

La qualità percepita dagli ospiti della REMS di Casale di Mezzani (PR)

The quality perceived by the patients of Casale di Mezzani REMS (PR)

Giuseppina Paulillo • Vincenza Ivana Molinaro • Pietro Pellegrini

Abstract

In Residence for the Implementation of Measures of Security (REMS), Casale di Mezzani (PR) held individual rehabilitative activities and inspired by the Recovery model. In the period from October '15 to January '17 the guests have filled 17 sheets for the detection of user satisfaction and 26 questionnaires popularity of the activities. They expressed greater satisfaction with the quality of medical care (88%), nursing (89%), the welcome upon entry (83%) and relations with équipe (78%); the activities most appreciated are: Residential Reunion, "Oltre la Rems" Group, Shiatsu, Wellness end Health, Music Activity, Individual and Group Outputs. The satisfaction questionnaire is a useful tool that highlights the satisfaction / dissatisfaction and ensures correct identification of areas of intervention for the improvement of the service itself.

Key words: Rems • Recovery • Quality • Rehabilitation Activities • Outcomes

Riassunto

Nella Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Casale di Mezzani (PR) si svolgono attività riabilitative individuali e di gruppo ispirate al modello della Recovery. Da Ottobre '15 a Gennaio '17 gli ospiti hanno compilato 17 schede per la rilevazione della soddisfazione utenti e 26 questionari di gradimento delle attività. Essi esprimono maggiore soddisfazione per la qualità dell'assistenza medica (88%), infermieristica (89%), l'accoglienza al momento dell'ingresso (83%) e le relazioni con l'équipe (78%); le attività più gradite sono: la Riunione Residenziale, il gruppo Oltre la Rems, Shiatsu, Salute e Benessere, Musica, Uscite individuali e di gruppo. Il questionario di gradimento è uno strumento utile che evidenzia la soddisfazione/insoddisfazione e garantisce la corretta individuazione degli ambiti di intervento per il miglioramento del servizio stesso.

Parole chiave: Rems • Recovery • Qualità • Attività Riabilitative • Esiti

Per corrispondenza: Giuseppina Paulillo, USL Parma • email: gpaulillo@ausl.pr.it

Giuseppina PAULILLO, Psichiatra, Responsabile REMS, DAISM-DP AUSL Parma, gpaulillo@ausl.pr.it
Vincenza Ivana MOLINARO, TRP, DAISM-DP AUSL Parma, vmolinaro@ausl.pr.it
Pietro PELLEGRINI, Psichiatra, Direttore DAISM-DP di Parma, ppellegrini@ausl.pr.it

1. Premessa

Attualmente il quadro culturale del mondo sanitario si svolge lungo un apparente paradosso: da un lato l'oggettività rigorosa delle evidenze tecnico-scientifiche, dall'altro la crescente valorizzazione della soggettività assunta come unità di misura reale: due ottiche culturalmente a confronto per le quali risulta fondamentale la loro integrazione. È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formuli una propria valutazione.

Fin dai primi anni '90 la questione della centralità dei cittadini ha cominciato ad essere riconosciuta come uno degli assi portanti del riordino delle strutture sanitarie disegnato dai DL 502/92 e 517/93 nonché dalla normativa in materia di qualità dei servizi pubblici e cioè il Decreto Ministeriale 12/12/2001, il Piano Sanitario Nazionale 2002/2004, il Piano Sanitario Regionale 1999/2001, il Documento di politica economica e finanziaria 2005/2005 (DPEF) della Regione Emilia Romagna, la Legge regionale n. 29 del 23/12/2004 ed altre DGR, in particolare la n. 313/2009 che ha approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009/2011.

Nell'accezione di Donabedian (1990) "la qualità percepita è più della soddisfazione, che è a sua volta qualcosa di più dell'assenza di insoddisfazione" (Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna, 2006, p. 24). Citando Ovretveit (1996), "si tratta di un atteggiamento globale e stabile nel tempo verso il servizio, elaborato in base alla soddisfazione ripetuta nel tempo, piuttosto che di un giudizio sul servizio legato a una recente e specifica transazione" (pp. 49-50). Qualità e organizzazione vengono dunque a costituirsi come elementi di una costruzione sociale, dentro la quale si incontrano prospettive differenti. Dall'avvio nel 2000 del progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (Luglio 2000 – Aprile 2003), si è modificato il paradigma della qualità attesa/percepita e si è rafforzata l'impostazione della valutazione della qualità in termini di attenzione al vissuto e alla percezione dei cittadini e degli operatori, invece che esclusivamente al gradimento e alla soddisfazione del cliente (Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna, 2011). Proprio nell'ambito del programma suddetto che ha raggiunto la sua maturità nel 2002, al fine di colmare il gap esistente fra un utilizzo ingenuo, seppure lodevole, dei metodi (in prevalenza quantitativi) e una scelta consapevole degli stessi tarandoli sulle reali esigenze dei target di riferimento e degli obiettivi organizzativi, sono stati organizzati percorsi formativi per sviluppare le competenze degli operatori sanitari addetti al rilievo delle valutazioni dei pazienti: in particolare è stata data attenzione allo sviluppo e alla facilitazione dell'utilizzo di strumenti standardizzati e alla conoscenza e applicazione di metodi meno strutturati. At-

tualmente presso le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna ci sono non solo le strutture in grado di svolgere indagini sulla qualità percepita, ma anche le competenze professionali in grado di gestire tali progetti. Inoltre è ormai entrato a far parte della cultura organizzativa il principio che la qualità è legata non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione (dell'offerta), ma anche alla rilevazione degli aspetti relazionali e soggettivi insiti nella domanda espressa dai cittadini. In particolare, se si mantiene la distinzione proposta da Nicoli e Capizzi (2003) secondo i quali "si può immaginare un continuum concettuale assumendo il grado di personalizzazione e di partecipazione da parte di coloro che sono i destinatari dell'intervento come *fundamentum divisionis* su cui collocare i progetti, rispetto cui appare opportuno considerare il distinguo tra progetti per la valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini e progetti per la valutazione della qualità dal lato dei cittadini", si può affermare che la qualità percepita sugli aspetti non strettamente tecnici necessita – per essere rilevata – del contributo diretto delle persone nella definizione dei progetti (Maturò, 2002). L'obiettivo che viene perseguito con l'utilizzo di questi strumenti è valutare la qualità dal lato dei cittadini, coinvolgendo i cittadini/utenti per verificare la validità delle scelte compiute ed eventualmente aggiustarle. I presupposti e gli ambiti di indagine nascono generalmente dalla previsione di realizzare ricerche sulla soddisfazione dei pazienti/utenti nei confronti dei servizi offerti nei vari ambiti o aree nei quali è stato avviato un processo di miglioramento delle prestazioni; ma le finalità consistono essenzialmente nel rompere l'autoreferenzialità del sistema per aprirlo ai segnali di disservizio che provengono dall'ambiente.

2. Il contesto e il modello operativo

La REMS (Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza) di Casale di Mezzani (PR) è una struttura socio-sanitaria provvisoria aperta il 27 aprile 2015 (Legge 81/2014–Superamento OPG) che accoglie un massimo di 10 persone di sesso maschile afferenti per residenza all'Area Vasta Emilia Nord (Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia), affette da patologie psichiatriche che si sono rese autori di reato e che sono state giudicate totalmente o parzialmente incapaci di intendere e di volere, pericolose socialmente, a cui è stata applicata una misura di sicurezza detentiva. L'OPG è sostituito non dalla REMS ma dall'insieme dei servizi sanitari e sociali del territorio dei quali fa parte il Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera come struttura specializzata la REMS, la quale realizza percorsi di cura e di riabilitazione ed inclusione sociale secondo i principi di Psichiatria di Comunità. Il percorso intrapreso da quasi due anni rappresenta una rivoluzione storica e culturale, ma il

passaggio dalle misure di sicurezza, alla sicurezza delle cure, non appare immediato, né scontato, né “facile” da attuare. In questo processo di cambiamento abbiamo voluto operare ispirandoci al modello della “*Recovery*”, consapevoli che ogni nostra azione è mirata alla cura in una prospettiva di libertà. Libertà “da” (paure, limitazioni, incertezze, dipendenza, isolamento) e libertà “di” (libertà di fare, libertà di relazione, autonomia, libertà di essere) (Maurano, Liotti, & Costabile, 1998; Ba, 2003). Crediamo che la nostra sfida sia quella di favorire sia un cambiamento possibile sia che la persona riesca a “fidarsi” ed “affidarsi” a noi operatori, nella consapevolezza che la REMS sia principalmente un luogo di cura e, questo, richiede pertanto una collaborazione intensa tra tutti gli attori coinvolti: ospiti, équipe curante, care givers, Servizi, Magistratura. Nella REMS di Parma oltre al lavoro clinico si svolgono attività riabilitative strutturate e non, individuali e di gruppo. La funzione terapeutica e riabilitativa si ispira al modello della *Recovery*, secondo il quale, la *recovery* può essere contemporaneamente un risultato (se l’adattamento dell’individuo alle richieste ambientali viene posto come obiettivo prioritario di ogni trattamento), un’attitudine (quando accompagna l’ospite a recuperare i diritti, i ruoli, le responsabilità e le capacità perse, gli risveglia la speranza di un presente produttivo e di un futuro gratificante, gli fa sperimentare la possibilità di gestire i sintomi ricorrendo a strategie incisive, lo spinge a reclamare il ruolo di persona sana e a rifiutare di vivere solo come persona malata), e un processo (se supporta la ricostruzione dei contatti personali, sociali e ambientali, contrastando gli effetti distruttivi dell’etichettatura diagnostica e favorendo l’aumento della propria capacità contrattuale – empowerment). La *Recovery* come processo di cambiamento soggettivo che coinvolge i principali aspetti dell’identità della persona, quali i valori, gli obiettivi, le conoscenze, le abilità, i ruoli e l’immagine di sé (Hatfield & Lefley, 1993; Carozza, 2006). Per ogni ospite viene realizzato un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) di cui è responsabile il Centro di Salute Mentale di competenza territoriale, ed un Progetto Terapeutico Riabilitativo Residenziale (PTRR) di cui è responsabile la Residenza. Quest’ultimo sviluppato in collaborazione con il servizio inviante e condiviso con l’ospite e, se possibile con la famiglia, definisce gli specifici interventi diagnostici, terapeutici riabilitativi erogati dalla Residenza stessa, le responsabilità, le modalità di monitoraggio e verifica. Per realizzare il cambiamento è necessario pensare ai pazienti come persone in cura presso i Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche che hanno “anche” una misura di sicurezza e lavorare terapeuticamente con loro al fine di realizzare un lavoro per la costruzione del consenso, la responsabilizzazione nel percorso di cura e di vita, l’affermazione di diritti e l’assolvimento di doveri. Quest’approccio vede nella “*recovery*” un metodo fondamentale affinché la persona diventi protagonista, e la sua vita si iscriva in una storia ed in orizzonti di senso, la sua pericolosità si riduca e si trasformi in una risorsa per la comunità. La REMS non è un luogo di punizione, ma deve essere un punto dal quale ripartire, un insieme di opportunità di cambiamento per sperimentare nuovi ruoli. Le attività proposte oltre al loro significato specifico hanno tutte questo orientamento di fondo. L’équipe multi-professionale

(psichiatri, psicologo, assistente sociale, amministrativo, infermieri, operatori socio sanitari e tecnici della riabilitazione psichiatrica) consente una visione globale della presa in carico dell’ospite ed una risposta tempestiva ai suoi bisogni assistenziali e riabilitativi, nonché l’integrazione tra le diverse professionalità in termini di competenze. I briefing quotidiani e le riunioni a cadenza settimanale ci consentono una regolare condivisione degli obiettivi e dei programmi clinici – riabilitativi. Entro un mese dall’ingresso, si esegue un assessment funzionale dell’ospite, che permette una visione globale delle risorse e delle difficoltà della persona con la quale elaborare il progetto di cura. Esso prevede la definizione di obiettivi, tempi di attuazione, modalità di monitoraggio e verifica.

Le attività terapeutico-riabilitative sono le seguenti (Tab. 1):

Gruppi condotti dagli operatori REMS: Riunione Residenziale, Attività di musica, Salute e Benessere, Attività di cucina, Gruppo Oltre la Rems, Cineforum, Social Skills Training, Yoga, Uscite individuali e di gruppo.

Gruppi condotti da professionisti convenzionati con DAISM-DP: Andiamo al Parco, Teatro Lenz, Teatro Giolli, Legambiente, Attività di Ballo, Shiatsu, Attività Motoria.

Gli interventi riabilitativi individuali o di gruppo sono finalizzati ad instaurare una relazione di fiducia significativa, orientati all’acquisizione o al mantenimento di abilità specifiche (es. cura del sé e della propria salute psichica) e volti al potenziamento di hobby e/o interessi individuali (es. uscite individuali programmate). Le attività di gruppo, che vengono svolte durante la settimana (sia al mattino che al pomeriggio) hanno finalità specifiche. Il gruppo terapeutico, grazie alle sue proprietà intrinseche, si pone come uno “spazio sociale protetto” nel quale il soggetto può sperimentare e vivere l’incontro con l’altro in modo meno conflittuale ed ansiogeno, imparando ad intraprendere delle relazioni più armoniche e soddisfacenti, in cui scompaiono la sensazione di alterità ed estraneità e si sperimenta il senso di appartenenza, la condivisione, la reciprocità (Ba, 2003). Nella situazione grupale il paziente ha la possibilità di manifestare, riconoscere, decodificare, e quindi modificare, i propri modelli comportamentali grazie soprattutto al feedback, positivo o negativo, che il gruppo gli rinvia in conseguenza del suo comportamento. Nel gruppo il soggetto può manifestare i propri conflitti, verbalizzare i propri contenuti intrapsichici e, attraverso il rapporto con gli altri, acquisire una visione oggettiva delle sue modalità di relazione e arrivare a comprendere quali siano le dinamiche che stanno alla base del proprio disagio e di quello altrui. Il gruppo diviene pertanto un “produttore” di cultura alternativa. La partecipazione alle attività proposte non è obbligatoria, assecondando pertanto gli interessi e gli obiettivi personali, tranne che per alcuni gruppi particolari dal punto di vista terapeutico e riabilitativo e cioè la Riunione Residenziale (promuovere l’organizzazione partecipata ovvero l’empowerment, la responsabilità verso se stessi e verso gli altri, il rispetto delle regole di convivenza), il Gruppo Oltre la Rems (favorire la consapevolezza di malattia e la riflessione sulla propria condizione giuridica), il Social Skills Training (acquisizione, mantenimento e/o potenziamento delle abilità sociali).

ATTIVITÀ	FINALITÀ
Riunione Residenziale	Organizzazione partecipata (promozione dell'empowerment), responsabilità verso se stessi e verso gli altri, rispetto delle regole di convivenza.
Uscite individuali e di gruppo	Valutazione/intervento competenze sociali, valenza socio-ricreativa e culturale.
Attività di musica	Riflessione condivisa, aumento del tono dell'animo, socializzazione, rilassamento, potenziamento hobby e interessi.
Salute e Benessere	Riflessione su tematiche legate alla alimentazione e al prendersi cura di sé.
Laboratorio di cucina	Miglioramento abilità strumentali.
Oltre la Rems	Miglioramento della consapevolezza di malattia e riflessione sulla propria condizione.
Cineforum	Favorire la riapertura emozionale.
Attività di Ballo	Favorire il benessere psicofisico.
Attività Motoria	Miglioramento del benessere psicofisico attraverso il movimento.
Andiamo al Parco	Miglioramento delle relazioni interpersonali e delle abilità sociali, maggiore conoscenza del territorio, occasione di reinserimento sociale.
Teatro Lenz	Gestione delle emozioni, sviluppo di risorse relazionali e creative, consapevolezza di sé e dell'altro.
Shiatzu	Diminuzione della tensione e dell'ansia, rilassamento psicomotorio, miglioramento della percezione dello schema corporeo.
Ecopolo	Potenziamento degli hobby e delle abilità manuali. Socializzazione.
Teatro Giolli	Gestione delle emozioni, sviluppo di risorse relazionali e creative, consapevolezza di sé e dell'altro.

Tab. 1: Le attività terapeutico-riabilitative svolte nella REMS di Casale di Mezzani (Pellegrini, Paulillo, Ceroni, & Dall'Aglio, 2016)

Il campo operativo e gli strumenti di intervento sono la vita quotidiana, le relazioni interpersonali, il rapporto tra l'individuo e il suo ambiente, ambiti in cui si cerca di favorire una partecipazione degli ospiti il più possibile proattiva e valorizzante le differenze individuali nella convinzione che *"L'uguaglianza è un diritto, la diversità un valore"*. La qualità percepita dai nostri ospiti diventa pertanto un aspetto molto importante e rientra tra gli obiettivi mirati a incoraggiare processi di ripresa, a promuovere l'autonomia, la capacità di scelta e la consapevolezza dei propri diritti. Secondo Chamberlin (1990,1995), gli utenti aumentano il loro livello di empowerment attraverso una serie di fattori quali poter decidere, poter avere accesso alle informazioni, avere una gamma di opzioni dalle quali scegliere, avere la possibilità di esternare le proprie idee imparando a pensare criticamente, a valutare la qualità delle prestazioni ricevute, poter avere la possibilità di far parte di un gruppo, avere riconosciuto il "diritto di avere diritti", di produrre cambiamenti e influire sull'ambiente. Tali principi, insieme ad altri, sono alla base della riabilitazione psichiatrica e del processo di recovery che caratterizzano il nostro lavoro sistematico tradotto in un processo di aiuto strutturato, diviso in fasi, ciascuna con un determinato obiettivo. In tal senso la somministrazione dei questionari di gradimento, che verranno descritti in seguito, ci consente di valutare gli esiti delle attività erogate e contemporaneamente di migliorare la capacità contrattuale dei nostri ospiti, favorendo il loro processo evolutivo verso una maggiore autonomia, una maggior compliance ai trattamenti di cura.

3. I questionari: caratteristiche e obiettivi

L'utilizzo del "questionario di gradimento" è determinato dall'esigenza di avere uno strumento che possa fornire un quadro sempre aggiornato dell'andamento delle attività, per rispondere quotidianamente ai bisogni dell'ospite in modo tempestivo e mirato. Il questionario non ha finalità di ricerca, ma contribuisce a:

- migliorare la comunicazione interna tra gli ospiti ed équipe,
- migliorare la percezione del luogo in merito ai servizi erogati,
- favorire la qualità delle relazioni interpersonali,
- garantire un processo di crescita culturale di servizio,
- individuare le criticità prevalenti,
- evidenziare gli effetti qualitativi e quantitativi degli interventi clinici, riabilitativi ed assistenziali.

I nostri ospiti sono stati invitati periodicamente a compilare 2 tipi di questionari:

- A) SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE UTENTI (somministrato a cadenza semestrale);
- B) QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELLE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE (somministrato a cadenza trimestrale).

I tempi di somministrazione dei questionari sono stati dettati da una valutazione arbitraria dell'équipe in relazione ad un modello operativo ex-novo, determinato da variabili clinico-organizzative che hanno risentito dell'assenza di riferimenti validi per la tipologia della struttura in questione. I questionari hanno richiesto, pertanto, tempi adeguati per la raccolta dati e per la formulazione degli esiti in merito al lavoro svolto dall'apertura della Residenza. In particolare, la *"SCHEDA PER LA RILEVAZIONE SODDISFAZIONE UTENTI"* è stata realizzata prendendo come riferimento uno strumento di valutazione già in uso nel DAISM-DP di Parma ed è caratterizzata da domande chiuse con risposte rapide.

Si basa su 4 aree di percezione:

- rapporto col personale (es. gentilezza, disponibilità all'ascolto),
- aspetti organizzativi (es. regolamento),
- aspetti strutturali – ambientali (es. stato servizi igienici),
- servizi di contorno (es. qualità del cibo).

Il *"QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELLE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE"* è stato elaborato *"ad hoc"* con domande aperte che ci consentono di:

- indagare le opinioni e le motivazioni dei soggetti coinvolti
- rilevare la percezione e l'utilità delle attività terapeutico-riabilitative proposte.

I criteri di valutazione utilizzati per entrambi sono le seguenti tre emoticon:



Una procedura semplice e immediata, che consiste nel dare un voto attraverso tre faccine: sorridente, indifferente, delusa, che esprimono rispettivamente un giudizio positivo, sufficiente e negativo, adatta anche agli ospiti affetti da deficit cognitivi.

4. Il campione

Dalla data di apertura ad oggi la Struttura ha accolto 24 ospiti, di cui 10 dall'OPG di Reggio Emilia, 2 da CC di Bologna, 1 da CC di Piacenza, 1 dalla Rems di Nogara (VR), 1 dalla revoca della licenza ordinaria, 2 dalla libertà vigilata e 7 dalla libertà (dei quali 1 fine pena e 1 da SPDC). Le posizioni giuridiche sono disciplinate dall' Art. 222 C.P. "Ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (n. 7 ospiti), Art. 219 C.P. "Assegnazione ad una Casa di Cura e di Custodia" (n. 9 ospiti), Art. 206 C.P. "Applicazione mi-

sura di sicurezza provvisoria" (n. 8 ospiti). L'età media degli ospiti è di 37 anni. Le categorie diagnostiche appartengono allo spettro dei Disturbi Psicotici/Schizofrenici, Disturbi di Personalità, Ritardi Mentali.

5. Limiti

Campione ridotto (10 posti, tempo medio di permanenza 7 mesi) ed eterogeneo per età e diagnosi, numero ridotto di schede a causa della non disponibilità di alcuni ospiti all'auto-compilazione del questionario, turn-over degli ospiti, alcune attività di durata inferiore al tempo di somministrazione dei questionari.

6. Risultati

Sono stati ad oggi compilate 17 schede per "la rilevazione della soddisfazione utenti" (Tab. 2) e 26 questionari di "gradimento delle attività terapeutico - riabilitative" (Tab. 3). Le uscite dalla REMS a scopo riabilitativo sono autorizzate dal Magistrato con una formula di licenza "ad horas" costituita da un pacchetto di 20 gg di 8 ore per ciascuna uscita (Tab. 3).

			
Accoglienza in REMS al momento dell'ingresso	83%	17%	0%
Assistenza medica	88%	12%	0%
Informazioni ricevute dai medici sulla Sua malattia	50%	33%	17%
Informazioni ricevute dagli operatori all'ingresso in REMS	72%	11%	17%
Informazioni ricevute dagli operatori durante la sua permanenza	61%	27%	12%
Informazioni ricevute dagli operatori alla dimissione	22%	22%	56%
Disponibilità e cortesia degli operatori nel rispondere alle Sue esigenze	78%	16%	6%
Qualità delle relazioni con gli operatori	78%	11%	11%
Assistenza infermieristica nel complesso	89%	0%	11%
Attività riabilitative nel complesso	44%	38%	18%
Orario delle visite parenti	50%	33	17%
Clima Relazionale in Residenza	38%	55%	7%
La pulizia della Residenza	72%	16%	12%

Tab. 2 Scheda rilevazione soddisfazione utenti (n=17; Novembre 2015 – Giugno 2016 – Gennaio 2017)

			
Riunione residenziale	57%	38%	5%
Gruppo Oltre la Rems	42%	42%	16%
Social Skills Trainings*	47%	11%	42%
Attività di Musica	53%	38%	9%
Gruppo Salute e Benessere	65%	23%	12%
Laboratorio di cucina	50%	42%	8%
Cineforum	57%	34%	9%
Yoga**	38%	14%	48%
Ballo	28%	10%	62%
Attività motoria	52%	29%	19%
Shiatsu	70%	11%	19%
Teatro Giolli	41%	17%	42%
Teatro Lenz	17%	35%	48%
Legambiente	41%	47%	12%
Andiamo al Parco	58%	29%	13%
Uscite di gruppo***	47%	28%	25%
Uscite individuali***	80%	5%	15%

Tab. 3 Questionario di Gradimento Attività Terapeutico-Riabilitative (n=26; Ottobre 2015 - Febbraio 2016 - Maggio 2016 - Ottobre 2016 - Gennaio 2017)

Conclusioni

Il risultato globale che si evidenzia dalla lettura dei dati è positivo. Per la *SCHEDA RILEVAZIONE SODDISFAZIONE UTENTI* i dati raccolti ci consentono di affermare che gli ospiti esprimono maggiore soddisfazione per l'assistenza medica e infermieristica, per l'accoglienza in Rems, la disponibilità e la cortesia degli operatori nel rispondere alle loro esigenze, la qualità delle relazioni con il personale, la pulizia degli ambienti.

Per il *QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DELLE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE* quelle maggiormente gradite sono le seguenti: la Riunione Residenziale ed il gruppo Oltre la Rems (attività a carattere obbligatorio), attività di Musica, gruppo Salute e Benessere, uscite individuali, di gruppo ed attività di cucina (attività facoltative), Andiamo al Parco e Shiatsu (attività svolte in collaborazione con professionisti esterni).

Infine le uscite individuali e di gruppo assumono un ruolo molto significativo sia in termini di gradimento che di efficacia terapeutico-riabilitativa. In quasi due anni di attività, in particolare da Agosto 2015 ad oggi (19 mesi), sono state concesse dalla Magistratura 700 licenze "ad horas" 486 delle quali utilizzate nel seguente modo: 159 per uscite di gruppo con operatori Rems, 252 con i propri familiari, 75 per uscite individuali. In media, ogni ospite è uscito dalla Rems 3 volte al mese. Sono accadute in due anni le seguenti criticità: un allontanamento indebito di un ospite dopo 36 ore dall'ingresso ed un altro durante un'uscita di gruppo. Due anni circa di attività sono pochi per valutare compiutamente un lavoro così ambizioso. Le esperienze di questi mesi sono molto confortanti e ci insegnano che un trattamento umano, dignitoso e professionale nella relazione di cura empatica e non giudicante espletata in un luogo accogliente produce una sicurezza ambientale ed una qualità di vita che sembra speculare all'abbandono, all'incuranza ed

agli abusi che hanno fatto la storia degli OPG. È già un risultato entusiasmante poterne parlare al passato.

Concludendo si riportano alcune tra le più significative considerazioni dei nostri ospiti:

Aspetti positivi: “Disponibilità dei medici e degli operatori”, “la pulizia e la relazione con il personale”, “avere un momento per potermi chiarire le idee sul mio futuro nella società”.

“Sei sempre rintracciabile, non ti senti mai solo e non paghi le bollette”

Aspetti negativi: “sono lontano da casa e non posso vedere la mia famiglia”, “mancanza di libertà, non aver chiaro il tempo di detenzione e le prospettive future”.

“Ho dei mobili antichi che mi si stanno rovinando perché sono qua...”

Proposte per nuove attività: “corso di alfabetizzazione informatica, corso di lingue, inglese, francese e spagnolo”, “avere degli attrezzi ed una palestra”, “fare più uscite”.

Riferimenti bibliografici

Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna. (2006). *Dossier Emilia Romagna 127/2016 “La qualità percepita in E.R. strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi”*. Retrieved March 17, 2017 from <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss127>.

Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia Romagna. (2011). *Dossier Emilia Romagna 215/2011 “Fidatevi dei pazienti”: la qualità percepita nei CSM e nei DAISM-DP*. Retrieved March 17, 2017 from http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss215.htm.

Ba, G., (2003). *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica*. Milano: FrancoAngeli.

Carozza, P., (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica: per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: Franco Angeli.

Chamberlin, J. (1995). Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement. *International Journal of Mental Health, 24*(1), 36-46.

Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior, 11*(3), 323-336.

Donabedian, A. (1990). *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Hatfield, A., & Lefley, H. (1993). *Surviving mental illness*. New York: The Guilford Press.

Maturo, A. (2002). Dalla qualità percepita all'interpretazione del vissuto. In C. Cipolla, G. Giarelli & L. Altieri (Eds.), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*. Milano: Franco Angeli.

Maurano, F., Liotti, E., & Costabile, G. (1998). Il centro diurno di riabilitazione: dalla relazione alle connessioni attraverso l'intermediazione. In A. Scala, *L'agire riabilitativo* (pp. 117-122). Torino: Il Pensiero Scientifico.

Nicoli, M. A., & Capizzi, S. (2003). Gli aspetti cruciali del cambiamento nei percorsi della qualità dell'assistenza sanitaria nella prospettiva del cittadino: il caso dell'Emilia-Romagna. In R. Cinotti & C. Cipolla (Eds.), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini* (pp. 46-76). Milano: Franco Angeli.

Ovretveit, J. (1996). *La qualità nel servizio sanitario*. Napoli: Istituto Giannino-Edises.

Pellegrini, P., Paulillo, G., Ceroni, P., & Dall'Aglio, R. (2016). *Ancora Mario... A tutti gli Eretici per amore: il percorso per attuare la Legge 81/2014 e liberarsi dalla necessità degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Parma: Coop.va Soc. Cabiria.