



ANNO  
2023

STRUTTURA TERAPEUTICO  
RIABILITATIVA “MANCASALE”



RELAZIONE DI  
ATTIVITA'

## Sommario

<b>1. STRUTTURA</b> .....	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI.....	3
1.2 GLI OPERATORI DEL CENTRO RESIDENZIALE .....	5
1.3. MODALITÀ DI ACCESSO .....	6
<b>2. DATI DI ATTIVITÀ</b> .....	7
2.1 GENERE .....	7
2.2 ETA' .....	7
2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA.....	8
2.4 TITOLO DI STUDIO .....	8
2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA.....	9
2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO .....	9
2.7 STATO CIVILE .....	10
2.8 TEST EPATITE C.....	10
2.9 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO .....	11
2.10 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI.....	11
2.11 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA .....	12
2.12 SITUAZIONE LEGALE .....	12
2.13 ESITI PROGRAMMA (gli utenti dimessi risultano 38).....	13
Commento ai dati di attività.....	13
<b>3. INDICATORI DI EFFICACIA</b> .....	14
Commento agli indicatori di efficacia.....	14
<b>4. PRODOTTI</b> .....	15
4.1 CATALOGO PRODOTTI.....	15
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI .....	17
Commento ai prodotti: .....	18
<b>5. PROCEDURE</b> .....	19
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE .....	19
Commento alle procedure.....	20
<b>6. RISCHIO CLINICO</b> .....	21
Commenti sul rischio clinico .....	22
<b>7. VERIFICHE QUALITÀ</b> .....	22
Commento alle verifiche.....	23
<b>8. OBIETTIVI SPECIFICI</b> .....	23
Commento agli obiettivi specifici.....	24
<b>9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET</b> .....	24
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET .....	24

---

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET .....	25
Commento al budget.....	25
<b>10. VERIFICA PIANO FORMAZIONE .....</b>	<b>26</b>
<b>11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA .....</b>	<b>27</b>
Commenti al questionario.....	29

## 1. STRUTTURA

### 1.1 INFORMAZIONI GENERALI

**Denominazione:** Struttura residenziale terapeutico/riabilitativa mista per persone con dipendenza da sostanze “Mancasale”

**Sede:** Via Madre Teresa di Calcutta n.1 Reggio Emilia

**Tel** 0522/5129071- **Fax** 0522533367 **Cell.** 329/6707292 **e-mail** [mancasale@libera-mente.org](mailto:mancasale@libera-mente.org) **PEC** [mancasale@pec.it](mailto:mancasale@pec.it)

**Autorizzazione al funzionamento** del comune di Reggio Emilia – area servizi alla persona, come da provvedimenti del 30/06/2009 con protocollo n. 56/2009.

**Iscrizione All’albo Regionale degli Enti Ausiliari** come previsto dalla normativa nazionale e regionale, con D. n. 1620 del 10/02/2003.

**Accreditamento Istituzionale** della struttura per persone dipendenti da sostanze d’abuso con determina N 12718 del 26/Novembre/2009, con l’Atto di variazione del soggetto gestore, provvedimento n. 3750 del 15/03/2018 la Regione Emilia Romagna autorizza al funzionamento le nostre strutture residenziali accreditate.

**Orario:** Struttura residenziale aperta per le 24 ore

**Retta:** Regione Emilia Romagna 82,71 euro. Interamente a carico dell’AUSL di residenza.

**Capienza:** 30 utenti

**Tempo medio di permanenza:** 6/12 mesi

#### Obiettivi generali

- Accoglienza e Osservazione
- Gestione degli aspetti tossicomani
- Tutela dello stato di salute, attraverso la presa in carico di aspetti sanitari
- Formulazione di programmi personalizzati, in accordo con i servizi inviati
- Presa in carico di aspetti legali, con particolare attenzione e riferimento ad utenti in misura alternativa alla detenzione
- Incremento delle capacità di gestione emotiva e relazionale
- Promozione di risorse ed autonomie residue
- Promozione di processi di socializzazione adeguati
- Inserimento sociale e/o lavorativo
- Interiorizzazione di uno stile di vita responsabile

#### Obiettivi specifici

Il programma terapeutico ha lo scopo di consolidare l’astinenza dalle sostanze psicoattive e di favorire un processo volto a un reinserimento socio/lavorativo, con un’attenzione non esclusiva ma specifica, per utenti in misura alternativa alla detenzione.

La realizzazione di questi obiettivi avviene mediante una graduale e progressiva autonomizzazione, con un costante monitoraggio degli aspetti tossicologici e con la condivisione delle modalità di relazione con l’esterno.

Il programma si articola in 3 fasi, nelle quali si definisce un progetto personalizzato, sulla base delle risorse e dei bisogni dell’utente, con l’accordo del Servizio inviante. Dopo un breve periodo di

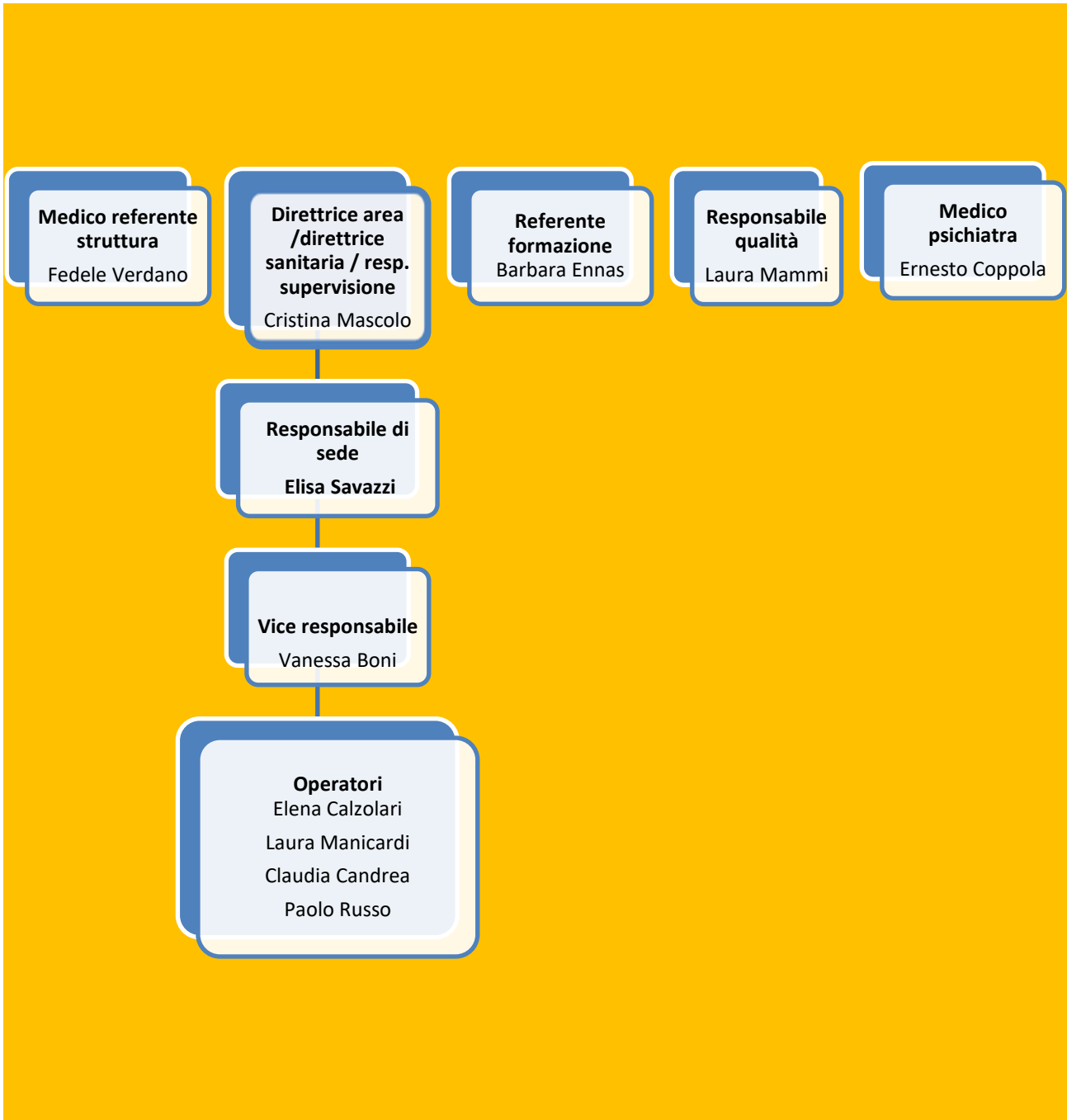
osservazione/accoglienza, seguono le fasi del pre-reinserimento e del reinserimento sociale. Questa suddivisione in fasi permette alla persona in programma un graduale passaggio dalla dimensione residenziale al reinserimento nel contesto sociale. I progressi maturati ed i cambiamenti ottenuti offrono la base su cui progettare il processo di autonomia della persona fino allo svincolo dalla comunità.

Particolare attenzione viene posta all'integrazione socio-lavorativa degli utenti accolti. Per questa ragione è stato istituito un canale di comunicazione specifico tra la comunità e l'area lavoro della Cooperativa Papa Giovanni, finalizzato ad offrire agli utenti all'interno del programma terapeutico un percorso che miri alla strutturazione e al rafforzamento di competenze e opportunità mirate al mondo del lavoro. Già dalle prime fasi del programma terapeutico sono quindi previste attività di gruppo finalizzate a questo.

Il percorso prevede anche l'attivazione di tirocini formativi presso aziende del territorio o nell'ambito della cooperazione sociale. I tirocini formativi rappresentano un'importante esperienza per la sperimentazione e il consolidamento delle competenze tecniche e relazionali, che consentono alla persona di reinserirsi nella società.

## 1.2 GLI OPERATORI DEL CENTRO RESIDENZIALE

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



### **1.3. MODALITÀ DI ACCESSO**

L'accesso è subordinato all'autorizzazione del Servizio per le Tossicodipendenze di residenza del richiedente.

Prima dell'ingresso viene effettuata una valutazione congiunta Ser.T. inviante, utente, Comunità, indirizzata ad individuare il programma personalizzato più idoneo alle esigenze e problematiche dell'utente.

A scopo preventivo, prima dell'ingresso in Comunità Residenziale, sarà necessario sottoporsi ad una serie di esami clinici ed accertamenti. A tal fine, l'utente e gli inviati vengono opportunamente informati circa i necessari adempimenti da compiere tramite apposito elenco di documenti ed esami richiesti.

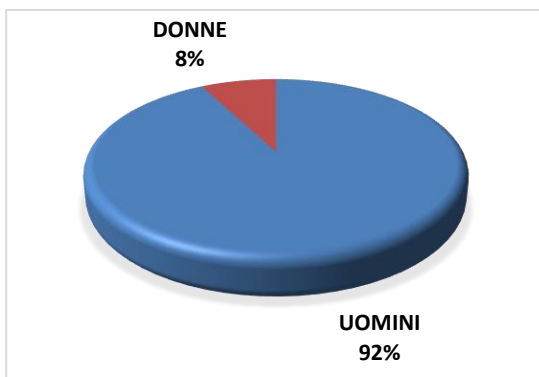
## 2. DATI DI ATTIVITÀ

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
<b>NUMERO UTENTI TRATTATI</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>65</b>

### 2.1 GENERE

ANNO 2023

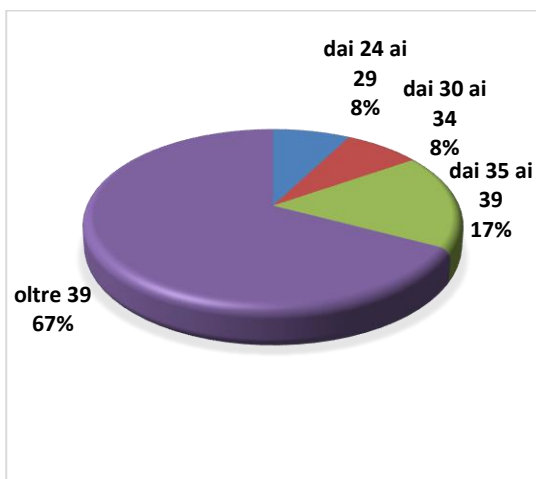


CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

GENERE	2023	2022	2021
Uomini	92%	89%	94%
Donne	8%	11%	5%

### 2.2 ETA'

ANNO 2023



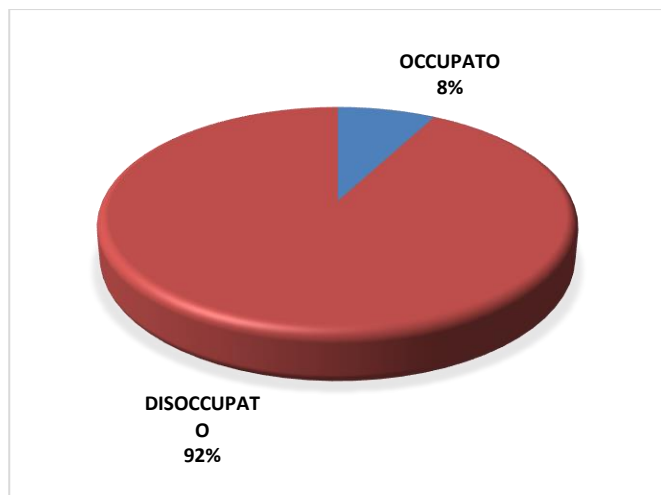
CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

ETA'	2023	2022	2021
dai 20 ai 24		0%	0%
Dai 25 ai 29	8%	6%	5%
Dai 30 ai 34	8%	11%	5%
Dai 35 ai 39	17%	18%	21%
Oltre i 39	67%	65%	63%



## 2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA

ANNO 2023

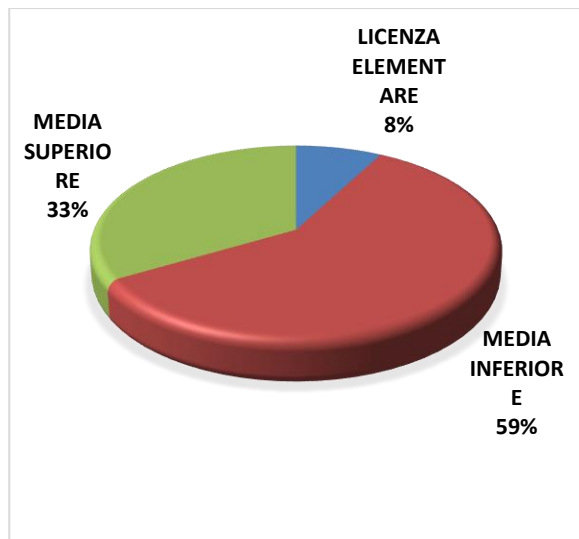


CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

CONDIZIONE LAVORATIVA	2023	2022	2021
Occupato	8%	6%	8%
Disoccupato	92%	92%	89%
Pensionato		0%	1%
Tirocinio		2%	2%

## 2.4 TITOLO DI STUDIO

ANNO 2023



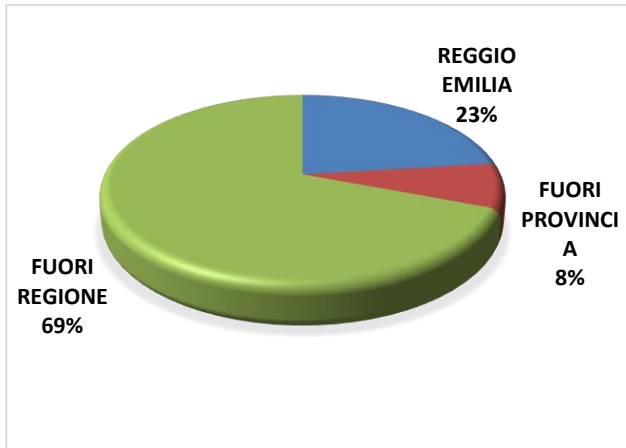
CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

TITOLO DI STUDIO	2023	2022	2021
Licenza elementare	8%	11%	13%
Media inferiore	59%	64%	60%
Media superiore	33%	25%	27%
Laurea	0%	0%	0%

## 2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

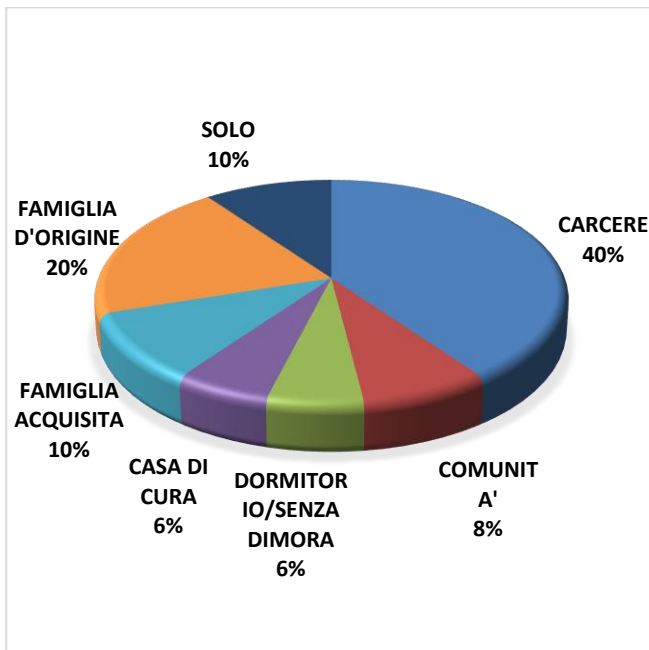


TERRITORIO	2023	2022	2021
Reggio e Provincia	23%	23%	19%
Fuori Provincia	8%	15%	29%
Fuori Regione	69%	62%	52%

## 2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

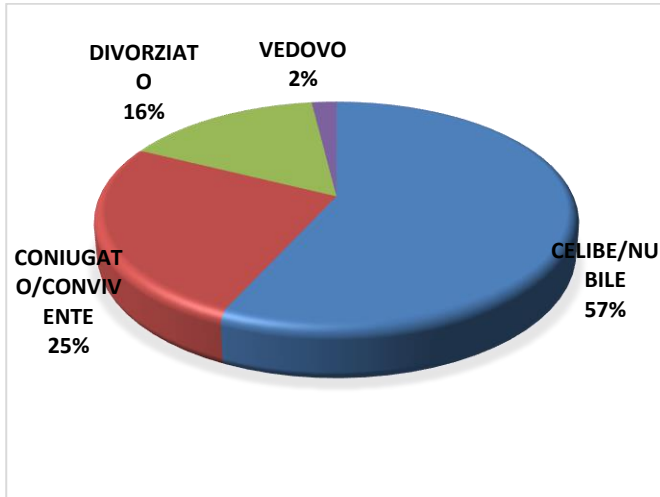


PROVENIENZA	2023	2022	2021
Carcere	40%	22%	14%
Casa di Cura	6%	3%	
Comunità/App	8%	16%	12%
Famiglia acquisita	10%	11%	17%
Famiglia d'origine	20%	27%	30%
Solo	10%	14%	17%
Senza Dimora	6%	7%	8%

## 2.7 STATO CIVILE

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

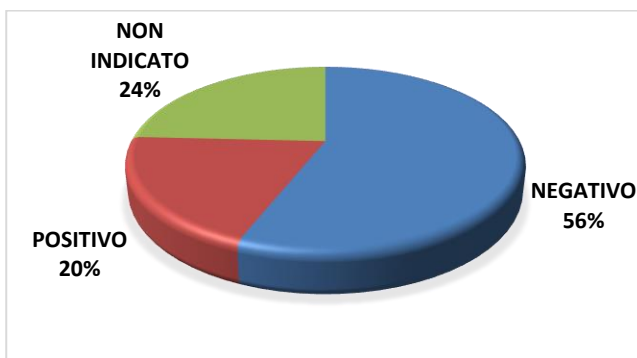


STATO CIVILE	2023	2022	2021
Celibe/Nubile	57%	61%	64%
Coniugato/Convivente	25%	16%	11%
Separato		0%	9%
Divorziato	16%	20%	13%
Vedovo	2%	3%	3%

## 2.8 TEST EPATITE C

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

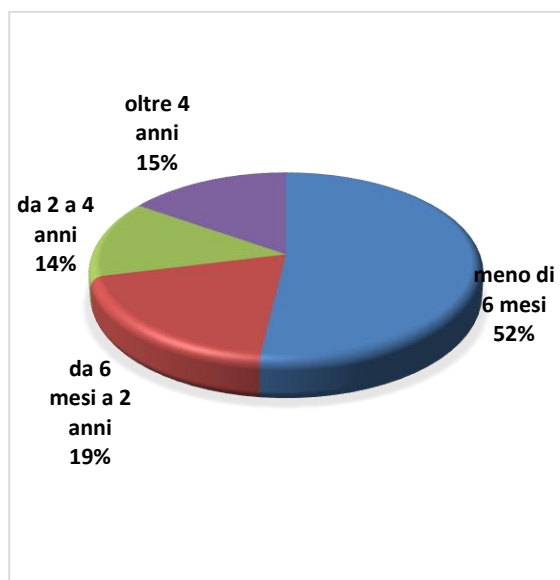


EPATITE	2023	2022	2021
Negativo	56%	56%	60%
Positivo	20%	20%	17%
Non indicato	24%	24%	23%

## 2.9 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

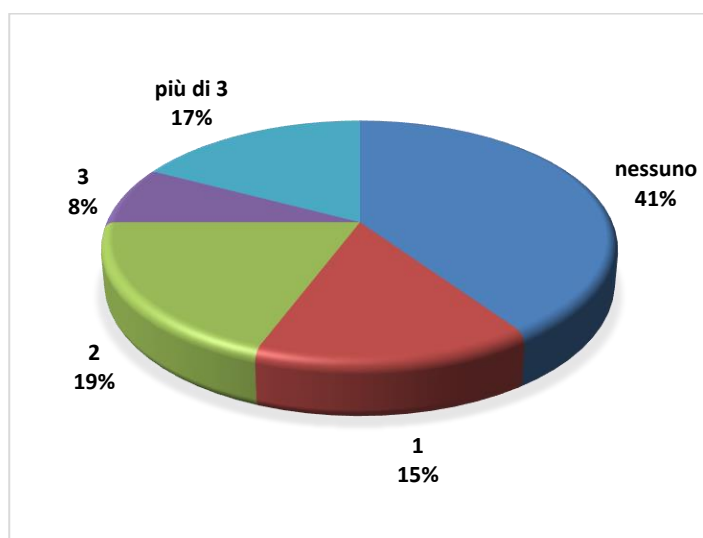


DURATA PROGRAMMI	2023	2022	2021
Meno di 6 mesi	52%	35%	26%
Da 6 mesi a 2 anni	19%	26%	36%
Da 2 a 4 anni	14%	23%	23%
Oltre 4 anni	15%	16%	15%

## 2.10 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

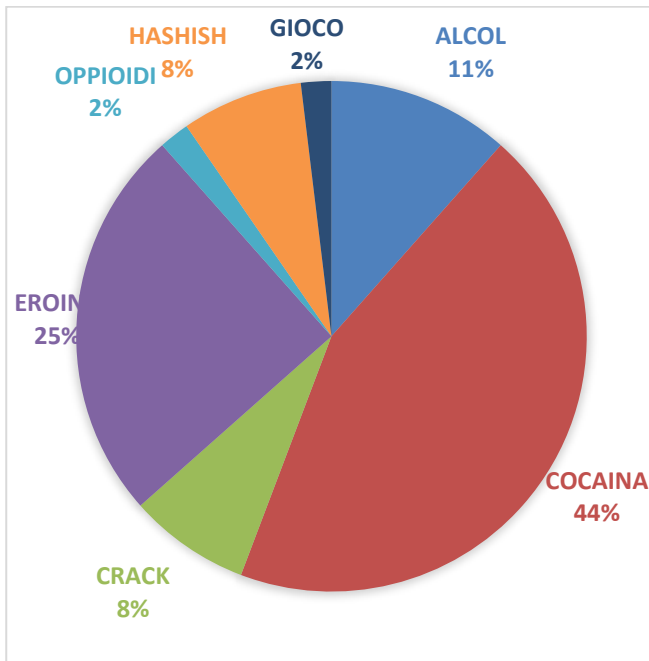


N° PROGRAMMI	2023	2022	2021
Nessuno	41%	27%	21%
Una struttura	15%	27%	25%
2 strutture	19%	17%	17%
3 strutture	8%	11%	15%
Oltre 3 strutture	17%	18%	22%

## 2.11 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

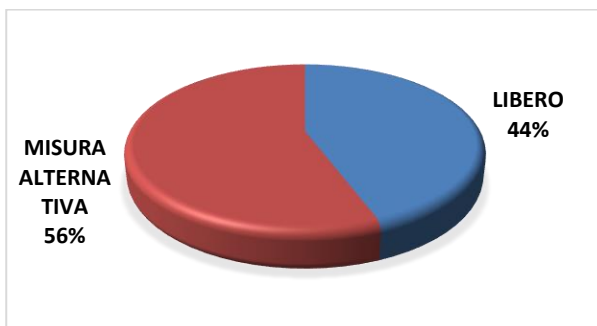


SOSTANZA ABUSO	2023	2022	2021
Alcol	11%	12%	15%
Cocaina	44%	48%	50%
Eroina	25%	15%	27%
Ero/coca		8%	0%
Oppioidi	2%	1%	2%
Crack	8%	5%	6%
Hashish	8%	8%	
Gioco	2%	3%	

## 2.12 SITUAZIONE LEGALE

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI

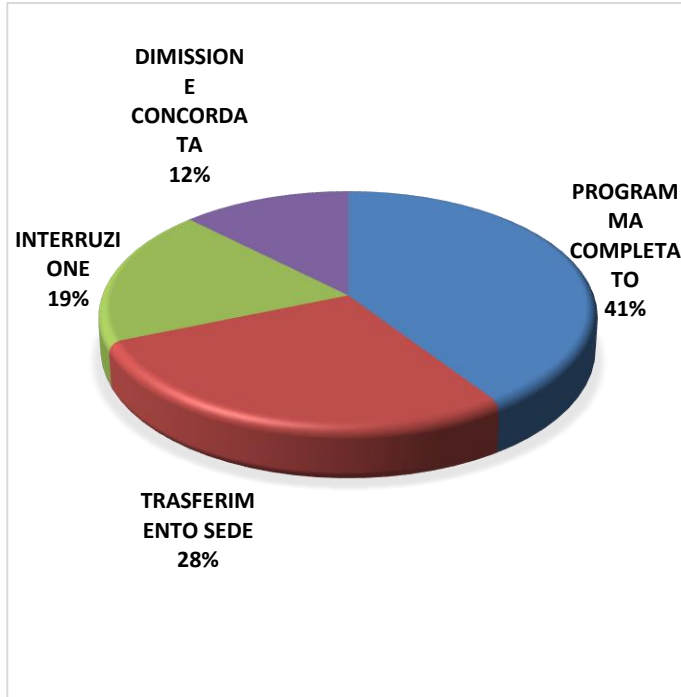


SITUAZIONE LEGALE	2023	2022	2021
Nessuna misura	44%	61%	
Misura alternativa	56%	39%	

## 2.13 ESITI PROGRAMMA (gli utenti dimessi risultano 38)

ANNO 2023

CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI



ESITI	2023	2022	2021
Programma completato	41%	22%	21%
Programma comp. e pass.appt		19%	
Trasferimento sede	28%	12%	31%
Trasferimento carcere		5%	7%
Dimissione concordata	12%	26%	24%
Interruzione	19%	17%	17%
Trasferimento ente		2%	0%

### Commento ai dati di attività

I dati di attività relativi all'anno 2023 appaiono tendenzialmente in linea con quelli dell'anno precedente, con qualche differenza.

Si rileva un decremento degli ingressi in struttura, mentre rimane indicativamente stabile il rapporto tra utenza maschile e femminile.

Si conferma una struttura che accoglie pochi giovani, con un 84% di utenti con più di 35 anni.

Il dato degli invii dal territorio resta stabile, mentre si registra un leggero aumento degli invii da fuori regione.

Gli elementi di maggiore discontinuità rispetto agli anni precedenti sono due:

- Il dato in significativo aumento degli utenti provenienti dal carcere, a conferma della mission specifica della struttura, che dall'anno scorso ha riscritto la propria carta dei servizi con questo obiettivo.
- Il deciso aumento degli utenti per i quali quella di Mancasale rappresenta la prima esperienza comunitaria, segnale di un minor indice di "cronicizzazione".

Anche le sostanze di abuso presentano una generale coerenza con gli anni passati. La cocaina resta la sostanza di elezione, con un incremento dell'eroina, non registrato nelle altre sedi.

Molto positivo il netto aumento degli utenti che hanno completato il programma, a fronte di un netto calo delle dimissioni concordata. L'indice degli abbandoni resta tendenzialmente in linea con gli anni precedenti.

### 3. INDICATORI DI EFFICACIA

Indicatori Efficacia	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Tasso Utilizzo Posti Letto	73%	75%	77,5%
Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	48%%	45%	50%
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	9%	<15%	11,5%
Audit sugli abbandoni	100%	100%	100%
Mortalità	0	0	0

#### Commento agli indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia appaiono tendenzialmente in linea con gli standard previsti. Si segnala un positivo aumento del tasso di utilizzo posti letto. Il tasso sulle dimissioni risulta ancora leggermente inferiore allo standard, ma in crescita rispetto all'anno precedente.

In data 7/2/2023 è stato effettuato l'audit annuale sulle interruzioni di programma. Si riportano di seguito le riflessioni maggiormente significative prodotte dall'equipe in sede di audit:

- Rispetto ai quattro abbandoni si riscontra una generale inappropriata dell'invio, in quanto nello specifico due utenti hanno manifestato aspetti psichiatrici non diagnosticati.
- Presente in tutti e quattro gli utenti forte componente craving, in particolare in due casi, secondo noi è stata la causa scatenante dell'abbandono da entrambi non riconosciuta.

- Nello specifico in merito a:

UTENTE 1: l'equipe nonostante il lungo periodo di permanenza e l'apparente funzionale relazione terapeutica instaurata nella fase precedente all'abbandono ha constatato la componente manipolatoria esercitata dall'utente, sia nei confronti dell'equipe e anche del gruppo utenti.

UTENTE 2: la breve permanenza in ct non ha permesso l'instaurarsi di una relazione terapeutica capace di poter gestire il forte craving riscontrato ed inoltre si è da subito constatato un invio improprio

UTENTE 3: è stato fatto tutto il possibile ma il forte craving non ha permesso di evitare l'abbandono

UTENTE 4: nonostante l'istaurarsi di una relazione terapeutica l'equipe non è riuscita a gestire il rapporto sentimentale instaurato con altra utente in ct.

In generale l'equipe evidenzia:

- Necessità di maggiore attenzione nella fase di pre-ingresso.
- Difficoltà nella gestione di relazioni sentimentali che si creano in ct
- Necessità di miglioramento nella gestione del craving

Obiettivi di audit che erano stati evidenziati per l'anno 2023:

OBIETTIVO	STANDARD 2022	ESITO 2023
Continuare a lavorare sulla valutazione per ottenere l'esito del 100% nelle schede valutazione iter di trattamento	100%	100%
Programmare per il 2023 una formazione sulla gestione del craving	1 formazione	1 formazione

Entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti.

## 4. PRODOTTI

### 4.1 CATALOGO PRODOTTI

<b>Prodotti / Servizi del programma terapeutico</b>	
1	<b>Accoglienza</b>
2	<b>Accoglienza in misura alternativa alla detenzione</b>
3	<b>Definizione progetto personalizzato</b>
4	<b>Reinserimento sociale da progetto personalizzato</b>
5	<b>Gruppi terapeutici e tematici</b>
6	<b>Incontri con i servizi legali</b>
7	<b>Lavoro di rete</b>

<b>Prodotto 1 – Accoglienza</b>			
		<b>Target</b>	<b>Caratt. qualitative</b>
<b>Accoglienza</b>	<b>Colloqui</b>	Soggetti affetti da dipendenza patologica da sostanze psicotrope, alcool, farmaci segnalati dai SER.T.	Rispondere alle richieste di ingresso in struttura da parte dei servizi
	<b>Valutazione</b>	Tutte le richieste di ingresso	Valutare in équipe le caratteristiche per l'inserimento in struttura
	<b>Presa in carico</b>	Soggetti considerati idonei ad un inserimento in struttura	Periodo di osservazione per poi strutturare un percorso

<b>Prodotto 2 – Accoglienza in misura alternativa alla detenzione</b>	
<b>Target</b>	<b>Caratt. qualitative</b>



Utenti inseriti in struttura in misura alternativa	Risposta ai bisogni di accoglienza del target carcerario con la complessità specifica che richiede questo tipo d'intervento
--	---

### Prodotto 3 - Definizione progetto personalizzato

Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Definizione, in collaborazione con il Sert inviante e la persona interessata, di un percorso residenziale idoneo ai bisogni e alle possibilità dell'utente

### Prodotto 4 - Reinserimento sociale personalizzato

Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Strutturazione di un progetto per sostenere ed accompagnare l'utente verso un percorso di inserimento sociale e lavorativo

### Prodotto 5- Gruppi terapeutici ed educativi

#### Sottoprodotto A – Gruppi terapeutici

Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Approfondimento delle problematiche personali e di gruppo, definizione di strategie di risoluzione dei problemi

#### Sottoprodotto B – Gruppi educativi

Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Riunioni organizzative, educazione alla salute, sensibilizzazione su temi specifici di rilevanza sociale o approfondimento di tematiche portate dagli utenti

#### Sottoprodotto C – Gruppi dedicati agli utenti in misura alternativa alla detenzione

Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura in misura alternativa alla detenzione	Spazio dedicato al confronto e all'approfondimento delle dinamiche emotive, sociali e della quotidianità, che riguardano specificamente la condizione di chi si trova in misura alternativa alla detenzione

### Prodotto 6 – Rapporti con i servizi legali

Target	Caratteristiche qualitative

Utenti inseriti in struttura in misura alternativa alla detenzione, o che presentino in generale problematiche di tipo legale	Gestione adeguata da parte dell'equipe degli incontri e dei rapporti con i servizi specificamente deputati alle tematiche legali, a cui gli utenti fanno riferimento (carcere, tribunale di sorveglianza, avvocati, UEPE, GIP).
---	---

Prodotto 7 – Lavoro di rete	
Target	Caratteristiche qualitative
Agenzie del lavoro, cooperative sociali, aziende, enti formatori, associazioni di volontariato.	Identificazione e gestione delle risorse territoriali che possano essere di sostegno ai percorsi di inserimento lavorativo e sociale degli utenti.

## 4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	Indicatori	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Accoglienza	1) Ingressi effettivi/totale richieste di ingresso 2) Utenti che non hanno abbandonato al primo mese/totale ingressi effettivi	1. 64% 2. 84%	1. 60% 2. 90%	1. 37% 2. 92%
Accoglienza in misura alternativa alla detenzione	N° Utenti in misura alternativa/ N° ingressi	35%	>35%	55%
Definizione progetto personalizzato	N- progetti personalizzati/ N - ingressi	100%	100%	100%
Reinserimento sociale personalizzato	1) inserimenti formativi/totale inserimenti 2) inserimenti sociali/totale inserimenti 3) inserimenti lavorativi/totale inserimenti		1. 10% 2. 60% 3. 30%	1. 8% 2. 31% 3. 48%
Gruppi terapeutici e tematici	Gruppi effettuati / totale dei gruppi dichiarati (260) 1) Gruppi terapeutici/totale gruppi dichiarati (130) 2) Gruppi educativi/totale gruppi dichiarati (156) 3) Gruppi misura	1. 157% 2. 103% 3. 94%	1. 85% 2. 85% 3. 85%	1. 75% 2. 73% 3. 75%

	alternativa/totale dei gruppi dichiarati (104)			
Rapporti con i servizi legali	Incontri con i servizi legali/totale incontri con i servizi	45%	40%	47%
Lavoro di rete	a) Contatti finalizzati a tirocini o inserimenti lavorativi/totale dei contatti di rete b) Contatti finalizzati a progetti di volontariato/totale dei contatti di rete c) Contatti con enti di formazione/totale dei contatti di rete	1. 71% 2. 5% 3. 24%	1. 60% 2. 10% 3. 20%	1. 87% 2. 13% 3. 0%

### Commento ai prodotti:

**PRODOTTO ACCOGLIENZA:** l'esito del primo sottoprodotto risulta decisamente inferiore allo standard previsto, per cui è stata aperta una non conformità. In realtà il dato è da mettere in relazione con il significativo aumento degli utenti in misura alternativa alla detenzione, a cui è stata data la disponibilità ad un ingresso anche immediato, che però spetta al magistrato competente convalidare. Questo può comportare tempi di attesa anche molto lunghi (e non dipendenti dall'equipe di Mancasale), tra l'accettazione della richiesta e l'invio effettivo dell'utente in struttura.

**PRODOTTO ACCOGLIENZA IN MISURA ALTERNATIVA ALLA DETENZIONE:** esiti nettamente al di sopra degli standard previsti, a testimonianza di una sempre maggiore specializzazione della struttura sul target di utenti in oggetto.

**PRODOTTO DEFINIZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO:** la compilazione degli appositi moduli che vanno a definire il progetto personalizzato di ogni utente (M-SPP) è garanzia di esiti conformi allo standard.

**PRODOTTO REINSERIMENTO SOCIALE PERSONALIZZATO:** esiti tendenzialmente invertiti tra il sottoprodotto inserimenti sociali e lavorativi. Il dato, pur nella non conformità agli standard, risulta altamente positivo, in quanto testimonia un eccellente trend di inserimenti nel mondo del lavoro da parte degli utenti della struttura. A questo ha certamente contribuito uno degli obiettivi specifici, poi ulteriormente sviluppato attraverso una specifica azione di miglioramento, in seguito descritta nella sezione dedicata agli obiettivi specifici.

**PRODOTTO GRUPPI TERAPEUTICI E TEMATICI:** i valori inferiori alla media sono da attribuire ad un momento di difficoltà che la struttura ha dovuto affrontare, in virtù del cambiamento del ruolo di coordinamento avvenuto circa a metà anno.

**PRODOTTO RAPPORTI CON I SERVIZI LEGALI:** esito di poco superiore allo standard previsto che testimonia una buona collaborazione con i servizi maggiormente deputati all'accompagnamento degli utenti in misura alternativa alla detenzione.

**PRODOTTO LAVORO DI RETE:** l'esito inferiore allo standard rispetto al tema della formazione sarà discusso con l'equipe in fase di pianificazione.

## 5. PROCEDURE

### 5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI 2021				
<b>Procedura</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Esiti 2022</b>	<b>Standard 2023</b>	<b>Esiti 2023</b>
<b>Controlli in accettazione P-CIA</b>	% annua non conformità rilevate attraverso il <b>M-RNC</b> sul totale delle richieste di acquisto <b>M-RDA</b>	0%	5%	<b>0%</b>
<b>Gestione non conformità P-GNC</b>	% annua reclami rilevati attraverso il <b>M-RNC2</b> sul totale degli utenti in programma	3%	5%	<b>22%</b>
<b>Gestione del rischio e sicurezza (addetti e utenti) P-GRS</b>	% addetti infortunati all'anno per sede sul totale del personale impiegato.	0%	0%	<b>0%</b>
<b>Gestione degli approvvigionamenti P-GD</b>	% non conformità all'anno rilevate attraverso il <b>M-RNC</b> sul totale delle richieste di intervento di assistenza <b>M-RDI</b>	0%	5%	<b>0%</b>
<b>Azioni di miglioramento P-ADM</b>	Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati <b>M-ADM-(RNC/RNC1/RNC2)</b>	0%	10%	<b>22%</b>
<b>Attività residenziali di recupero tossico - dipendenti P-ART</b>	Numero dimessi /numero utenti trattati <b>Relazione annuale</b>	48%	45%	<b>50%</b>
<b>Gestione del personale P-GP</b>	% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali. <b>M-RNC1/TOT Non conf</b>	22%	30%	<b>22%</b>
<b>Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ</b>	% non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto alle non conformità totali <b>M-RNC1/TOT Non conf</b>	22%	15%	<b>22%</b>
<b>Gestione della documentazione utente</b>	% non conformità relativa alla corretta gestione della cartella utente in rapporto alle non	22%	10%	<b>11%</b>

<b>P-GDU</b>	<i>conformità totali M-RNC1/TOT Non conf</i>			
<b>Gestione Farmaci P-GDF</b>	<i>% non conformità rilevate attraverso il M-RNC1 sul totale delle non conformità</i>	11%	5%	<b>11%</b>
<b>Procedura della Formazione Continua P-FC</b>	<i>% N. formazioni attivate/ n. formazioni proposte</i>	VEDI RELAZIONE ANNUALE FORMAZIONE		
<b>Procedura gestione rischio clinico P-GRC</b>	<i>% annua di schede M-SEC sul totale degli utenti in programma</i>	VEDI RELAZIONE ANNUALE 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
24/01/2023	M-RNC1	<b>PERSONALE</b>	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE
15/02/2023	M-RNC1	<b>DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'</b>	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
28/02/2023	M-RNC1	<b>CARTELLA UTENTE</b>	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
30/05/2023	M-RNC2	<b>RECLAMO</b>	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
12/07/2023	M-RNC2	<b>RECLAMO</b>	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
14/07/2023	M-RNC1	<b>DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'</b>	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
18/07/2023	M-RNC1	<b>FARMACI</b>	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
23/08/2023	M-RNC1	<b>PERSONALE</b>	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
05/12/2023	M-RNC1	<b>QUESTIONARIO SISTEMA QUALITA'</b>	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE QUALITA'

Il numero delle non conformità e le tipologie sono rimaste perlopiù invariate rispetto agli anni precedenti. Sono diminuite le non conformità sulla gestione delle cartelle.

Rispetto alla non conformità che riguarda il questionario somministrato agli operatori è stata aperta un'azione di miglioramento che riguarda il sistema delle sedi accreditate e che prevede la strutturazione di un pacchetto formativo da proporre annualmente ai neoassunti. Tutte le altre non conformità sono state risolte senza la necessità di ricorrere ad un piano di miglioramento.

Nel corso del 2023 sono state portati avanti due piani di miglioramento:

- **AZIONE DI MIGLIORAMENTO “LAVORO”** (ampiamente descritta nella parte dedicata agli obiettivi specifici).
- **AZIONE DI MIGLIORAMENTO PASSAGGIO APPARTAMENTI:** dopo avere rilevato difficoltà nel primo mese di inserimento degli utenti che da Mancasale proseguono un percorso terapeutico all’interno del programma degli appartamenti, è nata la necessità di incontrarsi tra responsabili e definire buone prassi tramite la costruzione di una procedura interna.

## 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 / RICADUTA GIOCO	54	Formazione su craving e gestione ricaduta	2023	<b>formazione effettuata</b>
ESPRESSIONE AGITA DI DISAGIO INTERIORE	46	Formazione sugli stili di conduzione dei gruppi terapeutici	In corso	<b>formazione effettuata</b>
		Formazione su gestione utenti con dipendenza da sostanze e disturbi psichici	2023	<b>formazione effettuata</b>
GESTIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE	42	Riapertura azione di miglioramento farmaci	2023	<b>analisi non conformità</b>

### 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.	LUG.	AGO.	NOV.	DIC.
GESTIONE DOCUMENTAZIONI E UTENTI	23 RILEVAZIONI ANNUALI	28 CONTROLLO CARTELLE	29 CONTROLLO CARTELLE	14 (MASCOLO )		19 CONTROLLO CARTELLE
			14 RILEVAZIONE SEMESTRAL E			
GESTIONE DOCUMENTAZIONI E SQ						12 CONTROLLO PORTFOLIO

CONTROLLO SANITARIO		16 TERAPIE FARMACOLOGICHE			17 TERAPIE FARMACOLOGICHE	
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione						5 QUESTIONARI O QUALITA'

### Commento alle verifiche

I controlli effettuati nella sede nel corso del 2023 hanno prodotto le seguenti non conformità:

15/02/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA': CRITICITA' RISPETTO ALLA RILEVAZIONE DI UN PRODOTTO PER DIFFICOLTA' REPERIMENTO SCHEDE DI REGISTRAZIONE	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
14/07/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA': REGISTRAZIONE NON COMPLETA DI INCIDENT REPORTING E SCHEDE VALUTAZIONE ITER DI TRATTAMENTO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
18/07/2023	M-RNC1	FARMACI: NON RISPETTO DELLA PROCEDURA FARMACI SU DIVERSI ASPETTI	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA

Come si nota due su tre delle non conformità sono state individuate nel mese di luglio, che è stato centrale nel cambio di assetto dell'equipe e che quindi ha certamente coinciso con un momento di crisi e ridefinizione che ha comportato qualche carenza nell'esecuzione dei compiti (come si evince anche dai dati relativi ai gruppi terapeutici).

## 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
Strutturazione di un programma terapeutico/riabilitativo specifico per utenti in misura alternativa alla detenzione.	Costruzione di un gruppo di miglioramento che imposti il nuovo programma	- Riunioni di equipe - Incontri dedicati del gruppo di miglioramento	Giugno 2023
Acquisizione di maggiori competenze ed abilità digitali da parte dell'equipe di sede	Attivazione di un modulo formativo specifico	- Modulo raccolta bisogni formativi	Entro il 2023



Sistematizzazione ed ampliamento delle opportunità di reinserimento per gli utenti accolti	Costruzione di un gruppo di miglioramento dedicato	- Riunioni di equipe - Incontri dedicati del gruppo di miglioramento	Entro il 2023
--	--	---	---------------

### Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	RAGGIUNTO	La Carta dei servizi della sede, pubblicata sul sito della Cooperativa Papa Giovanni, è stata revisionata in data 24/05/23 in particolare relativamente all'inserimento di elementi più specifici in merito all'accoglienza e al trattamento di utenti in misura alternativa alla detenzione. A rinforzo della qualità del lavoro di equipe è stato realizzato un percorso formativo di 15 ore, sulla gestione dell'utente con caratteristiche di antisocialità.
OBIETTIVO 2	RAGGIUNTO	In virtù del sistema di digitalizzazione introdotto, la Cooperativa Papa Giovanni ha organizzato una giornata di formazione per tutti i dipendenti, finalizzata all'acquisizione di competenze rispetto all'utilizzo della piattaforma Google-Workspace.
OBIETTIVO 3	RAGGIUNTO	E' stata portata avanti un'azione di miglioramento specifica con l'obiettivo di provare a mettere in sinergia l'area lavoro della PGXXIII all'interno del programma terapeutico residenziale della Comunità per tossicodipendenti, mettendo a disposizione in modo trasversale la diverse competenze, con l'ambizione di poter creare una Comunità che abbia un focus innovativo sul territorio in merito all'inserimento sociale lavorativo, promuovere la proposta progettuale sul territorio e a tutta la rete dei servizi con la quale collaboriamo (SerD, UEPE, Carceri).

## 9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

### 9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

MANCASALE	BUDGET 2023	%
<b>RICAVI NETTI</b>	€ <b>694.350,45</b>	<b>100,0%</b>
Fornitori e altri costi produzione	-€ 270.000,00	-38,9%
Personale	-€ 244.000,00	-35,1%
<b>MARGINE OPER. LORDO - 1° margine</b>	€ <b>180.350,45</b>	<b>26,0%</b>
Somma Spese Generali	-€ 84.233,74	-12,1%
Budget Formazione		0,0%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico		
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 40.000,00	-5,8%
Tasse	-€ 5.000,00	-0,7%

<b>RISULTATO NETTO</b>	€	<b>62.999,68</b>	<b>9,1%</b>
------------------------	---	------------------	-------------

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

- **Ricavi**

Dopo un'analisi dei dati ufficiali sul 2022 viene stimato un aumento a 23 utenti la presenza media nell'anno,

- **Valore del personale**

Il valore del personale tiene conto dell'assunzione di educatori giovani all'interno dell'equipe

- **Costo dei Fornitori**

Il costo legato ai fornitori dovrebbe aumentare in considerazione dell'aumento dell'inflazione ed i rincari legati alle materie prime che caratterizzeranno questa annualità ed un maggiore numero di utenti, che implica più spese.

Calcolando le spese legate alla "sovrastruttura" 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 **62.999,68** euro.

## 9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

MANCASALE	2023	%
<b>RICAVI NETTI</b>	€ <b>715.672,80</b>	<b>100,0%</b>
Fornitori e altri costi produzione	-€ <b>262.950,06</b>	-36,7%
Personale	-€ 241.549,15	-33,8%
<b>MARGINE OPER. LORDO - 1° margine</b>	€ <b>211.173,59</b>	<b>29,5%</b>
Somma Spese Generali	-€ 99.126,45	-13,9%
Budget Formazione		0,0%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico		
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 39.530,22	-5,5%
Tasse	-€ 6.013,51	-0,8%
<b>RISULTATO NETTO</b>	€ <b>66.503,41</b>	<b>9,3%</b>

### Commento al budget

Rispetto al risultato netto si registra un valore superiore a quello previsto in fase di preventivo di budget. Le cause sono da ricercare in:

- La presenza media dell'anno è stata di quasi 24 utenti, quindi superiore alla previsione.
- Minor costo del personale dovuto al cambio del coordinamento dell'equipe

- Eccessiva prudenza rispetto ai costi dell'energia, che da metà anno in poi sono diminuiti

## 10. VERIFICA PIANO FORMAZIONE

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

Si segnala che i principali bisogni formativi evidenziati in sede di pianificazione 2023 erano:

- Interventi educativi con pz. Antisociali/narcisisti in trattamento comunitario
- Approfondimento sul tema della dipendenza nelle diverse forme (affettiva, telematica, sostanze) e nei diversi aspetti (ad es: craving) e su come impostare una terapia e come trattarla nei gruppi
- Gestione della sessualità all'interno della comunità
- Approfondimenti sulla cultura deviante
- Gestione emotività/transfert e controtransfert/prevenzione burnout

Sulla base di:

- 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

Le formazioni attivate hanno risposto a 4 dei cinque bisogni formativi individuati in sede di pianificazione

## 11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 25/08/2023 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 16 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	3,7	3,5	3,6	3,5
2022	3,8	3,35	3,65	3,55
2023	3,5	2,85	3	2,8

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?
3,5	3,3	3,5	3,5
3,6	3,7	3,7	3,65
2,9	2,56	3	2

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?
3,4	3,2	2,7	3,5
3,5	3,5	2,75	3,65
2,2	1,68	1,56	3,1

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?
3,6	3,5	3,8	3,4
3,55	3,4	3,4	3,5
3,4	3,25	3,25	3,1

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?
3,3	3,4	3,4	2,3
3,6	3,55	3,5	2,05
2,8	2,7	2,75	2,3

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?
3,3	3,3	3,7	3,5
3,35	3,35	3,5	3,5
2,75	2,6	3	3,1

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?
3,3	3,6	3,5	3,4
3,25	3,65	3,6	3,45
2,9	3,37	3,4	2,8

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?
3,5	3,6	3,5	3,6
3,75	3,5	3,6	3,45
2,6	3,1	2,7	3

### Commenti al questionario

I valori emersi sono in generale positivi e si collocano quasi tutti nella fascia dell'abbastanza e del molto. Gli unici item che si collocano nella fascia del "poco" sono quelli relativi al cibo (su cui è già stata aperta una non conformità affrontata in coordinamento responsabili) e alla manutenzione della struttura (probabilmente legata alla non conformità sul non funzionamento dell'aria condizionata).

Tuttavia, se si confrontano i dati con quelli degli anni precedenti, si avverte il momento un po' critico che la struttura ha attraversato a metà del 2023, a causa del cambio della coordinatrice. Mentre infatti i dati relativi agli operatori restano tendenzialmente alti, si registra un deciso calo:

- negli item relativi agli spazi (1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7).
- negli item relativi alle regole (3.1, 3.2, 3.3)
- negli item relativi alle attività (4.1, 4.2, 4.3)
- negli item relativi al programma terapeutico (6.1, 7.1, 7.2)

Gli esiti del questionario sono stati elementi di confronto all'interno dell'equipe settimanale di sede e sono stati rimandati agli utenti in un incontro dedicato (vedi M-SIG).