

## Fare Ricerca-Azione

### **Presentazione di *“Dove c'è condivisione c'è casa”, di Tavolaccini, Tiezzi, Noce.***

**Ugo Corino**

Mi piace presentare sia l'introduzione di questo “libretto” sia, soprattutto, l'iniziativa ed il lavoro che ne sono alla base.

Un materiale strano, per molteplici aspetti controcorrente: ne evidenzio due:

- ✓ a) sempre più spesso ci troviamo pervasi da “alti” scritti su “basse” pratiche (testi altisonanti basati spesso su pratiche inesistenti o quasi): questo testo è l'esatto contrario
- ✓ b) aspetto ancor più esemplare, il tipo di pensiero che sottende e guida il lavoro. Possiamo ri-parlare di “ricerca-intervento” e di una psichiatria partecipata.

Idea semplice ed al tempo stesso originale rendere gli attori della residenzialità psichiatrica (pazienti, famigliari ed operatori) artefici della valutazione della stessa.

Beh quale novità! Ormai tutti hanno prodotto questionari o ricerche sul gradimento dei servizi (pensate solo all'istituzione dell'ufficio relazioni con il pubblico nelle Asl e alle molte ricerche sulla qualità percepita dei servizi!!)

Allora quale l'originalità?

Innanzitutto la costituzione di un gruppo di valutatori, prima attraverso l'impostazione e ricerca di una serie di strumenti ed indicatori sulle caratteristiche e sul funzionamento dei Gruppi Appartamento per Pazienti Psichiatrici, poi attraverso un corso formazione per gli “esperti grezzi” la loro qualificazione in certificatori-valutatori.

Esperienze preziose, da pubblicizzare e promuovere in un'epoca di bassa attenzione ai luoghi di confronto e di condivisione concreti e fattuali e molto più coinvolta nelle dimensioni del virtuale e dell'apparire.

A distanza di un anno dal corso, i gruppi di valutatori hanno cominciato ad operare e a produrre report e certificazioni.

Il libro ed il materiale dei report sono reperibili su richiesta<sup>1</sup>

Buona lettura

## **DOVE C'È CONDIVISIONE C'È CASA**

### **Corso per Valutatori di Gruppi Appartamento**

*a cura di Luigi Tavolaccini, Maria Novella Tiezzi, Silvia Noce*

**edizione ASL TO1**

Dott. L. Tavolaccini; Dott.ssa B. D'Avanzo

### **Dalla Introduzione**

Questo "Corso per Valutatori di Gruppo Appartamento" riservato ai pazienti ed ai loro familiari è nato dal concorrere di due fattori, uno più generale relativo alla organizzazione di ogni DSM, ed uno specifico relativo alla situazione del nostro DSM ASL TO1.

Il primo: è nostra opinione che i Servizi di Salute Mentale, per quanto attiene alla "comunicazione", si debbano caratterizzare per una struttura che preveda di renderla la più ampia e multidirezionale possibile e quindi, certo, non solo gerarchica up-down.

Nel nostro lavoro i compiti ed i ruoli non possono essere rigidamente predeterminati e "protocollati" come per altri Servizi Sanitari (vedi esemplarmente la Chirurgia). Occorre invece sempre una alta capacità di adattamento alla situazione specifica ed una elevata capacità di ascolto di tutti gli interessati (pazienti, familiari, operatori)

---

<sup>1</sup> ASL TO1 - [marianovellatiezzi@inwind.it](mailto:marianovellatiezzi@inwind.it) // [tavolaccini@interfree.it](mailto:tavolaccini@interfree.it)

per produrre interventi terapeutici efficaci.

In particolare all'interno del Servizio, tra le varie figure professionali la comunicazione deve cercare di recuperare tutta la esperienza e la terapeuticità che ogni operatore può apportare alla definizione dei singoli progetti terapeutici.

In sintesi occorre "dar voce a tutti" se vogliamo che anche l'ultimo, il paziente, sia ascoltato in maniera adeguata, e non solo osservato ed inquadrato in base a precedenti categorie diagnostiche, ma invece compreso nella sua dimensione esistenziale, sociale, culturale.

Sembra banale e scontato ma l'esperienza ci dimostra che non è così. Anche perché negli ultimi anni c'è stato, almeno a livello metropolitano, un notevole aumento della domanda di aiuto psichiatrico, (non solo più patologie psicotiche o gravi disturbi dell'umore ma anche molte patologie d'ansia e depressioni minori).

A fronte di questo, spesso non vi è stato alcun aumento di personale, anzi!

Questo ha comportato un minor spazio-tempo da dedicare al paziente ed alla sua famiglia ed ha facilitato il prodursi di pratiche terapeutiche "veloci": identificazione di sintomi, prescrizioni farmacologiche, assenza di prese in carico longitudinali che seguano il paziente in tutto il suo possibile iter (casa, ambulatorio, ospedale, residenze protette...).

Così facendo i pazienti e le loro famiglie rischiano di aver un ruolo passivo e limitato, mentre è solo da un loro attento ed approfondito ascolto e dalla loro partecipazione e coinvolgimento che si può produrre un intervento terapeutico di buona qualità.

La partecipazione attiva dei familiari-pazienti alle varie fasi della vita del Servizio non è un problema di generica "democraticità", è una necessità, un input indispensabile, per produrre interventi efficienti ed efficaci.

Al di là di questo fattore generale la struttura e la organizzazione

della residenzialità in Gruppo Appartamento del nostro DSM pone problemi specifici.

Il loro numero (più di 60) e quello dei pazienti che ci vivono (circa 230) fa sì che questa sia sicuramente la maggior concentrazione di Gruppi Appartamento in una ASL italiana, e fa sì che il "sistema" sia molto complesso da gestire anche a causa della storia e della diversa origine di questi Gruppi Appartamento.

Questo verrà meglio precisato nel Capitolo 4-3° Incontro, qui evidenziamo che al di là del fatto che si tratta sempre di Alloggi di comune abitazione non connotabili come "psi", vi è un'alta eterogeneità relativa a: lo status dei partners gestori degli stessi (Cooperative, Associazioni di Pazienti, Privati, Onlus...); la proprietà della casa (dell'ASL, dei Gestori, in affitto...); la modalità di pagamento della Struttura (convenzioni, appalti, contratti diretti, pagamento diretto dei pazienti anche tramite assegno terapeutico...); ed ovviamente al diverso tipo di assistenza in relazione ai bisogni diversi dei pazienti.

Si pone quindi il problema di identificare elementi comuni dell'intervento per giudicare l'affidabilità del singolo e del sistema in ordine al raggiungimento degli obiettivi che rimangono sanitari e certo non solo assistenziali.

Occorre quindi, a fronte dell'eterogeneità di cui si è detto, individuare un comune metro di misura da cui dovrà scaturire il giudizio tecnico-amministrativo che consentirà il proseguimento o meno dell'attività della singola situazione.

Questo compito è ancora più cogente per il fatto che la spesa annua per i Gruppi Appartamento per il DSM è di circa 4,5 milioni di euro.

Questa valutazione è attualmente demandata di fatto a pochissime persone: il Direttore del DSM in primis, e alcuni suoi stretti Collaboratori.

Per tutto quanto sopra ci è sembrato opportuno allargare la

valutazione di questi Alloggi a tutti gli interessati: pazienti e familiari in primo luogo, e di rimando, gli Operatori interessati.

Partendo dalla vita quotidiana di una casa che è un dato esperienziale comune a tutti, (sani e malati) ed entrando nel merito dell'organizzazione. Qualità e forma dell'assistenza che condiziona il quotidiano: chi fa la spesa, chi cucina, chi pulisce, le possibili visite di parenti ed amici, gli orari di presenza del Personale.

Così è nata l'idea di questo Corso: coinvolgere tutti gli attori interessati a giudicare la qualità del Servizio espletato nei Gruppi Appartamento, impegnandosi da subito a considerare i giudizi che verranno espressi, da parte del soggetto collettivo, come vincolanti per il proseguimento dell'attività dei singoli Gruppi Appartamento.

Peraltro il problema della "valutazione" dei servizi sanitari è un problema complesso a cui occorre dare delle risposte chiare e precise, specie in tempi che si preannunciano difficili per quanto concerne la disponibilità di risorse.

Partendo dal fatto che il DSM (allora ex ASL 2) negli ultimi dieci anni aveva già usufruito della collaborazione e di consulenze da parte dell'Unità di Epidemiologia Psichiatrica e Sociale dell'Istituto Mario Negri di Milano, è stato semplice riannodare questo rapporto per utilizzare il patrimonio di conoscenze e l'esperienza nella valutazione dei Servizi Sanitari accumulata negli ultimi anni dal Mario Negri, cercando di applicarle ad un nuovo soggetto: i Gruppi Appartamento, utilizzando il coinvolgimento non solo di tutti gli Operatori ma anche dei pazienti e dei loro familiari.

Approfondiamo ora, almeno nelle linee generali il problema della valutazione.

Si è soliti attribuire a valutazione e accreditamento significati contigui ma distinti. Alla valutazione viene attribuito il significato di attività basata sull'applicazione di metodi scientifici in cui vengono verificati gli effetti di attività e assetti organizzativi dei servizi, sia in termini di

gradimento e soddisfazione che di efficacia nella soluzione o nel miglioramento dei problemi clinici e sociali degli utenti. Nell'accezione comune, l'accreditamento istituzionale è il riconoscimento pubblico del raggiungimento di standard dimostrato da un organismo esterno e indipendente, e assume talvolta l'accezione peggiorativa di un atto burocratico di verifica dell'esistenza di requisiti, spesso "minimi", piuttosto che di criteri di buona qualità; una volta ottenuto il riconoscimento il processo stesso può arrestarsi. Alcune esperienze hanno però mostrato come si possa fare dell'accreditamento un processo dinamico, valutativo e reciproco tra i diversi attori coinvolti e come questo possa svolgere una funzione fondamentale nella valutazione e nel miglioramento della qualità dei servizi.

Pensiamo, ad esempio, all'esperienza dell'accreditamento tra pari (in cui operatori opportunamente formati discutono e concordano valori e indicatori di qualità e ne fanno strumento di lettura e interpretazione nel corso di visite che gruppi di operatori conducono gli uni nei servizi degli altri) e più recentemente all'accreditamento tra pari con la partecipazione degli utenti.

L'approccio alla valutazione dei servizi con la partecipazione degli utenti e dei familiari viene ora adottato e interpretato in un'operazione di valutazione e accreditamento dei Gruppi Appartamento e dell'offerta residenziale della ASL TO1, la cui struttura organizzativa e la cui numerosità ne fanno un patrimonio unico in Italia. Non si tratta né solo di valutazione né solo di accreditamento. Non solo valutazione, perché l'esercizio non è disinteressato: i giudizi espressi stimolano l'impegno dei gestori, degli operatori dei servizi, degli utenti e dei familiari a mettere in evidenza le necessità di miglioramento e i punti di merito, e di concordare l'impegno al cambiamento su specifici aspetti. Non solo accreditamento, perché si avvia un processo in divenire, in cui l'ultima parola non è mai pronunciata e in cui viene promosso un

confronto continuo. In più, non viene condotto da un soggetto esterno e indipendente, che verifica “neutralmente” l’esistenza di requisiti, ma da un soggetto collettivo direttamente coinvolto. Va sottolineato che nel suo essere collettivo e rappresentante di più punti di vista sta la garanzia della suo procedimento rigoroso, sperimentato e verificato al suo interno, in cui ogni componente conta come l’altra, e dello sforzo costante di esplicitare valori e parametri di giudizio.

Si discute, nei servizi e sulla letteratura scientifica, su come sia possibile coniugare processi di valutazione con assetti organizzativi, stili di lavoro e strategie volti a ridurre il differenziale di potere tra operatori e utenti, ovvero volti all’empowerment. Il dubbio che ciò non sia possibile nasce da diversi elementi. Vi è l’idea che i metodi della valutazione portino l’“impronta” dei tecnici che se ne servono – clinici, ricercatori, amministratori – con la frequente conseguenza che la valutazione si servirebbe di indicatori non rilevanti per i soggetti trattati, e finirebbe con il condurre un’operazione di negazione del soggetto che viene curato. L’autoaccreditamento che qui proponiamo è un’occasione per mostrare che si possono condurre operazioni in cui le due cose, valutazione condotta con metodo e partecipazione il più possibile paritaria tra i diversi soggetti, contribuiscano l’una all’altra.

I metodi valutativi possono apparire ostici; le finenze metodologiche e statistiche di cui si servono non sono sempre di immediata comprensione. Va chiarito che non è in questo che consiste la scientificità del metodo, ma nella accuratezza della definizione degli indicatori e dei criteri di rilevazione, obiettivi non facili, delicati, ma certamente raggiungibili da un gruppo di lavoro non professionista opportunamente equipaggiato e dotato di puro interesse in ciò che fa. I gruppi interessati ma più deboli possono servirsi di questo strumento, rafforzandosi.

I principi fondamentali che sorreggono l’iniziativa

dell'autoaccreditamento sono la partecipazione-azione, la trasparenza e l'obiettivo immediato del miglioramento. Con partecipazione-azione parliamo della costruzione attiva di strumenti per la lettura di un contesto, a partire dall'esperienza diretta di un gruppo che individua al suo interno, prendendo le mosse dal proprio atteggiamento valutativo spontaneo, gli elementi che assumono rilevanza in un contesto da leggere e valutare. La trasparenza consiste, prima che nell'esplicitazione operazionalizzata di criteri di qualità in numeri, nel lavoro di condivisione degli obiettivi e dei valori a cui si ispira l'azione in cui si impegnano gli utenti, i familiari e gli operatori di tutti i livelli. I soggetti valutatori sono coinvolti, a titolo diverso, in ciò che vanno a valutare, e non sono soggetti "neutrali". Non è la neutralità a garantire rigore, ma l'applicazione di un metodo condiviso e di un confronto condotto con un metodo. Questo consente a chi valuta di assumersi la responsabilità dei propri giudizi. Infine, l'obiettivo immediato del miglioramento significa che l'esito delle visite di autoaccreditamento imporrà che si prenda atto delle modifiche necessarie e che siano individuati soggetti a cui attribuire la responsabilità di tali cambiamenti.

Abbiamo adottato un modello in cui per definire i valori e le priorità su cui fondare l'individuazione di criteri di qualità dei Gruppi Appartamento si è partiti dall'espressione diretta di utenti, familiari e operatori dei servizi. Descriviamo in un capitolo dedicato come è avvenuta questa operazione e come si è passati alla formulazione della griglia/questionario che usiamo. Lo strumento che proponiamo è congegnato in modo tale che l'espressione del giudizio non venga espressa "a scatola chiusa" dal gruppo dei valutatori, ma che questi nel corso della loro visita attingano alle spiegazioni degli operatori e degli utenti che vi lavorano e vi risiedono. Lo strumento riporterà quindi più voci e più punti di vista.

Vorremmo, in sintesi, raggiungere tre obiettivi, che a sua volta

potranno innescare altri effetti:

1. offrire un'occasione di pronunciamento vincolante e ufficiale da parte di tutti i soggetti coinvolti sulla qualità dell'offerta dei Gruppi Appartamento e sul loro bisogno di rinnovamento;
2. far sì che strumenti conoscitivi percepiti come distanti e formali diventino mezzi efficaci per i soggetti più deboli, la cui effettiva entrata sulla scena del miglioramento della qualità dell'assistenza è sentita come una priorità;
3. predisporre un modello di partecipazione paritaria da applicare anche ad altri ambiti della salute mentale.