornice comune nella quale integrare la documentazione clinica e sociale, i colloqui, l'osservazione della quotidianità, le valutazioni neuropsichiatriche e psicologiche, gli elementi assistenziali e riabilitativi e le informazioni provenienti dai Servizi invianti.

La sua logica è orientata all'azione: permette di distinguere le aree che richiedono intervento prioritario, quelle che devono essere monitorate e le risorse che possono essere utilizzate come leve del percorso. La valutazione viene così collegata direttamente alla definizione degli obiettivi, alla scelta delle attività e alla verifica degli esiti.

Nel periodo iniziale di osservazione, entro un massimo di due mesi, il Case Manager raccoglie gli elementi disponibili e predispone una prima bozza CANS. La valutazione viene discussa in équipe e integrata con il contributo delle diverse professionalità, valorizzando, per quanto possibile, anche il punto di vista dell'utente, della famiglia o tutore e della rete inviante.

Un obiettivo specifico dell'utilizzo della CANS presso Il Soffio è costruire un linguaggio condiviso con i Servizi invianti. L'adozione di aree e criteri comuni facilita il confronto tra professionisti appartenenti a servizi diversi, rende più espliciti i bisogni prioritari, le risorse disponibili e i cambiamenti attesi e consente di seguire nel tempo l'evoluzione del progetto attraverso riferimenti maggiormente confrontabili.

Nei momenti di rete la Comunità promuove pertanto la condivisione della lettura CANS e dei suoi aggiornamenti, affinché la valutazione sostenga la continuità tra intervento residenziale, presa in carico territoriale, lavoro con la famiglia e progettazione della dimissione.

4.4 Case management

All'interno dell'équipe, Educatori e TeRP vengono chiamati a svolgere il ruolo di *Case Manager* (di seguito *CM*). Il numero di pazienti assegnati a uno stesso CM è indicativamente di 2:1.

L'assegnazione del paziente al suo CM avviene in una fase molto precoce dell'inserimento presso la comunità (potenzialmente già a partire dalle visite preliminari all'inserimento); successivamente il CM segue il paziente a lui affidato fino al termine del percorso in struttura.

L'individuazione di un CM che segua ciascun paziente risulta centrale nel progetto riabilitativo e nasce innanzitutto dall'esigenza di armonizzare i diversi interventi riabilitativi e coordinare le varie figure professionali che ruotano attorno al singolo paziente. Al CM spetta innanzitutto il compito di saper creare un'efficace alleanza terapeutica con il paziente, premessa indispensabile per riuscire ad individuare, insieme a lui, quali specifici componenti dell'intervento riabilitativo vadano utilizzati, di volta in volta, per garantire che il progetto riabilitativo risulti, nel suo complesso, efficace in rapporto agli esiti, coerente con i valori del paziente e armonizzato all'interno del gruppo.

Il CM ha pertanto un ruolo attivo e centrale nel percorso riabilitativo del paziente da lui seguito, di cui cura il progetto riabilitativo individualizzato interfacciandosi da un lato con il paziente stesso, di cui diviene operatore di riferimento e intermediatore, e dall'altro con le varie figure coinvolte nel

percorso riabilitativo. La centralità della figura del CM è infine sottolineata dalla sua partecipazione alle occasioni di confronto con le famiglie e con il servizio inviante in veste di referente del progetto riabilitativo del paziente all'interno dell'équipe.

4.5 Ruolo dell'equipe interprofessionale

Qualsiasi decisione in merito alla gestione clinica e al progetto riabilitativo individualizzato dei pazienti inseriti presso la Comunità terapeutica di Villa San Pietro viene presa in équipe. L'equipe è l'organo che garantisce e presidia la continuità, la validità e la tracciabilità dei percorsi terapeutici riabilitativi individualizzati.
L'équipe si riunisce settimanalmente e ha una composizione multidisciplinare, coinvolgendo tutte le figure professionali.
Nel corso delle riunioni d'équipe vengono discussi sia gli aspetti organizzativi che riguardano la Comunità terapeutica nel suo insieme, sia i progetti riabilitativi dei singoli pazienti, al fine di coordinare gli interventi terapeutico-riabilitativi e discutere le eventuali criticità. L'équipe è organizzata in modo da favorire una discussione interattiva in cui ogni partecipante è invitato a contribuire per l'area di sua competenza.

4.6 Principi generali del lavoro terapeutico riabilitativo presso Il Soffio

4.6.1 Condivisione degli obiettivi con l'utente

Essere accolti significa ricevere ascolto, essere visti, essere inclusi, nella totalità del proprio sentire-pensare-fare e nella specificità del proprio esprimersi.
La comprensione della storia della persona accolta delle sue competenze, delle sue abilità e difficoltà, delle sue dinamiche relazionali, del rapporto con sé stessa e con gli altri, è affidata all'equipe.
L'equipe sviluppa modalità di ascolto interno per favorire i contributi di ciascuno in termini di osservazioni, vissuti, strategie.
Dall'ascolto interno si arriva alla condivisione di obiettivi terapeutici e riabilitativi e delle modalità per perseguirli.
L'utente ed i suoi famigliari/tutori sono coinvolti nella creazione degli obiettivi ed esercitano facoltà di scelta su di essi accettando un patto di cura condiviso che viene sottoscritto in sede di rete con l'accettazione degli obiettivi del PTRI.
I famigliari possono essere coinvolti in progetti di parent training.

4.6.2 Integrazione funzionale

Le modalità di perseguimento degli obiettivi non si esauriscono nella definizione di procedure rigidamente determinate, piuttosto sono rivolte a modulare, mobilitare ed armonizzare processi e flussi efficaci dell'"organismo-comunità".
In questo contesto la figura tecnica (terapeutica, clinica o riabilitativa) opera ponendosi al servizio dell'"0rganismo Comunitario" appoggiando la "competenza del sistema", ovvero la capacità di azione terapeutica e riabilitativa implicita nella dinamica di comunità e il "coraggio del sistema", ovvero la capacità di visione di cambiamento che la vitalità comunitaria mette in gioco: non rimanere nella paura delle difficoltà ma vedere ciò che può funzionare.

Ogni figura tecnica al SOFFIO tende alla figura ideale del "tecnico organico": armonizzato, armonizzante e vitalizzante rispetto al fluire dinamico degli scambi dell'organismo-comunità.
La modulazione delle procedure e delle prestazioni a livello di "organismo comunità" tiene conto in modo naturale delle condizioni dell'utente, accogliendo ogni particolarità socio-economica, condizioni di salute, fragilità psicofisica, esigenze alimentari, esigenze spirituali, etniche, ecc.

4.6.3 Regole individualizzate

Il ragazzo accolto non deve "rientrare nelle regole" ma contribuire all'evoluzione delle stesse e della comunità nel suo insieme.
Ogni identità singola di membro dell'equipe o di ragazzo accolto si difende e aggredisce, si afferma narcisisticamente ma chiudendosi al contatto fiducioso con l'altro e alla crescita, tutto ciò in stretta relazione con la lotta sulle regole.
La dinamica di potere/controllo si gioca sulla possibilità di applicare regole rigide e valide per tutti; se ciò può apparire necessario e può dare illusorio senso di sicurezza parimenti la rigidità e la generalizzazione delle regole determinano blocchi nel flusso organico della comunità e meccanismi come l'etichettatura, la stigmatizzazione, le modalità espulsive e di provocazione inconsapevole, la rigidità di ruoli complementari (chi impone le regole-chi trasgredisce le regole) e dunque il blocco di flussi evolutivi a favore di una condizione sterile di sorveglianza. Il SOFFIO affronta questo problema modulando in modo individualizzato l'approccio alle regole.
Ogni ragazzo accolto a IL SOFFIO riceve un pacchetto di regole individualizzato, trascritto e creato sulla base della osservazione e comprensione delle sue dinamiche e dei suoi bisogni in quel preciso momento storico della sua vita. Le regole quindi, come la vita, sono soggette a cambiamenti ed evoluzione e sono uniche per ciascun individuo.
Al SOFFIO le regole NON sono uguali per tutti.

4.6.4 Adattamento reciproco comunità – utente Condivisione degli obiettivi con l'utente

Le regole esistono, sono importanti, vengono assegnate a ciascun ragazzo, ma senza la pretesa di avere immediatamente un risultato rilevabile e tangibile. Questo potrebbe essere visto come una debolezza del sistema ma in realtà è la base di un adattamento reciproco tra ragazzo e comunità. Ogni ragazzo genera una nuova comunità, la cambia, la fa evolvere attraverso l'adattamento; la nuova comunità modifica la sua forma per accogliere il ragazzo, fornisce adattamento anche quando il ragazzo non riesce a farlo: comunica adattamento e modulazione contro il disadattamento e la disregolazione che si esprimono nei disagi dei giovani accolti. Il ragazzo può dare, anche in termini di adattamento, ciò che è in grado di dare il quel momento. Se nel tempo non avviene un'evoluzione nell'assunzione delle regole si troveranno nuove possibili vie di adattamento reciproco attraverso l'osservazione e la comprensione.

4.6.5 Co-Evoluzione

Tolto dalle regole quell'effetto collaterale dell'irrigidimento degli scambi e delle posizioni individuali, i membri di tutta l'equipe, come i ragazzi accolti, sono liberi di mettersi in gioco per migliorarsi a livello professionale e personale. La relazione terapeutica non è rigida, non è prescrittiva, non rivolta a "insegnare" a creare domande, opportunità: ci chiediamo dove siamo, qui insieme, nella nostra relazione? Dove vogliamo andare? La visione aperta e non definitoria legittima pienamente

l'impiego delle competenze che l'utente ha su sé stesso e la sua partecipazione al processo terapeutico riabilitativo come esperto della propria situazione.
Tutto il contesto è esplorativo, tutti gli interventi terapeutici sono esplorazione, tutto il contesto è terapeutico, per tutti.
E' un viaggio di evoluzione condivisa e di scoperta di senso. Un viaggio umano ed esistenziale.

4.7 Formazione e supervisione

Per essere efficace in termini di esito, un percorso riabilitativo altamente specializzato come quello proposto da Villa San Pietro non può prescindere da un'adeguata formazione degli operatori. Garantire una specifica e aggiornata formazione delle varie figure professionali coinvolte è un impegno costante che la Cooperativa Sociale CODESS si pone nei confronti dei propri collaboratori, che si sta attualmente traducendo nella programmazione di eventi formativi a cadenza settimanale rivolti al personale di Villa San Pietro e, talvolta, estesi anche a partecipanti esterni.
Tale iniziativa, certamente ambiziosa soprattutto se si tiene conto di frequenza e qualità degli incontri, sottolinea il nostro desiderio di fare di Villa San Pietro un centro di eccellenza per la riabilitazione di pazienti psichiatrici e rappresenta per noi motivo di particolare orgoglio.

4.8 Noi e gli altri: lavorare in rete

Per raggiungere l'obiettivo di reinserire efficacemente i pazienti nel tessuto sociale e scolastico-lavorativo, il percorso riabilitativo deve affiancare al training in struttura un altrettanto intenso lavoro di interazione e integrazione con il territorio, le famiglie e i Servizi invianti.
A ciò si aggiunge la volontà di mantenere un collegamento interattivo con i centri universitari, con collaborazioni finalizzate alla formazione/aggiornamento del personale e all'adeguamento della pratica clinico-riabilitativa alla progressione delle conoscenze tecniche sull'argomento.

5. Come accedere

5.1 A chi ci rivolgiamo

Il periodo svolto presso la comunità "Il Soffio" va inteso come una fase all'interno di un più complesso percorso di cura e presa in carico da parte dei Servizi Neuro-Psichiatrici e Psichiatrici Territoriali. Risulta pertanto di fondamentale importanza un efficace coordinamento con tali Servizi, che consenta sia di individuare quali siano i pazienti che più potrebbero beneficiare del percorso, sia di armonizzare il periodo vissuto presso "Il Soffio" con le fasi che lo precedono e lo seguono.
La durata del ricovero è variabile a seconda del caso specifico, fino ad un massimo di 12 prorogabili.
L'inserimento di un paziente presso la Comunità terapeutica passa sempre attraverso la proposta di un Servizio di Neuro-Psichiatria o di Psichiatria Territoriale, previa approvazione del progetto residenziale in sede di UVM.

L'accesso alla struttura può avvenire in fase di dimissione da un reparto ospedaliero (reparto di NPI o SPDC), come trasferimento da una diversa struttura residenziale, oppure come inserimento ex-novo dal contesto domiciliare.

Poiché il trattamento riabilitativo erogato presso la nostra struttura si configura come altamente specifico per un certo tipo di utenza, al fine di rendere omogenea la tipologia di pazienti sotto il profilo clinico abbiamo definito una serie di criteri di inclusione ed esclusione rispetto al percorso proposto. Tali criteri vengono condivisi con il Servizio inviante al momento in cui viene avviata la collaborazione con la nostra struttura e vengono poi presi in esame prima di ogni inserimento nel contesto degli incontri preliminari con il paziente e i referenti del caso.

Criteri di inclusione:

- età compresa tra i 13 e i 22 anni
- disturbo psichiatrico in fase sub-acuta o comunque stabilizzata
- significativa perdita di abilità sociali e/o scolastico-lavorative per via della patologia psichiatrica
- ragionevole possibilità di recupero di tali abilità attraverso un programma riabilitativo
- accettazione da parte del paziente dell'inserimento in struttura
- disponibilità del Servizio inviante a mantenere un costante rapporto di collaborazione e a farsi carico di eventuali riacutizzazioni

Criteri di esclusione:

- disturbo psichiatrico in fase acuta
- alto rischio di violazione delle eventuali misure di sicurezza disposte dall'autorità giudiziaria
- diagnosi primaria di disturbo da uso di alcool/sostanze in fase attiva
- disabilità conseguente a deficit intellettivo o deficit pervasivo dello sviluppo
- insufficiente conoscenza della lingua italiana

5.2 Come iniziare un percorso al Soffio

FASE 1 - Proposta di inserimento da parte di un Servizio Psichiatrico Territoriale

Dopo aver verificato che il paziente rientri nei criteri precedentemente descritti, si richiede al Servizio l'invio di una relazione dettagliata che espliciti, oltre alle informazioni cliniche, quali siano gli obiettivi dell'invio e la durata prevista dell'inserimento.

FASE 2 - Verifica dell'appropriatezza della richiesta di inserimento

Una volta ricevuta la relazione dettagliata di presentazione del caso, questa viene discussa in équipe in presenza di: Direttore Sanitario, Coordinatore di nucleo e Psicologo.

FASE 3 - Valutazione diretta del paziente

Nel caso in cui, dalla valutazione della documentazione inviata, si confermi l'appropriatezza della nostra struttura rispetto all'utente proposto, viene generalmente programmato un incontro di

persona presso la nostra struttura, in cui il paziente viene invitato a visitarci accompagnato da un operatore del servizio e possibilmente anche da un familiare di riferimento.

FASE 4 - Collocamento in lista d'attesa

Se nulla osta all'inserimento, il paziente viene inserito in lista d'attesa. L'ordine di priorità dell'inserimento si basa su criteri predefiniti, nell'ordine: urgenza legata a fattori clinici, urgenza legata a fattori giudiziari, urgenza legata a fattori sociali, tempo di attesa in lista (viene data precedenza ai pazienti in lista d'attesa da più tempo), età (viene data la precedenza ai pazienti più giovani).

FASE 5 - Comunicazione di disponibilità all'accoglimento

Una volta che si sia reso disponibile il posto letto, il Direttore Sanitario e il Coordinatore di nucleo provvedono a contattare il Servizio inviante al fine di concordare la data d'ingresso ed elencare il materiale che il paziente dovrà avere con sé all'arrivo in struttura.

6. Che cosa offriamo

6.1 Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI)

In una fase precoce dell'inserimento in Struttura viene definito, per ciascun paziente, in accordo con l'inviante, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI). Esso esplicita in primo luogo gli obiettivi del percorso riabilitativo e, evidenziando quali aree di funzionamento necessitino di essere sottoposte a training riabilitativo, individua quali specifiche attività riabilitative vadano più opportunamente proposte al paziente per raggiungere gli obiettivi prefissati. Il principio ispiratore seguito presso la Comunità terapeutica nella definizione del PTRI è quello della "co-produzione", ovvero della compartecipazione di operatore e utente nell'individuazione degli obiettivi da perseguire e delle strategie da attuare per raggiungerli.

AZIONI: per ogni obiettivo va definita e dettagliata la strategia di intervento che si intende attuare per favorire il processo di cambiamento.

RESPONSABILI: per ogni obiettivo deve essere esplicitato chi è primariamente responsabile dell'effettuazione delle azioni programmate (normalmente si tratta del case manager)

TEMPO: per ogni obiettivo va indicato con esattezza l'intervallo di tempo che si ipotizza essere necessario perché si realizzi il cambiamento, anche al fine di programmare la data in cui l'esito andrà nuovamente misurato. Gli obiettivi possono essere generalmente suddivisi in obiettivi a breve (1-3 mesi), medio (3-6 mesi) e lungo termine (6-24 mesi)

Una volta definito, il PTRI viene laddove possibile, presentato all'équipe dal paziente stesso, con il supporto del suo Case Manager. Esso viene successivamente inviato, insieme alla valutazione successiva e al grafico degli strumenti operativi, al Servizio Neuropsichiatrico inviante e al familiare di riferimento, ove presente.

6.1.1 Applicazione della CANS ai PTRI

La CANS costituisce una delle basi strutturate per la formulazione del PTRI: i bisogni rilevati concorrono alla definizione delle priorità terapeutico-riabilitative, mentre i punti di forza e le risorse vengono utilizzati come leve per costruire obiettivi realistici e significativi.

Gli obiettivi vengono tradotti nel PTRI in azioni concrete, responsabilità professionali, tempi di attuazione e criteri di verifica. La costruzione mantiene il principio della co-produzione con l'utente e integra gli apporti clinici, psicologici, educativi-riabilitativi e assistenziali.

Il Case Manager monitora continuativamente il PTRI. Nelle revisioni del progetto la CANS viene ripresa per documentare l'evoluzione dei bisogni e delle risorse, verificare il raggiungimento degli obiettivi e ridefinire, quando necessario, priorità, attività e strategie. Il PTRI viene aggiornato almeno ogni sei mesi e anticipatamente quando modificazioni cliniche, funzionali, familiari o di contesto lo rendano necessario.

La sintesi CANS e gli aggiornamenti del PTRI vengono utilizzati nel confronto con il Servizio inviante con l'obiettivo di consolidare un linguaggio comune tra Comunità e rete territoriale e rendere più leggibile la continuità tra valutazione, intervento, esito e dimissione.

6.2 Attività riabilitative

Durante il periodo di permanenza in Struttura, al paziente vengono offerti, in modo altamente individualizzato e integrato: monitoraggio clinico-farmacologico, psicoterapia individuale, riabilitazione, terapia occupazionale, intervento sui familiari (quando condiviso con la rete inviante), training delle abilità di vita quotidiana, training delle abilità sociali, attività risocializzanti e a finalità espressiva, culturale e ludico-sportiva.

Le attività erogate sono pianificate nelle loro linee generali annualmente, in sede di riesame delle attività e poi riviste semestralmente e articolate in un calendario settimanale.

Le attività riabilitative proposte possono essere distinte in attività individuali, svolte con il supporto/supervisione del Case Manager, e attività di gruppo. Queste ultime vengono per lo più svolte all'interno dei laboratori della struttura secondo una programmazione settimanale: in base al PTRI, a ciascun paziente viene proposta la partecipazione a una determinata "selezione" di attività di gruppo secondo una valutazione fatta in equipe che considera tutti gli obiettivi terapeutici e riabilitativi ed il tipo di interventi che si ritengono più centrati ed efficaci. Per ottenere la massima individualizzazione delle attività esse sono state suddivise in tre gruppi/tipologie ADAPTIVE SKILLS (attività mirate a competenze nell'ambito delle autonomie di base); LIFE SKILLS (attività mirate alla socializzazione e alle competenze utili all'inserimento nella complessità dell'ambiente bio-psico-sociale); BODILY SKILLS (attività mirate al benessere e al rapporto con il proprio corpo).

Il numero di partecipanti di ogni attività varierà sulla base di scelte condivise tra l'equipe e il paziente, cercando un equilibrio tra desideri e motivazioni e funzionalità riabilitativa.

Nella tabella sono riportate le principali attività a partire da giugno 2022, si tratta di una tabella non esaustiva poiché le attività individualizzate possono essere decise e create ad hoc se vengono individuate le specifiche esigenze terapeutiche/riabilitative che ne richiedono l'attivazione.

ADAPTIVE SKILLS	LIFE SKILLS	BODILY SKILLS
Laboratorio di *cucina* A cadenza settimanale	Gruppo di *Life Skills Training* condotto da TeRP Alessia e psicoterapeuta Daniele da ottobre 2022. L'attività si pone come macro obiettivo quello di promuovere lo sviluppo e il potenziamento delle competenze personali, relazionali ed emotive dei	*Veleggiando – Diversamente vela,* attività di barca a vela presso la Fraglia Vela di Riva del Garda da giugno a settembre 2025. Il progetto mira all'inclusione sociale dei soggetti con fragilità mentale facendo leva sulla risorsa 'acqua'.

	ragazzi, al fine di migliorare il loro funzionamento adattivo, favorire una maggiore autonomia e sostenere il loro percorso di crescita verso un benessere psicologico e sociale più stabile. Come linea guida utilizziamo il manuale: "Educare le Life Skills - Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'OMS" di P. Marmocchi, C. Dall'Aglio, M. Zannini A cadenza settimanale	L'esperienza maturata da altre realtà dimostra come lo sport (e in particolare le discipline legate all'acqua ed al mare) sia un efficace strumento di integrazione, che determina un miglioramento della partecipazione e della qualità della vita dei soggetti. Uscite in barca a cadenza settimanale, in caso di meteo favorevole.
Laboratorio di *pasticceria* A cadenza settimanale	Gruppo *EmozionAbile* condotto da TeRP Laura, TeRP Roberta e TeRP Teresa da maggio a ottobre 2025. Il gruppo ha avuto come obiettivi generali: la gestione delle emozioni e dei comportamenti ad esse correlati. Come linea guida sono stati utilizzati i manuali: "L'ABC delle emozioni. Programma di alfabetizzazione socio affettiva secondo il modello REBT"; "Guida per la terapia individuale focalizzata sulle emozioni". A cadenza settimanale	*Piscina* presso la piscina comunale di Arco – Prabi Aqua Park. A cadenza settimanale Convenzione attiva
Supervisione *igiene personale* e *abbigliamento* Ogni giorno	*Atelier* condotto da TeRP Anna Rita da agosto 2025. Il gruppo ha come obiettivo primario imparare ad esplorare sé stessi, favorendo l'assunzione di consapevolezza e il raggiungimento di un benessere psicofisico, lavorando sui propri sentimenti ed emozioni attraverso l'utilizzo di mediatori (materiali artistici). In questo senso favoriamo lo sviluppo dell'empowerment. A cadenza settimanale	Gita sulla neve presso il parco *NEVELAND* (gommoni e slittini) di Lavarone – 18/01/2025 e 16/02/2025 Gita sulla neve presso il *comprensorio sciistico* di Folgaria (sci e snowboard) e il *Palaghiaccio* (pattinaggio)
	Non solo social condotto da Educatrice Orietta, TeRP Sofia, TeRP Anna Rita e psicoterapeuta Daniele da marzo a maggio 2025. Il progetto ha avuto come obiettivo generale: l'apprendimento di competenze logiche e abilità cognitive ed artistiche attraverso un utilizzo differenziato del cellulare da parte dei ragazzi, il cui uso spesso è indirizzato principalmente verso i canali "Social".	*Passeggiate sul territorio* – Castello di Arco, sentiero Busatte – Tempesta, rifugio San Pietro

Supervisione *gestione stanza* (pulizia, riordino, gestione biancheria) Ogni giorno	*Le Vie degli Asini* da giugno ad agosto 2025 (6 lezioni a cadenza bisettimanale) a Ballino (TN). Progetto attivo dall'estate 2022. Obiettivo primario del progetto di IAA (Interventi Assistiti con gli Animali) è trovare uno spazio altro sociale ed affettivo, in modo da potenziare la relazione empatica tra il sé e l'altro, individuando il piacere nell'essere e nel fare, connettendo i tempi della propria esperienza ed integrando anche la fragilità data dalla patologia. Un macro obiettivo dell'intervento è quello di stimolare un positivo contatto con gli animali e con l'atmosfera del contesto rurale, nel quale ogni persona possa provare benessere e si possa esprimere nelle proprie peculiarità. Un secondo macro obiettivo è di utilizzare la relazione con l'animale per consolidare abilità note, fare nuove esperienze e sviluppare quindi nuove capacità, al fine di ampliare la rappresentazione di sé e del sé in relazione. Progetto sponsorizzato dal Rotary Club di Riva del Garda dal 2023.	*Attività sportiva* scelta dai singoli utenti (kickboxing, danza classica e moderna, equitazione, judo, ciclismo ecc..)
Mansioni quotidiane di pulizia e riordino della sala da pranzo, apparecchio e sparecchio della tavola, riordino della sala comune, gestione rifiuti. Ogni giorno, a rotazione settimanale	*Uscite ricreative* nel weekend (mercatini, lago, acquisti ecc…)	
Attività di *Ortoterapia* nell'orto della comunità	Uscite pomeridiane e serali in occasione di *eventi* organizzati sul territorio (Festa dello Sport, Festa di S. Anna, Arco Slow ecc…)	
	Collaborazione con l'Associazione *"I Lari"* - attività di hostess addette al ricevimento durante l'evento Festival Atipicamente (aprile 2025). Il progetto è stato pensato per tre ospiti della comunità interessate a svolgere un'esperienza formativa e consolidare e acquisire nuove competenze, utili per un graduale inserimento nel mondo sociale e del lavoro.	

	Visione dello spettacolo *"Come nasce una storia d'amore?"*, spettacolo teatrale di informazione e prevenzione alla violenza di genere tenutosi al PalaVela di Riva del Garda il 07/03/2025	
	Partecipazione ad attività e serate organizzate al *Cantiere 26* (visione del docufilm "No Other Land", Cantiere Arcade)	
	Partecipazione alla presentazione del libro *"Ero un bullo"* di Andrea Franzoso tenutasi a Palazzo dei Panni, Arco in data 22/10/2025 + Attività di *lettura* del libro e discussione a cadenza settimanale a partire da novembre 2025	
	Gita al bowling, Affi Playcenter – 26/09/2025, 25/10/2025 e 21/11/2025	
	Gita a Gardaland – 05/06/2025	
	Partecipazione al progetto comunale di cittadinanza attiva *"Ci Sto? Affare fatica!"* – estate 2025	

6.3 Attività terapeutiche

È prevista la presenza, con accessi settimanali programmati, di un neuropsichiatra e di uno psicologo psicoterapeuta. La frequenza degli accessi è tale da garantire la possibilità di effettuare, per entrambe le figure, almeno un colloquio settimanale con i pazienti.

Ciò consente di offrire ai pazienti il regolare monitoraggio del quadro clinico e del trattamento farmacologico. Inoltre, laddove previsto dal PTRI, al paziente può essere offerto un trattamento psicoterapeutico individuale.

6.4 Altri servizi

Oltre alle attività riabilitative, Villa San Pietro mette a disposizione una serie di servizi che contribuiscono a completare l'offerta proposta.

In particolare:

- **Ristorazione**: servizio basato sulle esigenze nutrizionali degli ospiti.
- **Lavanderia, stireria e guardaroba**: prevede servizio esterno di lavaggio, cambio e stiratura per la biancheria della casa. Si svolge invece all'interno dei locali il servizio di lavanderia per i pazienti come parte integrante del progetto riabilitativo.
- **Pulizia e sanificazione**: sono previsti accurati interventi quotidiani ed un periodico risanamento.

- **Palestra**: Villa San Pietro dispone di un'ampia palestra per gli esercizi a corpo libero, in cui si tengono regolarmente corsi di vario tipo aperti anche alla popolazione del territorio.
- **Giardino**: la struttura è circondata su tre lati da un ampio giardino interno a disposizione degli ospiti.
- **Deposito denaro**: custodia e amministrazione di piccole somme di denaro secondo le modalità concordate con l'ospite e il suo amministratore di sostegno, se presente.
- **Trasporto**: è garantito per gli ospiti un servizio di trasporto verso le più vicine strutture sanitarie qualora sia necessario effettuare visite specialistiche.
- **Sistema di sicurezza:** ogni posto letto e bagno sono dotati di un impianto a chiamata acustica e luminosa attivabile con un tasto, che collega gli ospiti ai punti presidiati.
- **Reception e segreteria**: gestisce le chiamate in entrata e l'accoglienza dei visitatori. Si fa inoltre carico di piccole incombenze di segretariato a favore dei pazienti che ne facciano richiesta, garantendo infine la consegna della corrispondenza destinata agli ospiti.
- **Farmaci**: I costi delle terapie farmacologiche vengono in massima parte sostenuti da Villa San Pietro, salvo rari casi per i quali è prevista la compartecipazione del paziente alla spesa del ticket.

6.5 Continuità assistenziale

La continuità assistenziale viene garantita agli ospiti del centro per 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. Durante la notte e le festività è garantita la presenza in struttura, per ogni turno, di tre operatori (durante il giorno 1 oss + 2 Edu/TeRP; durante la notte 1 oss e 1 Edu/TeRP in passiva). In caso di emergenze cliniche, il personale in servizio fa riferimento a un protocollo operativo predefinito e può inoltre avvalersi del supporto del personale assegnato alle altre équipe di Villa San Pietro.

Durante il giorno, da lunedì a venerdì, è prevista la presenza quotidiana, a fasce orarie, delle seguenti figure: Coordinatore d'équipe, Infermiere d'équipe e Psicologo. Il Neuro-Psichiatra Infantile, che svolge anche il ruolo di Direttore Sanitario, è presente a fasce orarie indicativamente con tre diversi accessi alla settimana. Il Coordinatore di Struttura è generalmente presente in struttura quotidianamente, nei giorni lavorativi. Lo Psicologo è presente indicativamente con quattro diversi accessi alla settimana. Alle figure sopracitate si aggiungono i collaboratori esterni e il personale di struttura deputato alle funzioni di segreteria, cucina e pulizia dei locali.

Per le esigenze mediche di tipo generico i pazienti sono seguiti da un medico di medicina generale del territorio, a cui vengono assegnati contestualmente all'inserimento, che regolarmente viene in Struttura per effettuare le visite di routine.

7 I Sistemi di Gestione Qualità, Ambiente e Responsabilità Sociale

Codess Sociale ha adottato un proprio sistema di gestione per la qualità a partire dal 2004 e nel febbraio del 2005 si è giunti alla Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 con ente di certificazione UNITER. Nel 2018 ha aderito all' adozione della nuova edizione della norma, certificandosi UNI EN ISO 9001:2015 sempre con lo stesso ente (Certificato n°584). Nel corso degli anni l'adozione di diverse norme ha portato Codess sociale verso una politica di integrazione dei sistemi, ad un aggiornamento delle norme adottate con conseguenti

aggiornamenti delle certificazioni fino ad arrivare a quelle attuali quali lo standard SA 8000:2014 (Certificato n° SA-184) con ente di certificazione RINA inerente alla gestione delle responsabilità sociali, ISO 14001:2015 (Certificato n° 70) con ente di certificazione UNITER inerente alla corretta gestione ambientale, con lo stesso ente è certificata anche UNI 10881:2013(Certificato n° 084) inerente all' assistenza residenziale agli anziani e 11034:2003(Certificato n° 085) inerente alla gestione dei servizi educativi della prima infanzia. Inoltre ha adottato un modello organizzativo secondo quanto previsto dal D.lgs. 231/2001.

In Codess Sociale è strutturata un'area dedicata alla Qualità che collabora costantemente con tutte le altre aree di direzione, staff e gestione, raccogliendo e offrendo spunti per il miglioramento e la valutazione della qualità del lavoro.

Il sistema della Qualità si articola in tre diversi livelli:

1. **Strumenti di sistema:** documentazione trasversale a tutte le aree di servizi di Codess Sociale quali ad esempio il manuale della Qualità, le procedure generali ed alcuni modelli di utilizzo comune.
2. **Strumenti di area:** documentazione specifica per la sola area psichiatria ma trasversale alle varie strutture di Codess Sociale afferenti a tale area. Questa documentazione riguarda ad esempio procedure operative, istruzioni di lavoro, modelli, questionari di rilevazione gradimento, mansionario ed ogni altro strumento atto a migliorare l'erogazione del servizio e a qualificare l'offerta.
3. **Strumenti di servizio:** elaborati all'interno di ogni singola struttura in relazioni alle sue specifiche caratteristiche e necessità.

Codess Sociale ha inoltre articolato un sistema di suggerimenti o reclami con l'obiettivo di segnalare disservizi o la violazione dei principi di qualità dichiarati nella propria politica. Al tempo stesso ciò permette di fornire un quadro rispetto all'andamento generale degli obiettivi di qualità posti per migliorare i propri servizi.

Affinché sia tangibile l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti da Villa San Pietro, il sistema qualità interno garantisce un costante monitoraggio del lavoro svolto. I riscontri avvengo attraverso l'utilizzo di diversi strumenti, come indicato dalla seguente tabella.

Processo	Fattori di qualità	Indicatori di qualità	Standard di qualità
Valutazione nuovo inserimento	Appropriatezza dell'inserimento	Criteri definiti di inclusione ed esclusione	Verifica in équipe delle relazioni di presentazione dei pazienti; successiva valutazione diretta del paziente
	Accettazione dell'inserimento da parte del paziente	Materiale informativo (carta dei servizi); Scheda di valutazione della proposta di inserimento	Consegna del materiale informativo; presentazione della struttura al paziente in occasione di un incontro preliminare all'inserimento; firma congiunta del paziente, dei familiari, dell'operatore del servizio inviante e del Direttore Sanitario sulla Scheda di valutazione della proposta di inserimento

Accoglimento	Accoglienza dedicata	Procedura di accoglimento	Accompagnamento in stanza da parte di un operatore dell'équipe; predisposizione anticipata della stanza con etichetta personalizzata indicante il nominativo dell'utente; presentazione dell'organizzazione della struttura
	Valutazione clinica all'ingresso	Scheda di Ricognizione-Riconciliazione	Valutazione specialistica neuro-psichiatrica entro 24 ore dall'ingresso; compilazione della Scheda di Ricognizione-Riconciliazione all'apertura della cartella clinica
Permanenza	Presa in carico individualizzata	Case Management	Assegnazione di un Case Manager entro la prima settimana dall'ingresso
		Valutazione multidimensionale	CANS: prima valutazione entro il periodo iniziale di osservazione; condivisione in équipe e utilizzo negli aggiornamenti del PTRI
		Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)	Definizione sulla base della valutazione multidimensionale; monitoraggio continuativo e aggiornamento almeno semestrale
	Tracciabilità delle informazioni inerenti all'andamento del percorso riabilitativo	Cartella informatizzata	Refertazione di ogni attività riabilitativa svolta a livello di gruppo e di singolo utente
	Regolarità delle visite neuro-psichiatriche	Presenza del medico neuro-psichiatra	Garanzia della presenza del medico psichiatra in struttura con almeno 2/3 accessi a settimana
	Menù variabile	Menù strutturato con variazioni a richiesta	Colazione a buffet; ripetizione del menù pasti ogni 4 settimane; menù estivo distinto da menù invernale; possibilità di variazioni; possibilità di avere menu vegetariano
Dimissioni	Coordinamento con il Servizio Inviante e con le figure di riferimento	Integrazione del periodo trascorso in struttura con le fasi successive del percorso di cura	Incontro o confronto telefonico con i referenti del Servizio inviante e con le figure di riferimento nelle settimane immediatamente antecedenti la dimissione; esplicitazione dei fattori favorenti la prosecuzione del processo riabilitativo a seguito della dimissione in lettera di dimissione
	Informazioni all'uscita	Lettera di dimissione al NPI territoriale di riferimento	Consegna al paziente della lettera di dimissione, riportante le risultanze cliniche e psicometriche del periodo di ricovero, al momento della dimissione programmata
	Possibilità di avere copia della cartella clinica	Giorni che intercorrono dal ricevimento della richiesta formale al rilascio della cartella	Consegna di copia della cartella clinica entro e non oltre 15 giorni
Eventi avversi e non conformità	Registrazione e gestione di eventi avversi (EA) e non conformità (NC)	Funzione di registrazione EA mediante la cartella informatizzata; moduli cartacei di registrazione NC; gruppi di miglioramento	Registrazione immediata di EA e NC in appositi moduli; discussione multidisciplinare degli eventi avversi e delle relative strategie di gestione in occasione della riunione d'équipe settimanale
Gradimento	Valutazione dell'indice di gradimento del servizio da parte degli utenti	Gruppi di programmazione settimanale; questionario di gradimento	Ogni settimana è previsto un incontro di gruppo tra pazienti e operatori per raccogliere eventuali reclami o suggerimenti; annualmente viene somministrato agli utenti un questionario di gradimento
Appropriatezza	Erogazione del servizio secondo principi di appropriatezza ed uniformità	Procedure di sistema, di area e di servizio	Revisione e integrazione delle procedure interne regolari; presentazione delle procedure più complesse/importanti in appositi eventi formativi calendarizzati