

2023

Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa “La Tregua”



Relazione di Attività

Sommario

1. LA STRUTTURA	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI	3
Obiettivi generali	3
Obiettivi specifici	3
Modello di intervento.....	4
1.2 GLI OPERATORI	5
1.2 MODALITA' DI ACCESSO	6
2. DATI DI ATTIVITÀ	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 TEST HIV	11
2.10 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO.....	11
2.11 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI.....	12
2.12 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA.....	12
2.13 TERAPIA CON SOSTITUTIVO.....	13
2.14 ESITI PROGRAMMA	13
Commento ai dati di attività.....	14
3. INDICATORI DI EFFICACIA	14
Commento agli indicatori di efficacia:.....	14
4. PRODOTTI	15
4.1 CATALOGO PRODOTTI	15
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI	17
Commento ai prodotti:.....	18
5. PROCEDURE	18
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE.....	18
Commento alle non conformità	20
6. RISCHIO CLINICO	21

Commenti sul rischio clinico	22
7. VERIFICHE QUALITA'	22
8. OBIETTIVI SPECIFICI	23
Comento agli obiettivi specifici	24
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET	24
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET 2022	24
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET 2023	25
Comento al budget.....	25
10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE	25
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA	26
Comento al questionario:.....	28

1. LA STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione: Struttura residenziale terapeutico/riabilitativa per persone con dipendenza da sostanze “LA TREGUA”

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

Tel/fax 0522/545609- **Cell.** 329/6707293 **email:** tregua@libera-mente.org **PEC:** tregua.pg23@pec.it

Autorizzazione al funzionamento del comune di Reggio Emilia – area servizi alla persona, come da provvedimenti del 31/05/2007 con protocollo n. 10976

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 006551 del 09/06/2008

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+ IVA euro. Interamente a carico dell’AUSL di residenza.

Capienza: 23 utenti

Tempo medio di permanenza: 6/12 mesi

Obiettivi generali

- Pronta accoglienza
- Sospensione delle condotte di uso/abuso
- Recupero benessere psico/fisico
- Stabilizzazione delle terapie
- Attivazione delle risorse della persona
- Orientamento verso altri percorsi di cura
- Consolidamento dell’autonomia personale
- Reinserimento sociale
- Prevenzione e gestione/elaborazione delle recidive

Obiettivi specifici

Le richieste iniziali alle quali la sede cerca di dare risposta sono:

- una “tregua” finalizzata a riorganizzare le proprie forze;
- un distacco da un contesto non favorente la remissione dell’uso di sostanze;
- un luogo adeguato ad un ricovero indirizzato ad offrire un ristoro e una pausa di riflessione, che la quotidianità tossicomane non consente.

Per queste ragioni la struttura accoglie anche con modalità di “pronta accoglienza” e/o con obiettivi minimi di tutela della salute.

Successivamente è possibile individuare percorsi e progetti indirizzati ad innalzare il grado di benessere ed autonomia della persona accolta.

Il programma si articola in fasi nelle quali vengono declinati gli obiettivi educativo-terapeutici. Queste fasi non sono necessariamente conseguenti e progressive. La richiesta e i conseguenti obiettivi possono riguardare anche il soddisfacimento di una sola fase.

Modello di intervento

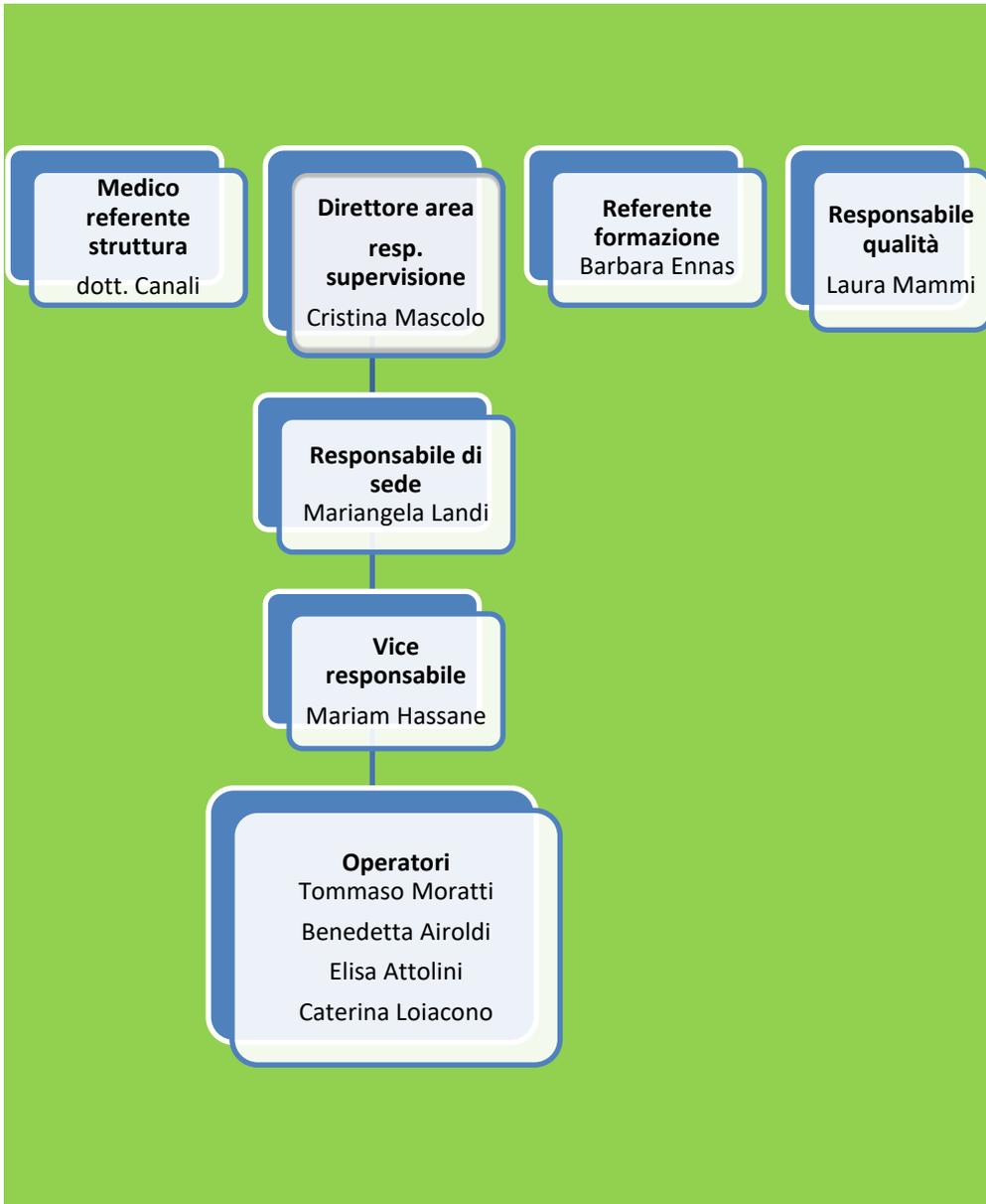
Il modello teorico di riferimento è la politica della riduzione dei danni come paradigma di salute pubblica. L'obiettivo prioritario di tutela della salute del singolo ha ripercussioni positive sul benessere della società intera.

Il colloquio motivazionale si configura come principale strumento terapeutico ed include i seguenti capisaldi:

- accogliere senza pregiudizi e preclusioni;
- dare priorità agli aspetti relazionali rispetto a quelli normativi;
- favorire un clima accogliente;
- evitare giudizi morali sui comportamenti dell'utente;
- negoziare le sue esigenze in relazione alle possibilità offerte;
- facilitare il rientro in programma in caso di nuova richiesta;
- valorizzare e dare dignità anche a percorsi che prevedano obiettivi minimi di tutela della salute, non necessariamente finalizzati all'astinenza continuativa da sostanze e al reinserimento sociale;
- perseguire obiettivi praticabili, in relazione allo stato fisico, sociale, psichico e motivazionale della persona accolta;
- portare l'attenzione sulla persona e al momento che vive;
- escludere la possibilità di considerare la persona accolta irrecuperabile;
- consentire che le residue competenze lavorative, culturali e sociali abbiano la possibilità di riemergere;
- individuare programmi, strutture e risorse presenti sul territorio, che possano contribuire a rendere i progetti individuati praticabili.

1.2 GLI OPERATORI

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.



1.2 MODALITA' 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.

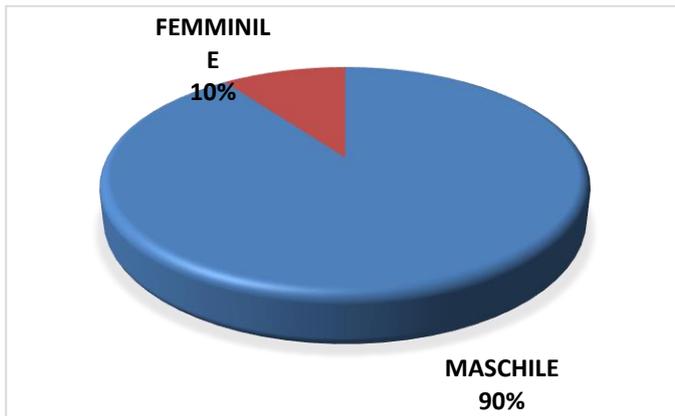
2. DATI DI ATTIVITÀ

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
NUMERO UTENTI TRATTATI	61	60	51

2.1 GENERE

Anno 2023

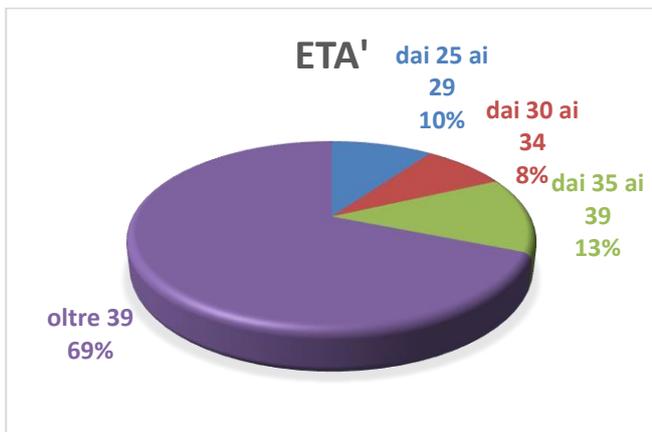


Confronto ultimi tre anni

GENERE	2023	2022	2021
Maschile	90%	90%	94%
Femminile	10%	10%	6%

2.2 ETA'

Anno 2023

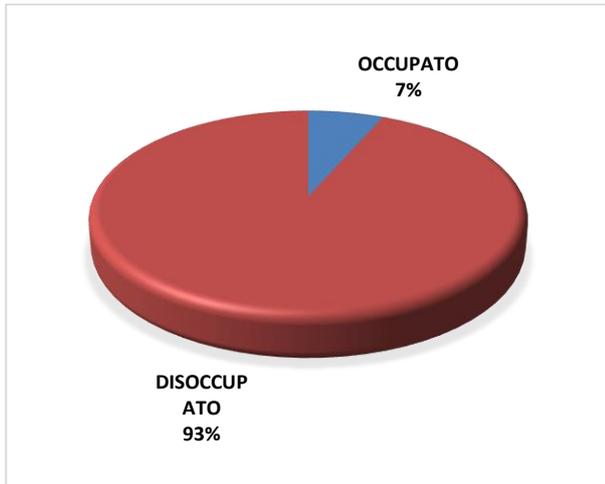


Confronto ultimi tre anni

ETA'	2023	2022	2021
dai 20 ai 24		0%	0%
Dai 25 ai 29	10%	8%	4%
Dai 30 ai 34	8%	12%	6%
Dai 35 ai 39	13%	15%	12%
Oltre i 39	69%	65%	78%

2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA

Anno 2023

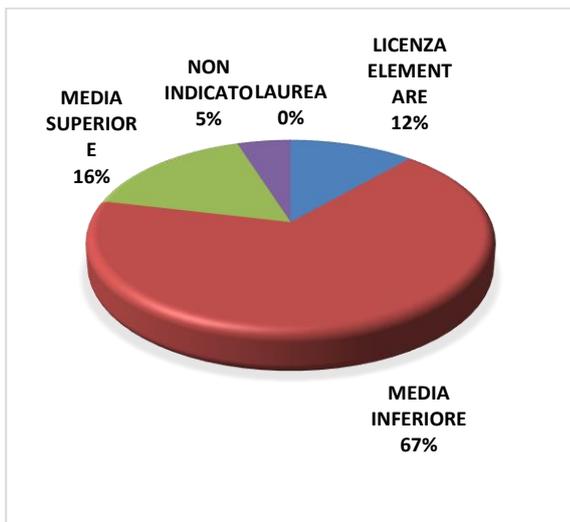


Confronto ultimi tre anni

CONDIZIONE LAVORATIVA	2023	2022	2021
Occupato	7%	8%	12%
Disoccupato	93%	90%	84%
Pensionato		0%	2%
Tirocinio		2%	2%

2.4 TITOLO DI STUDIO

Anno 2023

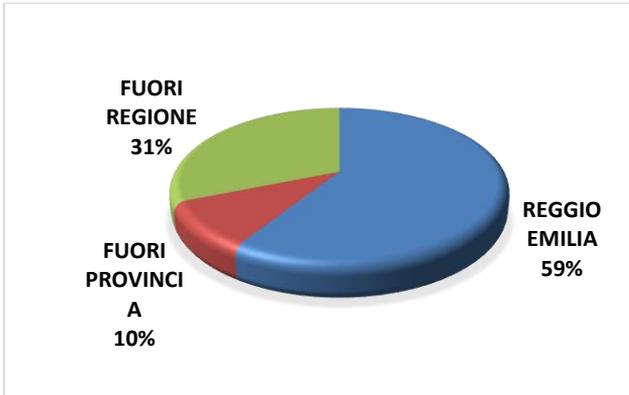


Confronto ultimi tre anni

TITOLO DI STUDIO	2023	2022	2021
Licenza elementare	12%	13%	10%
Media inferiore	67%	67%	76%
Media superiore	16%	13%	14%
Laurea	0%	2%	0%

2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA

Anno 2023

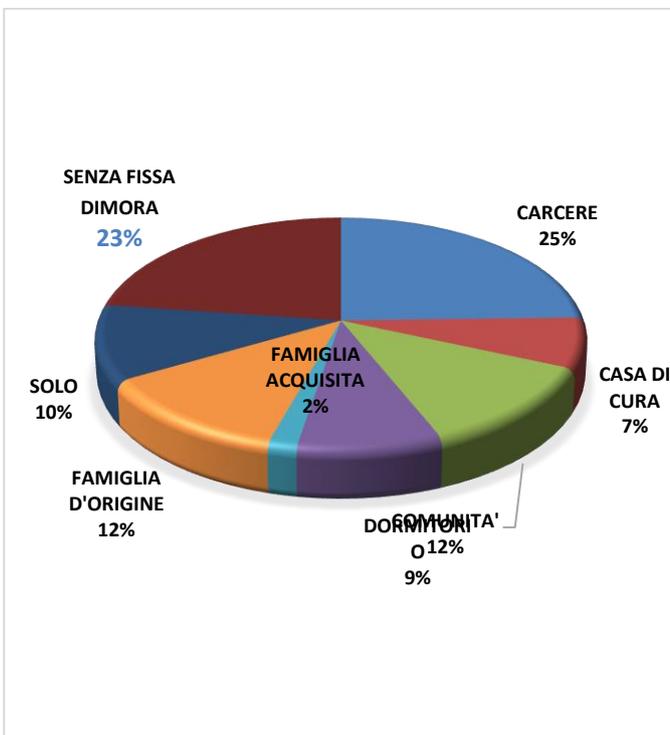


Confronto ultimi tre anni

TERRITORIO	2023	2022	2021
Reggio e Provincia	59%	63%	69%
Fuori Provincia	10%	10%	4%
Fuori Regione	31%	27%	27%

2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO

Anno 2023

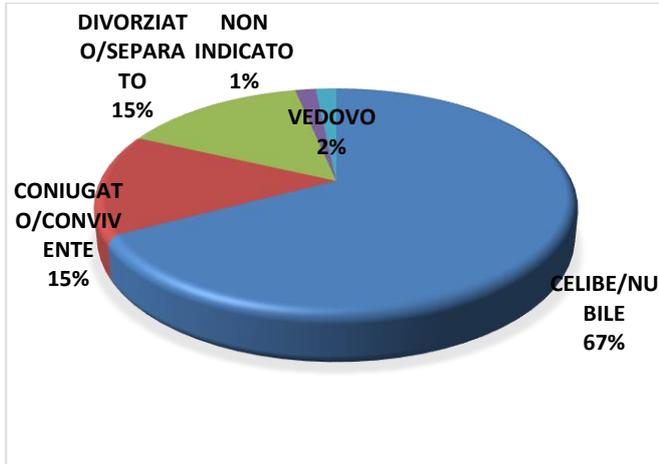


Confronto ultimi tre anni

PROVENIENZA	2023	2022	2021
Carcere	25%	17%	12%
Casa di Cura	7%	5%	2%
Comunità	12%	5%	6%
Famiglia acquisita	2%	10%	4%
Famiglia d'origine	12%	16%	20%
Solo	10%	17%	25%
Senza Dimora	23%	21%	21%
Dormitorio	9%		

2.7 STATO CIVILE

Anno 2023

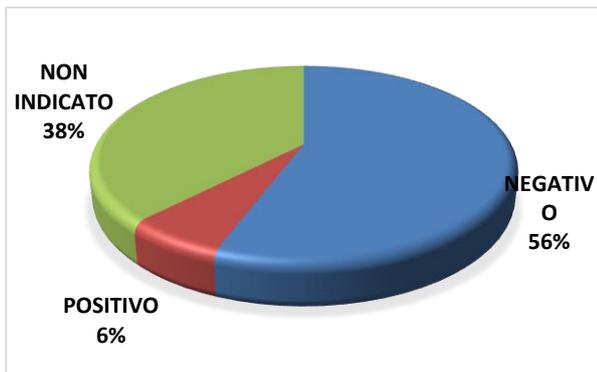


Confronto ultimi tre anni

STATO CIVILE	2023	2022	2021
Celibe/Nubile	67%	65%	61%
Coniugato/Convivente	15%	10%	12%
Separato	15%	22%	23%
Vedovo	2%	2%	4%

2.8 TEST EPATITE C

Anno 2023

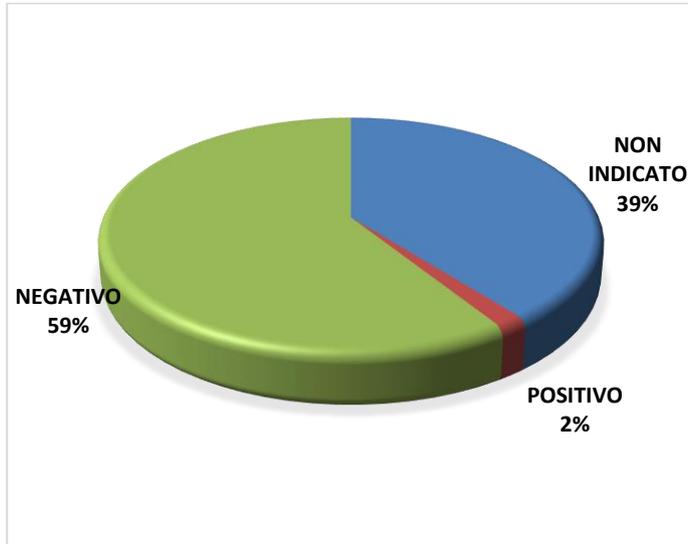


Confronto ultimi tre anni

EPATITE	2023	2022	2021
Negativo	56%	60%	67%
Positivo	6%	18%	17%
Non indicato	38%	22%	16%

2.9 TEST HIV

Anno 2023

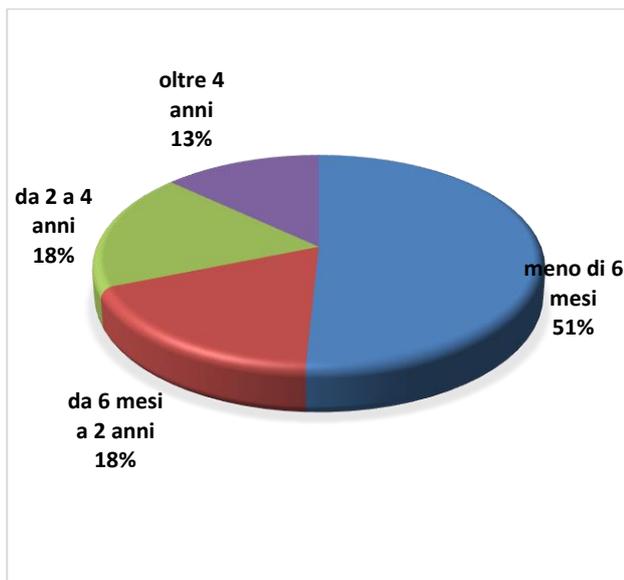


Confronto ultimi tre anni

TEST HIV	2023	2022	2021
Positivo	2%	8%	14%
Negativo	59%	67%	68%
Non indicato	39%	25%	18%

2.10 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO

Anno 2023

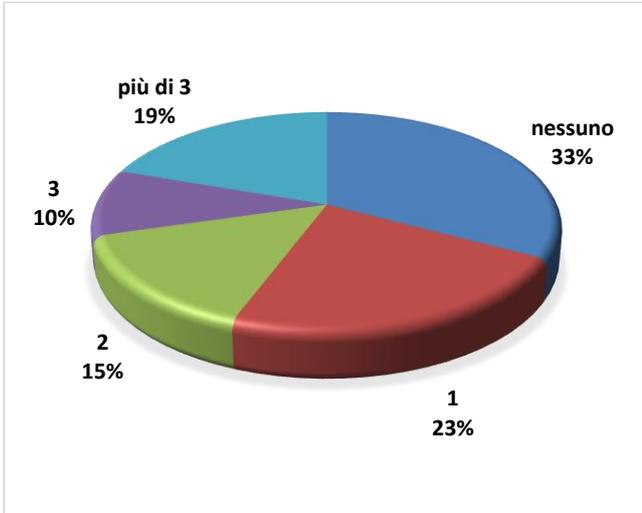


Confronto ultimi tre anni

DURATA PROGRAMMI	2023	2022	2021
Meno di 6 mesi	51%	39%	35%
Da 6 mesi a 2 anni	18%	23%	12%
Da 2 a 4 anni	18%	18%	24%
Oltre 4 anni	13%	20%	29%

2.11 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI

Anno 2023

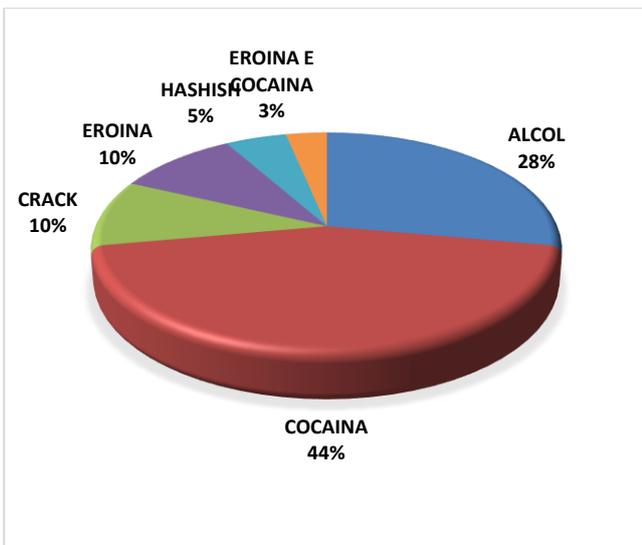


Confronto ultimi tre anni

N° PROGRAMMI	2023	2022	2021
Nessuno	33%	27%	22%
Una struttura	23%	32%	27%
2 strutture	15%	11%	12%
3 strutture	10%	3%	6%
Oltre 3 strutture	19%	27%	33%

2.12 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anno 2023



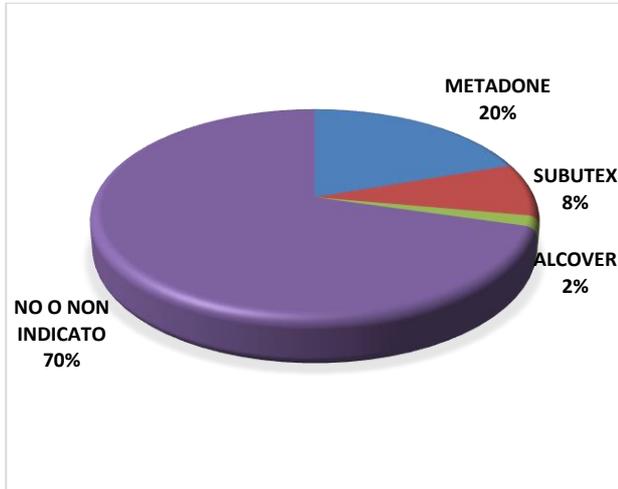
Confronto ultimi tre anni

SOSTANZA ABUSO	2023	2022	2021
Alcol	28%	25%	37%
Cocaina	44%	36%	35%
Eroina	10%	15%	16%
Eroina/Cocaina	3%	12%	4%
Crack	10%	10%	8%
Hashish	5%		

2.13 TERAPIA CON SOSTITUTIVO

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni

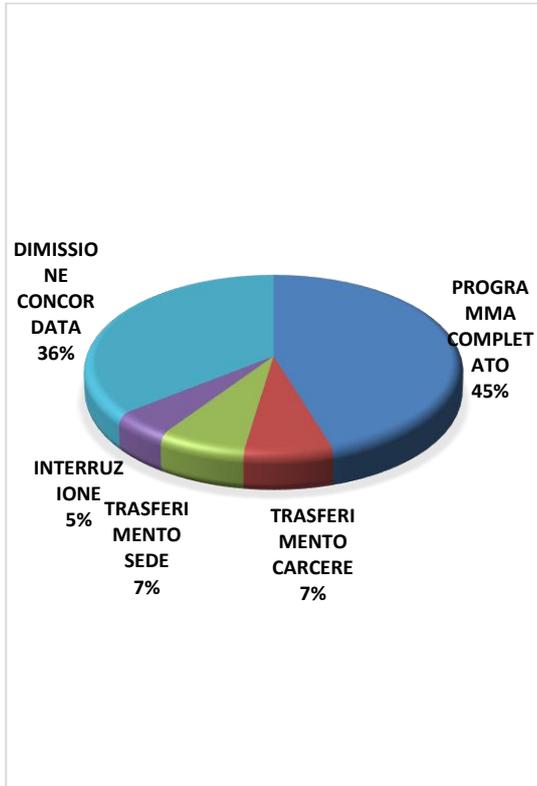


SOSTITUTIVO	2023	2022	2021
Metadone	20%	32%	31%
Subutex	8%	8%	0%
Alcover	2%	3%	4%
Subuxone		0%	0%
Nessuno o non indicato	70%	57%	65%

2.14 ESITI PROGRAMMA

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni



ESITI	2023	2022	2021
Programma completato	45%	28%	21%
Programma completato e trasferimento ad altra sede		7%	
Programma completato e trasferimento ad altro ente		13%	
Trasferimento sede	7%	4%	38%
Trasferimento ente		4%	23%
Dimissione concordata	36%	22%	6%
Interruzione	5%	22%	12%
Allontanamento		0%	0%
Trasferimento carcere	7%		

Commento ai dati di attività

I dati risultano tendenzialmente in linea con gli anni precedenti.

Di seguito le osservazioni sui dati di discontinuità emergenti dal confronto tra le diverse annualità:

- Prosegue il graduale aumento della popolazione proveniente dal carcere, prevalentemente inviata dal SerDP di Napoli
- In leggero calo risultano gli invii dai SerDP provinciali, in favore di quelli da fuori Regione.
- Si registra un incremento di utenti senza percorsi comunitari alle spalle. Il dato è presumibilmente da incrociare con quello degli utenti di origine straniera in continuo aumento (23% degli invii)
- Cresce ulteriormente il consumo di cocaina come sostanze di abuso primaria, a fronte di un ulteriore calo del consumo di eroina.
- Rispetto agli esiti dei programmi, il dato maggiormente positivo risulta il drastico calo delle interruzioni, da mettere in relazione con un significativo incremento delle dimissioni concordate (a testimonianza di un buon livello relazionale tra equipe ed utenti e tra equipe e sistema dei servizi invianti e a garanzia della continuità terapeutica).

3. INDICATORI DI EFFICACIA

Indicatori Efficacia	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Tasso Utilizzo Posti Letto	97%	85 %	97,4%
Utenti Dimessi / Totale in programma	60%%	60 %	65,5%
Interruzione Programma a 3/6/12 mesi	18,3%	18 %	3,2%
Audit sugli abbandoni	100%	100 %	100%
Mortalità	0%	0 %	1,6%

Commento agli indicatori di efficacia:

Il tasso di utilizzo posti letto è ampiamente maggiore dello standard. Anche la percentuale degli utenti dimessi risulta superiore sia allo standard, che agli esiti dell'anno precedente.

Si registra un dato particolarmente positivo relativo al drastico calo degli abbandoni.

Purtroppo ad inizio 2023 si è verificato il decesso di un utente accolto in struttura, nel corso di una verifica sul territorio di provenienza (città di Napoli). All'evento è stato dedicato un report SEA, condiviso dall'equipe della struttura con il servizio inviante (vedi relazione piano programma 2023 in allegato).

In data 07/02/2023 è stato realizzato un audit sugli abbandoni. Di seguito le riflessioni maggiormente significative emerse:

Nella tipologia di Servizio che Tregua rappresenta (alta accessibilità rivolta ad utenti in condizione di marginalità sociale) è molto frequente che si possano verificare abbandoni. Nonostante questo rispetto all'anno 2022 la percentuale di abbandoni si è abbassata notevolmente. Gli abbandoni sono stati due e per entrambi l'invio da parte dei servizi è risultato appropriato.

In considerazione della tipologia di utenti che ospita, l'equipe si sforza costantemente per evitare l'interruzione dei percorsi, soprattutto perchè nella maggior parte dei casi gli utenti raggiungono buoni obiettivi. Tuttavia, la richiesta di una completa astinenza è talvolta un obiettivo troppo elevato.

Per questa ragione l'equipe si era data l'obiettivo di strutturare maggiormente i Percorsi Personalizzati, dando obiettivi minimi in base all'utenza trattata e facendo maggiori verifiche del Percorso terapeutico. L'equipe intende proseguire su questo percorso, migliorando gli standard su percorsi sempre più mirati alle singole situazioni.

Obiettivi di audit di sistema 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

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	Pronta Accoglienza
2	Definizione progetto personalizzato
3	Reinserimento sociale da progetto personalizzato
4	Inserimento in altro percorso di cura
5	Stacco e tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva
6	Accompagnamento e sostegno ai famigliari

Prodotto 1 – Pronta Accoglienza	
Target	Caratt. qualitative

Utenti inseriti in struttura	Valutazione in collaborazione con il Sert inviante e la persona interessata per definire un percorso residenziale idoneo ai bisogni e alle possibilità dell'utente
------------------------------	--

Prodotto 2 - Definizione progetto personalizzato

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

Prodotto 3 - Reinserimento sociale personalizzato

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

Prodotto 4 – Inserimento in altro percorso di cura

Target	Caratt. qualitative
Utenti che nel progetto personalizzato prevedono il passaggio ad altra forma di cura residenziale o territoriale	Sostenere e motivare l'utente al proseguimento del percorso di cura in altro centro residenziale o ambulatoriale sul territorio.

Prodotto 5 – Stacco e Tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva

Target	Caratt. qualitative
Utenti che nel progetto personalizzato prevedono un periodo residenziale di distacco dalla propria realtà quotidiana senza altre finalità terapeutico-riabilitative	Rispondere al bisogno temporaneo di tutela del soggetto e di riequilibrio degli aspetti: fisico-psichico-sociali

Prodotto 6 – Accompagnamento e sostegno ai familiari

Target	Caratteristiche qualitative
Famigliari degli utenti	Sostenere i familiari delle persone accolte in programma e i familiari di persone con problematiche di dipendenza patologica che, dall'esterno cercano un aiuto poiché in difficoltà.
Famigliari di non utenti	

4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	Indicatori	Standard/Esiti 2022		Standard/Esiti 2023	
Pronta Accoglienza	N ingressi in pronta accoglienza/n ingressi	35%	44,6%	35%	43%
Definizione progetto personalizzato	Progetti personalizzati/Inserimenti	100%	100%	100%	100%
Reinserimento sociale personalizzato	N-percorsi di reinserimento/utenti in programma	17,5%	40%	30%	39%
Inserimento in altro percorso di cura	N- Strutture Papa Giovanni	27%	14%	27%	54%
	N- COD	2%	5,5%	2%	0%
	N- Centro doppia diagnosi	1%	0%	1%	0%
	N- strutture altre	14%	14%	14%	38%
	Su utenti dimessi				
Stacco e Tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva	Progetti stacco e tregua/inserimenti	55%	42,5%	55%	55%

Accompagnamento e sostegno ai familiari	N colloqui familiari effettuati/ N utenti accolti	N=100	N=189 189%	10% Su tot. utenti	23%
---	---	-------	-----------------------------	-----------------------	------------

Commento ai prodotti:

PRODOTTO PRONTA ACCOGLIENZA: Anche nel 2023 è significativamente superiore allo standard, confermando l'importante funzione che la sede ricopre per il territorio da questo punto di vista.

REINSERIMENTO SOCIALE PERSONALIZZATO: in seguito alla riflessione dell'equipe sul trend degli esiti di questo percorso negli ultimi anni, lo standard era stato alzato in sede di pianificazione. L'attuale esito conferma la correttezza della scelta dell'equipe.

INSERIMENTO IN ALTRO PERCORSO DI CURA: si tratta degli esiti che si discostano maggiormente dagli standard previsti. Si registra infatti un notevole incremento degli invii degli utenti in fase di dimissione, sia in altri percorsi della Papa Giovanni (appartamenti), sia presso comunità esterne (sottolineando l'importante funzione della sede per il territorio).

CONTATTI CON I FAMILIARI: l'esito si conferma superiore allo standard, non scontato in una sede che ospita una parte significativa di utenza in condizione di grave marginalità sociale.

5. PROCEDURE

5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

STANDARD/ESITI				
<u>Procedura</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Esiti 2022</u>	<u>Standard 2023</u>	<u>Esiti 2023</u>
Controlli in accettazione P-CIA	<i>% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC sul totale delle richieste di acquisto M-RDA</i>	0%	2%	0%
Gestione non conformità P-GNC	<i>% annua reclami rilevati attraverso il M-RNC2 sul totale degli utenti in programma</i>	0%	2%	0%
Gestione del rischio e sicurezza (addetti e utenti) P-GRS	<i>% addetti infortunati all'anno per sede sul totale del personale impiegato.</i>	17%	0%	0%

Gestione degli approvvigionamenti P-GDA	<i>% non conformità all'anno rilevate attraverso il M-RNC sul totale delle richieste di intervento di assistenza M- RDI</i>	3%	10%	0%
Azioni di miglioramento P-ADM	<i>Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati M-ADM-(RNC/RNC1/RNC2)</i>	33%	5%	21%
Attività residenziali di recupero tossico - dipendenti P-ART	<i>Numero dimessi /numero utenti trattati Relazione annuale</i>	60%	60%	65,5%
Gestione del personale P-GP	<i>% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali. M-RNC1/TOT Non conf</i>	0%	3%	28%
Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ	<i>%non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf</i>	0%	0%	21%
Gestione della documentazione utente P-GDU	<i>% non conformità relativa alla corretta gestione della cartella utente in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf</i>	0%	0%	7%
Gestione Farmaci P-GDF	<i>% non conformità rilevate attraverso il M-RNC1 sul totale delle non conformità</i>	0%	3%	14%
Procedura della Formazione Continua P-FC	<i>% N. formazioni attivate/ n. formazioni proposte</i>	Vedi relazione annuale e pianificazione formazione		
Procedura gestione rischio clinico P-GRC	<i>% annua di schede M-SEC sul totale degli utenti in programma</i>	Vedi documento triennale e relazione piano programma 2022		

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

Di seguito una tabella che riassume le non conformità rilevate nel corso dell'anno.

DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
23/01/2023	M-RNC1	CARTELLA UTENTE	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
05/07/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
06/07/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
06/07/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
20/07/2023	M-RNC1	PERSONALE	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE

05/07/2023	M-RNC1	PERSONALE	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE SEDE
12/08/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	EDUCATRICE
18/09/2023	M-RNC1	PERSONALE	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE SEDE
04/10/2023	M-RNC1	PERSONALE	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
05/10/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
10/02/2023	M-RNC2	RECLAMO	RISOLTA	EDUCATRICE
01/03/2023	M-RNC2	RECLAMO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE SEDE
27/04/2023	M-RNC2	RECLAMO	RISOLTA	EDUCATRICE
08/06/2023	M-RNC2	RECLAMO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE SEDE

Commento alle non conformità

In data 07/02/2023 è stato effettuato l'audit sulle non conformità.

Rispetto ai dati registrati nello scorso anno le non conformità sono aumentate in modo significativo (3 nel 2022 e 14 nel 2023). Tuttavia il dato è da interpretare in maniera positiva, in quanto rispecchia una maggiore attenzione da parte dell'equipe alla registrazione delle criticità, di cui nessuna ha comunque avuto conseguenze gravi. Da segnalare che l'equipe si conferma molto attenta nel raccogliere i reclami degli utenti.

4 non conformità sono esitate in piani di miglioramento che hanno implicato la costruzione di due gruppi di miglioramento:

- per gestire le criticità riguardo al servizio di consegna e somministrazione dei pasti;
- per programmare e mettere in atto azioni concrete finalizzate a ridurre le criticità e i rischi legati al trasferimento della struttura (su questo è stato strutturato uno FMEA-FMECA).

Rispetto all'audit di sistema, dal momento che la riduzione delle non conformità relative ai farmaci era uno degli obiettivi individuati nel precedente e non è stato raggiunto, è stata avviata una riflessione comune da cui 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.

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	formazione effettuata
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 SISTEMA QUALITA'	GEN.	FEB.	LUG.	AGO.	NOV.	DIC.
GESTIONE DOCUMENTAZIONE E UTENTI		28 CONTROLLO CARTELLE		21 CONTROLLO CARTELLE		20 CONTROLLO CARTELLE
GESTIONE DOCUMENTAZIONE E SQ	10 RILEVAZIONI ANNUALI		6 RILEVAZIONI SEMESTRALI			7 CONTROLLO PORTFOLI

CONTROLLO SANITARIO		24 TERAPIE FARMACOLOGICHE			16 TERAPIE FARMACOLOGICHE	
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione						5 QUESTIONARIO

Dalle verifiche effettuate non sono emerse non conformità.

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
Attivazione di nuove proposte socializzanti e professionalizzanti	Attivazione di nuove proposte riabilitative, socializzanti e professionalizzanti	<ul style="list-style-type: none"> Collaborazione con associazione di volontariato Attivazione di convenzione con palestra del territorio Riunione di equipe settimanale e strutturazione dei turni di lavoro che ottimizzano le skills che gli operatori possono mettere a disposizione per l'organizzazione di attività 	12 mesi
Letture adeguate dei percorsi di utenti complessi e fortemente compromessi, laddove presuppongano fasi temporanee di interruzione del programma.	Attenzione ed attivazione dell'equipe nella gestione corretta degli strumenti di rilevazione e di valutazione degli specifici percorsi	<ul style="list-style-type: none"> Modulo DDI Schede valutazione iter di trattamento Relazioni finali Incontri con i servizi Incident reporting Audit abbandoni 	12 mesi

Pianificazione e gestione adeguata della fase di trasloco che interesserà la struttura.	Realizzare un cronoprogramma che tenga conto degli aspetti pratici, di quelli emotivi e della gestione adeguata di una sede che andrà a collocarsi accanto ad un'altra con una mission differente.	Riunioni di equipe Incontri generali operatori Coordinamento responsabili di sede Riunioni e gruppi con utenti Coordinamento con referenti ufficio acquisti e manutenzioni	
---	--	--	--

Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	RAGGIUNTO	<ul style="list-style-type: none"> - È stata attivata la ciclofficina - E' stata attivata la convenzione con una palestra - Sono stati organizzati i piani di lavoro in base alle competenze degli operatori (ad es: cooking class)
OBIETTIVO 2	RAGGIUNTO	Come si evince dalle riflessioni sui casi di abbandono, l'equipe ha programmato obiettivi di tutela minima, percorsi di breve durata con possibilità di nuova accoglienza, per gli utenti in condizione di particolare complessità.
OBIETTIVO 4	NON RAGGIUNTO	L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto le opere di costruzione e l'autorizzazione al funzionamento hanno causato ritardi, Ad inizio 2024 il trasferimento non è ancora stato effettuato.

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET 2022

LA TREGUA	BUDGET 2023	%
RICAVI NETTI	€ 679.255,88	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 240.000,00	-35,3%
Personale	-€ 220.000,00	-32,4%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 219.255,88	32,3%
Somma Spese Generali	-€ 105.000,00	-15,5%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 6.000,00	-0,9%
Tasse	-€ 5.000,00	-0,7%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€ 103.255,88	15,2%

Per l'anno 2023 gli obiettivi di BUDGET che in fase di pianificazione erano stati considerati realizzabili erano i seguenti:

– **Ricavi per € 679.255,88**

Dopo un'analisi dei positivi dati ufficiali sul 2022 viene alzato a 22,5 utenti la presenza media nell'anno.

▪ **Valore del personale per € 220.000**

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

- **Costo dei Fornitori per € 240.000**

L'aumento sensibile del dato relativo al costo dei fornitori è legato alla congiuntura sfavorevole che attraversa la nazione e che vede un aumento dell'inflazione e dei costi delle materie prime, con conseguenti rincari sulle spese per cibo, gas, elettricità, ecc.

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 **103.255,88** euro.

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET 2023

LA TREGUA		2023	%
RICAVI NETTI	€	689.057,01	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€	238.633,11	-34,6%
Personale	-€	218.830,97	-31,8%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€	231.592,93	33,6%
Somma Spese Generali	-€	98.236,99	-14,3%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€	9.283,62	-1,3%
Tasse	-€	5.959,55	-0,9%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€	118.112,77	17,1%

Commento al budget

I dati del consuntivo mostrano valori più elevati di quelli previsti in sede di preventivo. Le motivazioni sono da attribuire a:

- media di presenze più alta (22,8 utenti)
- lavoro svolto su interventi territoriali di media e bassa intensità;

10. VERIFICA PIANIFICAZIONE 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:

- La gestione dell'utente psichiatrico in struttura residenziale
- Approfondimento sulla normativa relativa ad utenti in misura alternativa alla detenzione
- La gestione del conflitto
- I bisogni psicologici degli operatori nella relazione d'aiuto

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

Le formazioni attivate hanno risposto a 2 dei 4 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 23 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. Di seguito 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	3	3
2022	3,4	3,1	3,1	3
2023	3,4	3,2	3,32	2,9

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?
3,1	3,2	3,4	3,2
2,9	3,05	3,05	3,1
3,04	3,2	3,1	3,08

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	3,1	2,4	3,7
2,6	2,6	2,3	3,4
2,9	2,5	2,36	3,6

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	3,6	3,5	3,5
3,5	3,6	3,5	3,4
3,6	3,76	3,6	3,56

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 FATIGOSE DA RISPETTARE?
3,3	3,3	3,4	1,8
3,06	3,2	3,3	1,9
3,3	3,4	3,56	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?
---	--	--	--

2,9	2,7	3,3	3,3
3,2	2,8	3,6	3,2
3,4	3,26	3,45	3,4

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?
2,8	3,5	3,5	2,7
3	3,5	3,5	3,2
3,4	3,5	3,4	3,2

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?
3,6	3,6	3,6	3,3
3,56	3,4	3,5	3,5
3,28	3,5	3,68	3,6

Commento al questionario:

I risultati sono eccellenti e tendenzialmente in linea con quelli degli anni precedenti. Gli item con i valori più alti sono relativi al gradimento degli operatori e del programma terapeutico:

2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?

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?

7.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBLEMI DI DIPENDENZA?

7.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?

Resta una criticità sul cibo, su cui è già stata aperta l'ennesima non conformità.