



2023

RELAZIONE ANNUALE DI ATTIVITA'



Comunità di Campiglio
(PTR e COD)

Sommario

1. STRUTTURA	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI	3
1.2 L'EQUIPE DI LAVORO	5
2. DATI DI ATTIVITA'	6
PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO (PTR)	6
2.1 GENERE	6
2.2 ETA'	6
2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA	7
2.4 TITOLO DI STUDIO	7
2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA	8
2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO	8
2.7 STATO CIVILE	9
2.8 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO	9
2.9 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI	10
2.10 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA	10
2.11 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2022 (tot utenti dimessi: 25)	11
Commento ai dati di attività PTR	11
CENTRO OSSERVAZIONE E DIAGNOSI (COD)	12
2.1 GENERE	12
2.2 ETA'	12
2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA	13
2.4 TITOLO DI STUDIO	13
2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA	14
2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO	14
2.7 STATO CIVILE	15
2.8 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO	15
2.9 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI	16
2.10 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA	16
2.11 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2022 (tot utenti dimessi: 22)	17
Commento ai dati di attività COD	17
3. INDICATORI DI EFFICACIA	18
3.1 PTR	18
Commento ai dati sugli indicatori di efficacia (PTR):	18
3.2 COD	18
Commento ai dati sugli indicatori di efficacia (COD)	18

4. PRODOTTI	19
4.1 CATALOGO PRODOTTI.....	19
4.2 STANDARD/ESITI PRODOTTI	22
 Commento ai prodotti.....	23
5. PROCEDURE	24
5.1 STANDRAD/ESITI PROCEDURE	24
 Commento alle procedure	24
6. RISCHIO CLINICO.....	26
 Commenti sul rischio clinico	27
7. VERIFICHE QUALITA'	27
 Commento alle verifiche.....	28
8. OBIETTIVI SPECIFICI	28
 Commento agli obiettivi specifici.....	28
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET	29
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET.....	29
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET	30
 Commento al budget:.....	30
10. VERIFICA PIANO FORMAZIONE	30
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA.....	31
 Commento al questionario	33

1. STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione: Struttura terapeutico-riabilitativa (P.T.R.) e modulo di Centro Osservazione e Diagnosi (C.O.D.)

Sede: via Borgo Campiglio 2, 41058 Vignola (MO) tel 059 762222 - fax 059 763006 - 337 1543824
e.mail campiglio@libera-mente.org

Dettagli normativi: la struttura di Campiglio fa riferimento ai seguenti documenti ufficiali:

Autorizzazione al funzionamento: struttura autorizzata all'esercizio di attività terapeutico riabilitativa per dipendenze patologiche (Prot. n° 9559 del 09/05/2005 del COMUNE di VIGNOLA e Prot. n° 21937 allegato all'autorizzazione del 21/12/2011).

Iscrizione all'Albo Regionale degli Enti ausiliari come previsto dalla normativa nazionale e regionale, con D. nr. 3896 del 04.05.1998.

Struttura Accreditata con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politica Sociali n. 6126 del 29 maggio 2008 e determina nr. 5527 del 20.05.2013.

Retta: Regione Emilia Romagna: PTR € 82.71 COD (modulo) € 90.06. Interamente a carico dell'AUSL di residenza.

Capienza: 25 utenti

Orario: Struttura residenziale aperta per le 24 ore

Tempo di permanenza: PTR durata massima 10 mesi + proroga massimo 4 mesi
COD (modulo) durata massima 3 mesi + proroga massimo 1 mese

Obiettivi generali

- Accoglienza, Osservazione e Diagnosi
- Formulazione di programmi di intervento personalizzati in accordo con i servizi inviati
- Presa in carico aspetti sanitari e/o legali
- Trattamento psico-terapeutico
- Trattamento educativo
- Tutela dello stato di salute
- Promozione di risorse ed autonomie
- Promozione di processi di socializzazione adeguati
- Inserimento sociale e/o lavorativo

Obiettivi specifici

Si articolano in 4 fasi, con specifiche differenziazioni a seconda del tipo di programma e declinate in maniera individualizzata, recante bisogni e richieste dell'utente e del servizio inviante, in contesto residenziale:

- *assessment* della durata di un mese che implica attività valutative al fine di formulare un'ipotesi interpretativa ed esplicativa circa il funzionamento psichico del paziente
- progetto centrale in cui si offre un trattamento integrato sui temi propri del cambiamento sia psicologico che riabilitativo
- progetto di uscita in cui si offre un trattamento integrato sui temi propri della riabilitazione e recupero di una migliore dimensione psico-sociale
- progetto post dimissioni con lo scopo di verificare la stabilizzazione degli obiettivi raggiunti.

Il P.T.R. (Programma terapeutico riabilitativo) è finalizzato a:

- Emancipazione dalla dipendenza da sostanze psicoattive
- Proposta di percorsi residenziali individualizzati con trattamenti psicoterapeutici e socioeducativi

- Interventi specialistici per utenti donne e per familiari

Il C.O.D. (Programma residenziale di terapia) è breve finalizzato a:

- valutazione diagnostica
- stabilizzazione farmacologica
- progetto di trattamento post dimissione

Modello di intervento

I principali riferimenti metodologici sono:

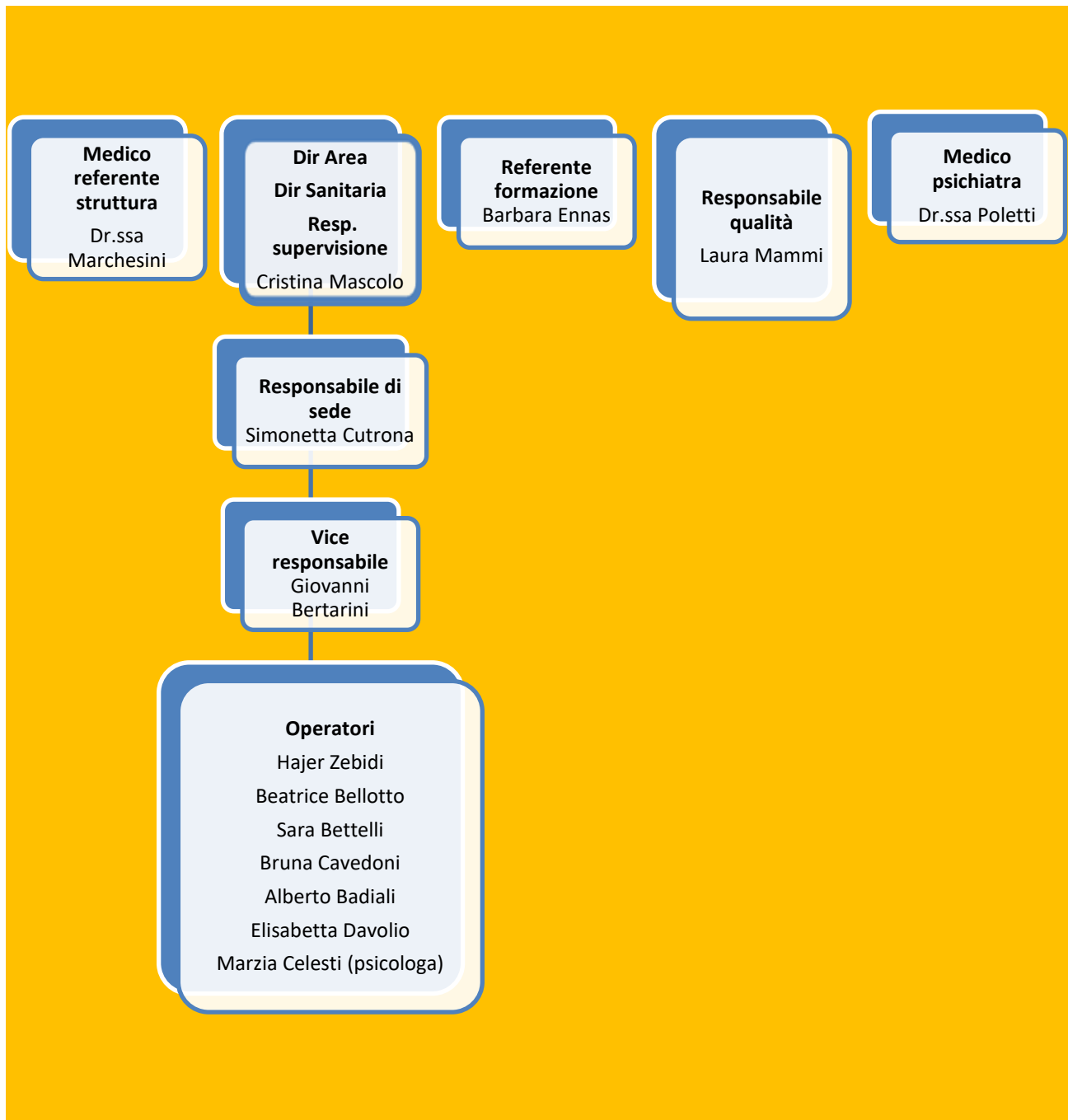
- La pedagogia del cambiamento
- L'approccio psicodinamico
- L'approccio sistemico
- L'approccio motivazionale
- L'approccio dialettico cognitivo comportamentale

Utilizzo di modelli di intervento fra loro integrati che definiscano un trattamento multidimensionale, caratterizzato da interventi psico-socio-educativi e socio-familiare.

Facendo riferimento alla multifattorialità che sta alla base dell'eziologia delle dipendenze patologiche, l'intervento terapeutico intende proporsi anch'esso come multidisciplinare, integrato e basato sull'alleanza e la collaborazione con i servizi per le tossicodipendenze, i centri di salute mentale, i servizi sociali, i professionisti e attori vari del territorio.

1.2 L'EQUIPE DI LAVORO

Gli operatori sono in possesso dei necessari titoli accademici ed opportunamente formati e messi in condizione di esprimere una sintesi fra le capacità umane e quelle professionali.



2. DATI DI ATTIVITA'

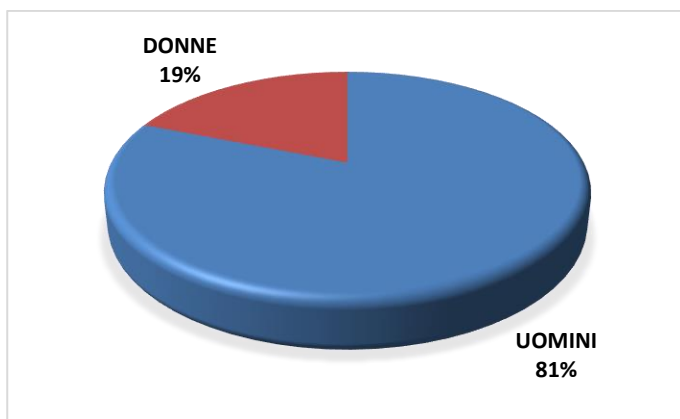
PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO (PTR)

NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI (il dato indica il numero delle persone trattate, non quello degli ingressi che è invece più alto, visto che alcuni utenti nel corso dell'anno hanno fatto più ingressi)

	2023	2022	2021
NUMERO UTENTI TRATTATI	37	31	32

2.1 GENERE

Anno 2023

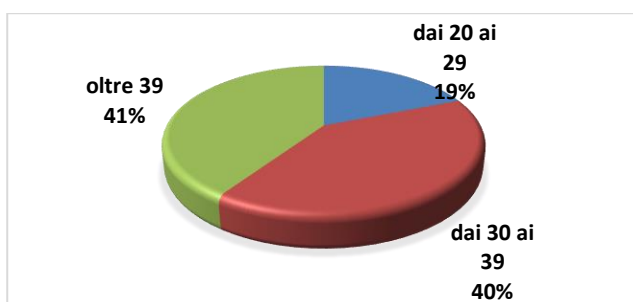


Confronto ultimi tre anni

GENERE	2023	2022	2021
Maschile	81%	74%	84,4%
Femminile	19%	26%	15,6%

2.2 ETA'

Anno 2023



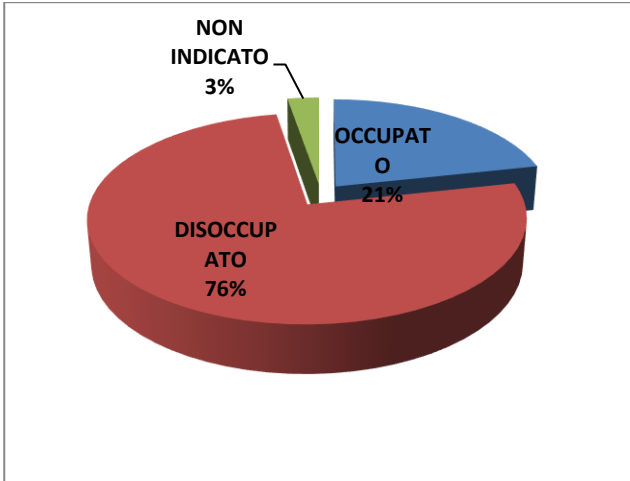
Confronto ultimi 3 anni

ETA'	2023	2022	2021
dai 20 ai 29	19%	23%	9,4%
Dai 30 ai 39	40%	29%	40,6%
Oltre i 40	41%	48%	50%

2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

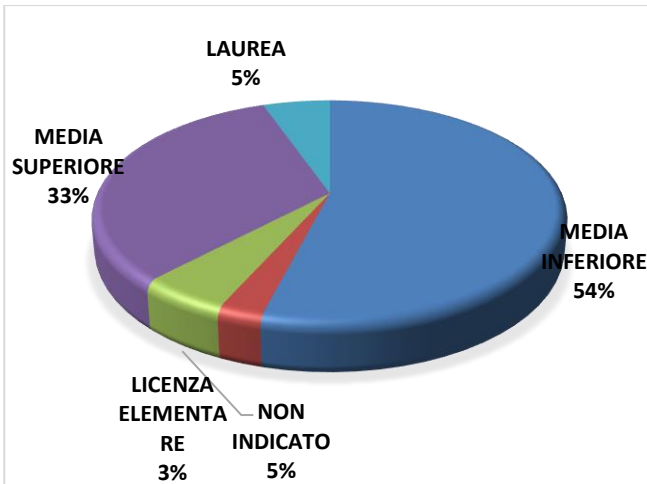


CONDIZIONE LAVORATIVA	2023	2022	2021
Occupato	21%	10%	6,3%%
Disoccupato	76%	58%	84,4%
Non indicato	3%	29%	9,4%
Tirocinio		3%	

2.4 TITOLO DI STUDIO

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

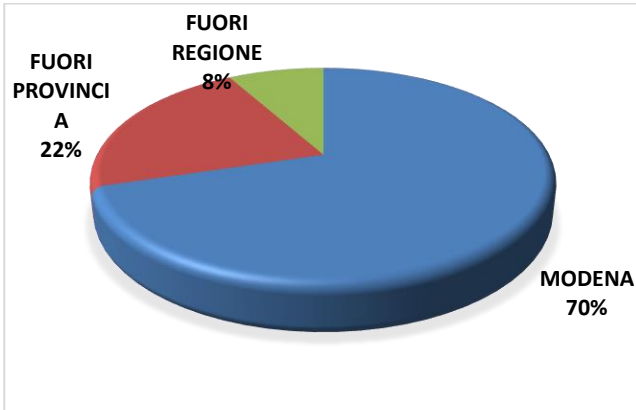


TITOLO DI STUDIO	2023	2022	2021
Licenza elementare	3%	6%	3,1%
Media inferiore	54%	55%	53,2%
Media superiore	33%	29%	40,6%
Laurea	5%	10%	3,1%

TERRITORIO	2023	2022	2021

2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA

Anno 2023



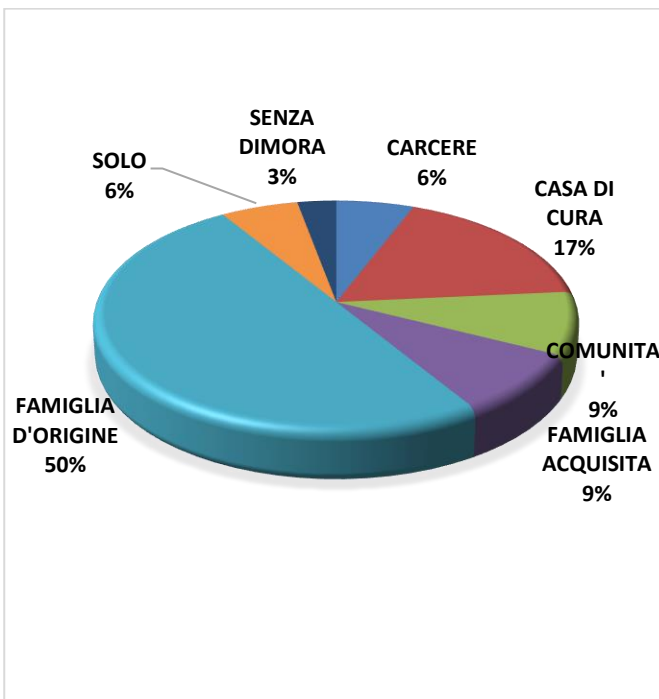
Modena e Provincia	70%	71%	65,7%
Fuori Provincia	22%	13%	8,6%
Fuori Regione	8%	16%	25,7%

timi 3 anni

2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

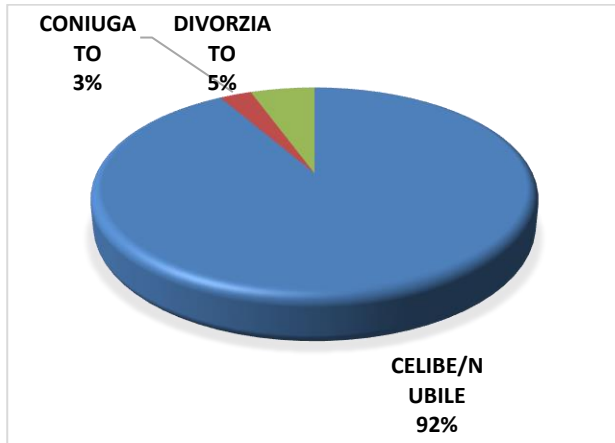


PROVENIENZA	2023	2022	2021
Carcere	6%	10%	6,3%
Casa di Cura	17%	5%	3,1%
Comunità	9%	5%	
Famiglia acquisita	9%	5%	6,3%
Famiglia d'origine	50%	40%	28,1%
Solo	6%	25%	34,4%
Senza Dimora	3%	10%	3,1%

2.7 STATO CIVILE

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

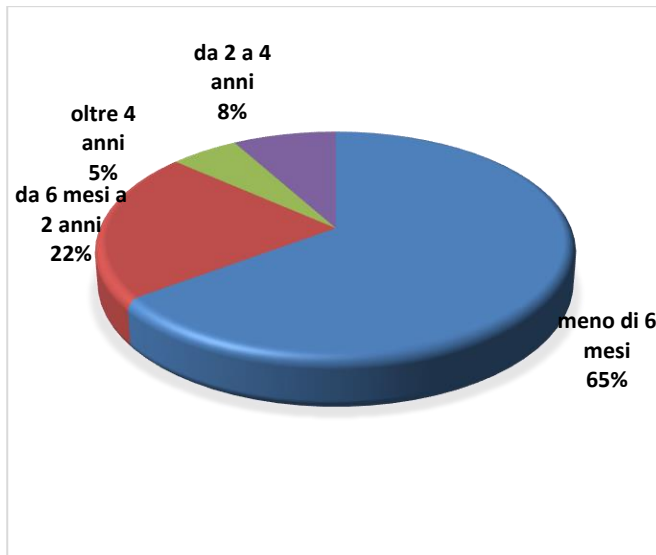


STATO CIVILE	2023	2022	2021
Celibe/Nubile	92%	87%	71,9%
Coniugato/Convivente	3%	3%	9,4%
Separato/Divorziato	5%	10%	15,6%
Vedovo			3,1%

2.8 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

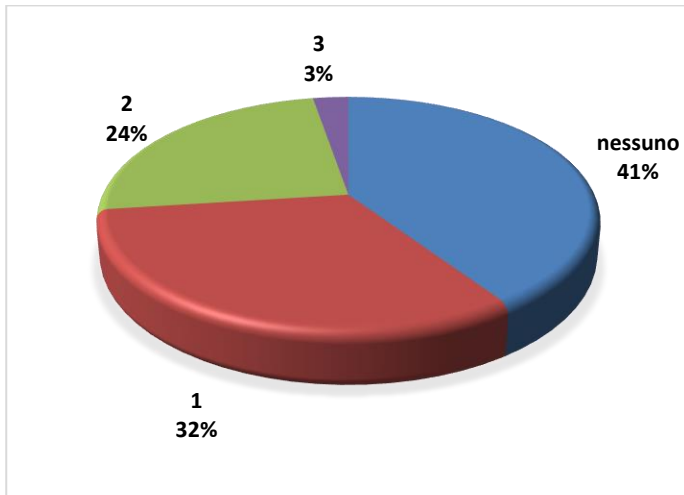


DURATA PROGRAMMI	2023	2022	2021
Meno di 6 mesi	65%	77%	62,5%
Da 6 mesi a 2 anni	22%	13%	15,6%
Da 2 a 4 anni	8%	10%	15,6%
Oltre 4 anni	5%		6,3%

2.9 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

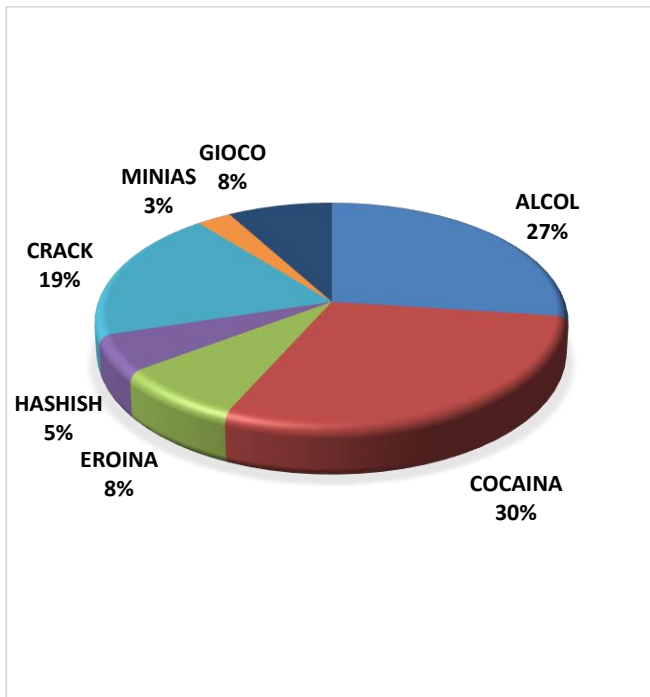


N° PROGRAMMI	2023	2022	2021
Nessuno	41%	61%	56,3%
Una struttura	32%	13%	31,3%
2 strutture	24%	16%	6,3%
3 strutture	3%	3%	6,3%
Oltre 3 strutture		7%	

2.10 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

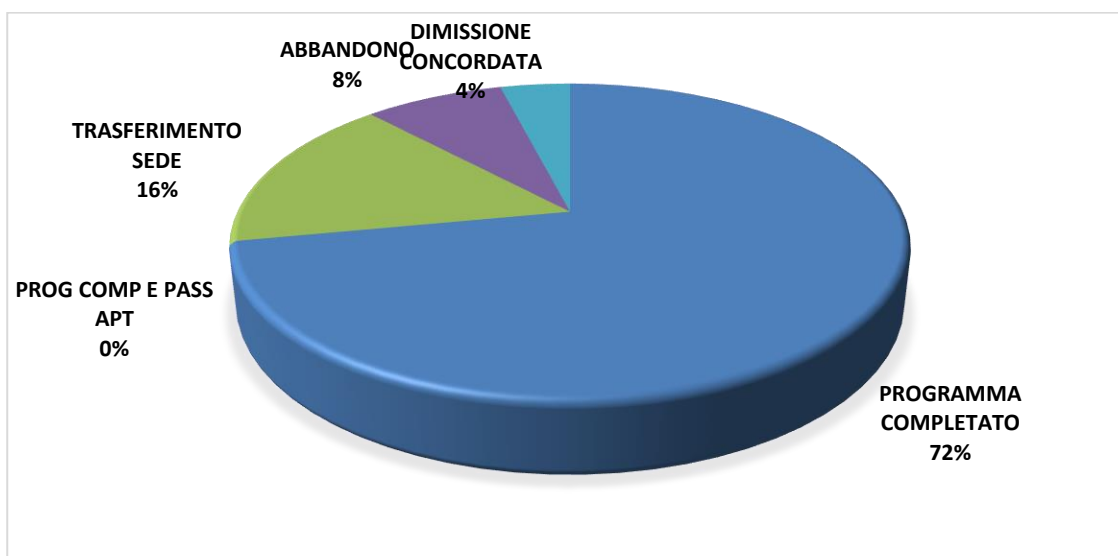


SOSTANZA ABUSO	2023	2022	2021
Alcol	27%	39%	28,1%
Cocaina	30%	29%	53,1%
Eroina	8%	13%	9,4%
Eroina/Cocaina			
Crack	19%	10%	
Psicofarmaci	3%	3%	3,1%
Cannabinoidi	5%		3,1%
Gioco	8%	3%	3,1%

2.11 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2022 (tot utenti dimessi: 25)

	2021	2022	2023
Autodimissioni sul numero di accolti	6 (18,7%)	5 (16%)	2 (5,4%)
Espulsioni sul numero di accolti	1 (3,1%)	0	0
Dimissioni	11 (34,3%)	17 (54,8%)	23 (62%)

Percentuali tipologia di dimissioni sul totale degli esiti:



Commento ai dati di attività PTR

I dati appaiono tendenzialmente in linea con quelli degli anni scorsi. Di seguito i dati di discontinuità maggiormente significativi:

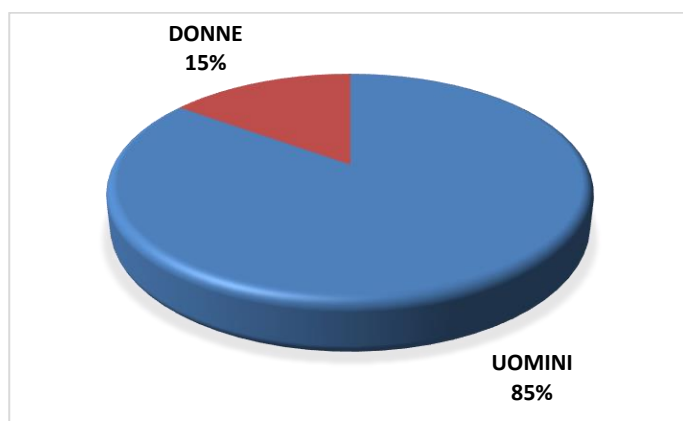
- Si registra un deciso incremento degli ingressi
- In calo la presenza femminile
- In aumento la fascia di età intermedia (30/39 anni)
- Il dato degli invii dalla provincia resta stabile, mentre aumentano gli invii dalla regione a scapito di quelli fuori regione
- Si registra un aumento degli utenti provenienti da Casa di Cura, mentre calano quelli provenienti dal territorio
- La cocaina torna ad attestarsi come la sostanza di abuso primaria maggiormente consumata e si registra una decisa impennata del crack.
- Molto positivi i dati sugli esiti, in particolare la percentuale di utenti dimessi in progressivo aumento e il calo degli abbandoni.

CENTRO OSSERVAZIONE E DIAGNOSI (COD)

	2023	2022	2021
NUMERO UTENTI TRATTATI	40	33	51

2.1 GENERE

Anno 2023

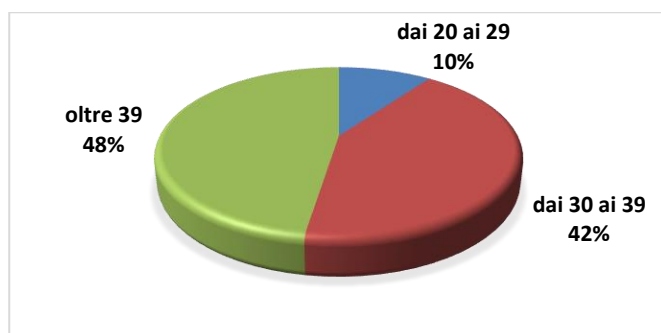


Confronto ultimi 3 anni

GENERE	2023	2022	2021
Maschile	85%	81%	84,4%
Femminile	15%	19%	15,6%

2.2 ETA'

Anno 2023



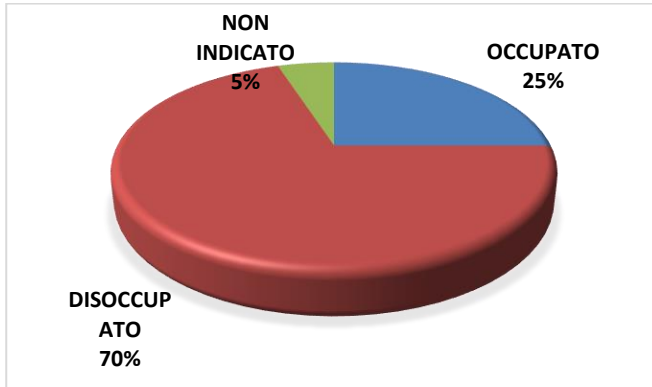
Confronto ultimi 3 anni

ETA'	2023	2022	2021
dai 20 ai 29	10%	18%	17,6%
Dai 30 ai 39	42%	33%	19,6%
Oltre i 40	48%	49%	62,7%

2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

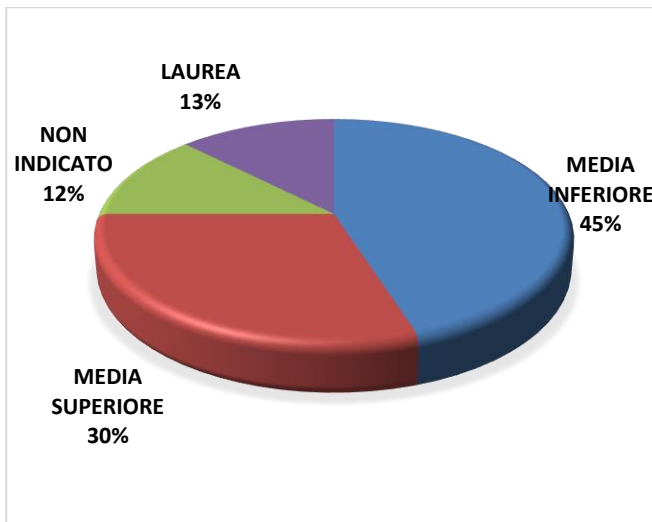


CONDIZIONE LAVORATIVA	2023	2022	2021
Occupato	25%	22%	18%
Disoccupato	70%	50%	53%
Non indicato	5%	28%	29%

2.4 TITOLO DI STUDIO

Anno 2023

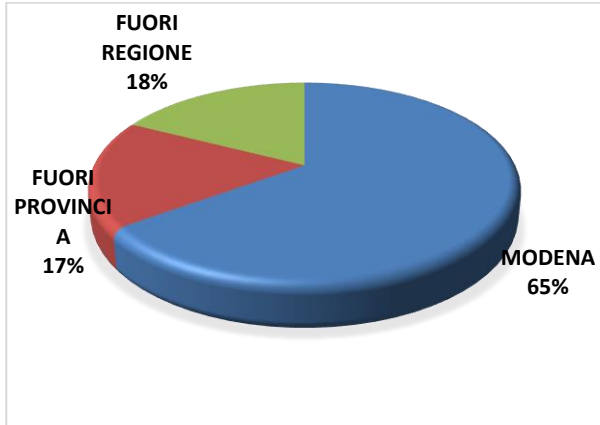
Confronto ultimi 3 anni



TITOLO DI STUDIO	2023	2022	2021
Media inferiore	45%	32%	63%
Media superiore	30%	49%	35%
Laurea	13%	19%	2%
Non indicato	12%		

2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA

Anno 2023

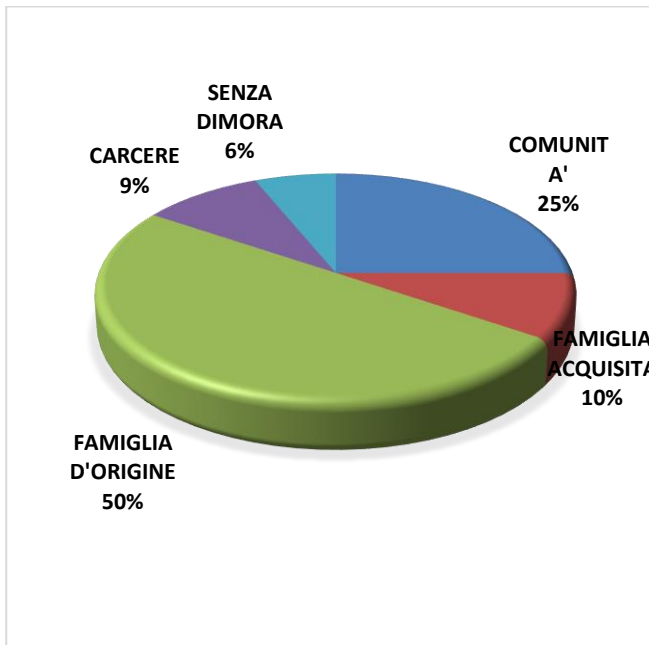


Confronto ultimi 3 anni

TERRITORIO	2023	2022	2021
Modena e Provincia	65%	70%	82%
Fuori Provincia	17%	21%	10%
Fuori Regione	18%	9%	5%

2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO

Anno 2023



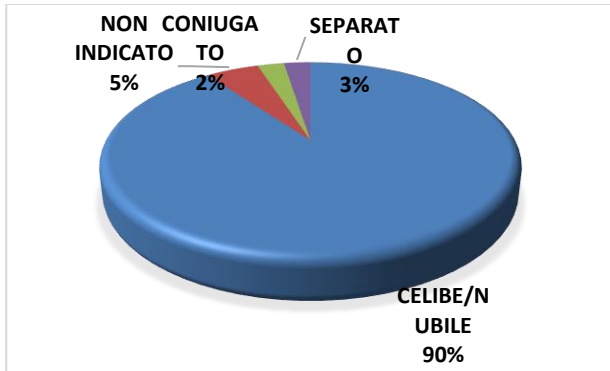
Confronto ultimi 3 anni

PROVENIENZA	2023	2022	2021
Carcere	9%	6%	
Comunità	25%	14%	3%
Famiglia acquisita	10%	6%	7%
Famiglia d'origine	50%	63%	63%
Solo			20%
Senza Dimora	6%	13%	7%

2.7 STATO CIVILE

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

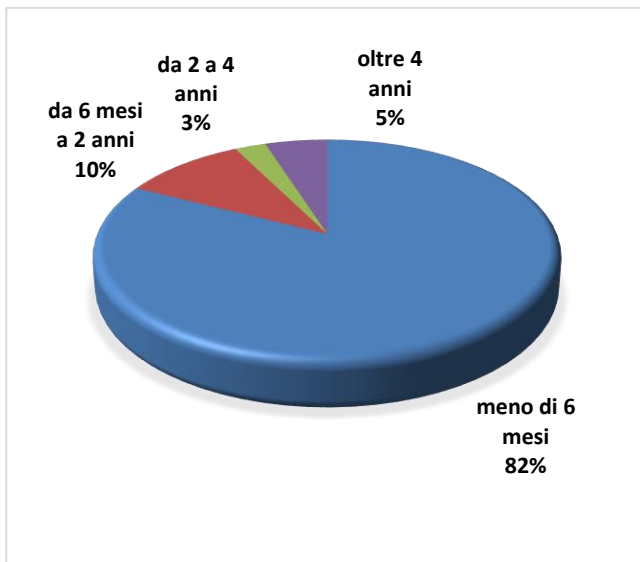


STATO CIVILE	2023	2022	2021
Celibe/Nubile	90%	94%	80%
Coniugato	2%	3%	14%
Separato/Divorziato	3%	3%	6%
Non indicato	5%		

2.8 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

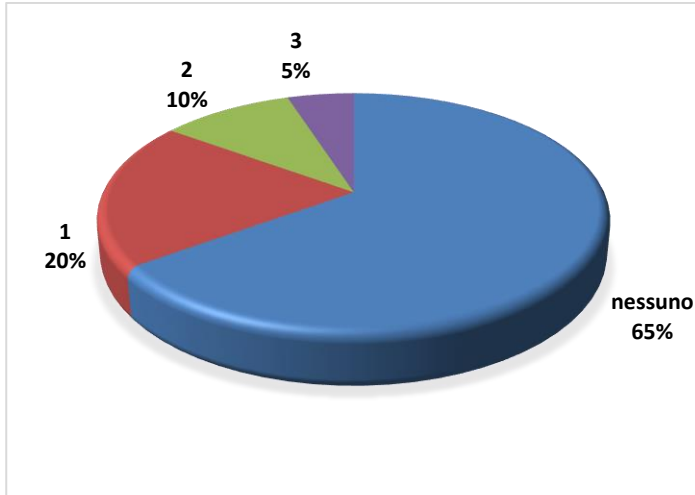


DURATA PROGRAMMI	2023	2022	2021
Meno di 6 mesi	82%	79%	67%
Da 6 mesi a 2 anni	10%	3%	14%
Da 2 a 4 anni	3%	9%	19%
Oltre 4 anni	5%	9%	0%

2.9 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

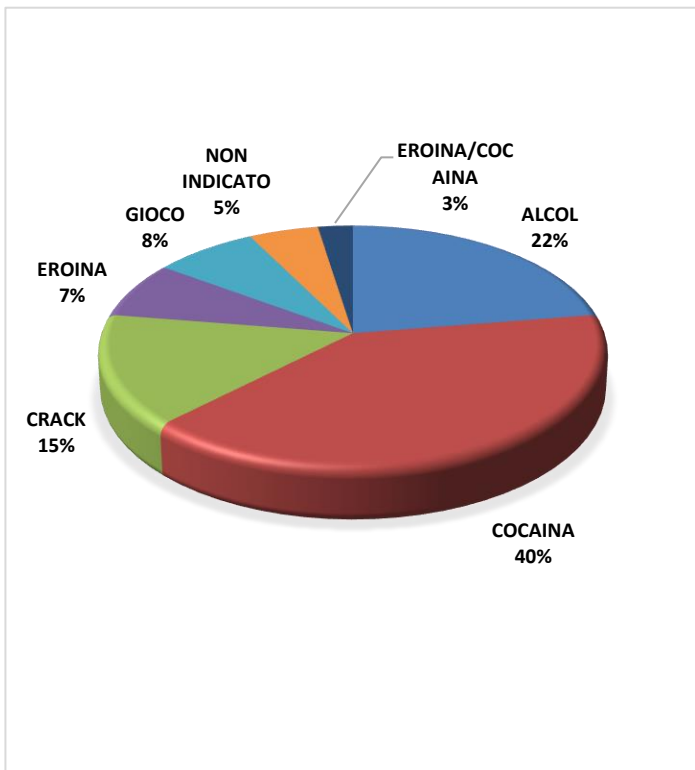


N° PROGRAMMI	2023	2022	2021
Nessuno	65%	61%	61%
Una struttura	20%	12%	15%
2 strutture	10%	24%	12%
3 strutture	5%	3%	10%
Oltre 3 strutture			2%

2.10 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anno 2023

Confronto ultimi 3 anni

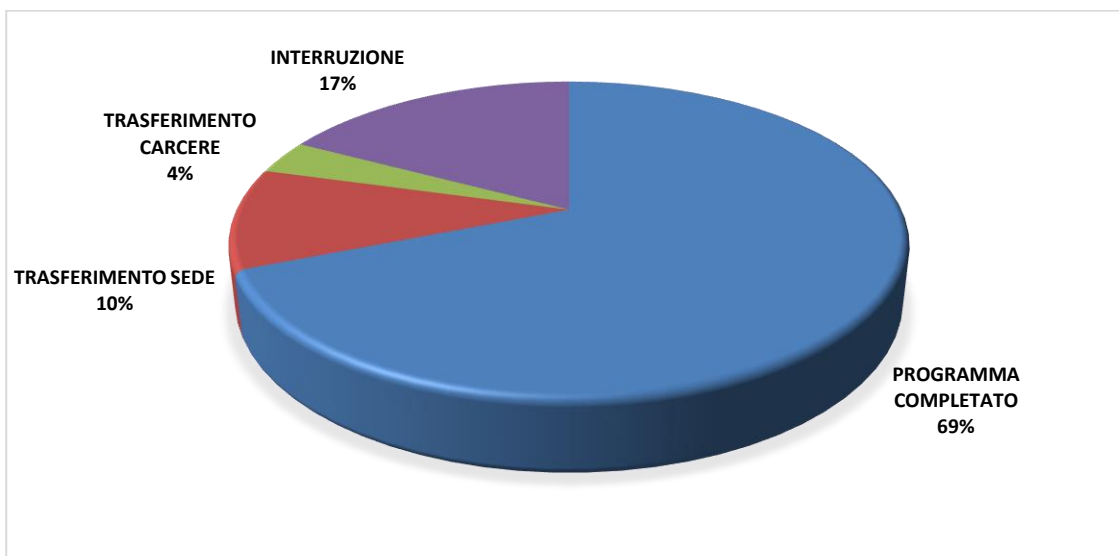


SOSTANZA ABUSO	2023	2022	2021
Alcol	22%	31%	39%
Cocaina	40%	30%	51%
Eroina	7%	3%	2%
Crack	15%	24%	2%
Metanfetamina		3%	2%
Cannabinoidi		6%	4%
Gambling	8%	3%	2%
Eroina/Cocaina	3%		
Non indicato	5%		

2.11 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2022 (tot utenti dimessi: 22)

	2021	2022	2023
Autodimissioni sul numero di accolti	10%	9%	12,5%
Espulsioni sul numero di accolti	2%	3%	0%
Dimissioni	57%	82%	90%

RIPARTIZIONE PERCENTUALI DEGLI ESITI ANNO 2023



Commento ai dati di attività COD

I dati appaiono tendenzialmente in linea con quelli degli anni scorsi e con quelli del PTR. Fanno eccezione:

- Il calo degli invii dal territorio provinciale e regionale, a fronte di un aumento significativo di invii da fuori regione
- Una percentuale significativa di utenti al primo o secondo programma comunitario
- Una diminuzione del crack come sostanza d'abuso primaria
- Un dato eccellente sulle dimissioni.

3. INDICATORI DI EFFICACIA

3.1 PTR

Indicatori Efficacia PTR	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Tasso Utilizzo Posti Letto	78%	>65%	81,8%
Utenti Dimessi / Totale accolti	55%	>55 %	62,1%
Autodimissioni Programma	16%	<25%	5,4%
Mortalità	0%	0%	0%

Commento ai dati sugli indicatori di efficacia (PTR):

Dato eccellente sul tasso di utilizzo posti letto, di oltre 15 punti superiore allo standard. Anche il dato sulle dimissioni si attesta su un valore molto superiore allo standard. Eccellente anche l'esito del dato sulle auto dimissioni che si colloca positivamente molto al di sotto dello standard previsto

3.2 COD

Indicatori Efficacia COD	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Tasso Utilizzo Posti Letto	77%	>80 %	94%
Utenti Dimessi / Totale accolti	82%	>55 %	77,5%
Autodimissioni Programma	9%	<20%	12,5%
Mortalità	0	0%	0

Commento ai dati sugli indicatori di efficacia (COD)

Eccellente il dato sul tasso di utilizzo posti letto, di 14 punti percentuali superiore allo standard previsto, così come il dato sulle dimissioni, di 22 punti percentuali superiore allo standard. Anche il dato sulle autodimissioni, sebbene in leggera crescita, resta molto positivo rispetto allo standard.

Rispetto ai casi di abbandono, in data 7/2/2024 è stato effettuato l'audit annuale sulle interruzioni di programma. Di seguito le principali riflessioni dell'equipe prodotte in sede di audit:

Analizzando gli abbandoni avvenuti nell'anno 2023 abbiamo deciso di:

- porre maggiore attenzione nel coinvolgimento della psicologa per quanto riguarda la testistica;
- condividere maggiormente i casi con relativa testistica all'interno dell'equipe;
- porre maggiore attenzione nella gestione del craving, sia da parte dell'equipe che della psichiatra;
- implementare un lavoro sia terapeutico che educativo rispetto alle strategie di gestione del craving.

Per l'anno 2024 l'equipe ha valutato di registrare le seguenti azioni di miglioramento:

- dedicare un gruppo alle strategie di gestione del craving
- implementare azioni sia educative che psicologiche sul tema craving, rispetto ai singoli utenti

4. PRODOTTI

4.1 CATALOGO PRODOTTI

Prodotto 1 – ACCETTAZIONE			
		Target	Caratt. qualitative
ACCETTAZIONE	Procedura ingressi	Soggetti con dipendenza patologica da sostanze psicotrope, alcool, farmaci segnalati dai SER.T.	Rispondere alle richieste di ingresso in struttura su invio dei servizi sanitari
	Recepimento e selezione richiesta	Tutte le richieste di ingresso	Valutare in équipe le caratteristiche per l'inserimento in struttura
	Incontri con Op. Servizi	Soggetti considerati idonei ad un inserimento in struttura	Condivisione progetto iniziale e obiettivi generali
	Colloqui motivazionali	Preparazione all'ingresso	Presentazione programmi struttura Campiglio
	ingresso	Soggetti idonei	Attivazione delle procedure

Prodotto 2 – ASSESSMENT			
		Target	Caratt. qualitative
ASSESSMENT	Somministrazione Test	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Rispondere alla necessità di valutazione diagnostica
	Colloqui conoscitivi (apertura cartella clinica)	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Inizio percorso con psicologo
	Visita medico/psichiatrica (apertura cartella medica)	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Monitoraggio salute
	Predisposizione progetto terapeutico individualizzato	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Presentazione e valutazione in équipe

Prodotto 3 – AREA TRATTAMENTO COD

		Target	Caratt. qualitative
AREA TRATTAMENTO COD (Dopo assessment)	Gestione della crisi	Tutti i Soggetti inseriti nel programma COD	Rispondere alla necessità di prevenire abbandono
	Stabilizzazione del trattamento farmacologico	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Prevenire craving
	Stabilizzazione e valutazione delle condizioni della persona	Tutti i Soggetti inseriti nel programma COD	Approfondire le diverse e specifiche problematiche individuali e di risoluzione dei problemi
	Attuazione progetto individualizzato	Tutti i Soggetti inseriti nel programma COD	Rispondere agli obiettivi generali e specifici

Prodotto 4 –AREA TRATTAMENTO PTR

		Target	Caratt. qualitative
AREA TRATTAMENTO PTR (Dopo assessment)	Psicoterapia individuale e di gruppo	Tutti i Soggetti inseriti nel programma PTR	Approfondire le diverse e specifiche problematiche individuali e di risoluzione dei problemi
	Gruppi psico-educativi	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Accompagnamento alla vita di Comunità, monitoraggio relazioni, risoluzione dei problemi
	Attivazione tirocini formativi	I Soggetti inseriti nel programma PTR che necessitano un graduale reinserimento sociale	Incontri con op. Servizi Monitoraggio tirocinio
	Accompagnamento autonomia lavorativa	Tutti i Soggetti inseriti nel programma	Rispondere agli obiettivi generali e specifici per accompagnare l'utente verso un percorso di

Prodotto 5 – REINSERIMENTO SOCIALE DA PROGETTO PERSONALIZZATO (PTR)

		Target	Caratt. qualitative
REINSERIMENTO SOCIALE DA PROGETTO PERSONALIZZATO (PTR)	Accompagnamento alla risocializzazione	Tutti i soggetti inseriti nel programma	Monitoraggio uscite in autonomia e sostegno
	Accompagnamento autonomia lavorativa	Tutti i Soggetti inseriti nel programma	Rispondere agli obiettivi generali e specifici per accompagnare l'utente verso un percorso di inserimento

Accompagnamento Verso percorsi formativi specifici	Soggetti inseriti nel programma che necessitino di una formazione specifica	Scouting di agenzie formative. Promozione delle skills degli utenti inseriti. Empowerment
--	---	---

Prodotto 6 – POST DIMISSIONE			
		Target	Caratt. qualitative
<i>POST DIMISSIONE (inserimento abitativo)</i>	Gruppi psico-educativi	Soggetti che hanno completato il programma residenziale	Accompagnamento alle relazioni, prevenzione ricaduta
	Controllo gestione autonomia	Soggetti che hanno completato il programma residenziale	Accompagnamento alla autonomia
	Inserimento abitativo e lavorativo	Soggetti che hanno completato il programma residenziale	Attuazione del progetto verso l'inserimento sociale

Prodotto 7 – VERIFICA TRATTAMENTI			
		Target	Caratt. qualitative
VERIFICA TRATTAMENTI	Equipe	Tutti gli operatori coinvolti nel trattamento	Discussione dei casi, confronto fra colleghi, disposizioni organizzative
	supervisioni	Tutti gli operatori coinvolti nel trattamento con supervisore interno/esterno	Approfondimento di casi particolarmente problematici
	Operatori Servizi Dipendenze, CSM, Servizi minori, Ecc.	Operatori del Sistema dei Servizi pubblico/privato	Monitoraggio CUP (prov.MO) Collaborazioni e confronto

4.2 STANDARD/ESITI PRODOTTI

Prodotto	Indicatori	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
ACCETTAZIONE	-N° ingressi effettuati/ N° richieste -Tempo trascorso tra invio e 1° colloquio (entro 15gg)	66% 96%	75% 80%	90% 70%
ASSESSMENT (COD)	-N° test effettuati/ N° ingressi -N° utenti in trattamento /N° ingressi	92% 97%	90% 75%	93% 100%
AREA TRATTAMENTO COD	-N° utenti in PTR/ N° dimessi*100 -N° utenti con progetto post dimissione/ N° dimessi*100	48% 71%	45% 60%	57% 71%
AREA TRATTAMENTO PTR	-N°gruppi psicoterapeutici -N°gruppi educativi	83/48 170% 194/250 77,6%		
Dal 2023	- N°GRUPPI TERAPEUTICI/TOT.GRUPPI DICHIARATI (52) - N°GRUPPI EDUCATIVI/TOT.GRUPPI DICHIARATI (52) - N°GRUPPI MEDITAZIONE/TOT.GRUPPI DICHIARATI (26)		80% 80% 80%	42% 156% 88%
REINSERIMENTO SOCIALE DA PROGETTO PERSONALIZZATO	- N° tirocini/totale accolti in fase di reinserimento - N° inserimenti lavorativi/totale accolti in fase di reinserimento	25% 75%	30% 70%	
Dal 2023	- N°INSERIMENTI LAVORATIVI/UTENTI ACCOLTI - N°INSERIMENTI SOCIALIZZANTI/UTENTI ACCOLTI - N°INSERIMENTI FORMATIVI/UTENTI ACCOLTI		50% 100% 50%	100% 100% 0%

<i>POST DIMISSIONE</i>	-N° termini programma/N° accolti - N° tirocini/ N° accolti *100 - N°UVM/N° ingressi*100	45% 9% 0%	50% 30% 10%	
<i>Dal 2023</i>	- N°TERMINE PROGRAMMA/N°ACCOLTI - N°INSERIMENTI LAVORATIVI/N°ACCOLTI - N°UVM/N°ACCOLTI		50% 70% 10%	60% 100% 10%
<i>VERIFICA TRATTAMENTI</i>	-N° equipe -N° supervisioni -N° visite CUP	46 20 2	45 10 2	43 2 3

Commento ai prodotti

PRODOTTO ACCETTAZIONE: il secondo esito risulta inferiore allo standard previsto. La motivazione viene rilevata esternamente all'equipe (effettiva compliance dei nominativi segnalati dal Cup; tempistiche dettate dalle misure detentive e dalla lista d'attesa). Il primo esito è invece significativamente superiore allo standard, dimostrando una buona programmazione ed efficacia da parte della responsabile di sede.

PRODOTTO ASSESSMENT COD: il primo esito risulta conforme allo standard. Il secondo di molto superiore, a testimonianza di un ottimo indice di ritenzione al trattamento all'interno della sede.

PRODOTTO AREA TRATTAMENTO COD: entrambi gli esiti risultano decisamente superiori agli standard. Il primo dimostra un ottimo indice di ritenzione al trattamento; il secondo l'attenzione dell'equipe a garantire la continuità assistenziale, nonché un'ottima collaborazione con i servizi invianti.

PRODOTTO AREA TRATTAMENTO PTR: gli esiti dei primi due sottoprodotti risultano praticamente invertiti. E' stata aperta una non conformità. La causa dell'anomalia è stata attribuita alle caratteristiche predominanti del gruppo utenti della sede, che ha determinato l'esigenza da parte dell'equipe di utilizzare maggiormente strumenti educativi, a scapito di quelli terapeutici. Tra le caratteristiche si segnalano l'alta presenza di utenti con problematiche psichiatriche, le barriere linguistiche e problemi di tipo comportamentale.

PRODOTTO REINSERIMENTO SOCIALE DA PROGETTO PERSONALIZZATO: da segnalare che la totalità degli utenti ha raggiunto l'obiettivo del reinserimento lavorativo.

PRODOTTO POST DIMISSIONE: si segnala nuovamente lo stesso dato positivo del prodotto precedente.

PRODOTTO VERIFICA TRATTAMENTI: l'esito decisamente inferiore sulle supervisioni è da attribuirsi al fatto che l'equipe ha iniziato il percorso nella seconda metà dell'anno e lo porterà a termine nel corso del 2024.

5. PROCEDURE

5.1 STANDRAD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI 2021				
<u>Procedura</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Esiti 2022</u>	<u>Standard 2023</u>	<u>Esiti 2023</u>
Controlli in accettazione P-CIA	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC sul totale delle richieste di acquisto M-RDA	0%	5%	0%
Gestione non conformità P-GNC	% annua reclami rilevati attraverso il M-RNC2 sul totale degli utenti in programma	0%	5%	0%
Gestione del rischio e sicurezza (addetti e utenti) P-GRS	% addetti infortunati all'anno per sede sul totale del personale impiegato.	0%	0%	0%
Gestione degli approvvigionamenti P-GD	% non conformità all'anno rilevate attraverso il M-RNC sul totale delle richieste di intervento di assistenza M-RDI	0%	5%	0%
Azioni di miglioramento P-ADM	Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati M-ADM-(RNC/RNC1/RNC2)	20%	10%	33%
Attività residenziali di recupero tossico - dipendenti P-ART	Numero dimessi /numero utenti trattati Relazione annuale	vedi dati di attività	45%	vedi dati di attività
Gestione del personale P-GP	% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali. M-RNC1/TOT Non conf	40%	30%	0%
Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ	%non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf	10%	15%	50%
Gestione della documentazione utente P-GDU	% non conformità relativa alla corretta gestione della cartella utente in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf	0%	10%	0%
Gestione Farmaci P-GDF	% non conformità rilevate attraverso il M-RNC1 sul totale delle non conformità	50%	5%	50%
Procedura della Formazione Continua P-FC	% N. formazioni attivate/ n. formazioni proposte	Vedi relazione annuale formazione		
Procedura gestione rischio clinico P-GRC	% annua di schede M-SEC eventi effettivi sul totale di schede M-SEC	Vedi relazione piano programma		

Commento alle procedure

In data 7/2/2023 è stato effettuato l'audit sulle non conformità.

Di seguito l'elenco delle non conformità raccolte nella sede nel corso del 2023:

DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
06/01/2023	M-RNC1	FARMACI:	RISOLTA	VICE RESPONSABILE
26/01/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	VICE RESPONSABILE
25/02/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	EDUCATRICE
29/03/2023	M-RNC1	HACCP	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE HACCP
26/06/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE QUALITA'
28/11/2023	M-RNC1	QUESTIONARIO SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

Si rileva un calo nella rilevazione delle non conformità rispetto al 2022. Continuano a risultare in numero significativo le non conformità relative alla gestione delle terapie farmacologiche. Dal momento che la riduzione delle non conformità relative ai farmaci era uno degli obiettivi individuati in sede di precedente audit, il tema è stato affrontato in sede di audit 2023(07/02/2023), insieme alle altre sedi.

Dall'analisi è emersa la seguente tabella:

CAUSE	PERCENTUALE NON CONFORMITA'
COMPORAMENTO UTENTE	16,6%
DISTRAZIONE, STRESS	41,6%
ERRORI ESTERNI (SERVIZI)	0
SUPERFICIALITA'	25%
MANCANZA ORGANIZZAZIONE, SISTEMATIZZAZIONE	16,6%

- Dai risultati delle verifiche sulla gestione delle terapie farmacologiche effettuate periodicamente dalla direttrice sanitaria non risultano prodotte non conformità.
- Non sono stati registrati *Incident Reporting* relativamente ai farmaci.
- La causa maggiore di errore rispetto alle terapie farmacologiche è da attribuire alla distrazione e allo stress del personale.

Si può quindi concludere che le non conformità prodotte nell'anno rispetto ai farmaci non sono in nessun caso risultate gravi, non hanno avuto conseguenze sulla salute degli utenti e sono state tutte risolte dall'equipe di lavoro.

Rispetto alla non conformità che riguarda il questionario somministrato agli operatori è stata aperta un'azione di miglioramento che prevede la strutturazione di un pacchetto formativo da proporre

annualmente ai neoassunti.

E' stata aperta una azione di miglioramento relativa al non raggiungimento di un obiettivo specifico programmato per il 2023. L'obiettivo riguardava l'attivazione di gruppi rivolti ai familiari. E' stato aperto un gruppo di miglioramento e il tema sarà ripreso in sede di pianificazione annuale.

6. RISCHIO CLINICO

Nella relazione piano-programma 2022 erano state individuate le seguenti priorità di rischio:

PROCESSO CRITICO DA ANALIZZARE	PRINCIPALI RISCHI	INDICE IPR 2022
PROCESSO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE	ABUSO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	54
	ESPRESSIONE AGITA DI DISAGIO INTERIORE	46
	ERRORI RELATIVI ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	42
	EPISODI DI AGGRESSIVITA'	39
	EVENTI ACCIDENTALI	30
	ABBANDONI	10
	RISCHI LEGATI AD ERRORI NELLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA UTENTE	13

Erano state di conseguenza individuate alcune linee strategiche di intervento di cui si riportano gli esiti nella colonna più a destra:

PRINCIPALI RISCHI	IPR 2022	LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	TEMPI	ESITI
ABUSO DI SOSTANZE /	54	Formazione su craving e gestione ricaduta	2023	formazione effettuata

RICADUTA GIOCO				
ESPRESSIONE AGITA DI DISAGIO INTERIORE	46	Formazione sugli stili di conduzione dei gruppi terapeutici	In corso	formazione effettuata
		Formazione su gestione utenti con dipendenza da sostanze e disturbi psichici	2023	formazione effettuata
GESTIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE	42	Riapertura azione di miglioramento farmaci	2023	analisi non conformità

Commenti sul rischio clinico

Dall'analisi degli Incident reporting del 2023 risulta un calo significativo di eventi relativi ad "espressione agita di disagio interiore", mentre l'incremento più significativo risulta relativo ai "comportamenti aggressivi". Resta con valori significativi il tema dell'abuso di sostanze.

Per un'articolazione più dettagliata dei dati e degli esiti relativi al rischio clinico si rimanda alla "relazione piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico – 2023"

7. VERIFICHE QUALITA'

ELEMENTI S.Q.	GEN.	FEB.	MAR.	GIU.	AGO.	NOV.	DIC.
GESTIONE DOCUMENTAZIONE E UTENTI		14 CONTROLL O CARTELLE		23 RILEVAZIONI I SEMESTRALI	22 CONTROLL O CARTELLE		19 CONTROLL O CARTELLE
GESTIONE DOCUMENTAZIONE E SQ	23 RILEVAZIONI ANNUALI			23 RILEVAZIONI I SEMESTRALI			21 CONTROLL O PORTFOLIO
CONTROLLO SANITARIO			2 CONTROLLO SANITARIO CT+ REINSERIMENTO			16 SANITARIO	14 SANITARIO
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione						23 QUESTIONARI O	

Commento alle verifiche

Dai controlli effettuati nel corso dell'anno sono emerse due non conformità, già trattate nel capitolo dedicato.

26/06/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA': NELLA RILEVAZIONE SEMESTRALE RISULTA CHE NON SONO STATE EFFETTUATE LE AZIONI PROGRAMMATE RISPETTO AGLI OBIETTIVI SPECIFICI	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE QUALITA'
28/11/2023	M-RNC1	QUESTIONARIO SISTEMA QUALITA': RISPOSTE ERRATE AD ALCUNI QUESITI DA PARTE DI UN NUMERO RILEVANTE DI OPERATORI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

8. OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici che erano stati individuati in fase di pianificazione per il 2023 sono di seguito descritti:

RISULTATI ATTESI	AZIONI SPECIFICHE	STRUMENTI	TEMPI
1. Incremento dei momenti di gruppo nell'offerta agli utenti della struttura	Attivazione di un gruppo specifico sulla disregolazione emotiva correlata all'uso di sostanze	<ul style="list-style-type: none"> - Moduli sistema qualità per la registrazione dei gruppi - Formazione specifica DBT - Sistema di turni che consenta l'organizzazione dei gruppi - Riunioni di equipe 	Anno 2023
2. Riattivazione del lavoro con le famiglie degli utenti	Attivazione di un gruppo di sostegno specifico a cadenza quindicinale rivolto ai familiari degli utenti accolti	<ul style="list-style-type: none"> - Moduli sistema qualità per la registrazione dei gruppi - Diario educativo - Sistema di turni che consenta l'organizzazione dei gruppi - Riunioni di equipe 	Anno 2023

Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	I gruppi erano stati programmati da un'educatrice specificamente formata sulla DBT, che però ha lasciato l'equipe nel corso dell'anno. Quest'anno un'educatrice e la psicologa faranno la stessa formazione
OBIETTIVO 2	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Nell'impossibilità di svolgere attività di gruppo con i familiari è stato comunque garantito il sostegno individuale, tramite colloqui

In fase di rilevazioni semestrali da parte della responsabile della qualità era stata aperta una non conformità in merito agli obiettivi specifici, legata al fatto che le azioni programmate non erano state portate a termine. In sede di rilevazioni annuali la situazione è risultata immutata. La causa principale riscontrata dalla responsabile di sede è imputabile all'elevato turnover e cambiamento dell'assetto dell'equipe di lavoro che ha interessato l'anno in corso. Insieme alla responsabile della qualità la responsabile di sede ha quindi deciso di strutturare un'azione di miglioramento specifica sui due obiettivi, da portare avanti nel corso del 2024. L'azione di miglioramento sarà presentata all'equipe in fase di pianificazione.

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

CAMPIGLIO (COD + PTR)	BUDGET 2023	%
RICAVI NETTI	€ 580.000,00	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 160.000,00	-27,6%
Personale	-€ 300.000,00	-51,7%
Somma Spese Generali	-€ 85.000,00	-14,7%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 4.000,00	-0,7%
Tasse	-€ 5.000,00	-0,9%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€ 26.000,00	4,5%

Si alza il costo dei fornitori in considerazione della congiuntura economica negativa che potrà portare ad un aumento delle spese relative alle utenze.

Il costo del personale si prevede in linea con l'anno precedente.

Per l'anno 2023 gli obiettivi di BUDGET che erano stati ritenuti realizzabili erano i seguenti:

- **Ricavi per € 580.000,00**

I ricavi vengono stimati maggiori rispetto a quelli del 2022, in previsione di un incremento delle presenze medie.

- **Valore del personale per € 300.000,00**

Il valore del personale resta in linea con quello dell'anno precedente.

- **Costo dei Fornitori per € 160.000,00**

Il costo legato ai fornitori aumenta lievemente rispetto all'anno passato, in quanto tiene conto del momento storico che vede un aumento dell'inflazione e del costo delle materie prime.

Calcolando le spese legate alla “sovrastuttura” aziendale cioè la somma delle spese generali, considerando gli ammortamenti dei beni materiali e provando a stimare le tasse, si ipotizza un risultato netto positivo a fine esercizio di euro **26.000,00**

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

CAMPIGLIO (COD + PTR)	2023	%
RICAVI NETTI	€ 600.000,00	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 147.540,39	-24,6%
Personale	-€ 299.230,98	-49,9%
Somma Spese Generali	-€ 84.506,31	-14,1%
Budget Formazione		0,0%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico		
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 3.393,61	-0,6%
Tasse	-€ 5.126,58	-0,9%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€ 60.202,13	10,0%

Commento al budget:

Il risultato netto per l’anno 2023 risulta superiore a quanto previsto in sede di pianificazione 2023. I ricavi netti risultano maggiori per un aumento della presenza media degli utenti nella sede. Il costo dei fornitori è risultato inferiore al previsto, in quanto le opere realizzate nell’anno in struttura sono risultate più economiche di quanto ipotizzato. Il costo del personale è perfettamente in linea con quanto previsto.

10. VERIFICA PIANO FORMAZIONE

Per l’intera sezione relativa alla formazione si rimanda alla specifica relazione.

Si segnala che in sede di raccolta dei bisogni formativi l'equipe aveva segnalato come prioritario un percorso di supervisione, che si concentri sia sui casi, che sulle dinamiche interne all'equipe di lavoro.

Sulla base della:

- preventiva raccolta dei bisogni formativi nelle singole equipe;
- dati emersi dalla relazione piano-programma sul rischio clinico;
- valutazioni di budget
- garanzia di acquisizione degli ECM

nell'anno 2023 sono stati attivati i seguenti percorsi formativi:

TITOLO	DOCENTE	MONTE ORE
Gestione affettività e sessualità nelle strutture	Dr.ssa Silvia Barbieri	15
Gestione utente in doppia diagnosi	Dr. Antonio Mosti	10
Gestione utente psichiatrico	Dr. Enrico Baraldi	5
Antisocialità e narcisismo	Dr. Giuseppe Iraci	15
Identificazione e gestione Craving	Dr. Cesare Rinaldini	15

All'equipe di Campiglio è stato garantito un percorso di supervisione di equipe e sui casi condotto dal Dr. Cesare Rinaldini, che proseguirà nel 2024.

11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 04/08/2023 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 21 utenti

È stato attribuito un punteggio di valore alle categorie di gradimento da 1 a 4, per definire un valore di "soddisfazione" ad ogni item proposto. A seguire i risultati:

ANNUALITA'	1.1 PUOI CIRCOLARE LIBERAMENTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, RAGGIUNGENDO OGNI LUOGO?	1.2 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?	1.3 GLI SPAZI PERSONALI SODDISFANO LE TUE ESIGENZE?	1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO SUFFICIENTI?
2021	2,8	2,8	2,8	2,7
2022	3,8	3,36	3,4	3,36
2023	3,6	2,9	2,6	2,6

1.5 GLI SPAZI PERSONALI SONO ACCOGLIENTI?	1.6 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?	1.7 NELLA STRUTTURA IN CUI VIVI TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?	1.8 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?
2,9	2,6	2,6	2,8
3,4	3,5	3,6	3
2,6	2,5	2,9	2,26

1.9 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?	1.10 IL CIBO E' SUFFICIENTE?	1.11 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?	2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?
2,8	3,6	3,3	3,2
3,27	3,8	3,8	3,9
2,9	3,8	3,8	3,7

2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?	2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?	2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?	2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?
2,9	2,6	2,6	2,6
3,5	3,8	3,8	3,8
3,5	3,2	3,4	3,3

3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?	3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI?	3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?	3.4 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?
2,7	2,8	2,9	1,9
3,4	3,1	3,36	2,4
3,2	3,2	3,1	2,4

4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
2,8	2,7	3,2	2,7
3,5	3,8	3,6	3,36
3,6	3,5	3,7	2,9

5.1 RITIENI CHE LE ATTIVITA' MOTORIE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	5.2 RITIENI CHE LE GITE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	5.3 RITIENI CHE L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE PREVISTA DAL PROGRAMMA SIA UTILE?	5.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' CULTURALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
2	2,8	3	2,3
1,6	3,8	3,1	3,1
2,57	3,2	3,2	2,9

6.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?	6.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?	7.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?	7.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?
2,9	3,1	3,1	2,8
3,1	3,5	3,6	3,4
3,4	3,5	3,3	3,2

Commento al questionario

I punti più salienti su cui soffermarsi rispetto a quanto emerge dagli esiti in rapporto agli anni precedenti sono di seguito indicati:

- Rispetto al 2022 vi è un deciso calo dei valori attribuiti agli "spazi" della comunità, più in linea invece con i valori del 2021 (vedi item 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8)
- I valori relativi agli operatori sono in generale in calo rispetto agli anni precedenti, ma continuano comunque a collocarsi nella fascia del "molto".
- Da segnalare come elemento di grande positività il valore molto alto attribuito all'item: 2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?
- In calo l'apprezzamento per le gite (probabilmente relativo alla criticità di essersi ritrovati con un operatore in meno in equipe).

- In decisa crescita l'apprezzamento per le attività motorie e, forse legato a questo, la percezione di un miglioramento della propria salute fisica
- Si segnalano inoltre con valori particolarmente alti i seguenti item, che testimoniano il buon operato dell'equipe:
 - 4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
 - 4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
- Si sottolinea infine l'altissimo apprezzamento del cibo, da non sottovalutare in una struttura in cui sono gli utenti ed il personale stesso a prepararlo (anche questo va interpretato come un'ottima compliance al programma terapeutico).