STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA CON MODULO COD "CAMPIGLIO"

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' **5**
Commento ai dati di attività 14
3. INDICATORI DI EFFICACIA **14**
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 **20**
Commenti sul rischio clinico 20
7. VERIFICA QUALITA' **20**
Commento alle verifiche 21
8. OBIETTIVI SPECIFICI **21**
Commento agli obiettivi specifici 21
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET **22**
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET 22
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET 23
Commento al budget 23
10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE **23**
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA **23**
Commenti al questionario sulla qualità percepita 33
12. QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO **35**
Commento al questionario sul benessere organizzativo 36

1. STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione: Struttura terapeutico-riabilitativa (P.T.R.) e modulo di Centro Osservazione e Diagnosi (C.O.D.)
Sede: via Borgo Campiglio 2, 41058 Vignola (MO) tel 059 762222 - fax 059 763006 - 337 1543824
e.mail campiglio@libera-mente.org

Dettagli normativi: la struttura di Campiglio fa riferimento ai seguenti documenti ufficiali:
Autorizzazione al funzionamento: struttura autorizzata all'esercizio di attività terapeutico riabilitativa per dipendenze patologiche (Prot. n° 9559 del 09/05/2005 del COMUNE di VIGNOLA e Prot. n° 21937 allegato all'autorizzazione del 21/12/2011).
Iscrizione all'Albo Regionale degli Enti ausiliari come previsto dalla normativa nazionale e regionale, con D. nr. 3896 del 04.05.1998.
Struttura Accreditata con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politica Sociali n. 6126 del 29 maggio 2008 e determina nr. 5527 del 20.05.2013.

Retta: Regione Emilia Romagna: PTR € 82.71 COD (modulo) € 90.06. Interamente a carico dell'AUSL di residenza.
Capienza: 25 utenti
Orario: Struttura residenziale aperta per le 24 ore
Tempo di permanenza: PTR durata massima 10 mesi + proroga massimo 4 mesi
COD (modulo) durata massima 3 mesi + proroga massimo 1 mese

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

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

- progetto post dimissioni con lo scopo di verificare la stabilizzazione degli obiettivi raggiunti.

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

- Emancipazione dalla dipendenza da sostanze psicoattive
- Proposta di percorsi residenziali individualizzati con trattamenti psicoterapeutici e socioeducativi
- Interventi specialistici per utenti donne e per familiari

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

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

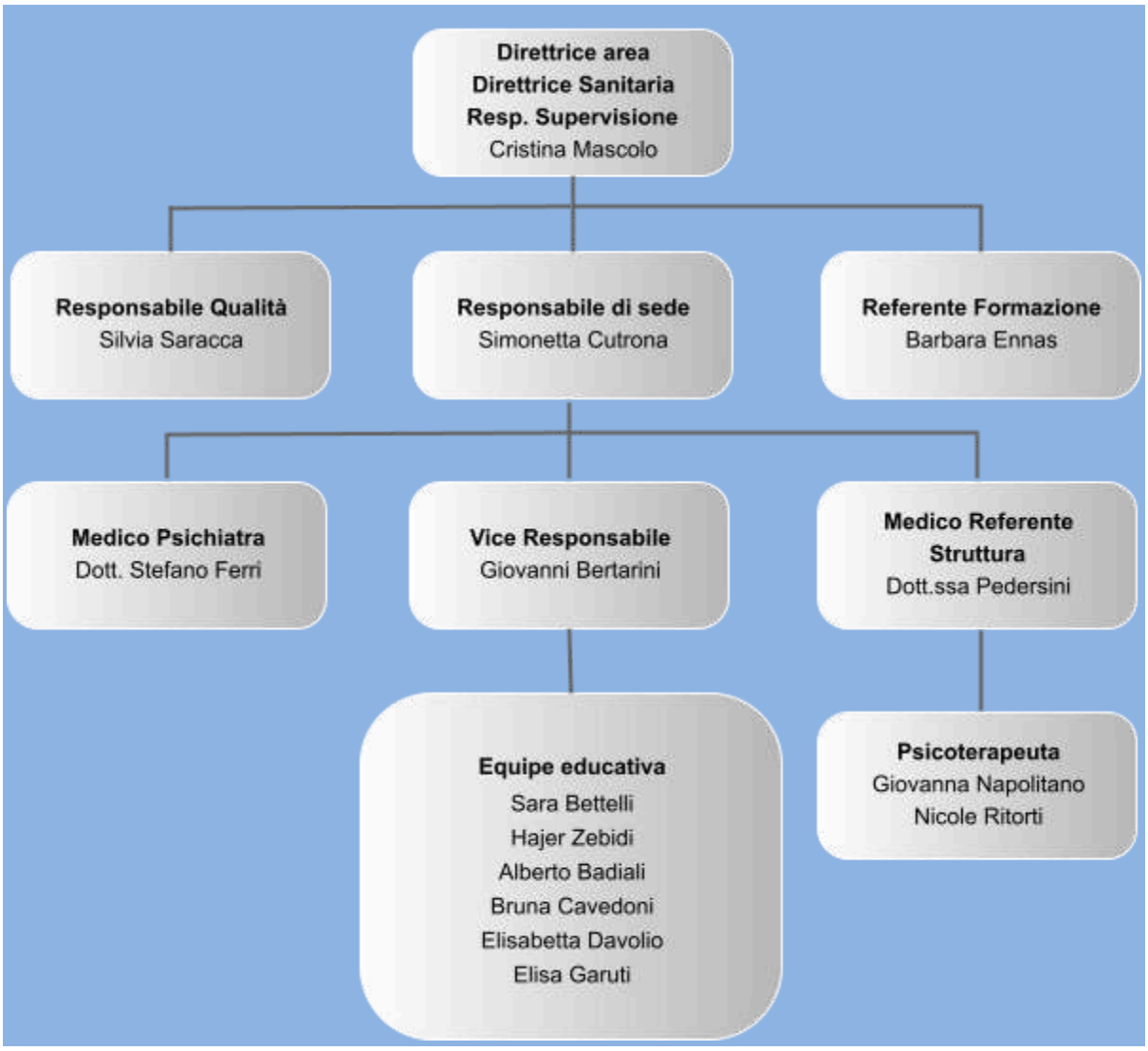
Modello di intervento

I principali riferimenti metodologici sono:

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

Utilizzo di modelli di intervento fra loro integrati che definiscono un trattamento multidimensionale, caratterizzato da interventi psico-socio-educativi e socio-familiare.
Facendo riferimento alla multifattorialità che sta alla base dell'eziologia delle dipendenze patologiche, l'intervento terapeutico intende proporsi anch'esso come multidisciplinare, integrato e basato sull'alleanza e la collaborazione con i servizi per le tossicodipendenze, i centri di salute mentale, i servizi sociali, i professionisti e attori vari del territorio.

1.2 L'EQUIPE DI LAVORO



1.3 MODALITA' DI ACCESSO

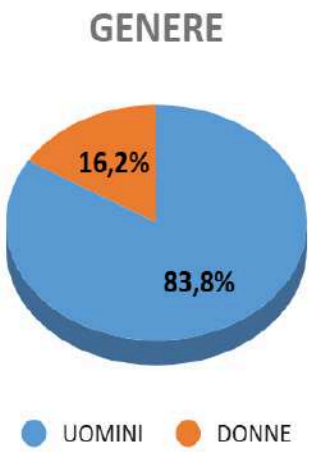
L'accesso è subordinato all'autorizzazione del Servizio per le Tossicodipendenze di residenza del richiedente.
Prima dell'ingresso viene effettuata una valutazione congiunta Ser.T. inviante, utente, Comunità, indirizzata ad individuare il programma personalizzato più idoneo alle esigenze e problematiche 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 invianti vengono opportunamente informati circa i necessari adempimenti da compiere tramite apposito elenco di documenti ed esami richiesti.

2. DATI DI ATTIVITA'

2.1 PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO

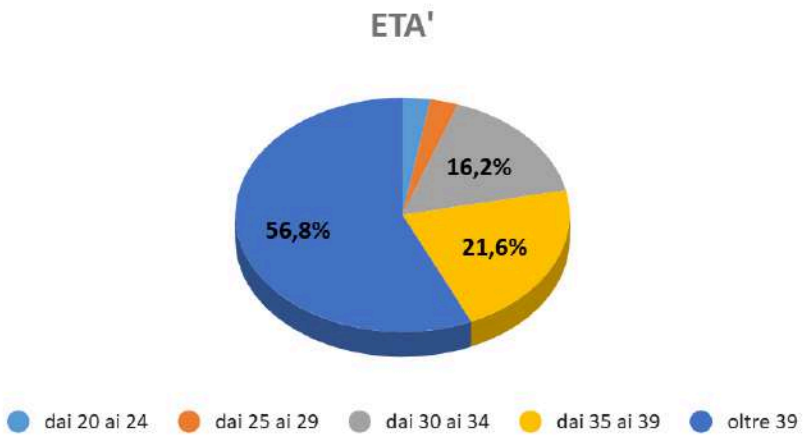
NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

	2024	2023	2022
NUMERO UTENTI TRATTATI	**37**	**37**	**31**



Comparazione ultimi tre anni:

GENERE	2024	2023	2022
UOMINI	**83,8%**	**81%**	**74%**
DONNE	**14,2%**	**19%**	**26%**

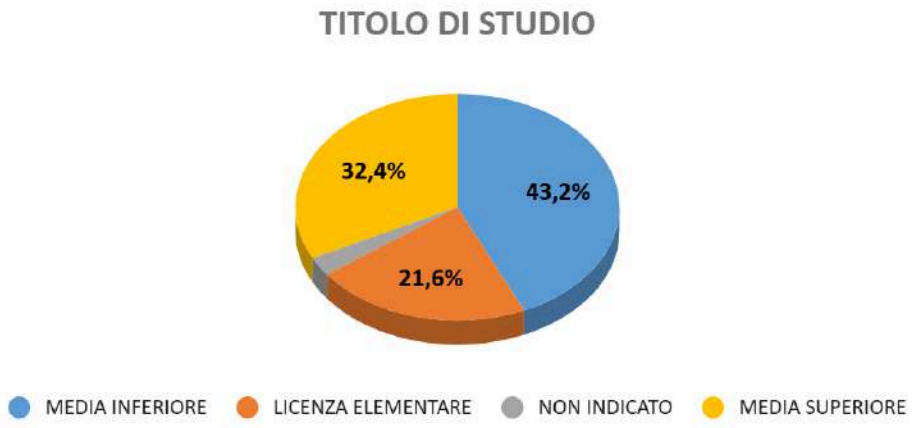


Comparazione ultimi tre anni:

ETA'	2024	2023	2022
Dai 20 ai 24	2,7%	5,4%	6,5%
Dai 25 ai 29	2,7%	13,5%	16,1%
Dai 30 ai 34	16,2%	18,9%	6,5%
Dai 35 ai 39	21,6%	21,6%	22,6%
Oltre i 39	56,8%	40,5%	48,4%

Comparazione ultimi tre anni:

CONDIZIONE LAVORATIVA	2024	2023	2022
Occupato	10,8%	21%	10%
Disoccupato	86,5%	76%	58%
Non indicato	2,7%	3%	29%



Comparazione ultimi tre anni:

TITOLO DI STUDIO	2024	2023	2022
Licenza elementare	21,6%	3%	6%
Media inferiore	43,2%	54%	55%

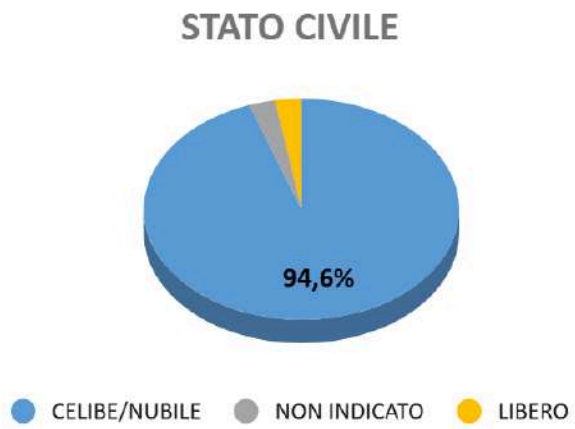
Media superiore	**32,4%%**	**33%**	**29%**
Laurea	**10%**	**5%**	**10%**
Non indicato	**2,8%**	**0**	**0**

Comparazione ultimi tre anni:

TERRITORIO	2024	2023	2022
Provincia	**78,4%**	**70%**	**71%**
Regione	**10,8%**	**22%**	**13%**
Fuori Regione	**10,8%**	**8%**	**16%**

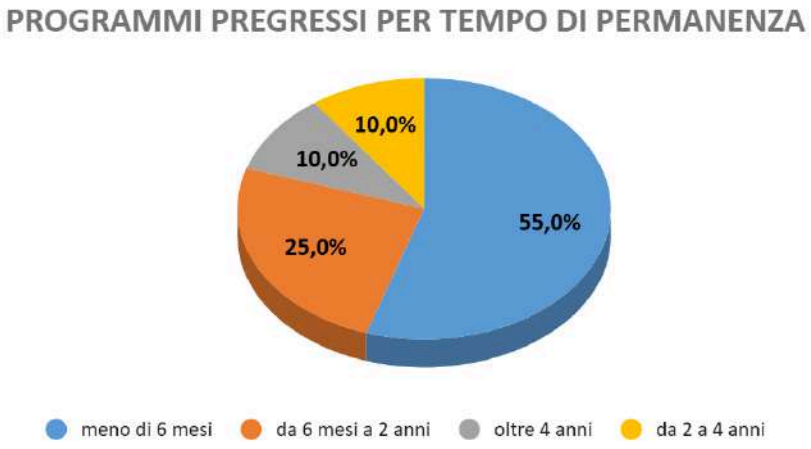
Comparazione ultimi tre anni:

PROVENIENZA	2024	2023	2022
Carcere	5,4%	6%	10%
Casa di Cura	32,4%	17%	5%
Comunità	8,1%	9%	5%
Famiglia acquisita	0%	9%	5%
Famiglia d'origine	29,7%	50%	40%
Abitazione autonoma	13,5%	6%	25%
Senza dimora	10,8%	3%	10%



Comparazione ultimi tre anni:

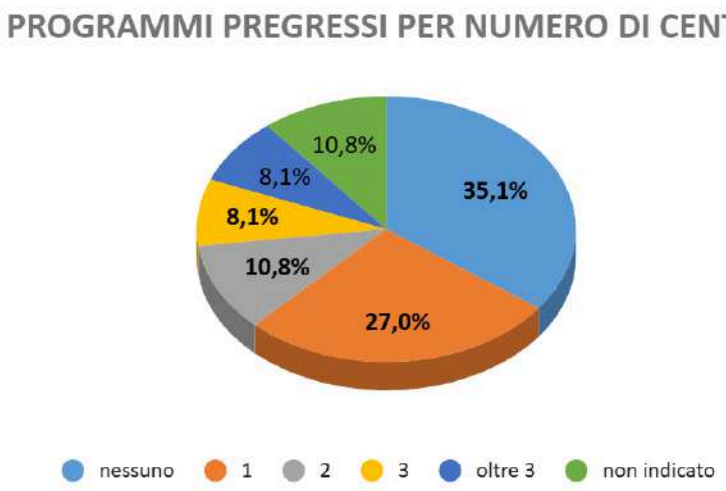
STATO CIVILE	2024	2023	2022
Celibe/Nubile	94,6%	92%	87%
Coniugato	0	3%	3%
Divorziato	0	5%	10%
Libero	2,7%	0	0
Non indicato	2,7%	0	0



Comparazione ultimi tre anni:

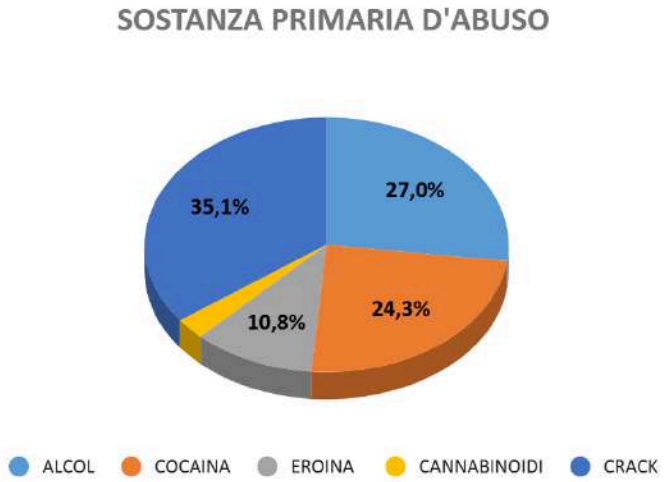
DURATA	2024	2023	2022

PROGRAMMI			
Meno di 6 mesi	55%	65%	77%
Da 6 mesi a 2 anni	25%	22%	13%
Da 2 a 4 anni	10%	8%	10%
Oltre 4 anni	10%	5%	0



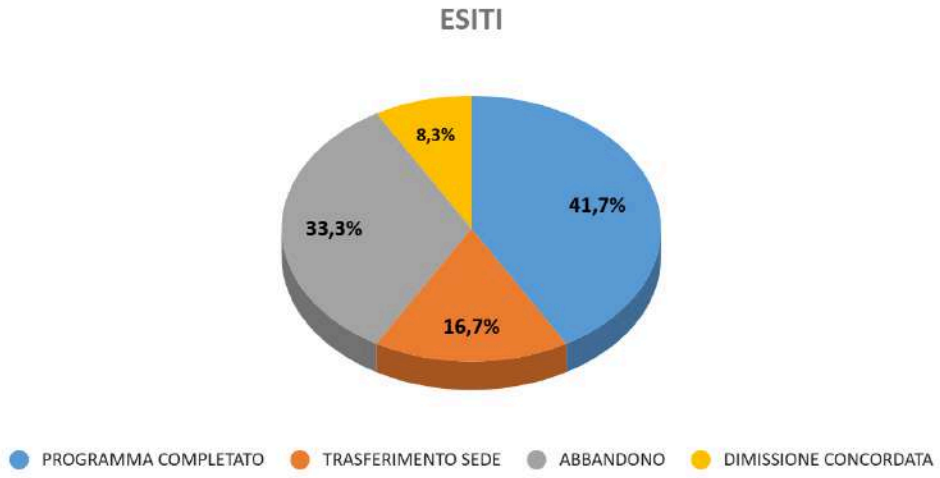
Comparazione ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI	2024	2023	2022
Nessuno	35,2%	41%	61%
Una struttura	27%	32%	13%
2 strutture	10,8%	24%	16%
3 strutture	8,1%	3%	3%
Oltre 3 strutture	8,1%	0	7%
Non indicato	10,8%	0	0



Comparazione ultimi tre anni:

SOSTANZA ABUSO	2024	2023	2022
Alcol	27%	27%	39%
Cocaina	24,3%	30%	29%
Eroina	10,8%	8%	13%
Crack	35,1%	19%	10%
Cannabinoidi	2,7%	5%	3%
Gioco	0	8%	3%
Psicofarmaci	0	3%	3%



Comparazione ultimi tre anni:

ESITI	2024	2023	2022
Programma completato	**41,7%**	**72%**	**63,6%**
Trasferimento sede	**16,7%**	**16%**	**4,5%**
Dimissione concordata	**8,3%**	**4%**	**9,1%**
Abbandono	**33,3%**	**8%**	**22,7%**

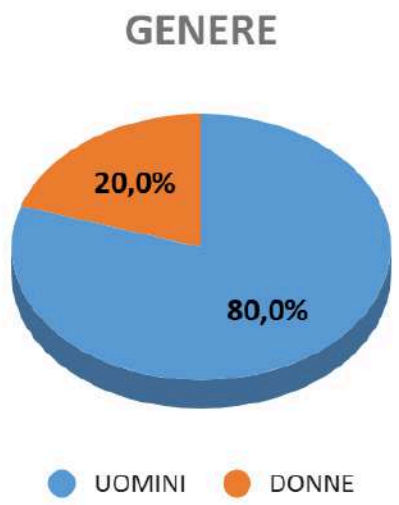
Commento ai dati di attività

I dati appaiono tendenzialmente in linea con quelli degli anni scorsi. Di seguito i dati di discontinuità maggiormente significativi:
- Ulteriormente in calo la presenza femminile, trend in linea con gli anni precedenti
- In calo le fasce più giovani di utenti e in aumento le fasce d'età oltre i 39 anni
- Aumenta di più dell'8% il dato di invii dalla provincia, mentre calano gli invii dalla regione, in leggero aumento (poco significativo) gli invii da fuori regione. Invariato rispetto allo scorso anno il numero di presenze totali.
- Si registra un aumento degli utenti provenienti da Casa di Cura, mentre calano quelli provenienti dalla famiglia di origine.
- Si registra una decisa impennata del crack (più del 15%) come sostanza d'abuso primaria
- Rispetto al tasso di abbandoni si rimanda alle riflessioni realizzate durante l'audit annuale dedicato, la cui sintesi è presente in questa relazione.

2.2 CENTRO OSSERVAZIONE E DIAGNOSI

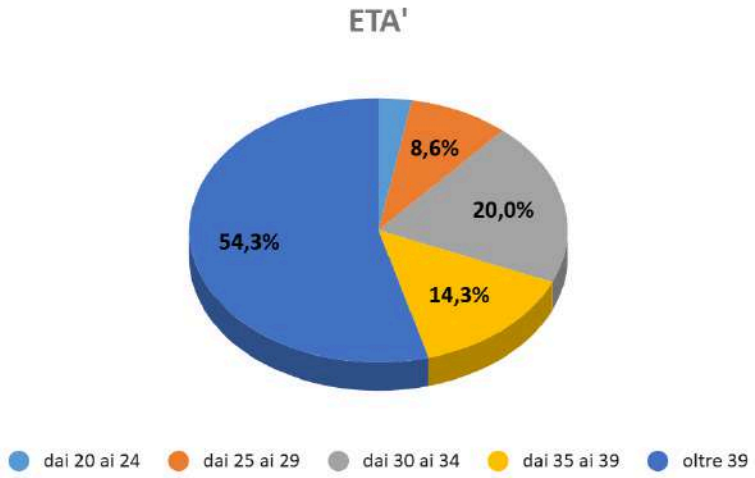
NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

	2024	2023	2022
NUMERO UTENTI TRATTATI	**35**	**40**	**33**



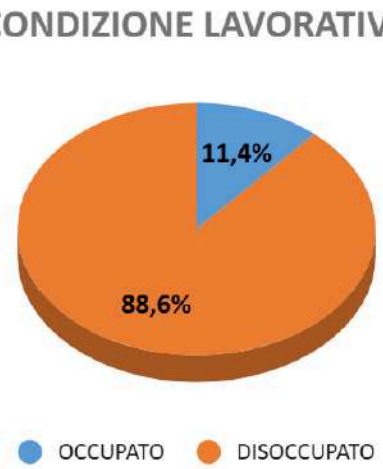
Comparazione ultimi tre anni:

GENERE	2024	2023	2022
UOMINI	**80%**	**85%**	**81%**
DONNE	**20%**	**15%**	**19%**



Comparazione ultimi tre anni:

ETA’	2024	2023	2022
dai 20 ai 24	2,8%	2,5%	9,1%
Dai 25 ai 29	8,6%	7,5%	18,2%
Dai 30 ai 34	20%	17,5%	12,1%
Dai 35 ai 39	14,3%	25%	15,2%
Oltre i 39	54,3%	47,5%	45,5%

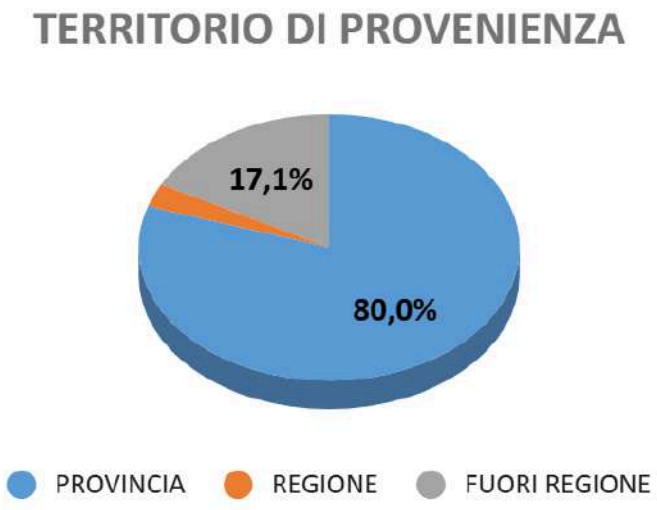


Comparazione ultimi tre anni:

CONDIZIONE LAVORATIVA	2024	2023	2022
Occupato	11,4%	25%	22%
Disoccupato	88,6%	70%	50%
Non indicato	0	5%	28%

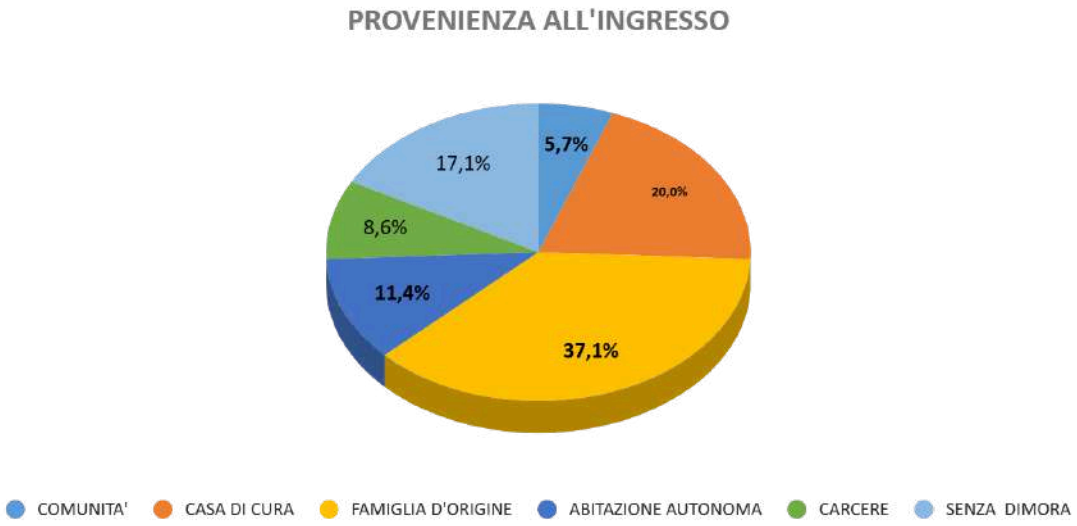
Comparazione ultimi tre anni:

TITOLO DI STUDIO	2024	2023	2022
Licenza elementare	31,4%	0	0
Media inferiore	45,7%	45%	32%
Media superiore	22,9%	30%	49%
Laurea	0	13%	19%
Non indicato	0	12%	0



Comparazione ultimi tre anni:

TERRITORIO	2024	2023	2022
Provincia	80%	65%	70%
Regione	2,9%	17%	21%
Fuori Regione	17,1%	18%	9%



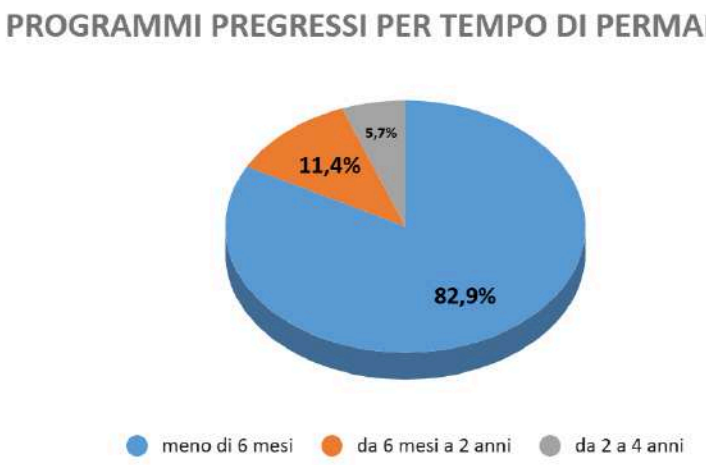
Comparazione ultimi tre anni:

PROVENIENZA	2024	2023	2022
Carcere	9%	7,5%	3%
Casa di Cura	20%	20%	0
Comunità	6%	0	6%
Famiglia acquisita	0%	7,5%	3%
Famiglia d'origine	37%	40%	30%
Abitazione autonoma	11%	5%	0
Senza dimora	17%	5%	6%

Non indicato	**0**	**15%**	**52%**

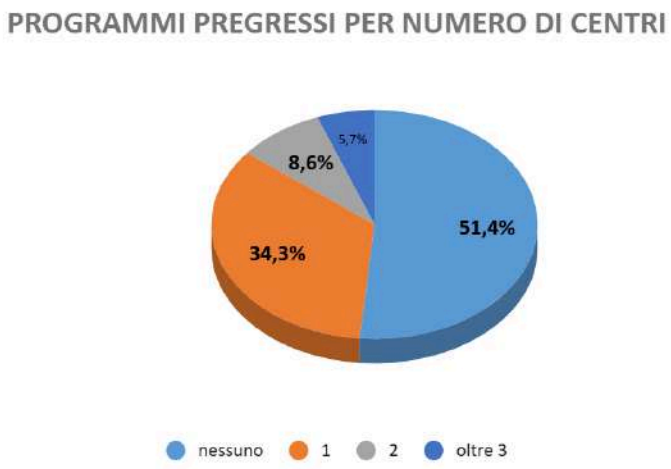
Comparazione ultimi tre anni:

STATO CIVILE	2024	2023	2022
Celibe/Nubile	**97,1%**	**90%**	**94%**
Coniugato	**0**	**2%**	**3%**
Divorziato	**0**	**3%**	**3%**
Libero	**0**	**0**	**0**
Non indicato	**2,9%**	**5%**	**0**



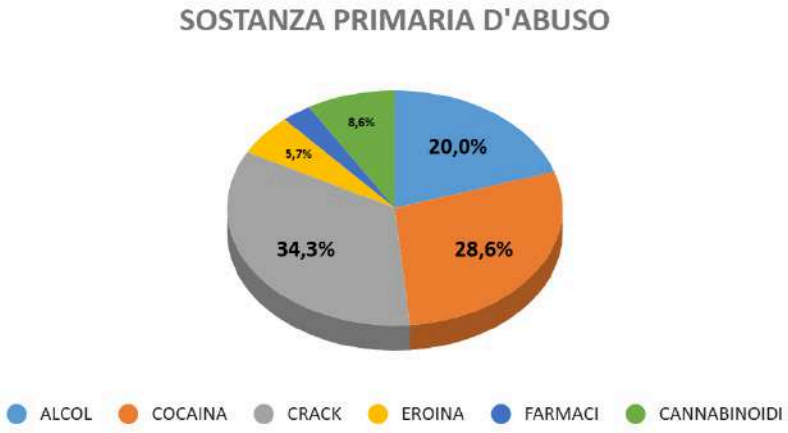
Comparazione ultimi tre anni:

DURATA PROGRAMMI	2024	2023	2022
Meno di 6 mesi	82,9%	82%	79%
Da 6 mesi a 2 anni	11,4%	10%	3%
Da 2 a 4 anni	5,7%	3%	9%
Oltre 4 anni	0	5%	9%



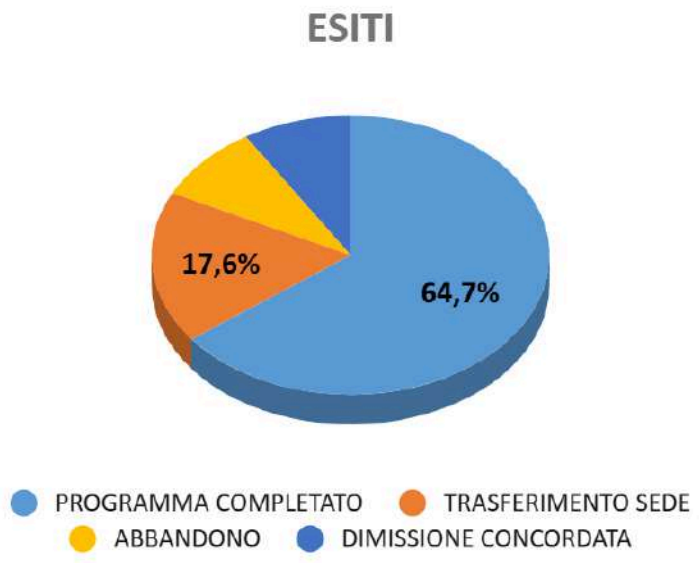
Comparazione ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI	2024	2023	2022
Nessuno	51,4%	65%	61%
Una struttura	34,3%	20%	12%
2 strutture	8,6%	10%	24%
3 strutture	0%	5%	3%
Oltre 3 strutture	5,7%	0	0



Comparazione ultimi tre anni:

SOSTANZA ABUSO	2024	2023	2022
Alcol	20%	22,5%	30,3%
Cocaina	28,6%	40%	30,3%
Eroina	5,7%	7,5%	3%
Crack	34,3%	15%	24,2%
Cannabinoidi	8,6%	0	6,1%
Gioco	0	7,5%	3%
Psicofarmaci	2,8%	0	0
Eroina/Cocaina	0	2,5%	0
Metanfetamina	0	0	3%
Non indicato	0	5%	0



Comparazione ultimi tre anni:

ESITI	2024	2023	2022
Programma completato	**64,7%**	**55,6%**	**67,7%**
Trasferimento sede	**17,6%**	**11,1%**	**9,7%**
Dimissione concordata	**8,9%**	**19,4%**	**9,7%**
Abbandono	**8,8%**	**13,9**	**9,7%**
Espulsione	**0**	**0**	**3,2%**

Commento ai dati di attività COD

Si assiste ad un generale "peggioramento" delle condizioni degli utenti accolti in struttura:

- la popolazione accolta appare più anziana se comparata con gli anni precedenti;
- il tasso di disoccupazione è maggiore, mentre il titolo di studio è di livello inferiore (più licenze elementari e nessuna laurea);
- in aumento la percentuale dei "senza dimora";

Nonostante questi dati appare molto contenuto il dato rispetto al numero e al tempo di permanenza in programmi pregressi (indice di cronicizzazione contenuto).
Si registra un dato molto positivo degli invii dalla provincia.
Rispetto alle sostanze d'abuso il dato più evidente è il picco del crack come sostanza primaria.
Gli esiti del percorso registrano percentuali positive.

3. INDICATORI DI EFFICACIA

3.1 PTR

Indicatori Efficacia	Esiti 2023	Standard 2024	Esiti 2024
Tasso Utilizzo Posti Letto	**81,8%**	>65%	**77%**
Utenti Dimessi / Totale accolti	**62,1%**	>55 %	**43,2%**
Autodimissioni Programma	**5,4%**	<20%	**21,6%**
Mortalità	**0%**	0%	**0%**

Commento agli indicatori di efficacia PTR

Si conferma positivo il dato relativo al tasso di utilizzo posti letto.

Quello sulle dimissioni è inferiore allo standard e confermato dalle riflessioni dell'equipe, che registra una generale difficoltà nell'individuazione e progettazione di percorsi post-dimissione per gli utenti.

Il tasso di abbandoni, come già rilevato, quest'anno è stato leggermente alto e quindi affrontato in sede di audit dedicato.

3.2 COD

Indicatori Efficacia	Esiti 2023	Standard 2024	Esiti 2024
Tasso Utilizzo Posti Letto	**94%**	>80 %	**98%**
Utenti Dimessi / Totale accolti	**77,5%**	>55 %	**88,6%**
Autodimissioni Programma	**12,5%**	<20%	**8,6%**
Mortalità	**0%**	0%	**0%**

Commento agli indicatori di efficacia COD

Rispetto a tutti gli indicatori si registrano valori eccellenti nell'annualità 2024.

In data 12 febbraio 2024 si è svolto l'audit annuale dedicato all'analisi delle interruzioni dei percorsi terapeutici avvenute nel corso dell'anno. Di seguito si riportano le principali riflessioni emerse nel confronto tra i membri dell'équipe.

*Dall'esame dei casi è emersa, in più situazioni, una **mancanza di appropriatezza nell'invio degli utenti** da parte dei servizi territoriali. Alcuni pazienti presentavano **quadri psichiatrici rilevanti**, inizialmente descritti come stabilizzati e pronti ad affrontare un percorso terapeutico. Tuttavia, l'ambiente comunitario si è rivelato eccessivamente sollecitante rispetto alle loro reali risorse e fragilità, causando un rapido disadattamento e la conseguente interruzione del percorso.*

*In un altro caso, l'invio è avvenuto **nonostante la richiesta dell'utente fosse limitata alla sola disintossicazione**, senza una reale motivazione all'attivazione di un processo terapeutico strutturato, condizione che ha portato a un precoce abbandono.*

*Nel corso del 2024, si rilevano **sei abbandoni associati a una condizione di craving attivo** per sostanze:*

- *Due pazienti hanno pianificato congiuntamente l'uscita dalla struttura con l'intenzione di fare uso di sostanze. Dopo l'abbandono, hanno convissuto temporaneamente, proseguendo il consumo insieme.*
- *Altri due utenti, coinvolti in una **relazione affettiva nata all'interno della comunità**, hanno abbandonato in momenti distinti, entrambi dopo episodi di uso di sostanze all'interno della struttura.*
- *Un altro paziente ha interrotto il percorso in fase di **reinserimento**, a seguito di una ricaduta.*
- *Un ulteriore caso ha riguardato un utente che si è allontanato ripetutamente dalla struttura durante i momenti di riunione dell'équipe, per procurarsi sostanze (in particolare THC), rientrando senza essere notato nell'immediato.*

*Queste evidenze sottolineano l'urgenza di **rafforzare il confronto con i servizi invianti**, per garantire una maggiore congruenza tra i bisogni reali dell'utente e il tipo di percorso proposto. È inoltre necessario potenziare le strategie interne di gestione del craving e i sistemi di monitoraggio e contenimento del comportamento.*

*Parallelamente, l'équipe ha condotto un'**analisi qualitativa delle motivazioni** che hanno condotto all'interruzione dei percorsi terapeutici, individuando tre macro-categorie ricorrenti:*

1. ***Uso di sostanze** e difficoltà nella gestione del craving;*
2. ***Intolleranza all'ambiente comunitario**, percepito come troppo stimolante in relazione al profilo psichico degli utenti;*
3. ***Relazioni preferenziali**, che si configurano come legami esclusivi tra utenti, in grado di ostacolare il coinvolgimento nel gruppo e nel lavoro terapeutico con l'équipe.*

*Nonostante l'attivazione di gruppi specifici sulla gestione del craving e colloqui individuali di supporto, alcuni pazienti **non sono riusciti a mettere in pratica le strategie apprese**, né hanno ricercato l'aiuto dell'équipe in fase di ricaduta, determinando così l'abbandono del programma.*

*Nel caso dell'intolleranza all'ambiente, si sono osservate situazioni in cui la **combinazione tra fragilità psichiche, uso di sostanze all'interno della struttura e richiami emotivi esterni** (come, ad esempio, l'assenza dei figli) ha generato una condizione di disagio acuto culminata nell'interruzione del percorso.*

*Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalle **relazioni affettive o preferenziali** instaurate tra pazienti, che frequentemente sfociano in un progressivo isolamento dal gruppo e dall'équipe, minando la qualità e l'efficacia dell'intervento terapeutico.*

*Alla luce di tali osservazioni, si ritiene opportuno **introdurre gruppi tematici dedicati all'approfondimento del concetto di dipendenza** e dei relativi meccanismi psicologici, con un focus particolare sulle **relazioni interpersonali e sulle dinamiche preferenziali**. Questi gruppi saranno condotti dalle psicologhe dell'équipe.*

*Un dato significativo riguarda anche la **tempistica degli abbandoni**: in 5 dei 11 casi rilevati, l'interruzione è avvenuta nell'arco della stessa giornata, a conferma della difficoltà nel rilevare tempestivamente segnali di crisi e attivare misure preventive efficaci.*

*Il confronto con i dati del 2023 evidenzia un **aumento degli abbandoni**, passati da 7 a 11, nonostante nel 2024 il numero di utenti in trattamento sia stato inferiore rispetto all'anno precedente.*

*Nel complesso, l'anno 2024 si è caratterizzato per una **maggiore complessità delle dinamiche interpersonali**, una **presenza più significativa dell'uso di sostanze anche all'interno della struttura** e una **scarsa chiarezza progettuale da parte di alcuni servizi invianti**, fattori che hanno inciso negativamente sulla continuità e stabilità dei percorsi terapeutici.*

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.

4. PRODOTTI

4.1 CATALOGO PRODOTTI

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	ACCETTAZIONE
2	ASSESSMENT
3	PTR
4	COD
5	REINSERIMENTO
6	POST DIMISSIONE
7	VERIFICA DEI TRATTAMENTI

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

Prodotto 2 – Assessment		
	Target	**Caratt. qualitative**

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

Prodotto 3 - Area Trattamento PTR			
		Target	**Caratt. qualitative**
Area Trattamento PTR (Dopo Assessment)	**Psicoterapia individuale e di gruppo**	Tutti i Soggetti inseriti nel programma PTR	Approfondire le diverse e specifiche problematiche individuali e di risoluzione dei problemi
	Gruppi psico-educativi	Tutti i Soggetti inseriti nei programmi terapeutici	Accompagnamento alla vita di Comunità, monitoraggio relazioni, risoluzione dei problemi
	Attivazione tirocini formativi	I Soggetti inseriti nel programma PTR che necessitano un graduale reinserimento sociale	Incontri con op. Servizi Monitoraggio tirocinio
	Accompagnamento autonomia lavorativa	Tutti i Soggetti inseriti nel programma	Rispondere agli obiettivi generali e specifici per accompagnare l'utente verso un percorso di inserimento

Prodotto 4 - Area Trattamento COD

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

Prodotto 5 - Reinserimento sociale da progetto personalizzato (PTR)			
		Target	**Caratt. qualitative**
Reinserimento sociale da progetto personalizzato PTR	**Accompagnamento alla risocializzazione**	Tutti i soggetti inseriti nel programma	Monitoraggio uscite in autonomia e sostegno
	Accompagnamento autonomia lavorativa	Tutti i Soggetti inseriti nel programma	Rispondere agli obiettivi generali e specifici per accompagnare l'utente verso un percorso di inserimento
	Accompagnamento verso percorsi formativi specifici	Soggetti inseriti nel programma che necessitino di una formazione specifica	Scouting di agenzie formative. Promozione delle skills degli utenti inseriti. Empowerment

Prodotto 6 – Post dimissione			
		Target	**Caratt. qualitative**
Post dimissione (inserimento lavorativo)	**Controllo gestione autonomia**	Soggetti che hanno completato il programma residenziale	Accompagnamento all'autonomia

	Inserimento abitativo e lavorativo	Soggetti che hanno completato il programma residenziale	Attuazione del progetto verso l'inserimento sociale

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

4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	**Indicatori**	**Esiti 2023**	**Standard 2024**	**Esiti 2024**
Accettazione	- N° ingressi effettuati/ N° richieste	- 90%	- 75%	- **53%**
	- Tempo trascorso tra invio e 1° colloquio (entro 15 gg)	- 70%	- 80%	- **90%**
Assessment COD	- N° test effettuati/ N° ingressi	- 93%	- 90%	- **73%**
	- N° utenti in trattamento /N° ingressi	- 100%	- 75%	- **80%**
Area Trattamento PTR	-N°gruppi terapeutici/totale dei gruppi dichiarati (52)	- 42%	- 80%	- **73%**
	-N°gruppi educativi/totale dei gruppi dichiarati (52)	- 156%	- 80%	- **88%**
	-N°gruppi di meditazione/totale dei gruppi dichiarati (26)	- 88%	- 80%	- **81%**

Area Trattamento COD	- N° utenti in PTR/ N° dimessi*100 - N° utenti con progetto post dimissione/ N° dimessi*100	- 57% - 71%	- 45% - 60%	- **77%** - **96%**
Reinserimento sociale	- N°inserimenti lavorativi/utenti accolti - N°inserimenti socializzanti/utenti accolti - N°inserimenti formativi/utenti accolti - N° gruppi educativi/totale dei gruppi dichiarati (52)	- 100% - 100% - 0%	- 50% - 100% - 50% - 80%	- **64%** - **90%** - **27%** - **81%**
Post dimissione	- N° termini programma/N° accolti - N° inserimenti lavorativi/ N° accolti - N°UVM/N° ingressi	- 60% - 100% - 10%	- 50% - 70% - 10%	- **50%** - **50%** - **0%**
Verifica Trattamenti	- N° equipe (45) - N° supervisioni (5) - N° visite CUP (2)	- 43 - 2 - 3	- 45 - 5 - 2	- 84% - 140% - 150%

Commento ai prodotti

PRODOTTO ACCETTAZIONE: il primo esito risulta inferiore allo standard previsto. La motivazione viene rilevata esternamente all'equipe (effettiva compliance dei nominativi segnalati dal Cup; tempistiche dettate dalle misure detentive e dalla lista d'attesa). Sarà oggetto di riflessione in sede di pianificazione annuale. Eccellente invece il secondo esito.

PRODOTTO ASSESSMENT COD: il primo esito risulta inferiore allo standard. La motivazione viene individuata nella presenza di utenti con problemi di barriera linguistica, limiti cognitivi, disagio psichico.

PRODOTTO AREA TRATTAMENTO PTR: esiti conformi agli standard

PRODOTTO AREA TRATTAMENTO COD: esiti eccellenti e notevolmente superiori agli standard.

PRODOTTO REINSERIMENTO SOCIALE DA PROGETTO PERSONALIZZATO: il valore contenuto degli inserimenti formativi deve essere comparato e viene compensato da quello significativo sugli inserimenti lavorativi. L'esito sugli inserimenti socializzanti sarà oggetto di riflessione in sede di pianificazione.

PRODOTTO POST DIMISSIONE: il valore del dato sugli UVM sarà oggetto di riflessione in sede di pianificazione annuale.

PRODOTTO VERIFICA TRATTAMENTI: esiti molto positivi rispetto agli standard.

5. PROCEDURE

5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI 2024				
Procedura	***Indicatore***	***Esiti 2023***	***Standard 2024***	***Esiti 2024***
Procedura Gestione degli 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%**
Procedura di gestione della comunicazione P-GC	*% non conformità rilevata su Pubblicazione e aggiornamento carta dei servizi sul sito della Cooperativa, attraverso il modulo **M-RNC1***	**0%**	**0%**	**0%**
Gestione non conformità P-GNC	*% annua reclami rilevati attraverso il **M-RNC2** sul totale degli utenti in programma*	**0%**	**10%**	**2,8%**
Azioni di miglioramento P-ADM	*Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati **M-ADM-(RNC1/RNC2/RNC3)***	**33%%**	**20%**	**12.5%**
Procedura Trattamento Residenziale Dipendenze Terapeutico-Riabilitative P-ARTTR **Procedura Attività Residenziali Trattamento Dipendenze COD P-ARTC**	*Numero dimessi /numero utenti trattati **Relazione annuale***	**vedi dati di attività**	**45%**	**65,3%**
Gestione del personale P-GP	*% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali.**M-RNC1/TOT Non conf***	**0%**	**10%**	**0%**
Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ	*% non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto alle non conformità totali **M-RNC1/TOT Non conf***	**50%**	**20%**	**12,5%**
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%**	**25%**
Gestione Farmaci P-GDF	% non conformità/controlli sanitari effettuati	**50%**	**10%**	**25%**
Procedura Gestione delle Manutenzioni P-GDM	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 sul totale delle richieste di intervento ed assistenza M-RIA	**10%**	**10%**	**10%**

Procedura Prevenzione e Controllo Infezioni P-PCI	Gli indicatori sono 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

I casi di scostamento significativo rispetto agli standard si registrano relativamente a:

- Procedura Trattamento Residenziale
- Gestione documentazione sistema qualità
- Gestione documentazione utente

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-ARTTR P-ARTC	18/01/2024	M-RNC2	RECLAMO CON RICHIESTA DI SVOLGERE PIU' GRUPPI TERAPEUTICI CON LA PSICOLOGA	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	OPERATRICE
2	P-ARTTR P-ARTC	19/01/2024	M-RNC1	ESITI DI DUE PRODOTTI CON SCOSTAMENTO SIGNIFICATIVO RISPETTO AGLI STANDARD DEFINITI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
3	P-GDU	28/03/2024	M-RNC1	RILEVAZIONE DI CARTELLE INCOMPLETE DURANTE I CONTROLLI EFFETTUATI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
4	D-RC	15/04/2024	M-RNC2	RECLAMO SUL VOLUME DELLA MUSICA TROPPO ALTO IN COMUNITA'	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
5	P-GDU	26/07/2024	M-RNC1	NON EFFETTUATO CARICAMENTO DIGITALE DEI PIANI TERAPEUTICI DEGLI UTENTI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
6	P-GDF	29/08/2024	M-RNC1	NON RISPETTO DELLA PROCEDURA GESTIONE FARMACI CHE HA PERMESSO AD UN UTENTE DI NON ASSUMERE CORRETTAMENTE LA TERAPIA SOSTITUTIVA	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
7	P-GDF	04/10/2024	M-RNC1	PRESENZA DI FARMACO ERRATO IN UNA CONFEZIONE	RISOLTA	OPERATRICE

8	P-GDQ	23/10/2024	M-RNC1	ERRORE FREQUENTE AL QUESITO NUMERO DUE DEL QUESTIONARIO SULLA CONOSCENZA DEL SISTEMA QUALITA’	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'

In data 12/2/2025 è stato effettuato l’audit 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 ILSISTEMA 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 lavoro 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 SIS TEMA QUALITA'	GEN.	MAR.	LUG.	OTT.	NOV.	DIC.	GEN.2025
GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTI		25 CONTROLLO CARTELLE MAMMI NON CONFORMITA'	25 CONTROLLO CARTELLE MAMMI SARACCA NON CONFORMITA'		18 CONTROLLO CARTELLE BETTELLI	20 CONTROLLO CARTELLE SARACCA	
GESTIONE DOCUMENTAZIONE SQ	18 RILEVAZIONI ANNUALI 2023		18 RILEVAZIONI SEMESTRALI MAMMI SARACCA		28 CONTROLLO PORTFOLIO SARACCA		24 RILEVAZIONI ANNUALI 2024 SARACCA
CONTROLLO SANITARIO		13 MASCOLO DAVOLIO CAVEDONI		3 MASCOLO DAVOLIO			
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione				23 QUESTIONARIO ADDETTI 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 2 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
Inserimento nel programma terapeutico di attività specifiche finalizzate alla gestione del craving	Attivazione di: - 1 gruppo sulle strategie di gestione del craving - 2 lavori individuali sia educativi che psicologici sul tema craving	- Diari educativi - Diari psicologici - Scheda informativa gruppi	Anno 2024
Attivazione di un gruppo specifico per i familiari degli utenti	- Individuazione di un educatore dedicato - Attivazione di un gruppo di sostegno specifico a cadenza quindicinale rivolto ai familiari degli utenti accolti	- Scheda informativa gruppi - Diario educativo - Sistema di turni che consenta l'organizzazione dei gruppi - Riunioni di equipe	Anno 2024

Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	Raggiunto	E' stato effettivamente attivato un gruppo specifico di cui si ha evidenza dai verbali, oltre che implementati gli strumenti di prevenzione e gestione del craving, messi a disposizione nella formazione specifica..
OBIETTIVO 2	Raggiunto	Il gruppo è stato attivato e viene condotto dal vice responsabile di sede

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

In fase di pianificazione era stato preventivato il seguente budget:

CAMPIGLIO (COD + PTR)	BUDGET 2024	%
RICAVI NETTI	**€ 610.000,00**	**100,0%**
Fornitori e altri costi produzione	-€ 150.000,00	-24,6%
Personale	-€ 314.192,53	-51,5%
Somma Spese Generali	-€ 85.400,00	-14,0%
Budget Formazione	-€ 4.000,00	-0,7%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.000,00	-0,2%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 3.393,61	-0,6%
Tasse	-€ 5.126,58	-0,8%
RISULTATO NETTO - 3° margine	**€ 46.887,28**	**7,7%**

Per l'anno 2024 gli obiettivi di BUDGET ritenuti realizzabili sono i seguenti:

- **Ricavi 610.000,00**

Si ipotizza un ulteriore incremento della presenza media di utenti

- **Costo dei Fornitori**

Si conferma il dato dell'anno precedente rispetto ad un aumento di fatturato e cercando di avere attenzione alle spese.

- **Valore del personale**

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 pieno programma 2023)

Calcolando le spese legate alla "sovrastruttura" aziendale cioè la somma delle spese generali, considerando gli ammortamenti dei beni materiali e provando a stimare le tasse, si ipotizza un risultato netto positivo a fine esercizio di **46.887,28** euro.

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

CAMPIGLIO (COD + PTR)	2024	%
RICAVI NETTI	**€ 651.233,10**	**100,0%**
Fornitori e altri costi produzione	-€ 148.949,25	-22,9%
Personale	-€ 333.561,39	-51,2%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	**€ 168.722,46**	**25,9%**
Somma Spese Generali	-€ 83.925,58	-12,9%
Budget Formazione	-€ 4.500,00	-0,7%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 989,00	-0,2%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 3.367,40	-0,5%
Tasse	-€ 4.903,05	-0,8%
RISULTATO NETTO - 3° margine	**€ 71.037,43**	**10,9%**

Commento al budget

1. Ricavi Netti:

Nel **preventivo** per il 2024, i ricavi netti erano stati stimati in **€610.000,00**. Tuttavia, il **consuntivo** ha registrato un importo superiore, pari a **€651.233,10**, con un incremento di **€41.233,10**. Questo rappresenta una crescita del **6,8%** rispetto alle previsioni, suggerendo che le aspettative sull'aumento della presenza media di utenti si sono concretizzate positivamente.

2. Fornitori e Altri Costi di Produzione:

Nel **budget**, la spesa per fornitori e altri costi di produzione era fissata a **€150.000,00**, ma il **consuntivo** ha registrato una spesa di **€148.949,25**, con una leggera diminuzione di **€1.050,75**. Questo riflette una gestione più efficiente dei costi, riuscendo a mantenere le spese sotto il livello preventivato nonostante l'incremento dei ricavi. La riduzione di spesa suggerisce un buon controllo delle forniture e delle risorse utilizzate, contribuendo positivamente al margine operativo lordo.

3. Personale:

Il **preventivo** per il 2024 aveva previsto una spesa di **€314.192,53** per il personale, con un aumento dovuto al rinnovo del contratto CCNL. Il **consuntivo** ha registrato una spesa leggermente superiore, pari a **€333.561,39**, con un incremento di **€19.368,86** rispetto al previsto. Tale aumento è stato dovuto all'inserimento di una figura di psicologa aggiuntiva nella sede. La spesa per il personale è rimasta comunque sotto controllo rispetto all'andamento dei ricavi, mantenendo una solida capacità di gestione del capitale umano.

4. Somma Spese Generali:

Nel **budget**, le spese generali erano previste per **€85.400,00**. Il **consuntivo** ha mostrato una spesa effettiva di **€83.925,58**, con una riduzione di **€1.474,42** rispetto a quanto previsto. Questa diminuzione delle spese generali dimostra una gestione oculata delle spese amministrative e di gestione, contribuendo positivamente al risultato netto e a un maggiore controllo dei costi aziendali.

5. Formazione:

Per la **formazione**, il **budget** aveva previsto una spesa di **€4.000,00**, mentre il **consuntivo** ha registrato una spesa di **€4.500,00**, con un incremento di **€500,00**. Nonostante l'aumento, la spesa rientra comunque nel piano generale di investimenti per la crescita professionale e la qualificazione del personale.

6. Sicurezza e Rischio Clinico:

Rispetto a sicurezza e rischio clinico il **consuntivo** ha rispettato il budget previsionale confermando la priorità su questi aspetti fondamentali per il benessere degli utenti e per la compliance alle normative di sicurezza.

7. Risultato Netto:

Il **preventivo** aveva previsto un **risultato netto** di **€46.887,28**, pari al **7,7%** del fatturato. Il **consuntivo**, invece, ha registrato un **risultato netto** di **€71.037,43**, con un incremento di **€24.150,15** e una percentuale di **10,9%** sul fatturato. Questo miglioramento del risultato netto è il risultato di una gestione ottimizzata dei ricavi e dei costi, con un focus particolare sul controllo delle spese generali e dei fornitori. La percentuale più alta del risultato netto rispetto al previsto riflette un'ottima performance complessiva, che ha superato le aspettative iniziali.

Conclusioni:

Il confronto tra **preventivo** e **consuntivo** per il 2024 evidenzia una gestione positiva e superiore alle aspettative. Nonostante l'aumento dei costi, in particolare per il personale, il fatturato ha superato le previsioni e il risultato netto è stato significativamente migliore. La percentuale di margine operativo lordo è stata ridotta, ma l'incremento dei ricavi e il contenimento di altre voci di spesa hanno portato a un risultato finale più che soddisfacente. La gestione è risultata solida, con un buon equilibrio tra la crescita dei ricavi e il controllo dei costi.

10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE

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

- Utilizzo degli strumenti digitali
- Formazione legale come richiesto dai colleghi di Alda Merini (anche eventualmente con ingaggio di assistenti sociali UEPE)
- Gestione utenza femminile e violenza di genere

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**

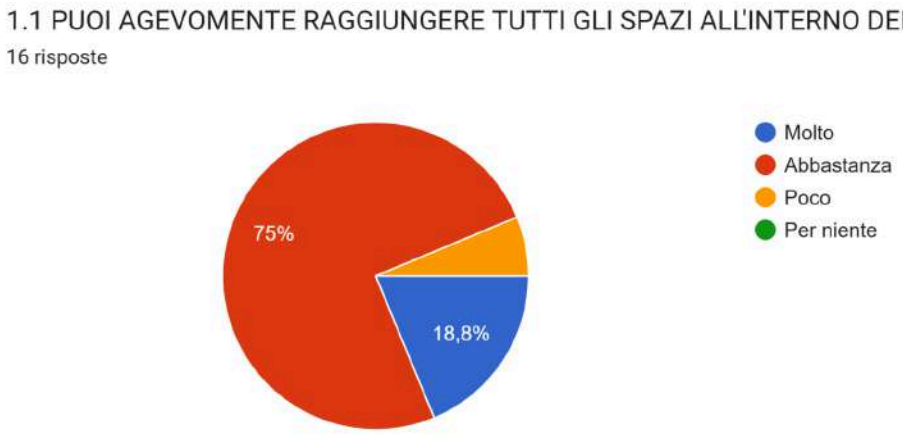
LEGALITA' E GIUSTIZIA RIPARATIVA (ecm)	**CUPELLO SCIACCA**	**20**	**Ottobre 2024**

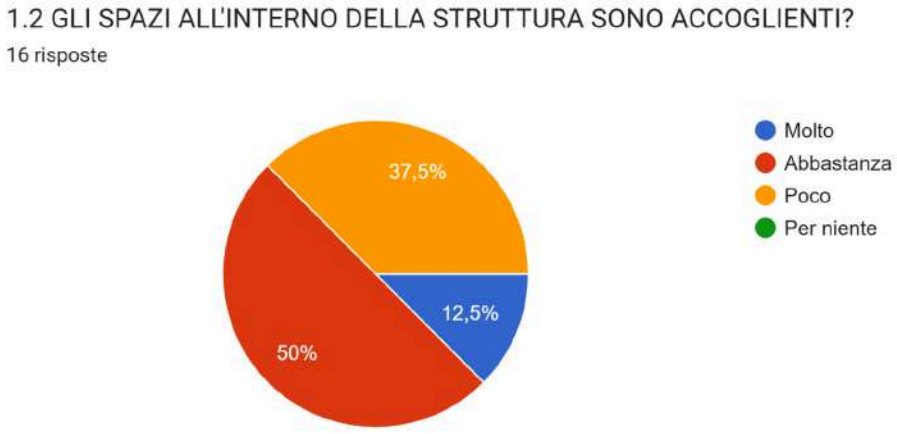
Per l'intera sezione relativa alla formazione si rimanda comunque alla specifica relazione annuale.

11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 31/08/2024 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 16 utenti.

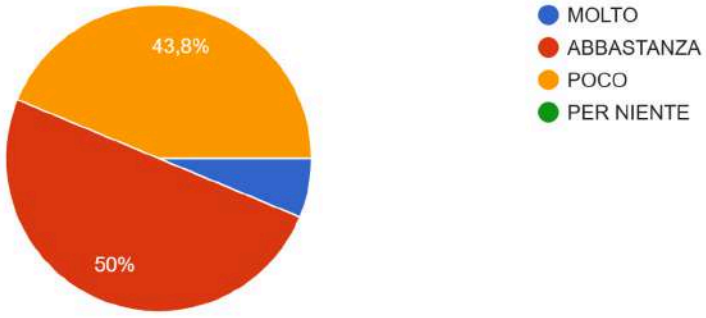
A seguire gli esiti:





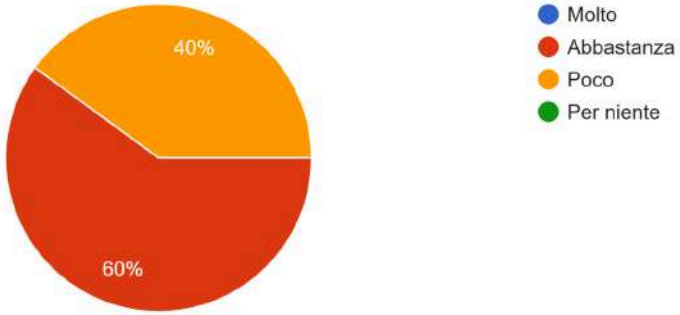
1.3 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?

16 risposte



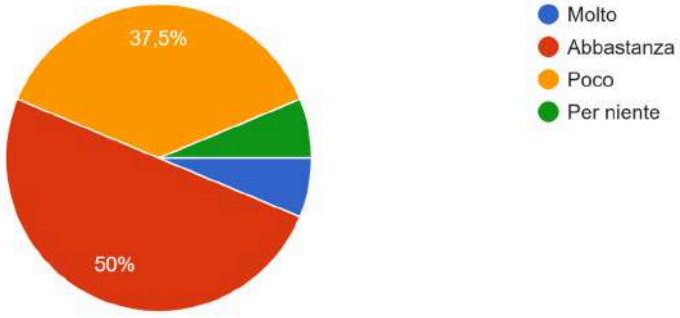
1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO ADEGUATI?

15 risposte



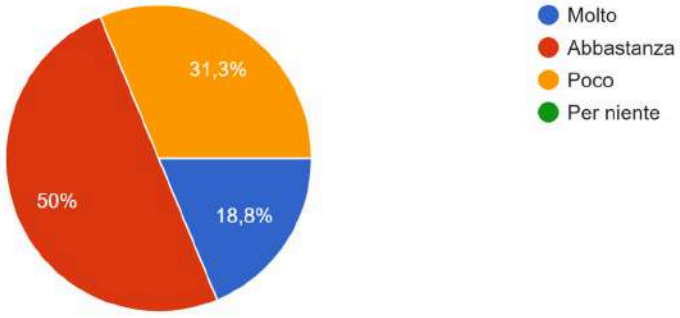
1.5 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?

16 risposte



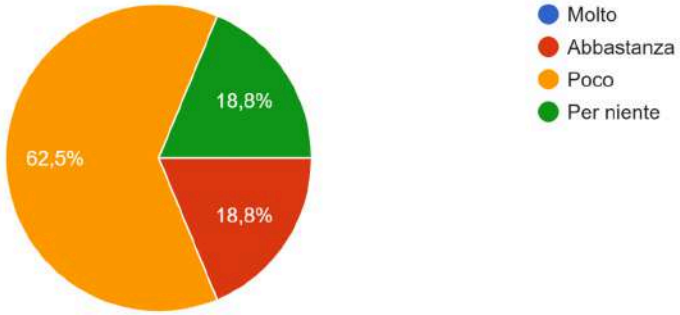
1.6 TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?

16 risposte



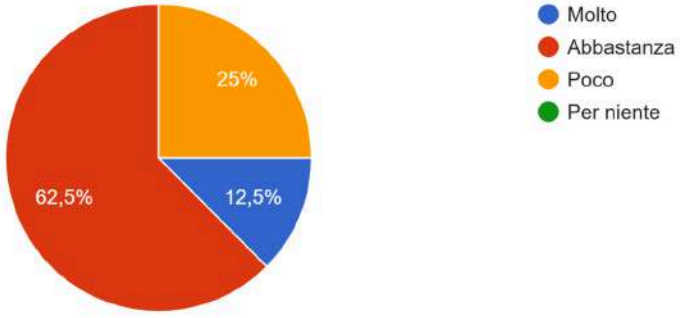
1.7 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?

16 risposte



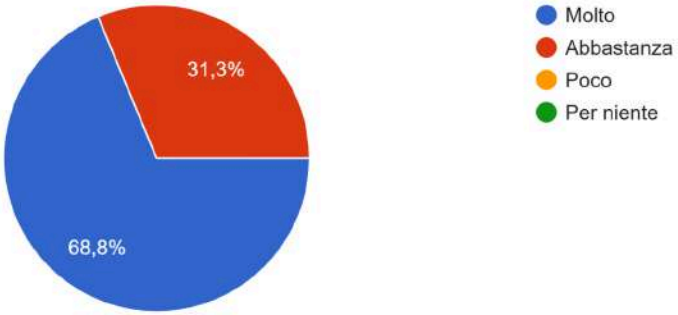
1.8 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?

16 risposte



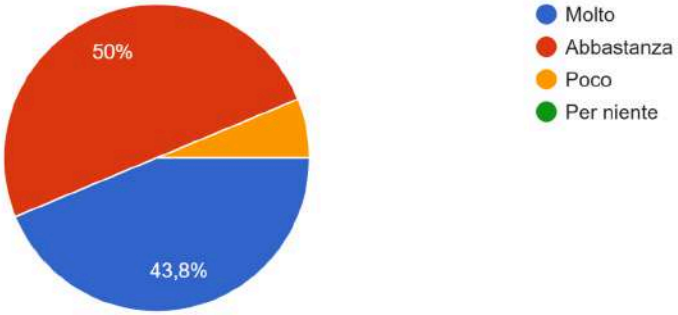
1.9 IL CIBO E' SUFFICIENTE?

16 risposte



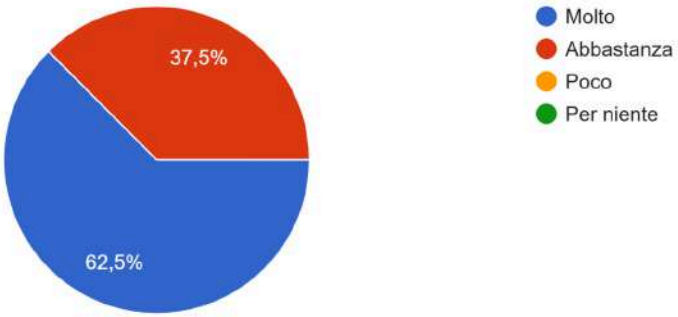
1.10 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?

16 risposte



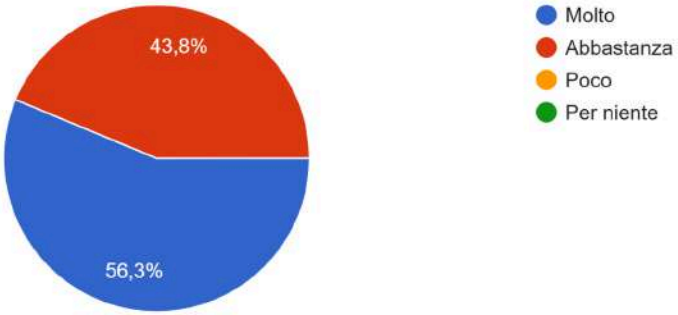
2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?

16 risposte



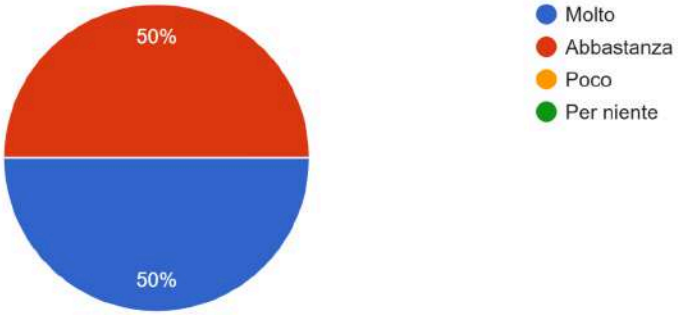
2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?

16 risposte



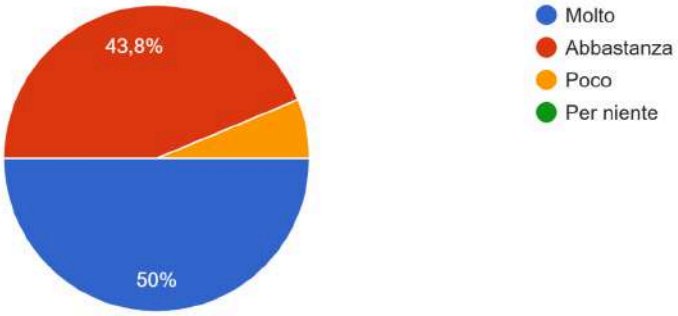
2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?

16 risposte



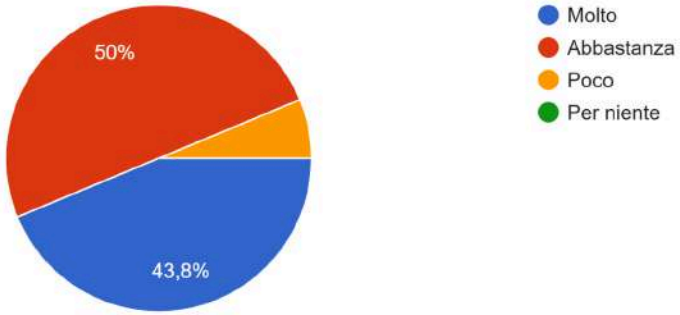
2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?

16 risposte



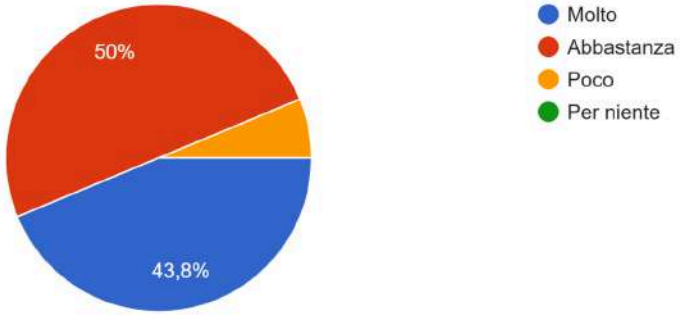
2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?

16 risposte



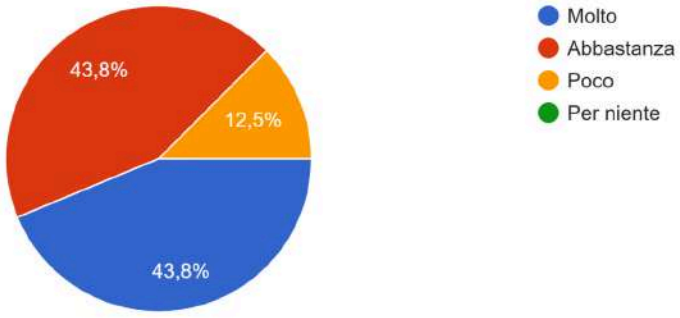
3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?

16 risposte



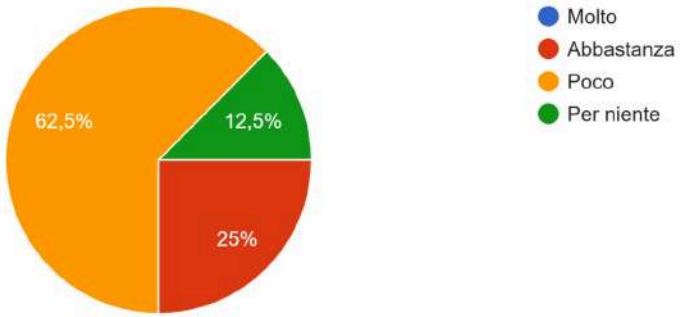
3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI ED IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?

16 risposte



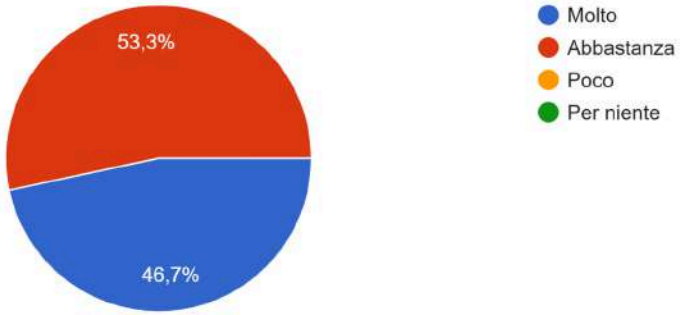
3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?

16 risposte



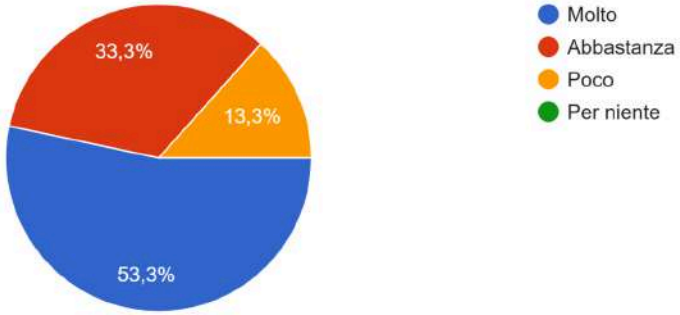
4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



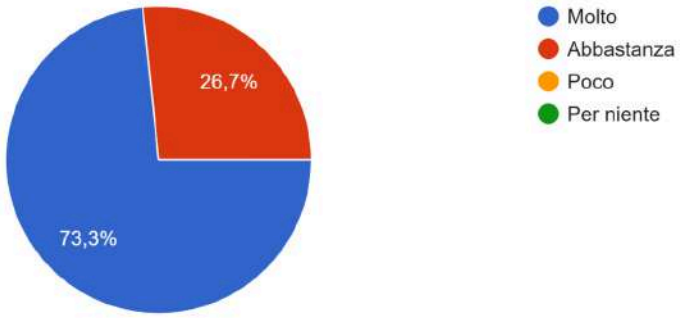
4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



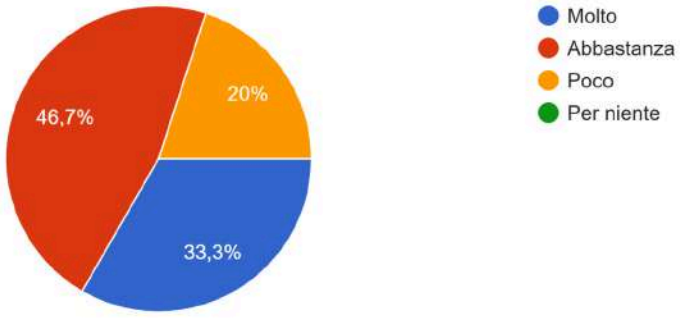
4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



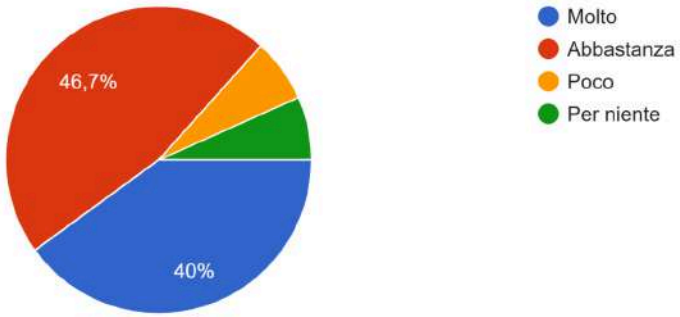
4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' RICREATIVE E/O LABORATORIALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



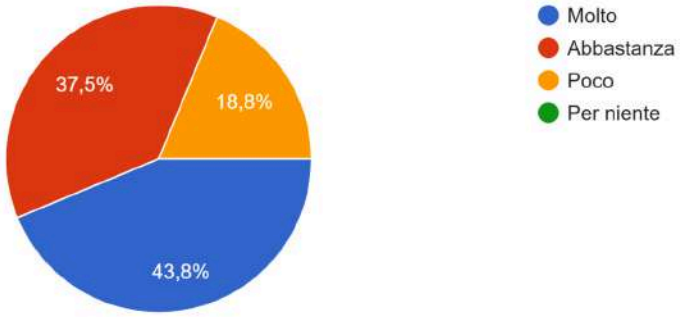
4.5 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



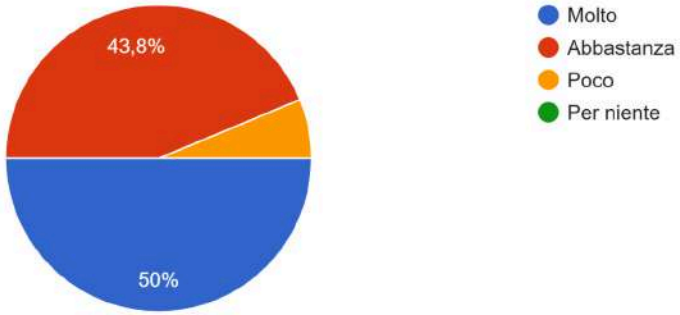
5.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?

16 risposte



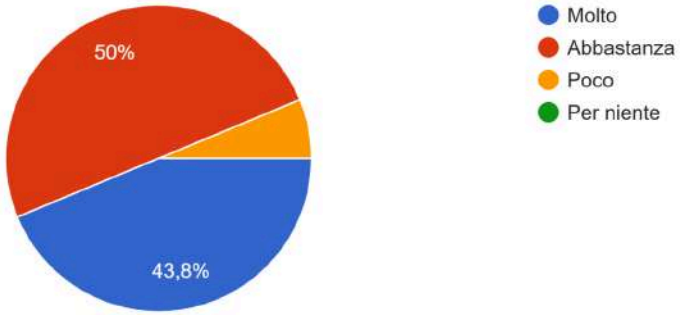
5.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?

16 risposte



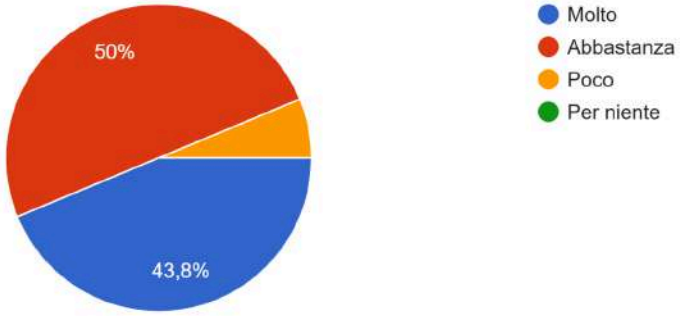
6.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?

16 risposte



6.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?

16 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 minor apprezzamento per le manutenzioni della struttura che passano dalla fascia dell'abbastanza a quella del poco;

- continua ad essere alto l'apprezzamento per gli operatori e le attività proposte.

In merito a quanto rilevato sulla manutenzione della struttura sono presenti molti commenti relativi al tema dell'acqua e delle docce. Da segnalare che due utenti mettono in relazione questo tema con un rischio di aumento dell'aggressività tra gli utenti.

Sappiamo che questo tema è già stato preso in carico dall'equipe ma era comunque importante segnalarlo in quanto molto presente nelle segnalazioni degli utenti

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?	1.5 GLI SPAZI PERSONALI SONO ACCOGLIENTI?
2022	3,8	3,36	3,4	3,36	3,4
2023	3,6	2,9	2,6	2,6	2,6
2024	3,1	2,6	2,6		2,8

ANNUALITA'	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?	1.9 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?
2022	3,5	3,6	3	3,27
2023	2,5	2,9	2,26	2,9
2024	2,6	2,9	2	2,9

ANNUALITA'	1.10 IL CIBO E' SUFFICIENTE?	1.11 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?
2022	3,8	3,8

2023	3,8	3,8
2024	2	1,5

ANNUALITA'	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?
2022	3,9	3,5	3,8	3,8
2023	3,7	3,5	3,2	3,4
2024	3,6	3,6	3,5	3,4

ANNUALITA'	2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?	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?
2022	3,8	3,4	3,1	3,36
2023	3,3	3,2	3,2	3,1
2024	3,4	3,4	3,3	

ANNUALITA'	3.4 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?	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?
2022	2,4	3,5	3,8	3,6
2023	2,4	3,6	3,5	3,7
2024	2,1	3,5	3,4	3,7

ANNUALITA'	4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	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?
2022	3,36	1,6	3,8	3,1	3,1

2023	2,9	2,57	3,2	3,2	2,9
2024	3,2	3,1			

ANNUALITA'	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?
2022	3,1	3,5	3,6	3,4
2023	3,4	3,5	3,3	3,2
2024	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 13) I dipendenti sono generalmente disponibili ad andare incontro alle esigenze dell'organizzazione?	3,6	3,47	3,28
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

Modena, Febbraio 2025