

Carta de los Servicios

SRTR Eimaste

Estructura Residencial terapéutico-rehabilitadora
para tratamientos comunitarios extensivos



Via Sant' Angelo 128
01019 Fraz. Cura, Vetralla (VT)

Teléfono: +39 3897986249
E-mail: eimaste@codess.org
Sitio web: www.vitaadolescente.org



Gentile Utente,

Nos complace presentarnos y, mediante esta «Carta de los Servicios», deseamos ofrecerle toda la información relativa a la Estructura Residencial terapéutico-rehabilitadora para tratamientos comunitarios extensivos «Eimaste».

La Carta de los Servicios es un instrumento fundamental de comunicación, creado con el objetivo de mejorar y cualificar la relación entre las personas usuarias y las entidades prestadoras de servicios.

En aplicación del principio de transparencia, la Carta ofrece a la persona usuaria una visión clara de sus derechos y, para la entidad gestora, explicita los servicios ofrecidos, sus modalidades y sus plazos.

Asimismo, considera a las personas usuarias parte activa e integrante del Sistema de Calidad, dotadas de capacidad crítica y libertad de elección, con el fin de mejorar de forma constante los servicios prestados de acuerdo con sus expectativas.

Gracias por atención.

Codess Sociale

Índice de contenidos

1. VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS DEL SERVICIO	1
2. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE OFERTA	3
2.a Denominación de la estructura	3
2.b Entidad gestora	3
2.c Ubicación	3
2.d Territorio de referencia	4
2.e Personas usuarias y destinatarias	4
2.f Características de la estructura	5
2.1 Características de las personas usuarias admitidas	7
2.2 Presentación de la solicitud de ingreso	7
2.3 El itinerario residencial	9
2.3.1 Proyecto Terapéutico-Rehabilitador Personalizado (PTRP)	9
2.4 Itinerarios terapéutico-rehabilitadores y gestión de eventos críticos	9
2.5 Tratamiento farmacológico	10
2.6 Actividades	10
2.7 Proceso de alta	12
2.8 «Compañero adulto»	13
3. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO	13
3.1 Composición del equipo	13
3.2 Valorización de la diversidad profesional	15
3.3 Gestión de casos	15
3.4 Trabajo en equipo	16
3.5 Presencia programada del personal y continuidad asistencial	16
3.6 Perfil profesional	16
4. TRABAJO EN RED	17
4.1 Interacción con los servicios	17
4.2 Interacción con las familias	18
4.3 Interacción con las escuelas del territorio	19
4.4 Interacción con el territorio y las empresas	19
4.5 Interacción con las universidades	20
4.6 Autoridad judicial y Región	20
5. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN	21
5.1 Modalidades operativas de realización del itinerario formativo	21
5.2 Plan anual de formación del servicio	22
5.3 Evaluación del itinerario formativo	22
6. SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES	23

1. VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS DEL SERVICIO

En la región del Lacio, al igual que en el resto del territorio nacional, durante los últimos años se ha registrado un aumento significativo de las solicitudes de atención por parte de los servicios de Neuropsiquiatría Infantil y de la Adolescencia y de los Departamentos de Salud Mental, debido a problemas psicológicos y psiquiátricos durante la edad evolutiva.

Los datos epidemiológicos más recientes muestran un incremento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, conductas autolesivas, trastornos de la conducta alimentaria, retraimiento social, trastornos de conducta y problemas relacionados con el consumo de sustancias y las adicciones comportamentales. Las evidencias disponibles indican que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes presenta, durante su crecimiento, una situación de malestar psicológico clínicamente significativa, mientras que un porcentaje cada vez mayor necesita intervenciones especializadas multidisciplinarias de elevada intensidad asistencial. Resulta especialmente relevante el aumento de situaciones de gran complejidad clínica, con presencia frecuente de comorbilidades psiquiátricas, fragilidad familiar, dificultades escolares y condiciones de marginación social.

La Región del Lacio ha identificado la protección de la salud mental en la edad evolutiva como una de sus principales prioridades sanitarias, impulsando el refuerzo de la red territorial y de los itinerarios terapéutico-rehabilitadores dirigidos a menores. Sin embargo, el aumento de las necesidades asistenciales sigue ejerciendo una presión considerable sobre los servicios especializados y las estructuras residenciales terapéuticas, por lo que es necesario ampliar la oferta de comunidades destinadas a adolescentes con trastornos psiquiátricos complejos.

Debe prestarse especial atención a los adolescentes con trastornos de conducta, trastornos emergentes de la personalidad, conductas antisociales, situaciones procedentes del sistema de justicia juvenil y cuadros de diagnóstico dual, caracterizados por la coexistencia de trastornos psiquiátricos y problemas de dependencia de sustancias o adicciones comportamentales.

La Comunidad Terapéutica para Menores se configura como un servicio residencial de alta intensidad terapéutica y rehabilitadora, orientado a la atención integral del adolescente y destinado al tratamiento, la estabilización clínica y la recuperación de las competencias evolutivas afectadas por el trastorno psicopatológico.

La intervención se basa en un enfoque multidisciplinar, integrado y personalizado, que sitúa en el centro al menor, su historia de vida, sus recursos individuales y familiares y su contexto social y territorial. Para cada residente se elabora un Proyecto Terapéutico-Rehabilitador Personalizado (PTRP), en colaboración con los servicios remitentes, la familia y los demás sujetos implicados.

Objetivos generales:

- • garantizar la estabilización del cuadro clínico y la reducción de la sintomatología psicopatológica mediante intervenciones terapéuticas, psicológicas, educativas y rehabilitadoras integradas;
- • favorecer el desarrollo de la autorregulación emocional, conductual y relacional, promoviendo una mayor conciencia de sí mismo y de las propias vivencias;
- • apoyar el desarrollo evolutivo del adolescente, contrarrestando los factores de riesgo asociados a la cronificación del malestar psíquico y valorizando sus capacidades y recursos personales;
- • promover la recuperación y el fortalecimiento de la autonomía personal, social y cotidiana;
- • mejorar las capacidades relacionales y de integración en el grupo de iguales mediante experiencias estructuradas de convivencia, socialización y participación;
- • apoyar la continuidad de los itinerarios escolares, formativos y de orientación profesional;

- reforzar las competencias parentales y familiares mediante apoyo, asesoramiento e implicación activa en el proyecto asistencial, cuando sea compatible con la situación clínica y jurídica del menor;
- prevenir conductas autolesivas, heteroagresivas y suicidas, conductas de riesgo y aislamiento social mediante programas específicos de seguimiento e intervención;
- favorecer la construcción de una identidad personal positiva y de un proyecto de vida realista y sostenible;
- preparar y acompañar la reintegración en los contextos familiar, escolar y social mediante intervenciones graduales de verificación y consolidación de las competencias adquiridas.

De acuerdo con las orientaciones más recientes de la salud mental en la edad evolutiva, la Comunidad adopta una perspectiva de atención orientada a la recuperación, entendida no solo como reducción de los síntomas, sino principalmente como recuperación del funcionamiento personal, social y relacional, valorización de las capacidades individuales y consecución del máximo nivel posible de autonomía y participación en la vida comunitaria.

La actividad terapéutico-rehabilitadora se desarrolla mediante intervenciones clínicas individuales y grupales, actividades educativas y sociorehabilitadoras, programas de apoyo escolar y formativo, talleres expresivos y ocupacionales, intervenciones dirigidas a las familias y un trabajo constante en red con los servicios territoriales competentes.



2. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE OFERTA

2.a Denominación de la estructura

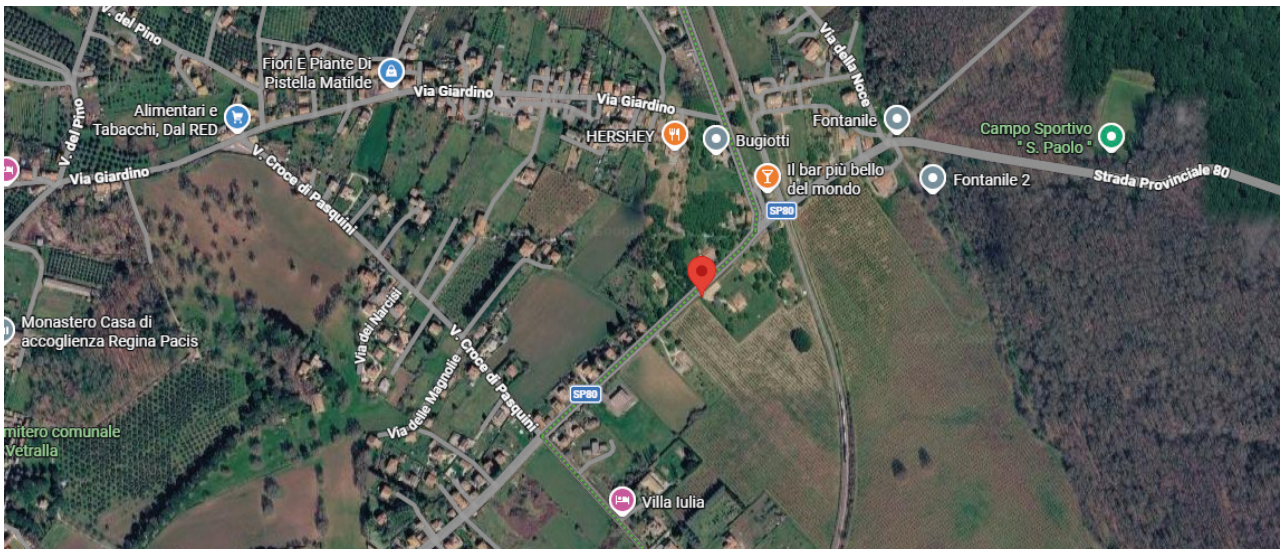
- SRTTR «EIMASTE» – Autorización de funcionamiento: **Resolución n.º G07087 de 05/06/2026.**

2.b. Entidad gestora

- Cooperativa Sociale Codess, Via Boccaccio 96, Padua (PD).
- Representante legal: Dr. Alberto Ruggeri.
- Responsable de Protección de Datos (DPO): Dr. Lucio Bobbo.

2.c Ubicación

- Vetralla (VT), fracción Cura, via Sant'Angelo 128



AUTOBÚS URBANO

líneas Cotral



EN COCHE

Autopista A1, salida Orte, dirección Viterbo; salida Vetralla. Seguir las indicaciones hacia Vetralla y posteriormente Cura di Vetralla; desde Via Cassia Cura, girar a la izquierda hacia Via Sant'Angelo.



EN TREN

Trenes regionales de Trenitalia; hacia el norte, conexiones directas con Viterbo; hacia el sur, conexiones directas con Roma.

2.d Territorio de referencia

- Región del Lacio – ASL de Viterbo.
- La Comunidad también admite a personas procedentes de otras regiones, siempre que sea compatible con las necesidades del proyecto individual de cada paciente.

2.e Personas usuarias destinatarias

La estructura dispone de 10 plazas para menores de entre 12 y 18 años.

El servicio está dirigido a menores con trastornos neuropsiquiátricos y del neurodesarrollo que necesitan un programa individualizado de atención terapéutico-rehabilitadora, cuando la evaluación multidimensional determine que los tratamientos territoriales o semirresidenciales resultarían ineficaces, también en relación con el contexto familiar.

Todos los datos personales de los residentes, recogidos durante la acogida y la estancia, son tratados por Codess Sociale, como responsable del tratamiento, conforme a la normativa vigente en materia de privacidad.



2.f Características de la estructura

La Comunidad se encuentra en un entorno extraurbano, a pocos minutos del centro de la localidad y bien comunicada mediante transporte público. El edificio se distribuye en tres niveles:

- Planta baja: dos amplias salas de estar para actividades recreativas, socialización, asambleas y reuniones; cocina habitable con despensa; tres habitaciones con baño; sala para el personal; sala para actividades sanitarias y entrevistas; baño para el personal y una zona porticada luminosa.
- Primera planta: cuatro dormitorios con baño.
- Segunda planta: dos habitaciones para el personal con baño.
- Espacios exteriores: amplio jardín y pórtico para encuentros, celebraciones y visitas de familiares y amigos.

La estructura cumple los requisitos legales de habitabilidad, puesta a tierra, conformidad de las instalaciones tecnológicas y condiciones de seguridad, higiene, salud y medioambiente.





2.1 Características de las personas usuarias admitidas

La estructura Eimaste, de acuerdo con la normativa regional del Lacio, admite de forma voluntaria a menores adolescentes cuyo cuadro clínico-psicológico comporta dificultades relacionales, conductuales y afectivo-emocionales que requieren una intervención terapéutica y rehabilitadora residencial.

Las personas admitidas presentan importantes dificultades psicológicas y relacionales y problemas graves de conducta como consecuencia de:

- traumas y sufrimientos psicológicos o físicos derivados de situaciones de violencia sufrida o presenciada;
- permanencia prolongada en contextos familiares con dinámicas gravemente disfuncionales;
- situaciones de grave abandono relacional y material debidas a carencias profundas de las competencias personales y parentales de las figuras familiares;
- trastornos psicopatológicos que han alcanzado un mínimo de estabilidad emocional o un nivel adecuado de control conductual de los impulsos autoagresivos o heteroagresivos, también mediante tratamiento farmacológico.

Estas dificultades no pueden abordarse únicamente con intervenciones ambulatorias o domiciliarias y requieren un entorno residencial que permita ofrecer apoyo educativo y psicológico intensivo, continuado e integrado con la intervención de los servicios territoriales.



2.2 Presentación de la solicitud de ingreso

Las solicitudes suelen ser remitidas por el Servicio TSMREE del Servicio Sanitario Regional a la estructura seleccionada, junto con un informe clínico que incluya:

- edad, sexo e información anamnésica y familiar relevante;
- diagnóstico codificado conforme a las clasificaciones diagnósticas internacionales;

- descripción de la complejidad y del grado de inestabilidad del cuadro clínico, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos utilizados y resultados obtenidos;
- descripción de la afectación del funcionamiento personal y social en el ámbito familiar, escolar y entre iguales, así como recursos, potencialidades, puntos fuertes, dificultades y elementos pronósticos;
- motivo de la solicitud, objetivos e intensidad asistencial necesaria;
- duración estimada del itinerario residencial y planificación posterior;
- información sobre consumo de sustancias, adicciones a internet y coordinación con los servicios de adicciones;
- eventual participación de servicios sociales, Tribunal de Menores o procedimientos penales en curso.

Antes del ingreso se evalúan la adecuación de la oferta terapéutico-rehabilitadora y la compatibilidad entre el grupo de residentes ya presente y el menor candidato. La solicitud es examinada por el equipo multiprofesional interno, formado por el neuropsiquiatra infantil, el responsable clínico y el coordinador de la estructura. Siempre que sea posible, se ofrece una primera respuesta en pocos días.

El conocimiento directo del menor y de la familia y la eventual visita a la estructura se organizan únicamente cuando el ingreso resulta posible, para evitar experiencias frustrantes o perjudiciales.



2.3 El itinerario residencial

El itinerario terapéutico residencial de cada persona usuaria se articula mediante un Proyecto Terapéutico-Rehabilitador Personalizado (PTRP), elaborado por el equipo de la estructura tras un periodo inicial de integración y en estrecha colaboración con el servicio remitente, la familia, cuando sea posible, y el paciente.

2.3.1 Proyecto Terapéutico-Rehabilitador Personalizado (PTRP)

El proyecto de intervención es personalizado y coherente con el Plan de Tratamiento Individual elaborado por el servicio TSMREE remitente. Se basa, entre otros aspectos, en:

- datos personales, diagnóstico clínico y funcional, incluida la información anamnésica relevante;
- motivo de la derivación por parte del Servicio Territorial de Neuropsiquiatría Infantil;
- evaluación de los puntos fuertes y de las dificultades relativos a:
 - área psicopatológica;
 - área del autocuidado y del entorno;
 - área de las competencias comunicativas;
 - área de las competencias relacionales;
 - área del funcionamiento escolar;
 - área de la autonomía y de las habilidades sociales;
- evaluación de los puntos fuertes y de las dificultades relativos a la familia, la escuela y los contextos de referencia;
- objetivos de la intervención;
- áreas de intervención, con la descripción del tipo y de la combinación de las actuaciones previstas, así como de los fundamentos en los que se basan, con referencia a las siguientes categorías:
 - intervenciones psicoeducativas;
 - intervenciones habilitadoras y rehabilitadoras;
 - psicoterapia;
 - tratamiento farmacológico;
 - intervenciones sobre los procesos de aprendizaje;
 - intervenciones en el contexto familiar;
 - intervenciones de resocialización y de trabajo en red para la inclusión escolar;
- indicación de los profesionales implicados en las intervenciones, incluidos, cuando estén presentes, los integrantes de redes informales y del voluntariado;
- indicación de la duración del programa y de las evaluaciones periódicas, con la actualización de la evolución del PTRI y la indicación de las fechas de seguimiento.

El proyecto deberá revisarse periódicamente y adaptarse en función de la aparición de nuevas necesidades del paciente y de su contexto de vida.

2.4 Itinerarios terapéutico-rehabilitadores y gestión de eventos críticos

Los itinerarios se diferencian según el nivel de intervención terapéutico-rehabilitadora, el grado de afectación de las funciones y capacidades, la tratabilidad, la intensidad asistencial y el nivel global de autonomía. Las intervenciones

se adaptan a condiciones específicas y a la evidencia científica, por ejemplo en trastornos de conducta, trastornos alimentarios, primeros episodios psicóticos y componentes postraumáticos.

También se prevén adaptaciones para migrantes, menores extranjeros no acompañados, personas procedentes de adopciones fallidas y menores incluidos en el sistema penal con medidas alternativas. Se presta especial atención al mantenimiento o reconstrucción de las relaciones familiares y sociales, en colaboración con los servicios sociales. Se fomenta la continuidad escolar, la orientación formativa, la identificación de requisitos laborales y la realización de prácticas.

Las fases críticas del proceso residencial –ingreso, alta, reagudizaciones, fugas o transiciones evolutivas– pueden requerir intervenciones educativo-terapéuticas individuales intensivas o domiciliarias, siempre dentro del proyecto individual acordado.

La gestión de las crisis conductuales exige competencias específicas del personal. El PTRP incluye indicaciones para abordar conductas problemáticas, autolesivas, heteroagresivas o suicidas, así como un Plan de Crisis y procedimientos de evaluación y gestión del riesgo. El acceso a urgencias o el ingreso hospitalario se reservan a situaciones indispensables y clínicamente justificadas.

2.5 Tratamiento farmacológico

Antes del ingreso es aconsejable que el menor ya haya probado un tratamiento farmacológico y que, cuando sea posible, el fármaco y la dosis estén estabilizados, para garantizar la continuidad de la administración.

Cuando el tratamiento se inicia durante la estancia, el servicio remitente debe mantener contactos más frecuentes para conocer la respuesta del paciente. La terapia debe ser específica para la sintomatología y limitar los efectos sedantes; desde el inicio deben definirse objetivos, plazos y duración.

El tratamiento se acuerda entre el neuropsiquiatra infantil de referencia y el equipo de la estructura. Las modificaciones urgentes se comparten con el TSMREE lo antes posible. Es necesario el consentimiento de quienes ejercen la responsabilidad parental y el asentimiento del menor, especialmente en el uso de medicamentos fuera de indicación. El seguimiento de los resultados clínicos se comparte con el servicio remitente, la familia y el paciente.

2.6 Actividades

Durante la estancia se ofrecen, de forma individualizada e integrada, seguimiento clínico-farmacológico, psicoterapia individual, psicoeducación, intervención con la familia, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, habilidades sociales, actividades de resocialización y actividades ocupacionales, expresivas, culturales y lúdico-deportivas.

Las actividades pueden ser individuales, con apoyo del Case Manager, o grupales, realizadas principalmente en los talleres de la estructura conforme a una programación semanal. Entre ellas se incluyen bioenergética, grupo psicoeducativo sobre necesidades y normas, arteterapia, fotografía, escritura creativa, cocina, cinefórum y actividad lúdico-deportiva.

Para recuperar las competencias sociales y escolares básicas se ofrecen además entrenamiento diario en autocuidado, participación en las tareas cotidianas de la Comunidad, salidas de resocialización, voluntariado en asociaciones locales, apoyo a la asistencia escolar y al estudio individual.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6.45 – 7.00	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela	Desayuno para quienes van a la escuela
8.00 – 8.15	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
8.15 – 10.30	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación	Cuidado personal y orden de la habitación
10.30 – 10.45	Tentempié	Tentempié	Tentempié	Tentempié	Tentempié	Tentempié	Tentempié
10.45 – 12.00	Escuela/Actividad lúdico-recreativa	Escuela/Actividad lúdico-recreativa	Escuela/Actividad lúdico-recreativa	Escuela/Actividad lúdico-recreativa	Escuela/Actividad lúdico-recreativa	Actividad de taller	Actividad lúdico-recreativa
	Entrevista psicológica			Entrevista NPI / Entrevista psicológica	Entrevista psicológica		
13.15 – 13.30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14.00 – 14.30	Almuerzo para quienes van a la escuela	Almuerzo para quienes van a la escuela	Almuerzo para quienes van a la escuela	Almuerzo para quienes van a la escuela	Almuerzo para quienes van a la escuela	Descanso	Descanso
14.30 – 15.30	Uso del teléfono	Uso del teléfono	Uso del teléfono	Uso del teléfono	Uso del teléfono	Uso del teléfono	Uso del teléfono
15.30 – 16.45	Estudio/Deberes	Estudio/Deberes	Estudio/Deberes	Estudio/Deberes	Estudio/Deberes	Actividad de taller / Salida por el territorio	Visitas/salidas acordadas con los familiares
16.45 – 17.00	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda
17.00 – 18.30	Actividad de taller	Actividad de taller	Actividad de taller	Actividad de taller	Actividad de taller	Actividad de taller	Visitas/salidas acordadas con los familiares
	Entrevista psicológica	Entrevista psicológica	Entrevista NPI	Entrevista NPI / Terapia familiar	Entrevista NPI / Terapia familiar	Terapia familiar	
18.30 – 19.30	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono	Cuidado personal – Uso del teléfono
19.30 – 20.00	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
20.00 – 22.00	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones	Cuidado personal – Descanso Retirada a las habitaciones

2.7 Proceso de alta

Siempre que sea posible, el alta de la persona, tal como ya se ha indicado, se planifica, en líneas generales, desde el momento de su ingreso en la estructura, recomendándose la debida cautela al comunicarla a la persona usuaria y a su familia. Requieren una atención especial los menores extranjeros no acompañados y, en general, quienes carecen de un contexto familiar de referencia, así como las personas que alcanzan la mayoría de edad.

La determinación de la fecha o del periodo del alta está estrechamente vinculada a la continuidad del proyecto o del itinerario vital que acogerá a la persona al finalizar el proceso residencial.

El proceso de alta forma parte integrante del proyecto individual y de las intervenciones y actividades definidas en él en función de las necesidades de las personas usuarias. Debe considerarse un momento especialmente delicado, tanto por la ambivalencia que a menudo muestran los pacientes jóvenes ante este cambio, como porque constituye la base para un resultado favorable y para la adecuada continuación del programa territorial. Al igual que ocurre con el ingreso, el alta debe ser definida por el equipo interinstitucional ampliado, tras evaluar los objetivos alcanzados y la situación individual, familiar y ambiental, y debe prepararse y llevarse a cabo conjuntamente, respetando unos plazos adecuados.

El alta no se realiza de forma unilateral cuando no existen estructuras capaces de acoger el itinerario posterior del joven ni sin la colaboración del servicio TSMREE y de los servicios sociales del territorio de procedencia.

La integración entre los servicios de Neuropsiquiatría Infantil y de la Adolescencia y los servicios de Psiquiatría de Adultos reviste una importancia fundamental, con el objetivo de desarrollar itinerarios funcionales y culturales integrados que sitúen en el centro a la persona y a sus familiares, y no a las organizaciones de los servicios. El Departamento de Salud Mental y Adicciones constituye el ámbito principal en el que los distintos servicios se integran y coordinan.

En el caso de los menores incluidos en itinerarios residenciales terapéuticos, la evaluación conjunta entre el Servicio Territorial de Neuropsiquiatría Infantil y los servicios para adultos se lleva a cabo durante el decimoséptimo año de edad y, en todo caso, no más tarde de los seis meses anteriores al cumplimiento de la mayoría de edad, con el fin de acordar el itinerario asistencial más adecuado.

Debe evaluarse cuidadosamente la posible indicación de continuar el itinerario residencial en estructuras para adultos, tanto para garantizar la continuidad asistencial como para prevenir el riesgo de institucionalización.

Sobre la base de la evaluación conjunta, al cumplir los dieciocho años, la responsabilidad del caso, salvo indicaciones diferentes, pasa a los servicios del área de Psiquiatría de Adultos, de Adicciones o de Discapacidad Adulta. Cuando resulte oportuno para el proceso asistencial, podrá establecerse una continuación transitoria de la gestión integrada con el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil.

El cumplimiento de la mayoría de edad, tal como señalan la literatura científica sobre la materia y las principales experiencias internacionales, no debe constituir una ruptura burocrática y rígida. Puede ser necesario prever la posibilidad de garantizar la continuidad terapéutica en la estructura residencial en la que la persona usuaria ya se encuentra integrada.

El traslado a estructuras para adultos puede no resultar adecuado en determinadas circunstancias, entre ellas:

- itinerarios terapéuticos iniciados recientemente;
- una fase terapéutica que requiera una estabilidad especial;
- situaciones en las que pueda preverse una próxima finalización del proceso asistencial;
- existencia de una prolongación administrativa o de medidas dentro del sistema penal juvenil;
- presencia, en la estructura para adultos, de un grupo de personas usuarias de edad considerablemente superior o con patologías incompatibles.

En estas situaciones, el tratamiento residencial terapéutico en una Comunidad para menores podrá eventualmente prolongarse sobre la base de un proyecto compartido adecuado, en el que se definan los objetivos, las modalidades y la duración.

2.8 “Compañero adulto”

De acuerdo con los servicios remitentes, puede acordarse una reducción gradual de la asistencia para garantizar la continuidad terapéutica. Se pueden prever fórmulas semirresidenciales, intervenciones en el domicilio u otros proyectos como el «Compañero Adulto», con el fin de comprobar y supervisar la capacidad de la persona para desenvolverse fuera del entorno protegido y promover una autonomía y responsabilidad crecientes.

3. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

3.1 Composición del equipo

La Comunità garantisce uno standard di personale adeguato a rispondere ai bisogni dei minori presi in carico, ad attuare i relativi progetti individuali e coerente con il proprio documento organizzativo e piano di lavoro.

La struttura è gestita da un'équipe multiprofessionale, composta da professionisti sanitari, sociali e di supporto, secondo quanto successivamente specificato in relazione ai parametri di personale, alle figure che possono far parte dell'Equipe e in considerazione delle diverse esigenze degli ospiti. La presenza degli operatori viene articolata su base giornaliera in relazione alle esigenze dei minorenni presenti, dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati e dell'organizzazione della struttura.



Dentro de la estructura residencial, para las 10 personas usuarias previstas, se garantiza la presencia programada, o por franjas horarias, de las siguientes figuras profesionales:

La intervención multifactorial contempla la presencia, dentro de la estructura, de un equipo cualificado y multidisciplinar de profesionales, que garantiza la continuidad asistencial y la atención terapéutica durante las 24 horas. Su dotación se ajustará a lo establecido por la normativa vigente para las Estructuras Residenciales Terapéutico-Rehabilitadoras destinadas a tratamientos comunitarios extensivos.

- a) **Dr. ROBERTO FORNARA** – Médico especialista en neuropsiquiatría infantil y responsable de la estructura, incluidos los aspectos higiénico-sanitarios;
- b) Dra. **ANNA GRAZIA DIMITRI** – Psicoterapeuta individual y coordinadora de la estructura.
- c) Dra. **STEFANIA NICOTRA** – Psicoterapeuta familiar y responsable clínica.
- d) **S. CECILI, R.DURANTI** – Personal de enfermería.
- e) **F. FAGNANI, E. PIERLORENZI, A. SALVATI, P. PIRAS** – Técnicos de psicología, educadores profesionales y TERP.
- f) **C. DI MARCO, G. TACCOLI, A. BONCORE** – OSS
- g) **L. SCOSCIA** – Trabajadora social.
- h) **A. SANTINELLI** – funzioni auxiliares / **M. PETRUCCI** – funciones administrativas.

Las diferentes figuras profesionales tienen como objetivo alcanzar los objetivos de la Comunidad y desarrollar los proyectos individualizados destinados a cada residente:

El neuropsiquiatra infantil

Es responsable clínico de las personas acogidas, evalúa y modifica los planes farmacológicos, interviene en las crisis, realiza visitas periódicas, participa en las reuniones y en la elaboración de los proyectos y mantiene las relaciones con los servicios remitentes.

El psicólogo-psicoterapeuta

Realiza tratamientos individuales y grupales, participa en las reuniones de equipo y de seguimiento, contribuye al PTRP, ofrece apoyo psicológico y facilita modalidades compartidas de apoyo al personal.

Los técnicos de psicología, educadores profesionales y TERP

El Técnico de Psicología, el Educador Social y el Técnico en Rehabilitación Psiquiátrica (TERP) trabajan dentro del equipo multidisciplinar, contribuyendo a la ejecución del Proyecto Terapéutico-Rehabilitador Personalizado (PTRP) del menor. A través de la relación educativa y terapéutica, promueven el bienestar psicológico, el desarrollo de las competencias relacionales, la autonomía personal y la inclusión social. Acompañan al menor en la vida cotidiana de la Comunidad, favoreciendo la adquisición de habilidades sociales, emocionales y conductuales funcionales para su proceso de crecimiento y tratamiento.

Desarrollan actividades de observación, apoyo, rehabilitación y seguimiento, contribuyendo a la evaluación continua de los objetivos terapéuticos. Colaboran con la familia, la escuela y los servicios territoriales con el fin de garantizar la continuidad asistencial y favorecer la reintegración en los diferentes contextos de vida.

Su presencia constituye una referencia educativa estable y significativa, capaz de ofrecer escucha, contención emocional y apoyo evolutivo, desde la convicción de que, como afirmaba Donald W. Winnicott: «Las bases de la salud mental se construyen a partir de las primeras experiencias de ser acogido y sostenido por un entorno suficientemente bueno».

El personal de enfermería

Aplica y supervisa los tratamientos prescritos, controla la salud de los residentes, gestiona la documentación sanitaria y las relaciones con especialistas y médicos de familia.

El auxiliar sociosanitario

El auxiliar sociosanitario es una figura profesional que forma parte del equipo. Gestiona las actividades cotidianas en la relación con las personas usuarias, se ocupa del cuidado y la organización de los espacios comunes junto con los residentes y de las tareas prácticas diarias —alimentos, compras, elaboración de menús y lavandería—, en coordinación con los educadores.

Asimismo, participa en las reuniones del equipo y en los encuentros semanales con los residentes y el educador.

El trabajador social

M mantiene las relaciones con los servicios sociales y territoriales, participa en la planificación y facilita el acceso a recursos y oportunidades.

El personal auxiliar garantiza limpieza, higiene, lavandería, apoyo logístico y mantenimiento del entorno; el personal administrativo se ocupa de la documentación y de los procesos de oficina.

3.2 Valorización de la diversidad profesional

La diversidad de competencias profesionales constituye un recurso esencial. Cada figura aporta su perspectiva específica, mientras que la integración de conocimientos permite una lectura global de las necesidades y una intervención coherente y personalizada.

3.3 Gestión de casos

Dentro del equipo, los educadores, los Técnicos en Rehabilitación Psiquiátrica (TERP) y los psicoterapeutas pueden asumir la función de Case Manager —en adelante, CM—. La proporción orientativa es de tres pacientes por cada CM. La asignación del paciente a su CM se realiza en una fase muy temprana del ingreso en la Comunidad Terapéutica, pudiendo producirse incluso durante las visitas preliminares. Posteriormente, el CM acompaña al paciente que le ha sido asignado hasta la finalización de su estancia en la estructura.

La designación de un CM para cada paciente constituye un elemento central del proyecto rehabilitador y responde, ante todo, a la necesidad de armonizar las diferentes intervenciones rehabilitadoras y coordinar a las distintas figuras profesionales implicadas en el proceso asistencial del paciente.

La primera función del CM consiste en establecer una alianza terapéutica eficaz con el paciente, condición indispensable para identificar junto con él qué componentes específicos de la intervención rehabilitadora deben aplicarse en cada momento. De este modo, se procura que el proyecto rehabilitador resulte globalmente eficaz en relación con los resultados, coherente con los valores del paciente y adecuadamente integrado dentro del grupo. Por tanto, el CM desempeña un papel activo y central en el proceso rehabilitador del paciente al que acompaña. Se ocupa de su proyecto rehabilitador individualizado, actuando, por una parte, como profesional de referencia y mediador para el propio paciente y, por otra, como interlocutor de las diferentes figuras implicadas en el itinerario rehabilitador.

La importancia de la figura del CM queda asimismo reflejada en su participación en los encuentros con las familias y con el servicio remitente, en calidad de referente del proyecto rehabilitador del paciente dentro del equipo.

3.4 Trabajo en equipo

Cualquier decisión relativa a la gestión clínica y al proyecto rehabilitador individualizado de los pacientes acogidos en la Comunidad Terapéutica se adopta dentro del equipo.

El equipo se reúne semanalmente y tiene una composición multidisciplinar, con la participación de todas las figuras profesionales.

Durante las reuniones del equipo se abordan tanto los aspectos organizativos relativos al funcionamiento general de la Comunidad Terapéutica como los proyectos rehabilitadores de cada paciente, con el objetivo de coordinar las intervenciones terapéutico-rehabilitadoras y analizar las posibles dificultades.

El equipo se organiza de manera que favorezca un debate interactivo, en el que cada participante está invitado a contribuir dentro de su ámbito de competencia.

3.5 Presencia programada del personal y continuidad asistencial

La continuidad asistencial se garantiza a los residentes del centro las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para las necesidades médicas generales, los pacientes son atendidos por un médico de atención primaria del territorio, que se les asigna en el momento de su ingreso y que acude regularmente a la estructura para realizar las visitas rutinarias.

El seguimiento de la actividad del personal está a cargo del Director Sanitario, quien también tiene la responsabilidad de verificar que la dotación de personal se ajuste a los estándares provinciales establecidos.

3.6 Perfil profesional

La selección y asignación del personal se realizan atendiendo a la titulación, la experiencia, las competencias relacionales y la capacidad para trabajar con adolescentes con cuadros complejos. Se promueven formación continua, supervisión y evaluación periódica.

4. TRABAJO EN RED

Para alcanzar el objetivo de reintegrar eficazmente a los pacientes en el entorno social y escolar, el proceso rehabilitador debe combinar el entrenamiento intensivo dentro de la estructura con un trabajo igualmente intenso de interacción e integración con el territorio y las familias, por una parte, y con los servicios remitentes, por otra.

La intervención comunitaria se inscribe dentro de un proyecto psicosocial y rehabilitador más amplio y constituye una fase «intermedia» entre los distintos componentes de una red extensa: servicios ambulatorios, servicios hospitalarios, servicios sociales, instituciones educativas y escolares, entidades de socialización, entre otros.

Esta parte de la conciencia de que, para los adolescentes con problemáticas clínicas complejas, es necesario prever una variedad de respuestas, soluciones y recursos adaptados, en cada momento, a las diferentes necesidades evolutivas y diagnósticas. Estas respuestas deben poder abarcar, de forma estratégica y planificada, tanto el ámbito sanitario como el social, y facilitar el tránsito recíproco entre ambos.

La estructura Eimaste presta especial atención a mantener y promover su función de puente y conexión con los demás contextos de vida y de atención de la persona usuaria. Su objetivo es ofrecer una labor de mediación entre los diferentes sistemas que conforman el entorno más directamente implicado en el proceso patológico de la persona: los sistemas familiar, social y escolar, dentro de los cuales se manifiesta la problemática.

Mediante el trabajo sobre las conexiones entre los distintos nodos de la red, se favorece la apertura de diferentes canales de comunicación, facilitando y estimulando así el diálogo entre la persona usuaria y las distintas partes del sistema, un diálogo que, de otro modo, correría el riesgo de interrumpirse.

4.1 Interacción con los servicios

El periodo de entrenamiento rehabilitador desarrollado en la Comunidad debe entenderse como una fase dentro de un proceso asistencial más amplio y complejo, asumido por los Servicios Territoriales de Neuropsiquiatría Infantil y de Psiquiatría. De esta consideración surge la necesidad de establecer una coordinación eficaz con dichos servicios que permita, por una parte, identificar a los pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de un itinerario rehabilitador y, por otra, armonizar el trabajo realizado con el paciente durante su estancia en nuestra estructura con las fases anteriores y posteriores del proceso asistencial.

Antes del ingreso, se solicita al servicio remitente la elaboración de un informe clínico detallado sobre el paciente, en el que se especifiquen, en particular, el diagnóstico, los objetivos de la derivación y la duración prevista de la estancia. Idealmente, dicho informe debería incluir también información sobre la historia personal y familiar, los antecedentes psicopatológicos recientes y remotos —incluidos los posibles ingresos psiquiátricos—, los antecedentes médicos, sociales y escolares, así como los antecedentes farmacológicos —tratamientos actuales y anteriores, indicando posibles efectos adversos o alergias— y toxicológicos.

Asimismo, debería recoger los resultados de las pruebas instrumentales relevantes que se hayan realizado, como electrocardiograma, electroencefalograma, tomografía computarizada, resonancia magnética o análisis clínicos recientes, además de indicar el familiar de referencia y el terapeuta o equipo responsable del caso.

Consideramos que estos elementos son fundamentales para evitar el riesgo de que el ingreso no esté respaldado por una planificación adecuada por parte del servicio remitente. No obstante, en el caso de situaciones complejas que todavía carezcan de un proyecto definido, el personal está disponible para colaborar con el equipo territorial remitente, poniendo a disposición su experiencia en el ámbito de la psiquiatría rehabilitadora, con el fin de elaborar un proyecto terapéutico-rehabilitador residencial ya durante la fase preparatoria previa al ingreso del paciente.

Del mismo modo, al finalizar el itinerario rehabilitador, se entrega al servicio remitente un informe detallado sobre la evolución de la sintomatología y del funcionamiento social, escolar o laboral, las actividades realizadas por el paciente durante su estancia en el centro, los objetivos alcanzados —sobre la base de evaluaciones clínicas y pruebas

específicas— y las posibles estrategias terapéutico-rehabilitadoras que podrían favorecer la continuación del proceso de recuperación fuera de la Comunidad Terapéutica. pruebas específicas— y las posibles estrategias terapéutico-rehabilitadoras que podrían favorecer la continuación del proceso de recuperación fuera de la Comunidad Terapéutica.

4.2 Interacción con las familias

El proceso asistencial del paciente ingresado en la Comunidad contempla necesariamente la participación de la familia y tiene como objetivo, siempre que sea posible, favorecer su regreso oportuno al entorno familiar.

Por este motivo, el equipo de la Comunidad, de acuerdo con el servicio remitente, puede ofrecer apoyo y atención a los familiares con el fin de facilitar dicho proceso.

Asimismo, los familiares son informados e implicados regularmente en el itinerario rehabilitador de su hijo, también mediante su participación en las reuniones trimestrales de coordinación y seguimiento del proyecto.

Conocer las características del contexto familiar del que procede cada paciente resulta especialmente útil dentro de un proceso de rehabilitación psiquiátrica, tanto para comprender mejor su mundo interior y, por tanto, su



sinomatología, como para planificar una reintegración más eficaz en su entorno de origen al finalizar la estancia en la Comunidad.

La participación activa de la familia y de las personas usuarias en el proceso terapéutico constituye un aspecto esencial de la atención. Ambas forman parte integrante de la planificación, salvo que se establezca lo contrario, por ejemplo, mediante disposiciones específicas del Tribunal de Menores. Por tanto, es indispensable contar con el asentimiento del menor al tratamiento y con el consentimiento de sus familiares.

Salvo indicaciones diferentes, la continuidad de las relaciones entre el menor acogido en la estructura residencial y su familia deberá preservarse y mantenerse desde el momento del ingreso. Las posibles limitaciones especiales —por ejemplo, en los contactos con amigos y familiares, la asistencia escolar, las salidas, el uso de teléfonos móviles o dispositivos electrónicos, el consumo de tabaco u otras cuestiones— deberán indicarse siempre en el PTRP y acordarse previamente.

Cuando existan limitaciones específicas establecidas por el Tribunal de Menores, derivadas de procedimientos concretos o motivadas por razones clínicas, será igualmente necesario evaluar el nivel y la modalidad de información que deberá garantizarse a la familia.

El proyecto también puede incluir intervenciones de apoyo a los progenitores, tanto grupales como individuales, coherentes con el itinerario personal del menor. Dichas intervenciones deberán acordarse y detallarse en el PTRP, indicando quién las llevará a cabo y de qué manera.

En función de la disponibilidad, estos itinerarios podrán formar parte del conjunto de intervenciones ofrecidas al menor y a su familia por la estructura residencial terapéutica. La posibilidad de ofrecerlos deberá quedar claramente reflejada en el contenido de la Carta de los Servicios de la entidad.

En cualquier caso, corresponde al servicio remitente mantener el seguimiento de los progenitores y asegurarse de que el proceso terapéutico del menor y los cambios esperados encuentren una adecuada correspondencia en el contexto familiar y en la relación parental, con el fin de favorecer el mantenimiento de los resultados alcanzados.

4.3 Interacción con las escuelas del territorio

Los pacientes que han interrumpido sus estudios son acompañados para retomar rápidamente el itinerario escolar. Siempre que sea posible, asisten a la escuela según su edad y sus opciones personales. La Comunidad favorece la inclusión mediante proyectos específicos con los centros educativos y, cuando es posible, organiza prácticas para la autonomía y la futura inserción laboral.

4.4 Interacción con el territorio y las empresas

Como ya se ha señalado anteriormente, con el fin de completar e integrar el trabajo realizado con el paciente para favorecer su «reaproximación» al contexto social al que pertenece, la Comunidad Terapéutica también se propone promover en el territorio un proceso cultural que contribuya a reducir la desconfianza y los prejuicios de la población hacia las personas con patología psiquiátrica.

A nuestro juicio, este objetivo es tan importante para el proceso de rehabilitación que se ha convertido, junto con la promoción del proceso de recuperación del paciente, en una parte integrante de la misión de la Comunidad Terapéutica.

La interacción con el territorio se fomenta de dos maneras:

- Actividades de voluntariado: la persona interesada en realizar actividades de voluntariado en la Comunidad Terapéutica es invitada previamente a una entrevista de conocimiento, destinada a comprobar que sus características personales y la actividad propuesta sean realmente compatibles con las necesidades de las personas usuarias. Cuando se dan las condiciones necesarias para iniciar la colaboración, la actividad se

programa y, durante su realización, se garantiza la presencia de los profesionales de la Comunidad junto al voluntario. Las actividades de voluntariado se organizan a última hora de la tarde o durante el fin de semana, de manera que su eventual cancelación no afecte al resto de la programación semanal.

- Cursos impartidos por profesionales externos: en la Comunidad Terapéutica se organizan distintos cursos abiertos al público, impartidos por docentes externos que no necesariamente cuentan con formación específica en el ámbito de la salud mental. Se trata de cursos de diversa naturaleza —gimnasia, idiomas, informática, entre otros—, similares a los que se ofrecen habitualmente en el territorio, en los que también pueden participar las personas usuarias de la Comunidad que estén interesadas.

La finalidad de estas actividades es doble: por una parte, permitir que los pacientes participantes adquieran nuevas competencias que puedan favorecer posteriormente su inclusión social o laboral; por otra, crear una oportunidad de contacto e interacción con la población del territorio en un entorno protegido, pero no medicalizado.

4.5 Interacción con las universidades

Codess Sociale tiene la intención de promover colaboraciones con instituciones universitarias, tanto cuando estas manifiesten interés en utilizar nuestra estructura como sede para llevar a cabo investigaciones clínicas que puedan contribuir a mejorar la oferta terapéutico-rehabilitadora destinada a los pacientes, como para organizar actividades formativas dirigidas al personal de la Residencia o a profesionales que trabajen en otros centros.

Aunque la Comunidad es una estructura independiente, no está directamente vinculada a ninguna universidad ni tiene como finalidad principal el desarrollo de actividades de investigación, la organización de la intervención rehabilitadora ofrecida a los pacientes permite su posible utilización con fines científicos.

En particular, la definición de criterios de inclusión y exclusión, la planificación clara de las actividades rehabilitadoras realizadas, la preferencia por intervenciones protocolizadas y reproducibles, así como la práctica de medir indicadores de resultados previamente establecidos, ponen de manifiesto la voluntad de aproximar la metodología de trabajo del Centro a la metodología de investigación aplicada en el ámbito clínico.

Esto permite, por una parte, comparar con mayor facilidad los resultados del trabajo realizado con los pacientes con las evidencias científicas disponibles y, por otra, adoptar una perspectiva de seguimiento continuo, autoevaluación y actualización del programa rehabilitador ofrecido.

Por último, Codess está disponible para iniciar posibles colaboraciones con el fin de que la estructura pueda convertirse en sede de prácticas formativas destinadas a perfiles profesionales relacionados con el ámbito de la salud mental.

4.6 Autoridad judicial y Región

La entidad gestora garantiza el cumplimiento de las obligaciones de comunicación a la Autoridad Judicial y de los trámites regionales correspondientes, conforme a la Ley 149/2001.

5. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN

La rehabilitación en neuropsiquiatría infantil en general, y la rehabilitación de los trastornos propios de la edad evolutiva en particular, constituyen ámbitos del conocimiento médico y psiquiátrico en constante evolución.

Para que un itinerario rehabilitador altamente especializado, como el propuesto por la Comunidad Terapéutica, resulte eficaz en términos de resultados, es imprescindible garantizar una formación adecuada tanto a las figuras de coordinación como a todos los profesionales implicados. Las directrices establecen, de hecho, que todo el personal debe conocer el concepto de «recuperación» en salud mental y sus implicaciones en la práctica de los servicios (Carozza, 2006).

Garantizar una formación específica y constantemente actualizada para las distintas figuras profesionales implicadas se ajusta, además, a una metodología de trabajo basada en la evidencia científica (EBM), constituyendo así uno de los elementos distintivos de la Comunidad.

5.1 Modalidades operativas del itinerario formativo

El itinerario formativo se articula en una serie de actividades diferentes e integradas entre sí.

Formación inicial. Se trata de una fase intensiva previa a la incorporación al puesto de trabajo. Está orientada a la adquisición de competencias técnico-operativas básicas —protocolos de actuación, organización de la estructura y familiarización con los espacios de trabajo— y a la integración en el equipo, mediante la presentación del perfil de las personas usuarias y de la visión, la misión y los objetivos en los que se basa el modelo organizativo. Este tipo de formación es impartido por las figuras de coordinación y se concentra preferentemente en los días inmediatamente anteriores al inicio de la actividad laboral.

Formación en equipo. Como ya se ha indicado, la metodología organizativa de la Comunidad Terapéutica establece que cualquier decisión relativa a la gestión clínica y al proyecto rehabilitador individualizado de los pacientes debe adoptarse dentro del equipo. Durante la reunión semanal, los casos son analizados de forma colegiada por profesionales de diferentes disciplinas. Esto permite no solo coordinar los distintos elementos del proyecto rehabilitador, sino también generar una oportunidad de intercambio recíproco y multidisciplinar de gran valor formativo. La reunión del equipo constituye, además, el ámbito principal en el que pueden detectarse posibles necesidades formativas que requieran intervenciones más específicas.

Formación continua especializada, interna y externa. Tiene como objetivo proporcionar contenidos profesionales específicos a los trabajadores y mantener la calidad de las intervenciones. Se desarrolla mediante diferentes modalidades, entre ellas: clases teóricas, estudios de casos, journal clubs, seminarios y congresos. Este tipo de formación puede dirigirse a todo el personal o a determinadas figuras profesionales y es gestionado por las figuras de coordinación, que pueden recurrir a formadores externos cuando resulte necesario.

Formación obligatoria. Comprende la formación exigida por el Decreto Legislativo 81/2008 y por el Acuerdo Estado-Regiones de 21 de diciembre de 2011, y se lleva a cabo respetando la periodicidad de actualización establecida por la normativa.

Jornadas formativas de Buenas Prácticas. Desde 2014, el Área de Calidad de Codess Sociale organiza anualmente un encuentro de intercambio y formación a nivel empresarial denominado «Mesa de Buenas Prácticas».

Durante esta jornada, diferentes estructuras presentan una intervención o un proyecto que haya introducido, dentro de su propio contexto de servicio, una innovación en la manera de alcanzar un objetivo —educativo, rehabilitador, de trabajo en red, entre otros— y que haya permitido obtener el resultado esperado. La presentación incluye también

los instrumentos específicos utilizados para medir su eficiencia y eficacia.

El objetivo de la Mesa de Trabajo es favorecer el intercambio metodológico y permitir que los diferentes equipos que trabajan en contextos similares, tanto por el perfil de las personas usuarias como por la unidad de oferta, puedan adoptar un modelo susceptible de ser generalizado.

La Mesa de Trabajo se organiza con la participación de todos los coordinadores de los servicios gestionados que pertenecen a las áreas de intervención seleccionadas en cada edición.

A lo largo de las tres ediciones de la Jornada de Buenas Prácticas se han presentado hasta la fecha cinco buenas prácticas relacionadas con proyectos del ámbito de la rehabilitación psiquiátrica.

Esta iniciativa está demostrando ser una herramienta muy eficaz para compartir experiencias entre los equipos de los distintos servicios, intercambiar metodologías y promover la formación entre profesionales con perfiles diferentes o similares que trabajan en diversos contextos sociosanitarios, pero siguiendo una línea de actuación común que sitúa a las personas usuarias en el centro de los proyectos y de las intervenciones educativas y rehabilitadoras.

5.2 Plan anual de formación

Cada año se elabora un plan anual de formación en el que se definen los contenidos, las modalidades y los plazos de las actividades formativas programadas.

La elaboración de dicho plan parte de la identificación de las áreas formativas que requieren un mayor grado de profundización. Posteriormente, las figuras de coordinación se encargan de determinar qué tipos de intervención formativa, entre los indicados en el apartado anterior, responden mejor a las necesidades detectadas.

A continuación, se seleccionan los formadores, que pueden ser internos o externos a la estructura, y junto con ellos se define el programa detallado de la actividad formativa.

Por último, la actividad se incorpora al calendario y se propone a todo el personal potencialmente interesado.

5.3 La evaluación del itinerario formativo

El procedimiento de impartición de las actividades formativas contempla instrumentos específicos para evaluar la eficacia de la formación recibida en términos de las competencias adquiridas, tanto en lo relativo a la formación obligatoria como a la formación técnica.

Con referencia específica a cada curso, el docente administra dos tipos de cuestionarios:

- Cuestionario final de evaluación de la actividad formativa: tiene como objetivo comprobar el grado de correspondencia entre el curso propuesto y las expectativas de los profesionales, valorando la adecuación y utilidad de los contenidos, el nivel de profundización, la posibilidad de aplicar los conocimientos adquiridos en el propio contexto laboral, así como la valoración del docente y de la organización.
- Cuestionario de evaluación del aprendizaje: es un documento elaborado por cada docente en función de las características específicas del curso y está destinado a medir su eficacia en términos de los conocimientos y competencias adquiridos.

6. SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

El residente, un familiar o cualquier persona interesada que desee expresar su satisfacción por los servicios prestados o comunicar una irregularidad, ineficiencia o insatisfacción está invitado a dirigirse a la estructura. Las reclamaciones u observaciones escritas pueden depositarse en el «Buzón de sugerencias y reclamaciones». La Dirección responderá en el menor plazo posible.

Para presentar una reclamación o comunicación a Codess Sociale puede utilizarse el formulario correspondiente y una de las siguientes modalidades: [1, 2, 3]

- Buzón de reclamaciones disponible en la estructura o en el servicio frecuentado.
- Correo electrónico: direzione@codess.org o qualita@codess.org.
- Fax: 199 161 911. [1]

Las reclamaciones deben presentarse por escrito e incluir los datos de la persona, el objeto de la comunicación y las fechas de los hechos. La respuesta se facilita en un plazo máximo de 30 días. Para descargar los documentos oficiales, visite la página [Codess Sociale Qualità](#).

Documento elaborado por el equipo Eimaste.

El Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, la Igualdad de Género, el Medio Ambiente, la Seguridad, la Responsabilidad y la Inclusión Social, así como la adopción del Modelo 231.

Codess Sociale cuenta, desde 2005, con un sistema de gestión certificado conforme a la norma UNI EN ISO 9001:2015. La misión de la organización se desarrolla mediante un sistema integrado de gestión conforme a las normas ISO 9001:2015, ISO 10881:2013, ISO 11034:2003, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, SA8000:2014, UNI/PdR 125:2022 y UNI 11010:2016.

Este sistema se basa en un conjunto de principios y valores que orientan la prestación de los servicios: acogida, atención a la persona, valorización de las relaciones familiares y del trabajo en red, humanización, profesionalidad, prevención de la contaminación y búsqueda constante de modelos de referencia innovadores capaces de responder a las necesidades emergentes.

Asimismo, ocupa un lugar central un modelo organizativo que reconoce la ética como uno de sus pilares fundamentales. Desde esta perspectiva, el Consejo de Administración adoptó, el 7 de mayo de 2013, un Modelo de Organización, Gestión y Control conforme al Decreto Legislativo 231/2001.

Este modelo, integrado con los sistemas de autocontrol ya existentes, establece las normas y los procedimientos que deben respetar tanto el personal de la organización como los sujetos con los que esta se relaciona, con el objetivo de prevenir la comisión de los delitos contemplados en dicho Decreto.