

**STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE CON DIPENDENZA DA SOSTANZE
D'ABUSO E PATOLOGIE PSICHIATRICHE "ALDA MERINI"**



RELAZIONE ANNUALE DI ATTIVITA' 2024

1. STRUTTURA	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI	3
1.2 L'EQUIPE DI LAVORO	4
1.3 MODALITA' DI ACCESSO	4
2. DATI DI ATTIVITA'	4
Commento ai dati di attività	13
3. INDICATORI DI EFFICACIA	13
Commento agli indicatori di efficacia	14
4. PRODOTTI	14
4.1 CATALOGO PRODOTTI	14
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI	17
Commento ai prodotti	18
5. PROCEDURE	18
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE	18
Commento alle procedure	19
6. RISCHIO CLINICO	21
Commenti sul rischio clinico	21
7. VERIFICA QUALITA'	22
Commento alle verifiche	23
8. OBIETTIVI SPECIFICI	23
Commento agli obiettivi specifici	23
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET	24
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET	24
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET	24
Commento al budget	25
1. Ricavi Netti	25
2. Fornitori e Altri Costi di Produzione	25
3. Personale	25
5. Budget Formazione	25
6. Budget Sicurezza e Rischio Clinico	25
8. Risultato Netto	26
Sintesi	26
10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE	26
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA	27
Commenti al questionario sulla qualità percepita	36

12. QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

37

Commento al questionario sul benessere organizzativo

37

1. STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione: Struttura residenziale per persone con dipendenza da sostanze d'abuso e patologie psichiatriche "Alda Merini"

Sede: Reggio Emilia Via Domenico Sassi, 4

Tel/fax: 0522/963021- Cell. 329/6707286 Email: alda.merini@libera-mente.org

Autorizzazione al funzionamento del comune di Reggio Emilia – area servizi alla persona.

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 con DETERMINAZIONE n° 12836 del 05/10/2015

Orario: Struttura residenziale aperta per le 24 ore

Retta: Regione Emilia Romagna 149,75 euro. Interamente a carico dell'AUSL di residenza

Capienza: 12 utenti

Tempo medio di permanenza: 1/9 mesi

Obiettivi generali

- Osservazione e approfondimento diagnostico in contesto protetto
- Formulazione di programmi di intervento personalizzati in accordo con i servizi inviati
- Orientamento al trattamento
- Trattamento terapeutico ed educativo intensivo
- Gestione degli aspetti tossicomani
- Tutela dello stato di salute
- Promozione di risorse ed autonomie residue
- Promozione di processi di socializzazione adeguati

Obiettivi specifici

Il programma si articola in 4 percorsi non necessariamente consequenziali, declinati da progetto individualizzato recante bisogni e richieste dell'utente e del servizio inviante:

- 1) percorso di osservazione ed approfondimento diagnostico
- 2) percorso di stabilizzazione e sostegno motivazionale
- 3) percorso finalizzato alla continuità terapeutica
- 4) percorso socioriabilitativo di accompagnamento territoriale

Modello d'intervento

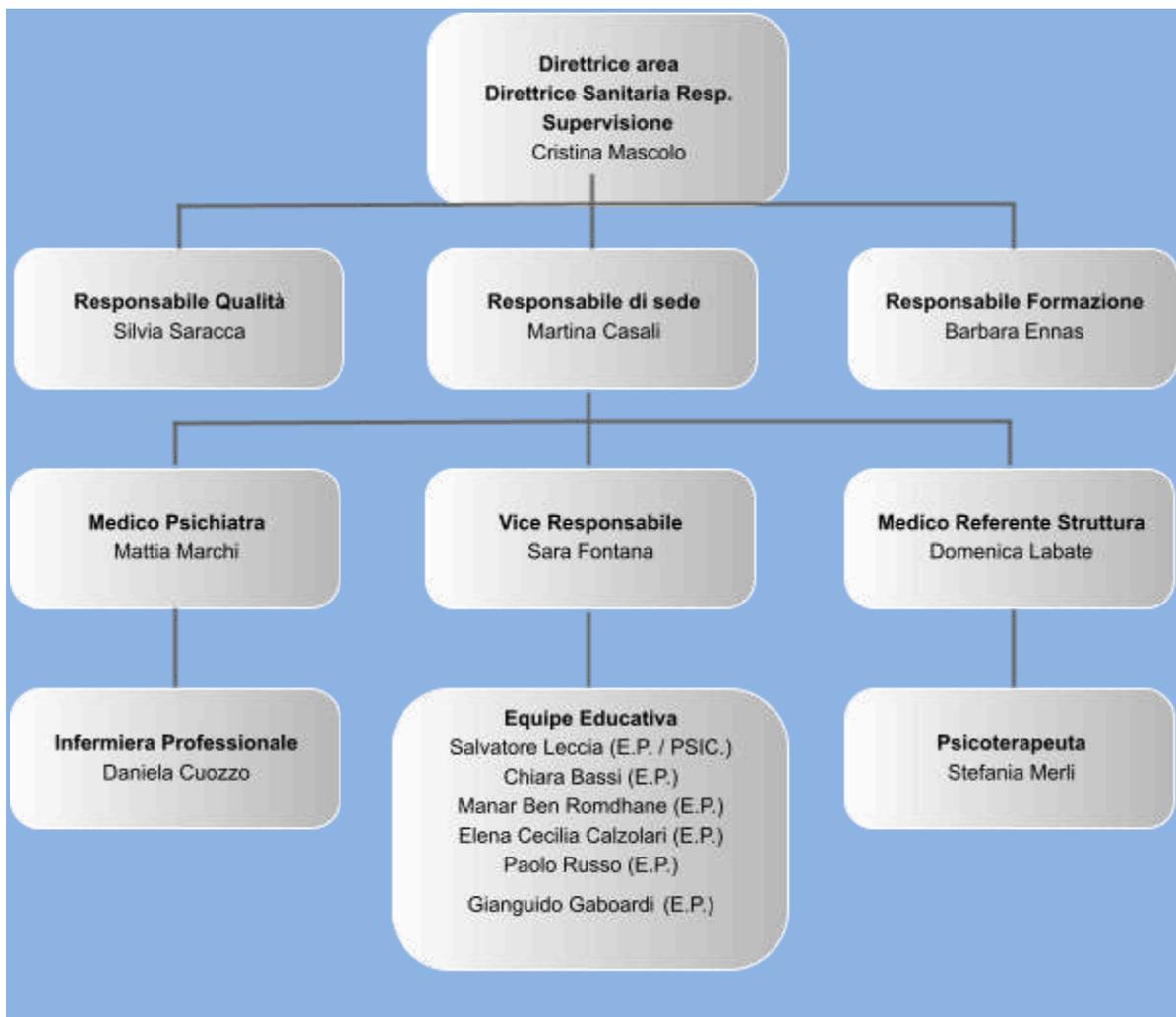
La Comunità Alda Merini prevede la strutturazione di percorsi differenziati a livello grupppale e individuale. L'accoglienza di utenti in cui l'uso di sostanze è in comorbilità con disturbi psichiatrici rende necessario un intervento basato soprattutto su trattamenti intensivi ed integrati.

Il lavoro terapeutico trova il proprio baricentro sull'asse terapeutico-riabilitativo a partire dai diversi contributi della psichiatria sociale e clinica, della psicoterapia e della riabilitazione psichiatrica. Tale visione è frutto dell'esigenza di affrontare problematiche non ascrivibili a un'unica area psicopatologica, in un'ottica inclusiva che abbracci l'attuale complessità della sfera delle dipendenze.

Il modello di intervento si basa su un'equipe multidisciplinare:

- Il responsabile gestisce le procedure di ingresso dell'utente ed i rapporti con i servizi inviati per l'intera durata del percorso.
- L'educatore gestisce la quotidianità educativa, coordina le attività individuali e di gruppo e l'organizzazione del tempo.
- Lo psicologo offre percorsi di psicoterapia individuale, conduce gruppi di terapeutici, attua assessment psicodiagnostici.
- Lo psichiatra si occupa dell'osservazione clinica del paziente e della gestione della terapia psicofarmacologica, coadiuvato dall'infermiere professionale.

1.2 L'EQUIPE DI LAVORO



1.3 MODALITA' DI ACCESSO

L'accesso in struttura residenziale può avvenire attraverso le seguenti modalità:

- invio del SerDP e C.S.M. di residenza

L'accesso è subordinato all'autorizzazione del Servizio per le Tossicodipendenze e dal Centro di Salute Mentale di residenza del richiedente.

Prima dell'ingresso viene effettuata una valutazione congiunta Ser.T./C.S.M. invianti, 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 invianti vengono opportunamente informati circa i necessari adempimenti da compiere tramite apposito elenco di documenti ed esami richiesti.

2. DATI DI ATTIVITA'

NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

	2024	2023	2022
NUMERO UTENTI TRATTATI	40	30	28

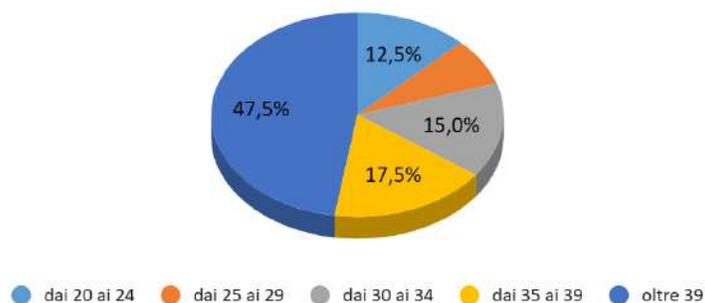
GENERE



Comparazione ultimi tre anni:

GENERE	2024	2023	2022
UOMINI	77.5%	73%	75%
DONNE	22.5%	27%	25%

ETA'



Comparazione

ultimi tre anni:

ETA'	2024	2023	2022
dai 20 ai 24	12,5%	6%	7%
Dai 25 ai 29	7,5%	17%	15%
Dai 30 ai 34	15%	10%	7%
Dai 35 ai 39	17,5%	17%	14%
Oltre i 39	47,5%	50%	57%

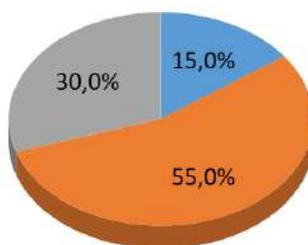
CONDIZIONE LAVORATIVA



Comparazione ultimi tre anni:

CONDIZIONE LAVORATIVA	2024	2023	2022
Occupato	2,5%	10%	11%
Disoccupato	97,5%	90%	82%
Pensionato	0%	0%	7%

TITOLO DI STUDIO

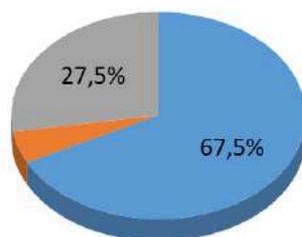


● NON INDICATO ● MEDIA INFERIORE ● MEDIA SUPERIORE

Comparazione ultimi tre anni:

TITOLO DI STUDIO	2024	2023	2022
Licenza elementare		0%	3%
Media inferiore	55%	40%	61%
Media superiore	30%	43%	25%
Laurea	0%	10%	11%
Non indicato	15%	-	-

TERRITORIO DI PROVENIENZA

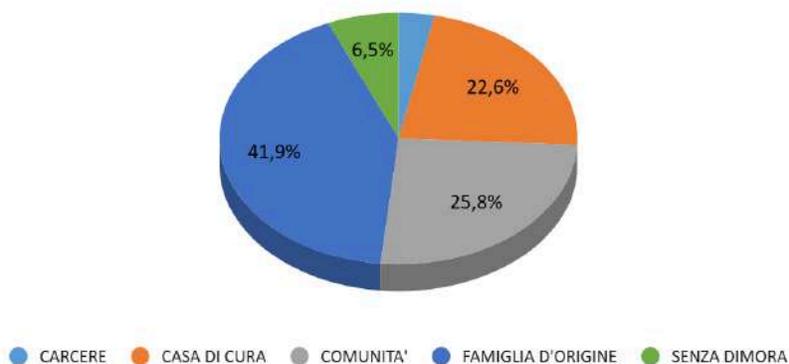


● PROVINCIA ● REGIONE ● FUORI REGIONE

Comparazione ultimi tre anni:

TERRITORIO	2024	2023	2022
Reggio e Provincia	67,5%	72%	82%
Fuori Provincia	5%	4%	11%
Fuori Regione	27,5%	24%	7%

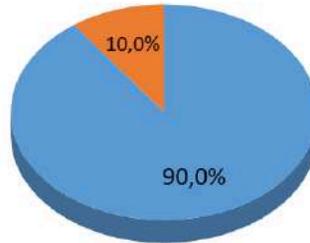
PROVENIENZA ALL'INGRESSO



Comparazione ultimi tre anni:

PROVENIENZA	2024	2023	2022
Carcere	3,2%	3%	4%
Casa di Cura	22,6%	34%	18%
Comunità	25,8%	14%	11%
Famiglia acquisita	0%	3%	7%
Famiglia d'origine	41,9%	23%	32%
Solo	0%	23%	28%
Senza dimora	6,5%		

STATO CIVILE

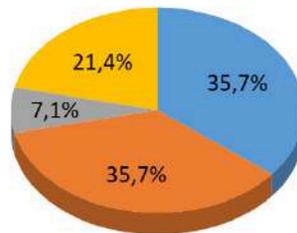


● CELIBE/NUBILE ● DIVORZIATO

Comparazione ultimi tre anni:

STATO CIVILE	2024	2023	2022
Celibe/Nubile	90%	83%	68%
Coniugato	0%	0	4%
Divorziato	10%	14%	25%
Vedovo	0%	0	3%
Non indicato	0%	3%	

PROGRAMMI PREGRESSI PER TEMPO DI PERMANENZA

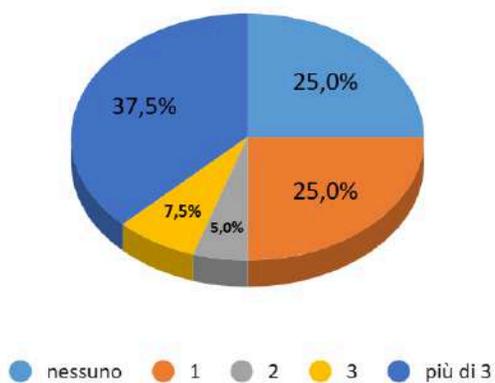


● meno di 6 mesi ● da 6 mesi a 2 anni ● da 2 a 4 anni ● oltre 4 anni

Comparazione ultimi tre anni:

DURATA PROGRAMMI	2024	2023	2022
Meno di 6 mesi	35,7%	63%	39%
Da 6 mesi a 2 anni	35,7%	17%	7%
Da 2 a 4 anni	7,2%	10%	22%
Oltre 4 anni	21,4%	10%	32%

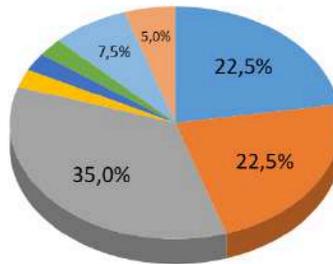
PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI



Comparazione ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI	2024	2023	2022
Nessuno	25%	46%	18%
Una struttura	25%	20%	32%
2 strutture	5%	7%	14%
3 strutture	7,5%	10%	11%
Oltre 3 strutture	37,5%	17%	25%

SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO

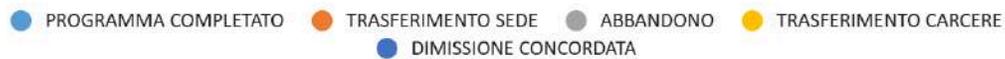
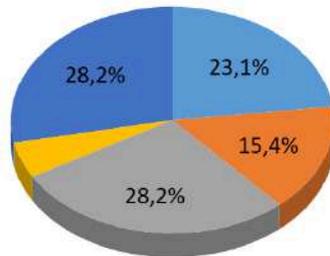


● ALCOL ● COCAINA ● CRACK ● EROINA ● ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI ● BENZODIAZEPINE ● CANNABINOIDI ● GIOCO

Comparazione ultimi tre anni:

SOSTANZA ABUSO	2024	2023	2022
Alcol	22,5%	23%	32%
Cocaina	22,5%	43%	25%
Eroina	2,5%	7%	3%
Eroina/Cocaina		7%	7%
Crack	35%	10%	7%
Cannabinoidi	7,5%	3%	18%
Gioco	5%		
Altri ipnotici e sedativi	2,5%		
Benzodiazepine	2,5%		

ESITI



Comparazione ultimi tre anni:

ESITI	2024	2023	2022
Programma completato	23,1%	32%	45%
Programma completato e passaggio appartamento	-	-	15%
Trasferimento sede	15,4%		0%
Trasferimento ente		9%	10%
Dimissione concordata	28,2%	36%	20%
Trasferimento carcere	5,1%	-	-
Abbandono	28,2%	23%	10%

DIAGNOSI	N°UTENTI
DISTURBO DI PERSONALITA' EMOTIVAMENTE INSTABILE DI TIPO BORDERLINE (F 60.3)	11
DISTURBO DI PERSONALITÀ NAS (F60.9)	
DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO SINDROME SCHIZOAFFETTIVA (F25) SINDROME SCHIZOTIPICA (F21) PSICOSI SCHIZOAFFETTIVA SCHIZOFRENIA PARANOIDE CRONICA	7

DISTURBO BIPOLARE (F31)	6
PSICOSI (F23) PSICOSI NAS (F29)	6
SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI DA USO DI SOSTANZE (F 10.9)	4
DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'	2
DEPRESSIONE MAGGIORE (F32)	2
SINDROME OSSESSIVO COMPULSIVA (F42)	1
DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITA'	1

Commento ai dati di attività

Nell'anno 2024 si registrano come particolarmente significativi i seguenti dati (anche in relazione agli anni precedenti):

- aumento significativo del numero di utenti trattati, a dimostrazione di minori periodi di permanenza
- incremento del livello di marginalità sociale dell'utenza ospitata (sempre meno occupati; sempre meno autonomi e sempre più soli)
- incremento del livello di cronicizzazione (lunghi periodi trascorsi in struttura, ma da segnalare che le strutture sono tante, per cui si tratta di tanti programmi non portati a termine)
- ulteriore aumento degli invii da fuori regione
- picco del crack come sostanza d'abuso primaria, sicuramente da collegare all'incremento significativo delle interruzioni di programma (abbandoni) e del rispettivo decremento dei programmi portati a termine.

3. INDICATORI DI EFFICACIA

Indicatori Efficacia	Esiti 2023	Standard 2024	Esiti 2024
Tasso Utilizzo Posti Letto	92,6%	98%	86,23%
Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	57%	60%	56%
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	16,6%	10%	28,2%
Audit sugli abbandoni	100%	100%	100%
Mortalità	0%	0%	0%

Commento agli indicatori di efficacia

Gli esiti critici relativi al tasso di utilizzo posti letto e alle interruzioni di programma ha portato l'equipe della struttura ad una seria riflessione che è sfociata nell'apertura di un'azione di miglioramento dedicata. Quest'ultima si è concretizzata soprattutto in una serie di incontri con le equipe dei diversi Serdp territoriali, con funzione di raccolta dei bisogni e di confronto su obiettivi dei percorsi.

Rispetto ai casi di abbandono, in data 10/2/2024 è stato effettuato l'audit annuale sulle interruzioni di programma.

Di seguito le principali riflessioni dell'equipe prodotte in sede di audit:

Sarebbe utile inserire pazienti astinenti e in fase almeno di pre contemplazione.

Si è osservato che però ciò è il più delle volte impossibile in quanto ci viene richiesto di intervenire sull'emergenza per rispondere a bisogni abitativi e territoriali.

Sicuramente in chi ha dipendenza da crack risultano più difficoltosi i trattamenti di gestione del craving e quindi di tenuta al percorso.

Rispetto al doppio abbandono di due utenti, si sottolinea che in un caso l'assenza di motivazione ad un percorso duraturo è stata determinante, connesso ad aspetti impulsivi legati alla patologia; in un altro ha invece contribuito la componente craving e l'assenza di motivazione al cambiamento ha giocato un ruolo decisivo.

Il 92% degli abbandoni sono utenti per cui il crack è la sostanza d'abuso primaria.

L'osservatorio attuale è che anche "Alda Merini" venga utilizzata come struttura per la disintossicazione, come COD.

Tali elementi di cui sopra, collegati alle gravi patologie psichiatriche che caratterizzano i nostri utenti, rendono ancora più difficoltoso e poco incisivo l'intervento terapeutico.

Riflettendo sulle caratteristiche dell'utenza degli abbandoni, conveniamo che sarebbe fondamentale tarare le aspettative e gli obiettivi del percorso.

E' da considerare anche che la maggior parte degli abbandoni registrati come tali in realtà sono stati condivisi con la rete di servizi e talvolta il paziente è stato accompagnato alla dimissione.

Riteniamo che la responsabilità legale rispetto alla psicopatologia influenzi l'esito della registrazione dell'interruzione del percorso (a volte più tutelante registrare un'autodimissione con responsabilità dell'utente piuttosto che una dimissione concordata con responsabilità condivisa).

Per il 2024 erano stati individuati i seguenti obiettivi di sistema:

- **effettuare un approfondimento clinico comportamentale sugli utenti abusatori/dipendenti da crack**
- **implementare l'utilizzo degli strumenti per la gestione del craving**

Gli obiettivi sono stati raggiunti. In merito all'approfondimento sul crack, in seguito all'elaborazione dei dati raccolti si è valutato di proseguirlo, ampliando in questo modo il campione di riferimento e rendendolo maggiormente significativo (vedi obiettivi specifici).

4. PRODOTTI

4.1 CATALOGO PRODOTTI

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	Percorsi differenziati

2	Attività terapeutico-riabilitative di gruppo
3	Accompagnamento e sostegno ai familiari
4	Colloqui con gli utenti
5	Attività informativa

Prodotto 1 – Percorsi differenziati	
Sottoprodotto A– Percorso di osservazione ed approfondimento diagnostico	
Target	Caratt. Qualitative
Utenti poco conosciuti dai servizi invianti, o solo a livello ambulatoriale	Definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato
Sottoprodotto B – Percorso di stabilizzazione e sostegno motivazionale	
Target	Caratt. qualitative
Utenti per i quali sia già stato individuato un percorso successivo, ma che non presentano al momento attuale una condizione di stabilità psico-fisica che gli permetta di affrontarlo in maniera adeguata	intervento finalizzato al recupero del benessere psico-fisico e all' aumento del potenziale di cambiamento dei pazienti per favorirne l'adesione e la partecipazione a progetti riabilitativi.
Sottoprodotto C – Percorso di continuità terapeutica	
Target	Caratt. qualitative
Utenti già all'interno di programmi terapeutico-riabilitativi presso altre strutture, che stiano attraversando momenti di crisi	Recupero della stabilità psico-fisica (quando sia possibile) e garanzia della continuità terapeutica
Sottoprodotto D – Percorso socio-riabilitativo di accompagnamento territoriale	
Target	Caratt. qualitative
Utenti che necessitano di una permanenza più prolungata, con possibilità di sperimentazione di una sorta di pre-reinserimento	Attivazione di percorsi graduali e mirati di accompagnamento e di sperimentazione di piccole autonomie, da realizzarsi poi pienamente in strutture specifiche dedicate al reinserimento sociale, o direttamente sul territorio

Prodotto 2 – Attività terapeutico-riabilitative di gruppo	
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
Sottoprodotto C – Attività di gruppo riabilitative	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Promozione di competenze e risorse residue e di modalità relazionali e sociali adeguate finalizzate al raggiungimento del massimo livello di responsabilizzazione ed autonomia.

Prodotto 3 – Accompagnamento e sostegno ai familiari	
Target	Caratt. qualitative
Famigliari delle persone accolte	Accompagnamento e sostegno ad alcuni nuclei familiari degli utenti in struttura, che si caratterizza per: <ul style="list-style-type: none"> - Incontri strutturati e calendarizzati - Condotti da un operatore di riferimento del nucleo - Continuativi nel tempo, per tutta la durata del percorso dell'utente all'interno della sede

Prodotto 4 – Colloqui con gli utenti	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Colloqui di sostegno e contenimento emotivo, rivolti ad un'utenza che, per caratteristiche di particolare fragilità e complessità, necessita di sentirsi accolta, ascoltata, sostenuta ed accompagnata, durante l'intero percorso in struttura

Prodotto 5 - Attività informativa	
Target	Caratt. qualitative
Cittadini del territorio, servizi, organi informativi	Eventi finalizzati ad informare i cittadini delle finalità della struttura, della efficienza ed efficacia dei servizi offerti

4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	Standard Attesi 2023	Esiti 2023	Standard Attesi 2024	Esiti 2024
Percorsi differenziati Percentuale di ciascun percorso/totale percorsi attivati 1) Osservazione e approfondimento diagnostico 2) Stabilizzazione e sostegno motivazionale 3) Continuità terapeutica 4) Accompagnamento territoriale	1) 45% 2) 30% 3) 10% 4) 15%	1) 40% 2) 23% 3) 14% 4) 21%	40% 25% 15% 20%	49% 23% 17% 11%
Attività terapeutico-riabilitative di gruppo: Attività effettuate / totale delle attività dichiarate (260) 1) Gruppi terapeutici/totale attività dichiarate (52) 2) Gruppi educativi/totale attività dichiarate (52) 3) Attività riabilitative di gruppo/totale attività dichiarate (104)	1) 85% 2) 85% 3) 85%	1) 65% 2) 75% 3) 81%	1) 85% 2) 85% 3) 85%	1) 77% 2) 88% 3) 62%
Sostegno e accompagnamento ai familiari Percorsi di sostegno e accompagnamento ai familiari attivati/numero degli accolti nell'anno	20%	23%	20%	18%
Colloqui Colloqui effettivi/colloqui dichiarati (624)	90%	122%	90%	97%
Attività Informativa Almeno una attività informativa nel corso dell'anno	1	1	1	/

Commento ai prodotti

PRODOTTO 1 Percorsi differenziati: gli esiti del sottoprodotto "osservazione ed approfondimento diagnostico" e "Accompagnamento territoriale" registrano un'inversione rispetto agli standard definiti in sede di pianificazione. Questo appare congruente con le caratteristiche di particolare complessità degli utenti ospiti, che impediscono la possibilità di approdare a progettazioni di integrazione territoriale. Il dato è inoltre coerente con la minore durata dei programmi terapeutici.

PRODOTTO 2 Attività terapeutico-riabilitative di gruppo: gli esiti dei gruppi terapeutici sono inferiori agli standard, mentre quelli educativi sono superiori. L'interpretazione è da attribuire alla fragilità e complessità degli utenti ospitati, che rende molto difficoltoso per loro reggere la dimensione del gruppo terapeutico. Il maggiore scostamento tra standard ed esiti viene rilevato rispetto alle attività terapeutico-riabilitative. Nonostante l'articolazione delle proposte messe in campo dall'equipe (vedi obiettivi specifici), l'attivazione e soprattutto la continuità degli utenti risulta sempre come un dato critico.

PRODOTTO 3 Sostegno e accompagnamento ai familiari: esito conforme allo standard previsto.

PRODOTTO 4 Colloqui: esito che supera in maniera molto significativa lo standard auspicato. Questo va a delineare un'utenza particolarmente bisognosa di sostegno individuale e di contenimento emotivo.

PRODOTTO 5 Attività Informativa: in considerazione delle criticità emerse nel corso dell'anno, l'equipe di sede ha deciso che l'attività informativa sarebbe stata maggiormente indirizzata ad incontri dedicati con i servizi del territorio, piuttosto che alla cittadinanza in generale.

5. PROCEDURE

5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI 2024				
Procedura	Indicatore	Esiti 2023	Standard 2024	Esiti 2024
Gestione approvvigionamenti e Controlli in accettazione P-GDA	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 sul totale delle richieste di acquisto M-RDA	0%	0%	0%
Gestione non conformità P-GNC	% annua reclami rilevati attraverso il M-RNC2 sul totale degli utenti in programma	0%	10%	0%
Gestione Comunicazione P-GC	% non conformità rilevate su pubblicazione e aggiornamento Carta dei Servizi sul sito della Cooperativa	0%	0%	0%
Azioni di miglioramento P-ADM	Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati M-ADM-(RNC/RNC1/RNC2)	0%	10%	18%
Trattamento residenziale dipendenze doppia diagnosi P-ARTDD	Numero dimessi /numero utenti trattati Relazione annuale	57%	60%	56%
Gestione del personale P-GP	% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali. M-RNC1/TOT Non conf	0%	10%	27%
Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ	%non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto	30%	20%	9%

	alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf			
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%	18%
Gestione Farmaci Doppia Diagnosi P-GDFDD	% non conformità/controlli sanitari effettuati	60%	0%	9%
Gestione Abbandoni Doppia Diagnosi P-GADD	% non conformità rilevate M-RNC1 sul totale delle non conformità	0%	0%	0%
Gestione Manutenzioni P-GDM	% annua non conformità rilevate attraverso il modulo M-RNC3 sul totale delle richieste di intervento ed assistenza M-RIA		10%	0%
Prevenzione e Controllo Infezioni P-PCI	Indicatori definiti nel Documento Piano Aziendale Prevenzione e Controllo Infezioni (D-PAI).	vedi relazione annuale piano programma		
Procedura della Formazione Continua P-FC	% N. formazioni attivate/ n. formazioni proposte	vedi relazione annuale e pianificazione formazione		
Procedura gestione rischio clinico P-GRC	% annua di schede M-SEC sul totale degli utenti in programma	vedi relazione annuale piano programma		

Commento alle procedure

Di seguito l'elenco delle non conformità raccolte nella sede nel corso del 2024:

Registrazione	DOC RIFERIMENTO SISTEMA QUALITA'	DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
1	P-GDFDD	03/04/2024	M-RNC1	TEST TOSSICOLOGICI ERRATI	RISOLTA	RESP. SEDE
2	P-GDFDD	08/10/2024	M-RNC1	SOSTITUTIVI DA SMALTIRE	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
3	P-GDFDD	10/10/2024	M-RNC1	DOPPIA ASSUNZIONE FARMACO	RISOLTA	EDUCATRICE
4	P-GRC	11/07/2024	M-RNC1	UTILIZZO LINK ERRATO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
5	P-ARTDD	16/09/2024	M-RNC1	MENU CIR INADEGUATO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	VICE RESPONSABILE
6	P-GDU	22/07/2024	M-RNC1	UTILIZZO DI MODULO NON AGGIORNATO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

7	PP-GDA	23/07/2024	M-RNC1	CONSEGNA CIBO INADEGUATA	RISOLTA	OPERATRICE
8	P-GDU	26/03/2024	M-RNC1	INCOMPLETEZZA CARTELLE UTENTE	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
9	I-GRP	28/06/2024	M-RNC1	ANOMALIE NEL REGISTRO ELETTRONICO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE SEDE
10	P-GDFDD	28/06/2024	M-RNC1	FARMACI IN POSIZIONE SCORRETTA	RISOLTA	OPERATRICE
11	P-GDQ	23/10/2024	M-RNC1	ERRORI RIPETUTI IN ALCUNI ITEM DEL QUESTIONARIO SULLA CONOSCENZA DEL SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

In data 12/2/2025 è stato effettuato l'audit di sistema sulle non conformità.

A livello di sistema sono state individuate le seguenti non conformità:

M-RNC1	ASSENZA DI UNA CHIARA ATTRIBUZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEGLI INGRESSI, NELLA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA QUALITA'	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
M-RNC1	CONFUSIVITA' NELL'UTILIZZO DELLE SINGOLE MAIL DELLO STAFF DELL'UFFICIO QUALITA', RISPETTO A COMUNICAZIONI CHE RIGUARDANO IL SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
M-RNC1	ASSENZA DI INDICATORI IN ALCUNE PROCEDURE DEL SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

A livello di sistema le azioni di miglioramento generate da non conformità sono le seguenti:

- **PROBLEMATICHE RELATIVE AD ANOMALIE NEL REGISTRO ELETTRONICO**
- **PROBLEMATICHE RELATIVE A SICUREZZA E GESTIONE DEI VOLONTARI NOTTURNI**
- **ASSENZA DI UNA CHIARA ATTRIBUZIONE DELLE RESPONSABILITA' NEGLI INGRESSI**
- **PROBLEMATICHE RELATIVE AI PASTI CIR**

6. RISCHIO CLINICO

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 – 2024"

Commenti sul rischio clinico

Dati di sistema (relativi all'insieme delle sedi accreditate):

2024	TOTALE 2024	TOTALE 2023	TOTALE 2022
Comportamenti aggressivi	26%	34%	20%
Abuso di sostanze psicoattive	26%	42%	33%
Espressione agita di disagio interiore	30,4%	21%	30%
Gestione farmacologica	13%	3%	3%
Eventi accidentali	4,3%	0	10%
TOTALE 2024	23 (100%)	38 (100%)	30 (100%)

- Si rileva una diminuzione significativa degli eventi relativi a comportamenti aggressivi (formazione aggressività)
- Si rileva una diminuzione significativa degli eventi relativi agli episodi di abuso di sostanze (implementazione strumenti craving)
- Crescono invece nuovamente in maniera significativa le espressioni agite di disagio interiore (complessità utenti da mettere in relazione con la crescita delle terapie farmacologiche)
- Crescono gli eventi relativi a terapie farmacologiche. Rispetto a questo si segnala innanzitutto che si tratta di tre eventi, in tre strutture diverse e tutti intercettati e risolti adeguatamente. Sono comunque da mettere in relazione al forte incremento della tipologie "espressione agita di disagio interiore" (in tutti i casi si tratta di episodi in cui gli utenti hanno consapevolmente assunto terapia in quantità maggiore rispetto a quella prescritta, o farmaci non prescritti). Si segnala inoltre che la registrazione di eventi critici relativa ai farmaci è da mettere in relazione ad una maggiore attenzione e sensibilizzazione delle equipe sul tema, legata in particolare alle indicazioni della direttrice sanitaria.

Nel corso dell'annualità 2023 il coordinamento responsabili supportato dal coordinamento qualità/rischio clinico ha deciso di produrre una FMEA/FMECA tra le sedi di Mancasale e Tregua e relativo al trasferimento della comunità Tregua a fianco della sede di Mancasale.

Rispetto agli esiti dello FMEA-FMECA si possono fare le seguenti considerazioni:

Innanzitutto occorre rilevare che tutti gli IPR eccetto quello relativo ai ritardi nell'ultimazione dei lavori sono diminuiti, per cui le azioni programmate sono risultate efficaci. Tuttavia permane qualche criticità.

- Come si è detto ci sono stati ritardi nei lavori che, nonostante le azioni messe in campo, non siamo riusciti ad evitare
- I maggiori problemi restano quelli che riguardano la convivenza tra le diverse realtà. In particolare si segnala, rispetto all'azione "aumento controlli notturni", che è stata avviata un'azione di miglioramento in quanto si sono verificate diverse criticità (vedi non conformità Tregua). Inoltre, per l'anno 2025 è stato programmato un report SEA che riguarda il caso di un utente che ha

effettivamente generato problemi di convivenza tra le due diverse strutture (vedi azione: divisione chiara delle sedi).

Nel passaggio della struttura hanno inciso invece favorevolmente soprattutto la buona preparazione degli utenti di entrambe le strutture.

E' stato individuato un processo critico da analizzare con il metodo FMEA-FMECA, nel 2025:

PROCESSO CRITICO DA ANALIZZARE: SPOSTAMENTO TEMPORANEO DI UTENTI PRESSO ALTRA STRUTTURA ACCREDITATA, O DA APPARTAMENTO A STRUTTURA ACCREDITATA. Il trasferimento rappresenta un evento complesso che può comportare diverso livelli di rischio nelle differenti fasi di realizzazione.

7. VERIFICA QUALITA'

In fase di pianificazione per l'anno 2024 erano stati indicati i seguenti controlli:

- Tre verifiche on line a campione delle cartelle utenti
- Due verifiche della gestione delle terapie farmacologiche
- Una verifica dei portfoli dei dipendenti
- Una verifica rispetto alla conoscenza del sistema qualità da parte degli addetti.

ELEMENTI SISTEMA QUALITA'	GEN.	MAR.	APR.	LUG.	OTT.	NOV.	DIC.
GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTI		26 CONTROLLO CARTELLE MAMMI NON CONFORMITA'		22 CONTROLLO CARTELLE MAMMI NON CONFORMITA'			18 CONTROLLO CARTELLE SARACCA
GESTIONE DOCUMENTAZIONE SQ	22 RILEVAZIONI ANNUALI MAMMI			11 RILEVAZIONI SEMESTRALI MAMMI - SARACCA NON CONFORMITA'		28 CONTROLLO PORTFOLIO SARACCA	
CONTROLLO SANITARIO			5 MASCOLO FONTANA CASALI				
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione					23 ESITI QUESTIONARI OPERATORI SARACCA NON CONFORMITA'		

Commento alle verifiche

I controlli effettuati nella sede nel corso del 2024 hanno rispettato quanto precedentemente pianificato. Nel corso delle verifiche sono state riscontrate 4 non conformità, già indicate nel capitolo dedicato alle procedure.

8. OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici che erano stati individuati in fase di pianificazione per il 2024 sono di seguito descritti:

Risultati Attesi	Azioni specifiche	Strumenti	Tempi
Accrescere le conoscenze dell'equipe rispetto alla gestione dell'utente dipendente da crack	<ul style="list-style-type: none">- Costituzione di un gruppo di miglioramento formato da direttrice di area/direttrice sanitaria, responsabile di sede, psichiatra e psicoterapeuta della sede per effettuare un approfondimento clinico-comportamentale specifico sugli utenti abusatori/dipendenti da crack	<ul style="list-style-type: none">- Osservazione- Schede craving- Diario clinico- Risultati testistica- Incontri dedicati- Riunioni di equipe	12 mesi
Promuovere nuove attività all'interno della struttura	<ul style="list-style-type: none">- Prendere contatto con un volontario per la possibile attivazione di un laboratorio di cucina- Prendere contatti con un professionista per la possibile attivazione di un laboratorio di teatro	<ul style="list-style-type: none">- Scheda informativa attività (M-IA)	6 mesi
Acquisire maggiori strumenti e definire un approccio adeguato di equipe rispetto alla gestione della sessualità all'interno della struttura	<ul style="list-style-type: none">- Confronto dell'equipe all'interno del contesto della supervisione- Programmazione di gruppi specifici sulla sessualità- Eventuali consulenze di esperti (ad es: consulente sessuale)	<ul style="list-style-type: none">- Supervisioni di equipe- Scheda informativa gruppi (M-SIG)	6 mesi

Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	Raggiunto	in seguito all'elaborazione dei dati raccolti si è valutato di proseguire la ricerca, ampliando in questo modo il campione di riferimento per renderlo maggiormente significativo.
OBIETTIVO 2	Raggiunto	Entrambi i laboratori sono stati attivati
OBIETTIVO 3	Parzialmente raggiunto	L'obiettivo si considera parzialmente raggiunto in quanto, sebbene non sia stata possibile l'attivazione di un esperto, un'educatrice della struttura è stata specificamente formata sul tema da un esperto in DBT. Il tema è stato inoltre affrontato, come pianificato, in sede di supervisione.

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

In fase di pianificazione era stato preventivato il seguente budget:

ALDA MERINI	BUDGET 2024	%
RICAVI NETTI	€ 601.246,25	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 150.000,00	-24,9%
Personale	-€ 328.669,02	-54,7%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 122.577,23	20,4%
Somma Spese Generali	-€ 84.174,48	-14,0%
Budget Formazione	-€ 4.000,00	-0,7%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.000,00	-0,2%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 1.893,68	-0,3%
Tasse	-€ 5.110,04	-0,8%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€ 26.399,04	4,4%

Per l'anno 2024 si prevede un risultato netto legato alle seguenti cause:

Ricavi netti:

Calcolati su un'ipotesi di media di presenza utenti di 11 e un costo minore dei fornitori.

Rispetto al personale si prevede invece un aumento del 5% legato alle condizioni definite nel rinnovo del contratto CCNL

Si prevede inoltre una quota di budget da declinare su "formazione" e "rischio clinico e sicurezza delle cure":

- **Formazione:** ipotesi calcolata sui costi di formatori necessari alla copertura delle richieste di ECM per gli operatori della sede, più i costi delle formazioni obbligatorie.

- **Rischio clinico:** parte dei costi è già coperta da quelli della formazione. Per il 2024 sono previsti inoltre l'acquisto di un defibrillatore e quelli per la realizzazione di una ricerca sul crack (vedi relazione piano programma 2023)

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 **26.399,04** euro.

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

ALDA MERINI	2024	% SUL FATT
RICAVI NETTI	€ 580.833,34	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 152.435,89	-26,2%

Personale	-€ 332.766,32	-57,3%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 95.631,13	16,5%
Somma Spese Generali	-€ 74.853,03	-12,9%
Budget Formazione	-€ 4.523,00	-0,8%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.113,00	
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 984,82	-0,2%
Tasse	-€ 4.373,02	-0,8%
RISULTATO NETTO	€ 9.784,25	1,7%

Commento al budget

1. Ricavi Netti

I ricavi netti nel consuntivo sono stati pari a **€580.833,34**, mentre il preventivo indicava una previsione di **€601.246,25**. Questa differenza di **€20.412,91** (pari a un -3,4%) indica una minore entrata rispetto a quanto inizialmente stimato. La riduzione viene attribuita ad una minore presenza media di utenti, in particolare legata agli invii dal territorio provinciale, che ha portato i referenti dell'equipe di lavoro della sede a partecipare ad una serie di incontri di confronto con i servizi invianti.

2. Fornitori e Altri Costi di Produzione

Nel consuntivo, i costi per i fornitori e la produzione sono stati pari a **€152.435,89**, che risultano essere superiori rispetto ai **€150.000,00** previsti nel budget. La differenza di **€2.435,89** (+1,6%) suggerisce un aumento dei costi dei fornitori, oltre ad una maggiore necessità di acquisto di materiali o servizi rispetto alle aspettative iniziali.

3. Personale

Il costo per il personale nel consuntivo è stato pari a **€332.766,32**, rispetto ai **€328.669,02** preventivati. La differenza di **€4.097,30** (+1,2%) deriva in parte da un aumento dei costi legati al rinnovo del contratto CCNL e in parte da un incremento nel numero di dipendenti.

4. Somma Spese Generali

Le spese generali nel consuntivo ammontano a **€74.853,03**, inferiori rispetto ai **€84.174,48** previsti. La differenza di **€9.321,45** (-11,1%) indica una gestione più efficiente delle risorse aziendali, oltre ad un contenimento di alcune spese che erano inizialmente stimate più alte. Questa riduzione nelle spese generali ha avuto un effetto positivo, limitando la perdita nel risultato finale.

5. Budget Formazione

I costi per la formazione nel consuntivo sono stati pari a **€4.523,00**, contro i **€4.000,00** previsti. La differenza di **€523,00** (+13,1%) deriva da una maggiore necessità di obblighi non previsti nel budget

iniziale. Questa leggera eccedenza può essere giustificata dal fatto che i costi per la formazione sono in parte dipendenti da variabili esterne, come la disponibilità dei formatori e le richieste di aggiornamento.

6. Budget Sicurezza e Rischio Clinico

Nel consuntivo, i costi per la sicurezza e il rischio clinico ammontano a **€1.113,00**, mentre il preventivo indicava una previsione di **€1.000,00**. La differenza di **€113,00** (+11,3%) è relativamente piccola, ma va comunque notata. Tale incremento potrebbe essere legato all'acquisto di un defibrillatore e alle attività di ricerca sul crack, come descritto nel piano programma 2023. Questa voce di spesa sembra essere stata ben pianificata, ma leggermente superiore al previsto.

8. Risultato Netto

Il risultato netto nel consuntivo è stato di **€9.784,25**, a fronte di un risultato previsto di **€26.399,04**. La differenza di **€16.614,79** (-62,9%) è piuttosto significativa e indica che l'azienda non ha raggiunto gli obiettivi di redditività inizialmente previsti. La principale causa di questa riduzione è la combinazione di ricavi inferiori e un margine operativo più basso, aggravato da costi più elevati in alcune aree. Sebbene alcune spese siano state contenute, il risultato netto finale è comunque ben al di sotto delle aspettative.

Sintesi

Nel complesso, il consuntivo del 2024 mostra un risultato inferiore rispetto al preventivo. Le ragioni principali di questa discrepanza sono ricavi inferiori e un margine operativo più basso, compensati solo parzialmente da un contenimento di alcune voci di spesa, come le spese generali. Il risultato netto negativo rispetto alle previsioni suggerisce la necessità di rivedere la pianificazione per gli anni successivi, in modo da identificare le aree di miglioramento e adattarsi meglio alle condizioni di mercato e alle esigenze aziendali.

10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE

I principali bisogni formativi raccolti dagli operatori in sede di pianificazione sono stati:

- Violenza e violenza di genere
- Formazione su NPS (nuove sostanze psicoattive)
- Aspetti legali (misure alternative).

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 2024 sono stati pianificati e realizzati i seguenti percorsi formativi:

TITOLO	FORMATORI	ORE	MESE
GESTIONE DEL CONFLITTO Edizione B (ecm)	BATTINI FARINETTI	20	Settembre/Ottobre 2024
QUALITA' e RISCHIO CLINICO (ecm)	MAMMI MASCOLO	10	Giugno 2024
LEGALITA' E GIUSTIZIA RIPARATIVA (ecm)	CUPELLO SCIACCA	20	Ottobre 2024

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

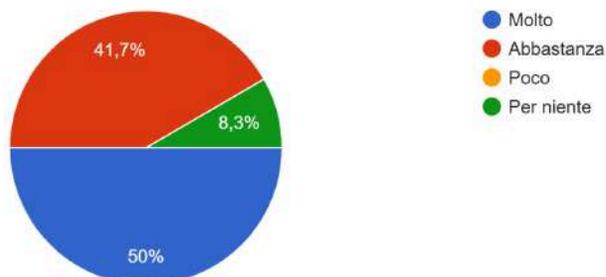
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 03/09/2024 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 12 utenti.

A seguire gli esiti:

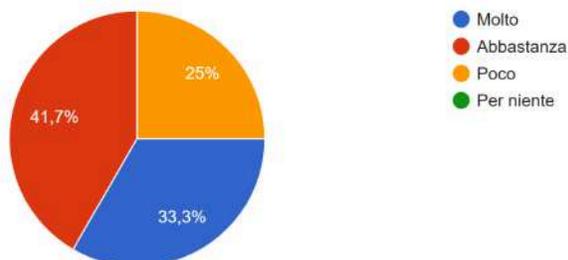
1.1 PUOI AGEVOLMENTE RAGGIUNGERE TUTTI GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA?

12 risposte



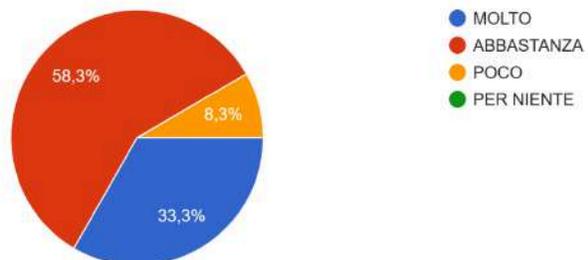
1.2 GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA SONO ACCOGLIENTI?

12 risposte



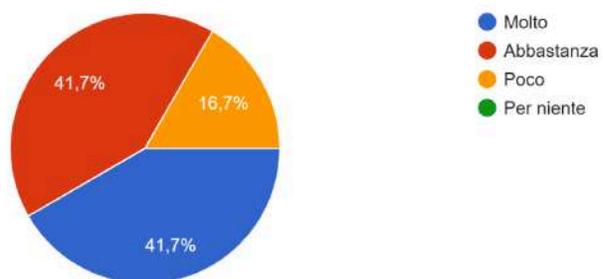
1.3 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?

12 risposte



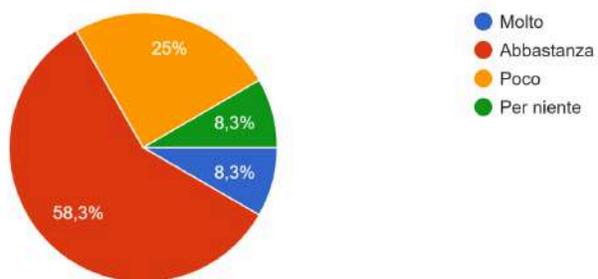
1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO ADEGUATI?

12 risposte



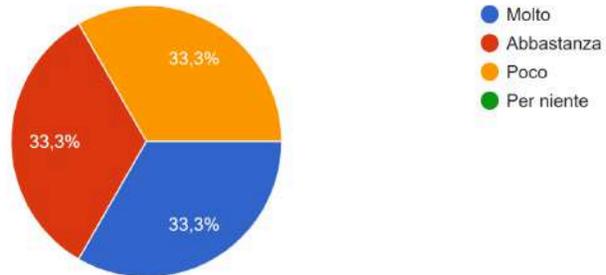
1.5 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?

12 risposte



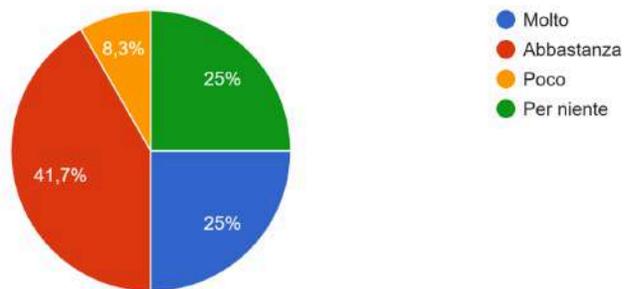
1.6 TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?

12 risposte



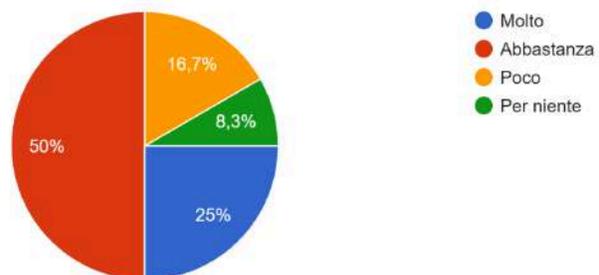
1.7 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?

12 risposte



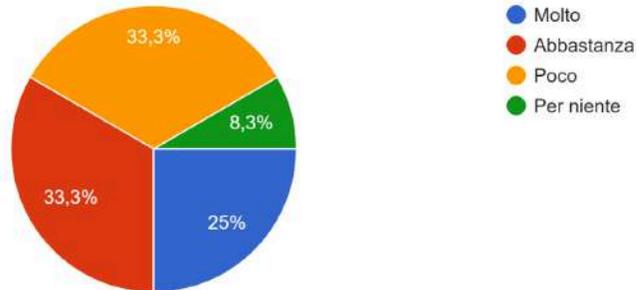
1.8 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?

12 risposte



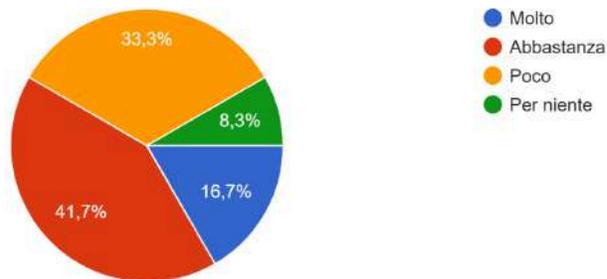
1.9 IL CIBO E' SUFFICIENTE?

12 risposte



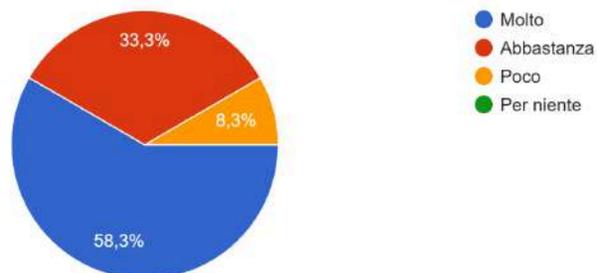
1.10 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?

12 risposte



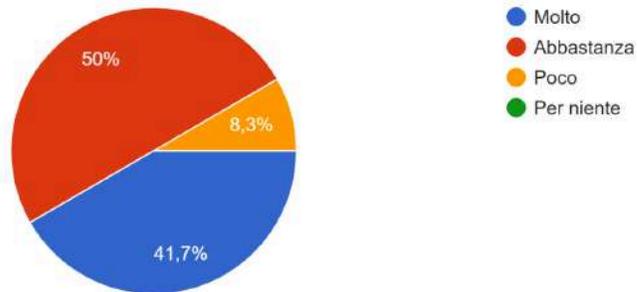
2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?

12 risposte



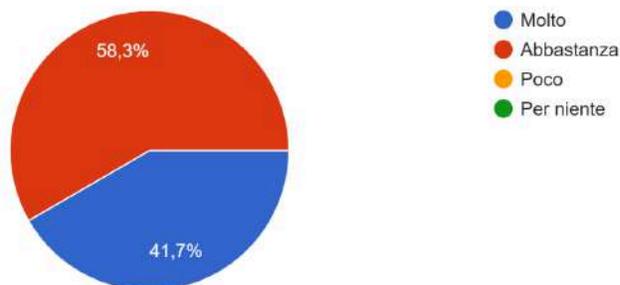
2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?

12 risposte



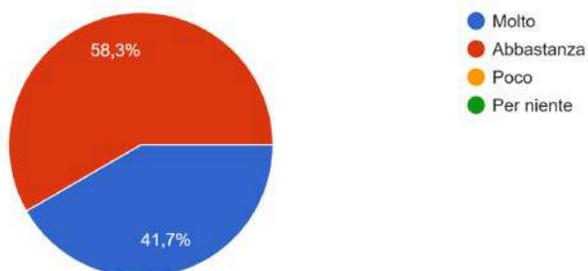
2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?

12 risposte



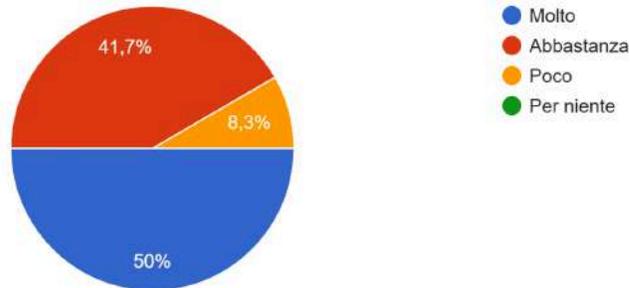
2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?

12 risposte



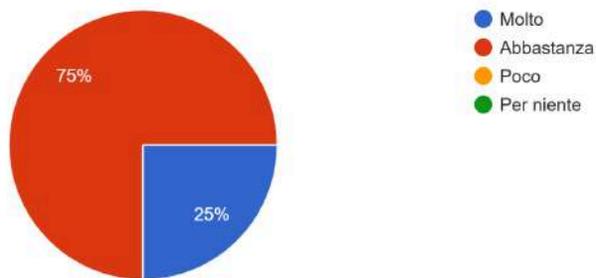
2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?

12 risposte



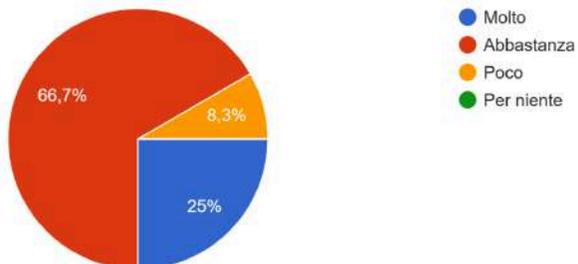
3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?

12 risposte



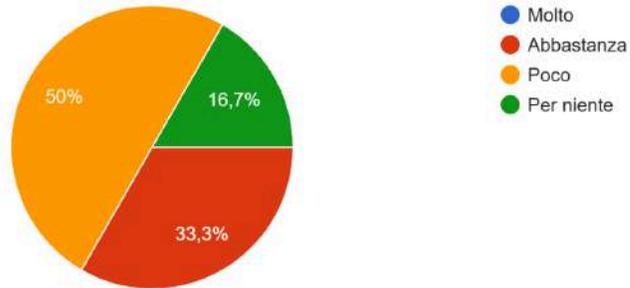
3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI ED IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?

12 risposte



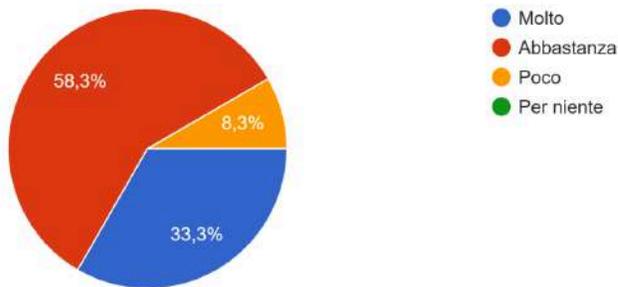
3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?

12 risposte



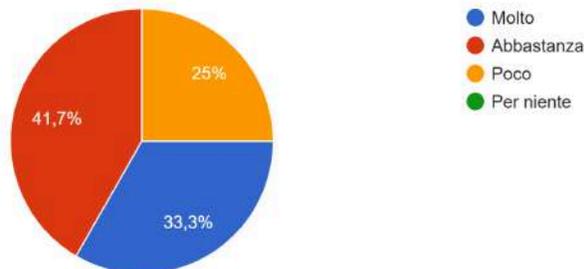
4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

12 risposte



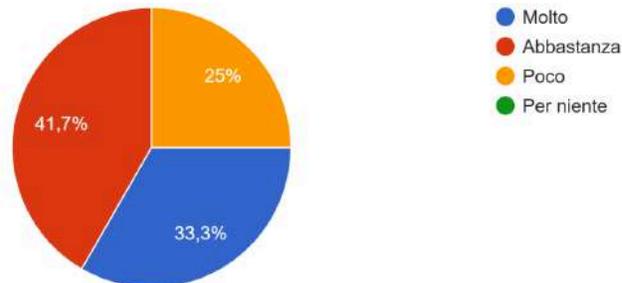
4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

12 risposte



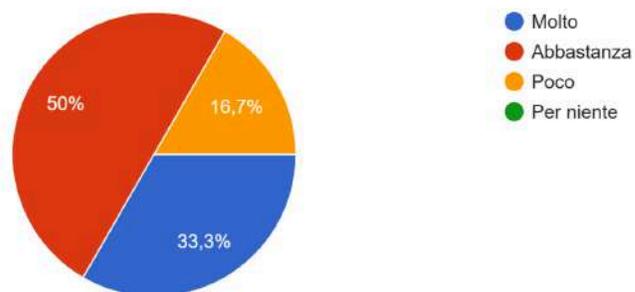
4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

12 risposte



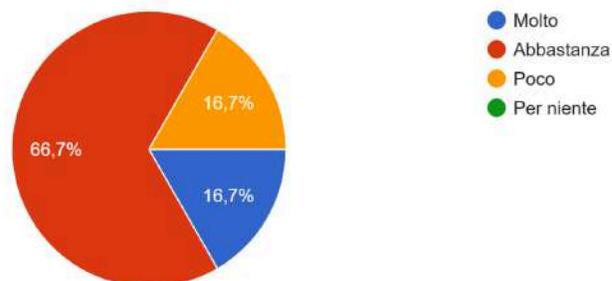
4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' RICREATIVE E/O LABORATORIALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

12 risposte



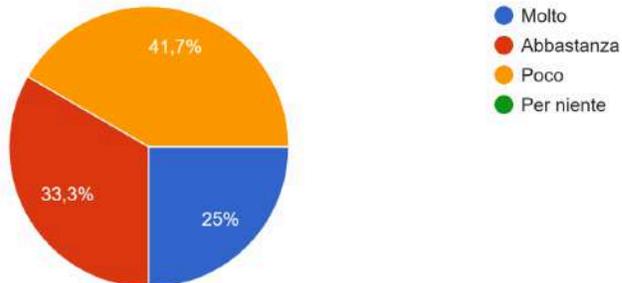
4.5 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

12 risposte



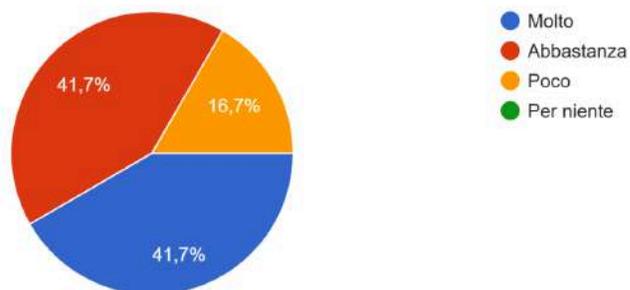
5.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?

12 risposte



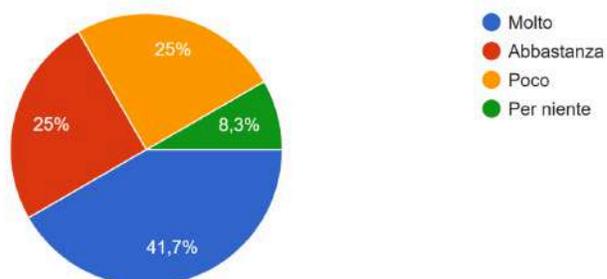
5.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?

12 risposte



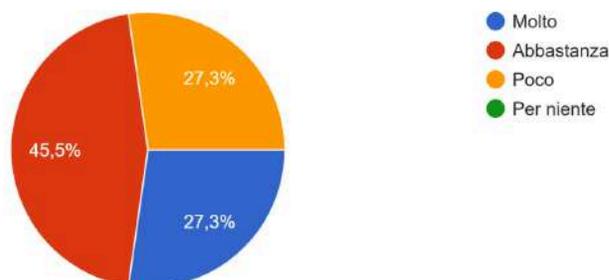
6.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?

12 risposte



6.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?

11 risposte



Commenti al questionario sulla qualità percepita

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.

Come ogni anno gli esiti, comparati con quelli degli anni precedenti, hanno generato una riflessione che ha portato alle seguenti considerazioni:

- si rileva un maggior apprezzamento degli spazi personali i cui item passano da “abbastanza” a “molto”; una maggiore apprezzamento del cibo ed una minore fatica relativa al rispetto delle regole.
- si rileva un minor apprezzamento per le manutenzioni della struttura che passano da “molto” ad “abbastanza”;
- risultano leggermente critici gli item sulla percezione dell'utilità del programma, anche se si pongono al limite tra la fascia dell'abbastanza e del molto.
- gli esiti migliori riguardano l'equipe di lavoro, anche comparati con quelli degli anni precedenti:

ANNUALITA'	2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?	2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE E 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?
2022	3,1	2,8	3,1	2,8	2,8
2023	3,4	3,2	3,5	3,5	3,5
2024	3,5	3,3	3,4	3,4	3,4

LEGENDA	MOLTO: da 3,1 a 4
	ABBASTANZA: da 2,1 a 3
	POCO: da 1,1 a 2
	PER NIENTE: 1

12. QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Nel corso del 2024 è stato somministrato il questionario sul benessere organizzativo a cui hanno risposto 130 dipendenti della Cooperativa, pari al 51.59% del totale.

Di seguito una tabella con dettaglio delle aree di lavoro:

	TOTALE DIPENDENTI (al 25/06/2024)	RISPOSTE	PERCENTUALE RISPOSTE
PG	252	130	51,59%
SOCIO SANITARIA SERVIZI ACCREDITATI RE	22	17	77,27%
SOCIO SANITARIA SERVIZI ACCREDITATI MO	18	5	27,78%
SOCIO SANITARIA SERVIZI ACCREDITATI MN-PC	17	10	58,82%
AREA SOCIO EDUCATIVA	127	64	50,39%
SOCIO SANITARIA SERVIZI INTEGRATI	22	13	59,09%
SOVRASTRUTTURA	31	20	64,52%
RAMO B	15	1	6,67%

Commento al questionario sul benessere organizzativo

Rispetto all'analisi complessiva degli esiti dei questionari si rimanda allo specifico report. Si riportano invece di seguito gli esiti relativi alle strutture socio sanitarie accreditate, completi di una comparazione rispetto agli ultimi tre anni.

PUNTI DI FORZA

Valori > 3,50

QUESITO/ITEM	2024	2022	2021
Esiste collaborazione con i colleghi	3,9	3,8	3,7
Vengono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale	3,9	3,3	
I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio desiderano essere informati sui problemi e le difficoltà che si incontrano nel lavoro	3,8	3,66	3,31

I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio trattano i dipendenti in maniera equa	3,8	3,42	3,6
L'organizzazione realizza servizi utili alla comunità	3,7	3,61	3,43
Il lavoro di ogni dipendente rappresenta un contributo rilevante	3,7	3,66	3,5
Nel gruppo di lavoro chi ha un'informazione la mette a disposizione di tutti/e	3,7	3,66	3,43
Tra colleghi ci si ascolta e si cerca di venire incontro alle reciproche esigenze	3,7	3,76	3,5
I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio aiutano a lavorare nel modo migliore	3,7	3,61	3,18
Quando si ha bisogno di informazioni si sa a chi chiederle	3,7	3,42	3,37
Gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti	3,7	3,42	3,2
I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio assicurano la diffusione delle informazioni tra il personale	3,7	3,52	3,37
Nel gruppo di lavoro tutti si impegnano per raggiungere i risultati	3,7	3,66	3,2
L'organizzazione è generalmente disponibile ad andare incontro alle esigenze dei dipendenti	3,6	3,52	3,44
I ruoli organizzativi e i compiti lavorativi sono chiari e ben definiti	3,6	3,25	
È facile avere le informazioni di cui si ha bisogno	3,6	3,47	3,28
13) I dipendenti sono generalmente disponibili ad andare incontro alle esigenze dell'organizzazione?			
Il comportamento dei dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio è coerente con gli obiettivi dichiarati	3,6	3,57	3,37
Nel gruppo di lavoro si trovano soluzioni adeguate ai problemi che si presentano	3,5	3,47	3,35
I dipendenti sono generalmente disponibili ad andare incontro alle esigenze dell'organizzazione	3,5	3,52	3,4
I criteri con cui si valutano le persone sono equi e trasparenti	3,5	3,47	3,31
Sensazione di far parte di una squadra	3,5	3,47	3,03
L'esempio e i comportamenti dei referenti rinforzano i valori positivi del servizio	3,5	3,42	3,03
Apprezzamento delle qualità umane e morali dei dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio	3,5	3,07	

Soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro	3,5	3,3	
Il lavoro consente di far emergere le qualità personali e professionali di ognuno/a	3,5	3,09	
Chi avanza richieste o formula proposte e suggerimenti viene ascoltato dalle/dai dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio	3,5	3,07	
Fiducia nelle capacità gestionali e professionali della dirigenza	3,5	3	

PUNTI DI MIGLIORAMENTO

Valori < 2,60 o superiori a 1,6 per polarità invertita*

QUESITO/ITEM	2024	2022	2021
Come valuti la gradevolezza degli ambienti e degli arredi nell'ambiente in cui lavori	2	2,2	
Come valuti le condizioni dell'edificio in cui lavori	2	2,2	
Come valuti la temperatura dell'ambiente in cui lavori	2,2	2,42	
Come valuti la pulizia dell'ambiente in cui lavori	2,3	2,2	
Come valuti lo spazio disponibile per persona dell'ambiente in cui lavori	2,4	2,96	
Come valuti i servizi igienici dell'ambiente in cui lavori	2,4	2,45	
Sono distribuiti incentivi economici in base all'efficacia delle prestazioni	2,5	1,71	1,8
POLARITA' INVERTITA*	2024	2022	2021
Fatica mentale	3,4	3,4	3,3
Il lavoro assorbe totalmente	3,3	3,09	2,9
Diretta responsabilità del lavoro	3,3	2,9	3,25
I compiti da svolgere richiedono un livello di stress eccessivo	3,2	2,85	2,9
Sovraccarico di lavoro	3,1	2,7	3,09
Sovraccarico emotivo	3	2,7	2,8
I compiti da svolgere richiedono una fatica eccessiva	2,9	2,6	2,8
Senso di eccessivo affaticamento	2,8	2,42	2,75

Mal di testa e difficoltà di concentrazione	2,6	2,2	2,3
Nervosismo, irrequietezza, ansia	2,5	2,38	2,46
I compiti da svolgere richiedono conoscenze e capacità di cui non si dispone	2,4	2,2	2,25
Desiderio di cambiare lavoro/ambiente di lavoro	2,3	2,23	2,3
Pettegolezzo	2,2	1,95	
Aggressività e nervosismo	2,1	1,8	2,06
Sensazione di fare cose inutili	2,1	2,1	
Lentezza nell'esecuzione dei compiti	2	2,1	2,19
Esistono conflitti con i dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio	2	2,04	2,2
Difficoltà ad addormentarsi	2	2	2,12
Sensazione di contare poco nell'organizzazione	2	1,95	2,37
Insofferenza nell'andare a lavoro	2	1,95	2,1
Sensazione di non essere valutato adeguatamente	2	1,90	2,37
Mal di stomaco, gastrite	1,9	2	1,9
Monotonia o ripetitività	1,9	1,95	1,8
Fatica fisica	1,9	1,8	2,06
Poca chiarezza su "cosa bisogna fare e chi lo deve fare"	1,8	1,95	2,1
Risentimento verso l'organizzazione	1,7	1,9	2,2
Isolamento	1,7		
Disinteresse per il lavoro	1,7		
Sensazione di lavorare meccanicamente, senza coinvolgimento	1,7	1,8	

COSE URGENTI DA MIGLIORARE (da definire in un ordine dal 1 al 4)

	2024	2022	2021
--	------	------	------

La valorizzazione del personale	4		1
Un sistema di incentivi	1	2	2
La circolazione e la chiarezza delle informazioni	4		3
I supporti informatici e tecnologici			4
La confortevolezza dell'ambiente di lavoro	2	1	
L'assegnazione delle risorse (umane, economiche, ecc.)	3	3	
La flessibilità dell'orario di lavoro		4	

Si evidenziano di seguito alcuni item particolarmente positivi rilevati nell'area "servizi sanitari accreditati":

	Servizi sanitari accreditati	Generale
Esiste collaborazione con i colleghi	3,9	3,7
Vengono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale	3,9	3,4
I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio desiderano essere informati sui problemi e le difficoltà che si incontrano nel lavoro	3,8	3,6
I dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio trattano i dipendenti in maniera equa	3,8	3,6

L'apprezzamento maggiore delle qualità delle figure di coordinamento viene riscontrato nell'area "servizi sanitari accreditati"

	Apprezzamento delle qualità umane e morali dei dirigenti/coordinatori d'area/responsabili di servizio	Condivisione dei valori dell'organizzazione
S.S. ACCREDITATI RE - MO	3,5	3,4

L'apprezzamento maggiore rispetto all'innovazione viene riscontrato nell'area "servizi sanitari accreditati"

	Acquisire nuove tecnologie	Introdurre nuove professionalità	Sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro
S.S. ACCREDITATI RE - MO	3	3,1	3,1

Reggio Emilia, Febbraio 2025