

STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA “LA TREGUA”

RELAZIONE ANNUALE DI ATTIVITA' 2024



1. STRUTTURA	2
1.1 INFORMAZIONI GENERALI	2
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	16
4.1 CATALOGO PRODOTTI	16
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI	18
Commento ai prodotti	18
5. PROCEDURE	19
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE	19
Commento alle procedure	20
6. RISCHIO CLINICO	22
Commenti sul rischio clinico	22
7. VERIFICA QUALITA'	23
Commento alle verifiche	24
8. OBIETTIVI SPECIFICI	24
Commento agli obiettivi specifici	24
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET	24
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET	24
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET	25
Commento al budget	25
10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE	25
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA	26
Commenti al questionario sulla qualità percepita	35
12. QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO	38
Commento al questionario sul benessere organizzativo	39

1. STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

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

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

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

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

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

Accreditamento Istituzionale della struttura per persone dipendenti da sostanze d'abuso con determina N 006551 del 09/06/2008

Con l'Atto di variazione del soggetto gestore, provvedimento n. 3750 del 15/03/2018 la Regione Emilia Romagna autorizza al funzionamento le nostre strutture residenziali accreditate.

Orario: Struttura residenziale aperta per le 24 ore

Retta: Regione Emilia Romagna 82,71+ IVA euro. Interamente a carico dell'AUSL di residenza.

Capienza: 23 utenti

Tempo medio di permanenza: 6/12 mesi

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

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

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

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

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

Modello di intervento

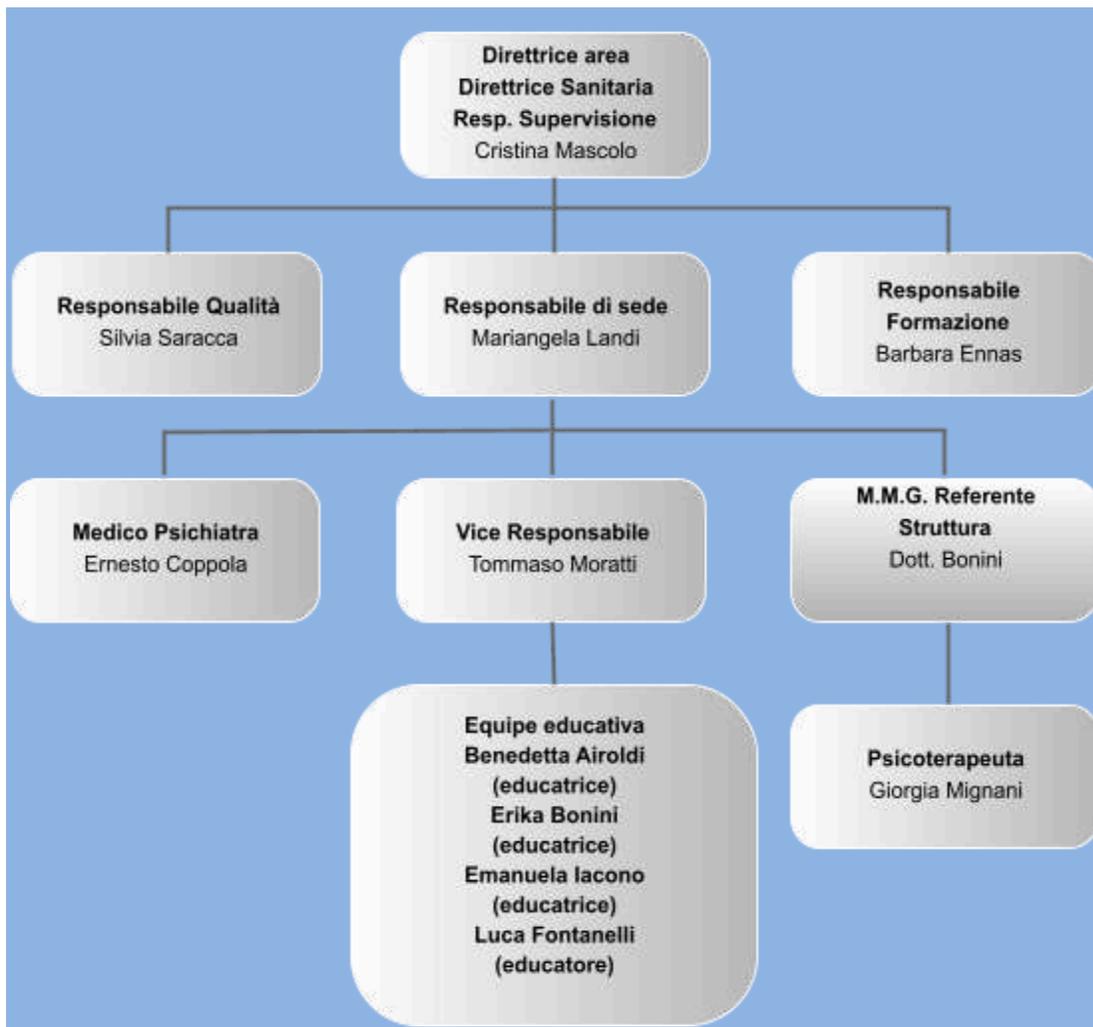
Il modello teorico di riferimento è la politica della riduzione dei danni come paradigma di salute pubblica. L'obiettivo prioritario di tutela della salute del singolo ha ripercussioni positive sul benessere della società intera.

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

- accogliere senza pregiudizi e preclusioni;

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

1.2 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.

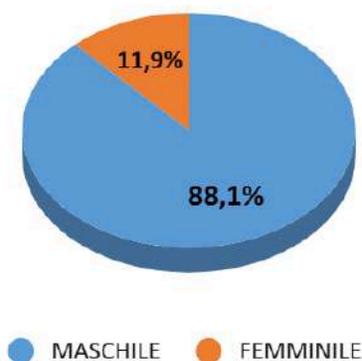
A scopo preventivo, prima dell'ingresso in Comunità Residenziale, sarà necessario sottoporsi ad una serie di esami clinici ed accertamenti. A tal fine, l'utente e gli inviati vengono opportunamente informati circa i necessari adempimenti da compiere tramite apposito elenco di documenti ed esami richiesti.

2. DATI DI ATTIVITA'

NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

	2024	2023	2022
NUMERO UTENTI TRATTATI	67	61	60

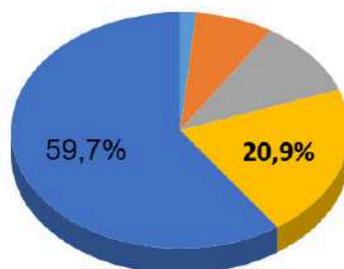
GENERE



Comparazione ultimi tre anni:

GENERE	2024	2023	2022
UOMINI	88,1	90%	90%
DONNE	11,9	10%	10%

ETA'

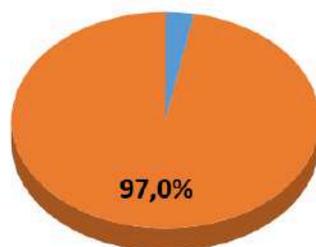


● dai 20 ai 24 ● dai 25 ai 29 ● dai 30 ai 34 ● dai 35 ai 39 ● oltre 39

Comparazione ultimi tre anni:

ETA'	2024	2023	2022
dai 20 ai 24	1,5%	0%	0%
Dai 25 ai 29	7,5%	10%	8%
Dai 30 ai 34	10,4%	8%	12%
Dai 35 ai 39	20,9%	13%	15%
Oltre i 39	59,7%	69%	65%

CONDIZIONE LAVORATIVA

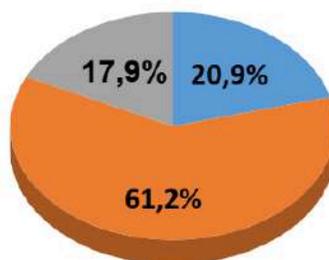


● OCCUPATO ● DISOCCUPATO

Comparazione ultimi tre anni:

CONDIZIONE LAVORATIVA	2024	2023	2022
Occupato	3%	7%	10%
Disoccupato	97%	93%	90%

TITOLO DI STUDIO

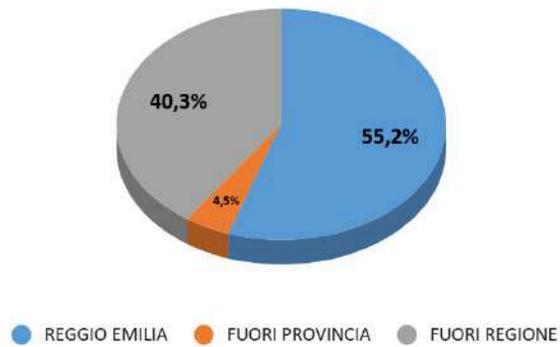


● LICENZA ELEMENTARE ● MEDIA INFERIORE ● MEDIA SUPERIORE

Comparazione ultimi tre anni:

TITOLO DI STUDIO	2024	2023	2022
Licenza elementare	20,9%	12%	13%
Media inferiore	61,2%	67%	67%
Media superiore	17,9%	16%	13%
Laurea	0%	0%	2%

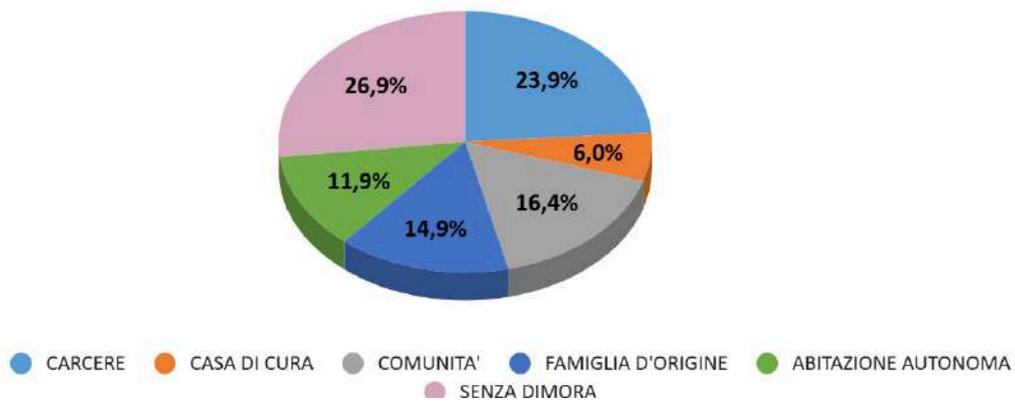
TERRITORIO DI PROVENIENZA



Comparazione ultimi tre anni:

TERRITORIO	2024	2023	2022
Provincia	55,2%	59%	63%
Regione	4,5%	10%	10%
Fuori Regione	40,3%	31%	27%

PROVENIENZA ALL'INGRESSO

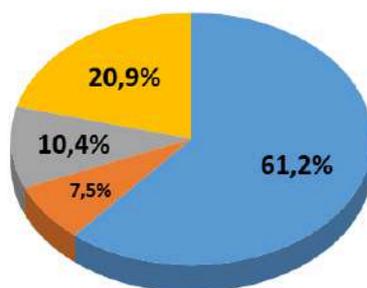


Comparazione ultimi tre anni:

PROVENIENZA	2024	2023	2022
Carcere	23,9%	25%	17%
Casa di Cura	6%	7%	5%

Comunità	16,4%	12%	5%
Famiglia acquisita	0%	2%	10%
Famiglia d'origine	14,9%	12%	16%
Abitazione autonoma	11,9%	10%	17%
Senza dimora	26,9%	32%	21%

STATO CIVILE

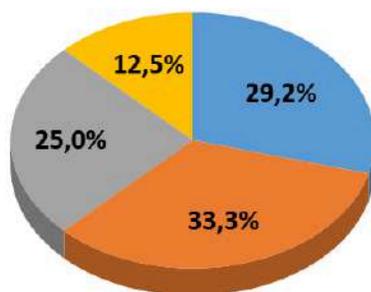


● CELIBE/NUBILE ● CONIUGATO/CONVIVENTE ● DIVORZIATO/SEPARATO ● LIBERO

Comparazione ultimi tre anni:

STATO CIVILE	2024	2023	2022
Libero	20,9%	0%	0%
Celibe/Nubile	61,2%	67%	65%
Coniugato	7,5%	15%	10%
Divorziato	10,4%	15%	22%
Vedovo	0%	2%	2%

PROGRAMMI PREGRESSI PER TEMPO DI PERMANENZA

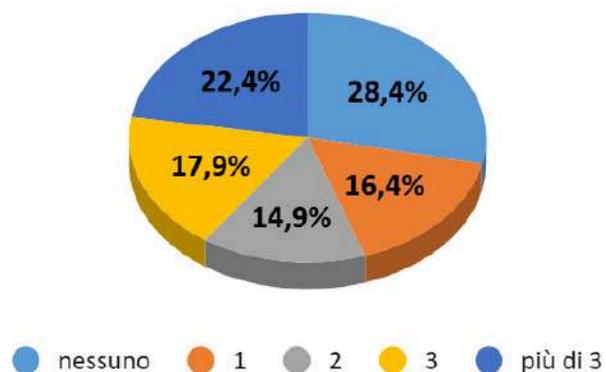


● meno di 6 mesi ● da 6 mesi a 2 anni ● da 2 a 4 anni ● oltre 4 anni

Comparazione ultimi tre anni:

DURATA PROGRAMMI	2024	2023	2022
Meno di 6 mesi	29,2%	51%	39%
Da 6 mesi a 2 anni	33,3%	18%	23%
Da 2 a 4 anni	25%	18%	18%
Oltre 4 anni	12,5%	13%	20%

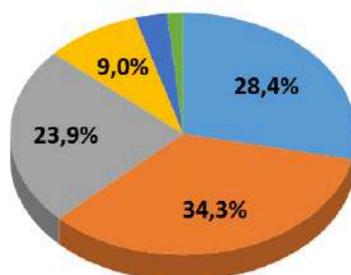
PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI



Comparazione ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI	2024	2023	2022
Nessuno	28,4%	33%	27%
Una struttura	16,4%	23%	32%
2 strutture	14,9%	15%	11%
3 strutture	17,9%	10%	3%
Oltre 3 strutture	22,4%	19%	27%

SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO

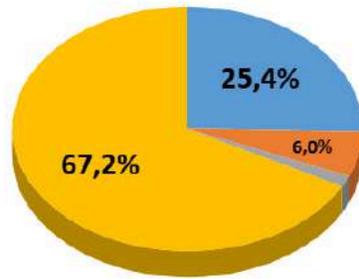


● ALCOL ● COCAINA ● CRACK ● EROINA ● CANNABINOIDI ● ECSTASY ED ANALOGHI

Comparazione ultimi tre anni:

SOSTANZA ABUSO	2024	2023	2022
Alcol	28,4%	28%	25%
Cocaina	34,3%	44%	36%
Eroina	9%	10%	15%
Crack	23,9%	10%	10%
Cannabinoidi	3,2%	5%	
Eroina/cocaina		3%	12%
Ecstasy ed analoghi	1,2%		

SOSTITUTIVO

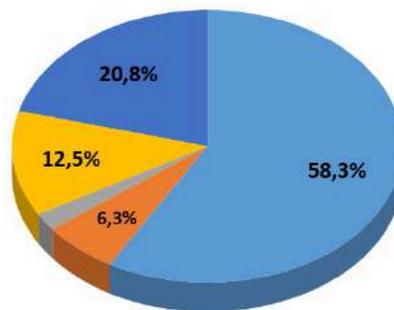


● METADONE ● SUBUTEX ● ALCOVER ● NESSUNO

Comparazione ultimi tre anni:

SOSTITUTIVO	2024	2023	2022
METADONE	25,4%	20%	32%
SUBUTEX	6%	8%	8%
ALCOVER	1,4%	2%	3%
NESSUNO	67,2%	70%	57%

ESITI



● PROGRAMMA COMPLETATO ● TRASFERIMENTO CARCERE ● TRASFERIMENTO SEDE ● ABBANDONO
● DIMISSIONE CONCORDATA

Comparazione ultimi tre anni:

ESITI	2024	2023	2022
Programma completato	58,3%	45%	48%
Trasferimento sede	2,1%	7%	4%
Trasferimento ente			4%
Dimissione concordata	20,8%	36%	22%
Trasferimento carcere	6,3%	7%	0%
Abbandono	12,5%	5%	22%

Commento ai dati di attività

I dati risultano tendenzialmente in linea con gli anni precedenti.

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

- Rispetto all'età si riscontra un live "ringiovanimento" dell'utenza (più utenti nella fascia 35-39 e meno nella fascia oltre i 39).
- In leggero calo risultano gli invii dai SerDP provinciali e regionali, in favore di quelli da fuori Regione.
- Il tasso di occupazione degli utenti è in progressivo calo da un anno all'altro, denunciando un sempre minore livello di integrazione sociale.
- Questo è testimoniato anche dall'aumento di percentuale di utenti che hanno già svolto programmi comunitari (indice di cronicizzazione).
- Il livello del titolo di studio registra un aumento degli utenti con licenza elementare
- Cresce il consumo di crack, a scapito della classica cocaina come sostanza d'abuso primaria, che resta comunque percentualmente la sostanza maggiormente consumata.
- Rispetto agli esiti dei programmi, si riscontra un dato molto positivo rispetto ai programmi completati, mentre il tasso di abbandoni, seppure superiore a quello dell'anno precedente, registra valori contenuti.

3. INDICATORI DI EFFICACIA

Indicatori Efficacia	Esiti 2023	Standard 2024	Esiti 2024
Tasso Utilizzo Posti Letto	97,4%	85 %	96,1%
Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	65,5%	60 %	62,6%
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	3,2%	18 %	8,9%
Audit sugli abbandoni	100%	100%	100%
Mortalità	0	0	0

Commento agli indicatori di efficacia

Gli esiti sugli indicatori di efficacia sono conformi agli standard.

Rispetto ai casi di abbandono, in data 12/2/2024 è stato effettuato l'audit annuale sulle interruzioni di programma.

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

Nel corso dell'anno, tre utenti hanno interrotto il percorso terapeutico in relazione a un **intenso craving verso le sostanze**, con uno di essi che ha abbandonato il programma in due occasioni. In tutti i casi, l'équipe terapeutica ha attivato interventi mirati per dissuadere gli utenti dall'allontanamento, attraverso il contenimento relazionale e il supporto individuale. Tuttavia, l'urgenza legata al bisogno di consumo si è dimostrata prevalente, rendendo inefficaci i tentativi di stabilizzazione.

Gli episodi di abbandono si sono verificati **in assenza di comportamenti aggressivi**. In un caso specifico, l'utente si è allontanato improvvisamente, senza preavviso, e non ha più fatto rientro in struttura.

Un altro abbandono è stato motivato principalmente da **timori legati a possibili conseguenze giudiziarie**, a seguito di un'evasione durante il percorso. Questo aspetto si è associato a una **scarsa motivazione alla permanenza nel programma** e alla difficoltà nel mantenere l'astinenza, come confermato da alcune segnalazioni di positività alle sostanze.

Un ulteriore utente ha interrotto il percorso a seguito di **dinamiche relazionali disfunzionali all'interno del gruppo terapeutico**. Il bisogno di sentirsi accettato ha portato l'utente a lasciarsi influenzare da altri partecipanti, percepiti come manipolativi e non autentici. Questa situazione ha generato forti vissuti di rabbia e disagio, che venivano gestiti attraverso il consumo di alcol.

In merito all'appropriatezza degli invii, per quattro utenti l'inserimento è stato considerato congruente, poiché l'obiettivo condiviso era quello di sospendere l'abuso di sostanze e alcol. Tuttavia, per un utente in misura alternativa alla detenzione, il contesto comunitario si è rivelato **non sufficientemente contenitivo sul piano psichiatrico**, suggerendo la necessità di una struttura maggiormente specializzata.

Durante le fasi di abbandono, tre utenti hanno manifestato craving attivo. In risposta, l'équipe ha attuato diverse strategie di gestione: **contatto con i servizi invianti, proposte di modifica del progetto terapeutico, colloqui individuali di supporto e interventi di psicoeducazione sul craving**. Ogni situazione è stata successivamente analizzata in sede di équipe per individuare le vulnerabilità specifiche e possibili miglioramenti nella presa in carico.

È emerso come gli abbandoni abbiano riguardato prevalentemente **utenti con profili di grave marginalità**, caratterizzati da fragilità psicologiche, instabilità sociale e una maggiore difficoltà a mantenere l'astinenza o ad allontanarsi da stili di vita legati alla strada.

In seguito a ciascun abbandono, i **servizi di riferimento vengono tempestivamente informati** sia telefonicamente che tramite email. Per quanto riguarda la gestione della terapia farmacologica, se l'evento si verifica in giorni feriali, la somministrazione è garantita fino alla sera, con invio dell'utente al Ser.DP il giorno successivo. Nel caso di abbandoni avvenuti nel fine settimana, la terapia viene affidata fino alla domenica sera, previa conferma del referente medico. Nei casi più gravi, laddove le condizioni lo permettano, viene attivata anche la rete familiare o sociale, nel rispetto della normativa sulla privacy.

In situazioni eccezionali, e sulla base della valutazione clinica, è **previsto un possibile reinserimento del paziente nel programma**, qualora vi sia una richiesta esplicita da parte dell'utente e le condizioni terapeutiche lo consentano.

Va inoltre evidenziato come, in alcuni casi, anche percorsi brevi o interrotti possano rappresentare un **esito significativo in termini di salute pubblica**, specialmente per pazienti con plurime esperienze di trattamento. La struttura è in grado di rispondere anche a questi bisogni, offrendo momenti di consapevolezza utili nel lungo termine.

Proposte operative per il miglioramento:

L'équipe ha individuato alcune aree di intervento prioritario per potenziare la qualità dell'accoglienza e della gestione delle situazioni critiche:

1. **Rafforzamento delle strategie di gestione del craving** nella fase acuta, in particolare durante situazioni di abbandono imminente.
2. **Definizione di criteri più stringenti per l'inserimento di utenti in detenzione alternativa**,

soprattutto in presenza di comorbidità psichiatrica rilevante.

3. **Gestione delle dinamiche relazionali tra utenti in coppia** inseriti contemporaneamente nella stessa sede, al fine di prevenire conflitti e disfunzionalità nel gruppo terapeutico.

Per il 2024 erano stati individuati i seguenti obiettivi:

- **effettuare un approfondimento clinico comportamentale sugli utenti con abuso/dipendenza 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, rendendolo maggiormente significativo.

4. PRODOTTI

4.1 CATALOGO PRODOTTI

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

Prodotto 1 – Pronta Accoglienza		
Step	Target	Caratteristiche qualitative
Contatto e valutazione	Soggetti affetti da dipendenza patologica da sostanze psicotrope, alcool, farmaci segnalati dai SER.T. Persone in grave stato di marginalità sociale	Rispondere alle richieste di emergenza. Filtro basso all'ingresso, alta accessibilità

Valutazione	Tutte le richieste in pronta accoglienza	Valutazione del responsabile e in équipe delle caratteristiche per l'inserimento in struttura o le caratteristiche dell'ingresso effettuato in pronta accoglienza
Presa in carico	Soggetti inseriti in struttura	Periodo di osservazione per poi strutturare un percorso

Prodotto 2 - Definizione progetto personalizzato

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

Prodotto 3 - Reinserimento sociale personalizzato

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

Prodotto 4 -Inserimento in altro percorso di cura

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

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

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

Prodotto 6 – Accompagnamento e sostegno ai familiari	
Target	Caratteristiche qualitative
Familiari degli utenti	Sostenere i familiari delle persone accolte in programma.

Prodotto 7– Accompagnamento territoriale	
Target	Caratt. Qualitative
Utenti che, in fase di dimissione dal contesto residenziale, necessitano di un graduale accompagnamento verso l'autonomia	Proseguire un graduale sostegno da parte dell'equipe agli utenti in dimissione verso l'autonomia. Il prodotto è finalizzato alla tutela degli utenti, alla prevenzione delle recidive e a garantire la continuità terapeutica.

4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	Indicatori	Standard/Esiti 2023		Standard attesi 2024	Esiti 2024
Pronta Accoglienza	N. ingressi in pronta accoglienza/n ingressi	35%	43%	40%	25%
Definizione progetto personalizzato	Progetti personalizzati/Inserimenti	100%	100%	100%	100%
Reinserimento sociale personalizzato	N-percorsi di reinserimento/utenti in programma	30%	39%	35%	24%
Inserimento in altro percorso di cura	A- Strutture Papa Giovanni	27%	54%	-	-
	B- COD	2%	0%		
	C- Centro doppia diagnosi	1%	0%		
	D- strutture altre	14%	38%		
	Su utenti dimessi				
Inserimento in altro percorso di cura	A- Altri percorsi PG	-	-	30%	19%
	B- Altri percorsi esterni Su utenti dimessi			30%	13%
Stacco e Tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva	Progetti stacco e tregua/inserimenti	55%	55%	55%	62%

Accompagnamento e sostegno ai familiari	N di familiari che effettua colloqui/ N utenti accolti	10% Su tot. utenti	23%	15%	19%
Accompagnamento territoriale	N°utenti in media-bassa protezione / N°utenti accolti			10%	16%

Commento ai prodotti

PRODOTTO PRONTA ACCOGLIENZA: nell'annualità 2024 l'esito è inferiore allo standard. Gli utenti entrati con modalità di "pronta accoglienza" sono stati infatti 13, su 52 ingressi complessivi. Una lettura positiva del dato può essere fatta se si considera che probabilmente si sono verificati meno casi di ingressi "in emergenza" ed è stato quindi possibile effettuare almeno un colloquio prima dell'ingresso.

REINSERIMENTO SOCIALE PERSONALIZZATO: in seguito alla riflessione dell'equipe sul trend degli esiti di questo percorso negli ultimi anni, lo standard era stato alzato in sede di pianificazione. Il 2024 è il primo anno in cui l'esito è inferiore allo standard. Il dato è probabilmente da mettere in relazione alla complessità dell'utenza ospitata, in particolare a chi entra senza un titolo di soggiorno valido, ed è quindi impossibilitato ad ogni percorso di reinserimento lavorativo.

INSERIMENTO IN ALTRO PERCORSO DI CURA: gli esiti sono inferiori agli standard, a testimonianza del fatto che, nel 2024, la maggioranza degli utenti ha completato il proprio percorso direttamente nella sede, senza necessità di proseguire in altro percorso di cura.

STACCO E TREGUA: l'esito significativo dell'indicatore è in linea con quelli di altri due prodotti. Con la pronta accoglienza, in quanto dimostra che la stessa utenza ha avuto la possibilità di effettuare un ingresso senza le caratteristiche dell'emergenza. Con l'inserimento in altro percorso di cura, in quanto dimostra che la maggior parte degli utenti è entrato in struttura con obiettivi minimi, che non hanno necessitato il passaggio ad altri percorsi.

ACCOMPAGNAMENTO TERRITORIALE: gli esiti sono eccellenti. Il dato può essere messo in relazione con gli esiti del prodotto sugli inserimenti in altri percorsi di cura e con quello di stacco e tregua. Diversi utenti che terminano il percorso a Tregua, invece che continuare in altri percorsi ad intensità di cura inferiore, continuano ad essere seguiti dall'equipe della struttura, con programmi di media o bassa intensità.

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

5. PROCEDURE

5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI 2024				
<u>Procedura</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Esiti 2023</u>	<u>Standard 2024</u>	<u>Esiti 2024</u>

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	7%	5%	7%
Azioni di miglioramento P-ADM	Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati M-ADM-(RNC/RNC1/RNC2)	21%	10%	8%
Trattamento residenziale dipendenze doppia diagnosi P-ARTDD	Numero dimessi /numero utenti trattati Relazione annuale	65,5%	60%	62,6%
Gestione del personale P-GP	% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali. M-RNC1/TOT Non conf	28%	3%	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	21%	0%	10%
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	7%	0%	20%
Gestione Farmaci P-GDFDD	% non conformità/controlli sanitari effettuati	14%	3%	20%
Procedura Gestione delle Manutenzioni P-GDM	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 sul totale delle richieste di intervento ed assistenza M-RIA	0%	10%	0%
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

In data 12/2/2024 è stato effettuato l'audit sulle non conformità.

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

Regis- tra- zio- ne	DOC RIFERIME- NTO SISTEMA QUALITÀ	DATA	TIPOLO- GIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
1	P-ICA	14/02/2024	M-RNC2	RECLAMO SU MALA GESTIONE RACCOLTA DIFFERENZIATA	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
2	P-ART	14/02/2024	M-RNC1	RICHIESTA DI MAGGIORI CONTROLLI DA PARTE DEGLI OPERATORI	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
3	P-ART	26/02/2024	M-RNC1	ERRORI GESTIONE REPERIBILITA'	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
4	P-ART	28/02/2024	M-RNC1	PROBLEMI CON VOLONTARIO NOTTE	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMEN- TO	RESPONSABILE DI SEDE
5	P-GDU	25/03/2024	M-RNC1	UTILIZZO DI MODULO ERRATO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
6	P-ART	24/06/2024	M-RNC1	COMPORTAMENTO INADEGUATO DI VOLONTARIO NOTTURNO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMEN- TO	RESPONSABILE SEDE
7	P-GDF	19/07/2024	M-RNC1	PROBLEMI CON TERMOMETRO FRIGO FARMACI	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE
8	P-ART	05/09/2024	M-RNC1	MANCATE SEGNALAZIONI VOLONTARI NOTTURNI	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMEN- TO	RESPONSABILE SEDE
9	P-GDF	23/09/2024	M-RNC1	COMPORTAMENTO SCORRETTO DI VOLONTARIO NOTTURNO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMEN- TO	RESPONSABILE SEDE
10	P-ART	25/09/2024	M-RNC2	RECLAMO RELATIVO AL NON RISPETTO DEI TURNI DI PULIZIA ASSEGNATI	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE
11	P-GDQ	23/10/2024	M-RNC1	ERRORE RIPETUTO IN UN ITEM DEL QUESTIONARIO SULLA CONOSCENZA DEL SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
12	P-ART	19/11/2024	M-RNC1	ATTEGGIAMENTO SCORRETTO DA PARTE DI UN VOLONTARIO NOTTURNO	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMEN- TO	RESPONSABILE SEDE

13	P-GDU	19/12/2024	M-RNC1	AGGIORNAMENTO CARTELLE INCOMPLETO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
----	-------	------------	--------	-----------------------------------	---------	-----------------------

L'equipe di lavoro ha riscontrato che le anomalie maggiormente significative rispetto all'annualità 2024 sono relative ai volontari notturni. D'altra parte l'equipe è consapevole che è già in atto un'azione di miglioramento per fare fronte a questo problema.

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 diversi 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 S ISTEMA QUALITA'	GEN.	MAR.	APR.	LUG.	AGO.	SETT.	OTT.	NOV.	DIC.	GEN.202 5
GESTION E DOCUME NTAZION E UTENTI		25 CONTROLL O CARTELLE MAMMI non conformità'		22 CONTROL LO CARTELL E MAMMI					19 CONTROL LO CARTELL E SARACCA NON CONFOR MITA'	
GESTION E DOCUME NTAZION E SQ	18 RILEVAZI ONI ANNUALI 2023 MAMMI			11 RILEVAZI ONI SEMESTR ALI MAMMI - SARACCA				28 CONTROL LO PORTFOL IO SARACCA		15 RILEVAZI ONI ANNUALI 2024 SARACCA
CONTRO LLO SANITARI O			5 MASCOL O HASSANE		23 MASCOL O AIROLDI (parte generale)	23 MASCOL O AIROLDI (parte specifical				
VERIFICHE E ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione							23 ESITI QUESTIO NARI OPERATO RI SARACCA NON CONFOR MITA'			

Commento alle verifiche

I controlli effettuati nella sede nel corso del 2024 hanno rispettato quanto precedentemente pianificato. Nel corso delle verifiche sono state riscontrate 3 non conformità, già indicate nel capitolo dedicato alle procedure.

8. OBIETTIVI SPECIFICI

La principale area di miglioramento su cui, in fase di pianificazione, l'equipe aveva deciso di concentrare l'attenzione era relativa alla valorizzazione, cura e attenzione alla nuova sede.

RISULTATI ATTESI	AZIONI SPECIFICHE	STRUMENTI	TEMPI
Rendere la nuova sede massimamente attrattiva ed accogliente per gli utenti	<ul style="list-style-type: none"> - Insediamento nella nuova sede <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione delle attività da mettere in campo (ad es: campo da calcetto, canestro, attività di giardinaggio da effettuare con giardiniere esperto e da proporre agli utenti, ecc..) - Realizzazione di quanto pianificato 	<ul style="list-style-type: none"> - Riunioni di equipe - Riunioni coordinamento responsabili - Scheda attività 	Anno 2024

Commento agli obiettivi specifici

L'obiettivo specifico individuato è stato impossibile da raggiungere nel corso del 2024, a causa di differenti ragioni:

- i ritardi nel trasferimento della sede, rispetto a quanto pianificato;
- il turnover significativo dell'equipe, che ha spostato maggiormente il lavoro della stessa sulla formazione e coesione del gruppo di lavoro
- il progetto della struttura "Punto Zer0", finalizzato all'aumento di posti e alla strutturazione di nuovi percorsi specifici (anche pedagogico-riabilitativi).

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

In fase di pianificazione era stato preventivato il seguente budget:

LA TREGUA	BUDGET 2024	%
RICAVI NETTI	€ 694.350,45	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 240.000,00	-34,6%
Personale	-€ 229.772,52	-33,1%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 224.577,93	32,3%
Somma Spese Generali	-€ 97.209,06	-14,0%
Budget Formazione	-€ 4.000,00	-0,6%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.000,00	-0,1%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 9.283,62	-1,3%
Tasse	-€ 5.959,55	-0,9%
RISULTATO NETTO - 3° margine	€ 107.125,70	15,4%

I dati in preventivo sono stati supportati dalle seguenti riflessioni:

Ricavi netti:

Si prevede un aumento legato ad un'ipotesi di media di presenza utenti di 23

Fornitori e altri costi produzione

Il costo dei fornitori viene stimato in linea con l'anno precedente

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 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 **49.902,30** euro.

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

LA TREGUA	2024	%
RICAVI NETTI	€ 711.467,96	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 240.779,93	-33,8%
Personale	-€ 217.727,88	-30,6%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 252.960,15	35,6%
Somma Spese Generali	-€ 91.688,15	-12,9%
Budget Formazione	-€ 5.023,00	-0,7%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.023,00	
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 44.447,58	-6,2%
Tasse	-€ 5.356,56	-0,8%
RISULTATO NETTO	€ 105.421,86	14,8%

Commento al budget

1. Ricavi Netti

Nel consuntivo 2024, i ricavi netti effettivi ammontano a **€711.467,96**, superando la previsione iniziale di **€694.350,45**. La **differenza positiva è di €17.117,51**, pari a un **incremento del 2,5%** rispetto al budget. Questo risultato conferma l'efficacia delle ipotesi fatte in fase di pianificazione, in particolare l'aumento della media utenti a 23, e suggerisce una performance commerciale superiore alle aspettative.

2. Fornitori e Altri Costi di Produzione

I costi per fornitori e produzione nel consuntivo sono pari a **€240.779,93**, leggermente superiori al budget previsto di **€240.000,00**. In termini percentuali, si nota un miglioramento nell'incidenza sul fatturato, che passa dal **34,6% al 33,8%**, grazie all'aumento dei ricavi. Questo indica un contenimento efficace dei costi variabili, nonostante la leggera crescita in valore assoluto.

3. Personale

Il consuntivo evidenzia una spesa per il personale di **€217.727,88**, inferiore rispetto al preventivo di **€229.772,52**, con un **risparmio di €12.044,64 (-5,2%)**. Anche l'incidenza sul fatturato scende dal **33,1% al 30,6%**, segnalando una gestione efficiente delle risorse umane. La spesa è stata dunque contenuta, pur garantendo il mantenimento degli standard qualitativi, e ciò ha contribuito ad aumentare il margine operativo lordo.

4. Somma Spese Generali

Le spese generali effettive sono state di **€91.688,15**, inferiori al budget di **€97.209,06**, con un risparmio di **€5.520,91** (-5,7%). Anche l'incidenza scende dal **14,0% al 12,9%**. Questa diminuzione indica una buona capacità di contenimento delle spese amministrative e generali, pur garantendo il corretto funzionamento delle attività.

5. Formazione

Il costo per la **formazione** è stato di **€5.023,00**, superiore ai **€4.000,00** preventivati (+€1.023,00 / +25,6%). 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. Sicurezza e Rischio Clinico

Per la **sicurezza e rischio clinico**, il consuntivo segna **€1.023,00**, in linea con il budget di **€1.000,00**. Questa voce dimostra un impegno confermato in ambiti strategici per la qualità e la sicurezza del servizio.

7. Risultato Netto

Il risultato netto consuntivo è pari a **€105.421,86**, inferiore di **€1.703,84** rispetto al budget previsionale di **€107.125,70** (-1,6%). In termini percentuali, si passa da un'attesa del **15,4% al 14,8%** dei ricavi. Il risultato è comunque positivo e vicino alle attese.

Sintesi

Il **consuntivo 2024 per "La Tregua"** conferma nella sostanza la bontà delle previsioni fatte in fase di budget. I ricavi hanno superato le attese, i costi di personale e le spese generali sono stati ben contenuti, portando a un margine operativo lordo superiore alle aspettative. Tuttavia, il risultato netto è stato leggermente inferiore al previsto, a causa del rilevante incremento degli **ammortamenti e accantonamenti**, che ha inciso fortemente sul margine finale.

Nel complesso, l'anno si chiude con un **bilancio positivo**, evidenziando una **buona gestione operativa e finanziaria**.

10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE

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

- Le responsabilità degli operatori
- La gestione dell'aggressività

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.

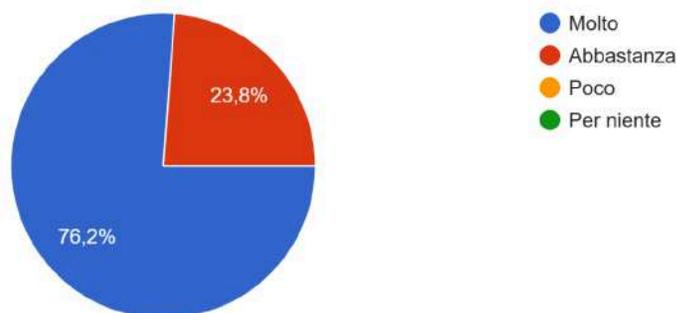
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 03/09/2024 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 21 utenti.

A seguire gli esiti:

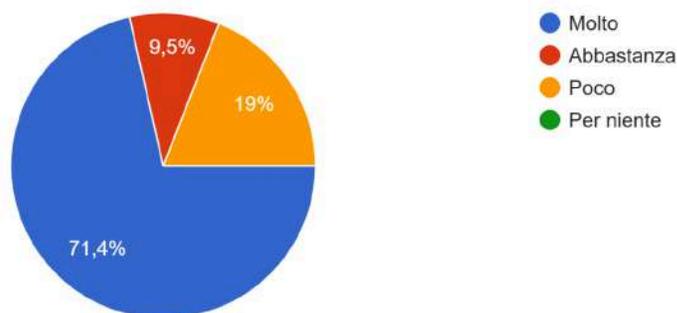
1.1 PUOI AGEVOMENTE RAGGIUNGERE TUTTI GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA?

21 risposte



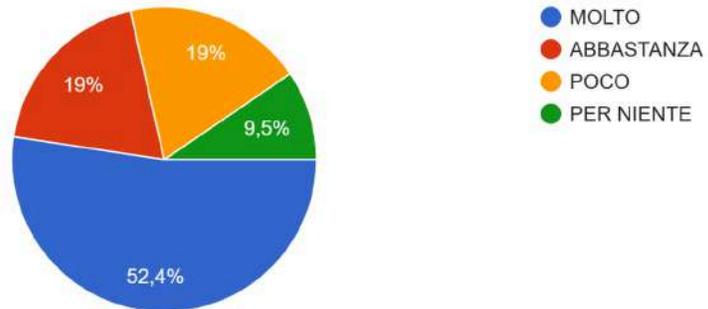
1.2 GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA SONO ACCOGLIENTI?

21 risposte



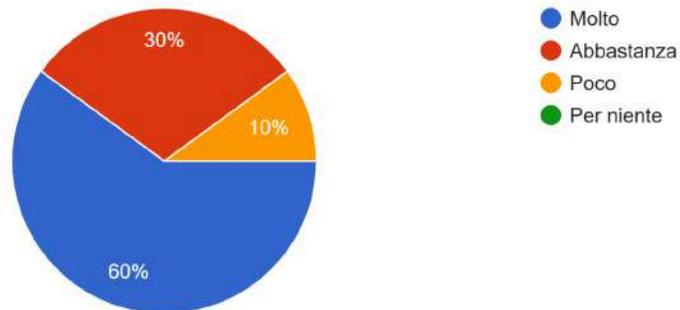
1.3 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?

21 risposte



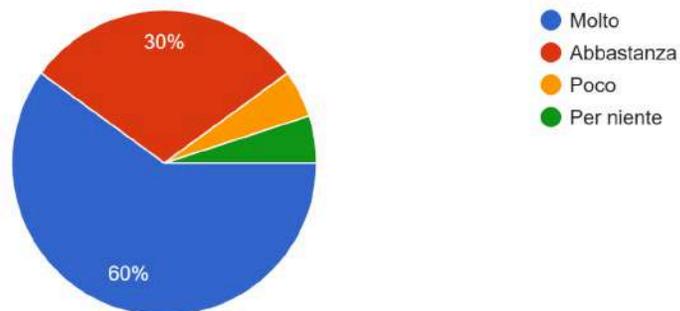
1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO ADEGUATI?

20 risposte



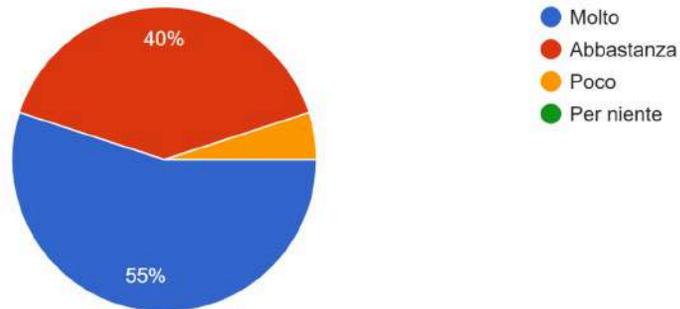
1.5 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?

20 risposte



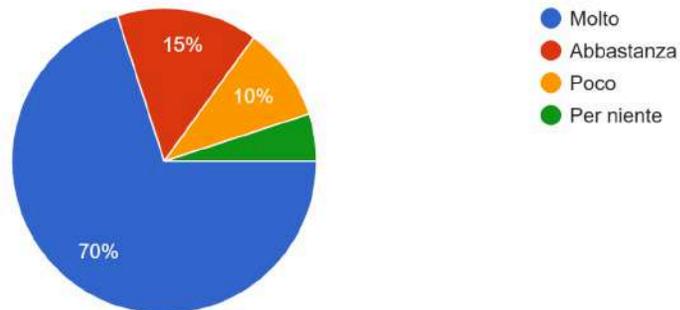
1.6 TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?

20 risposte



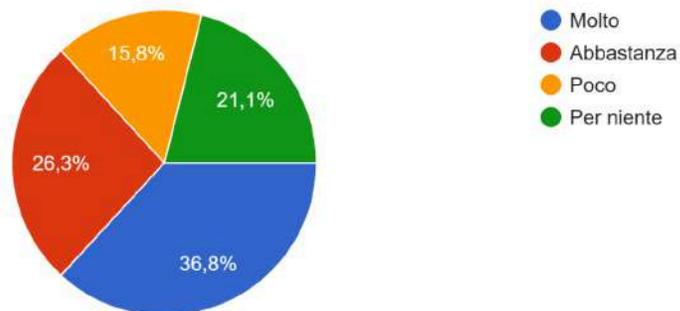
1.7 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?

20 risposte



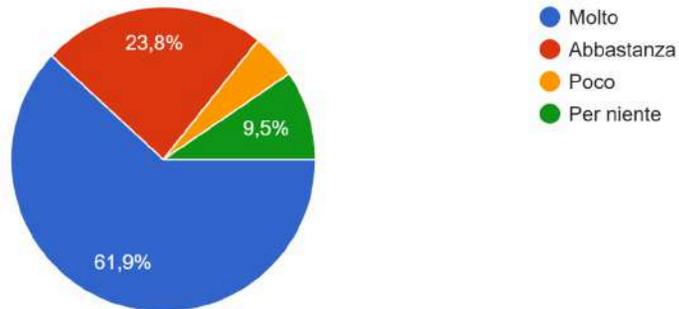
1.8 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?

19 risposte



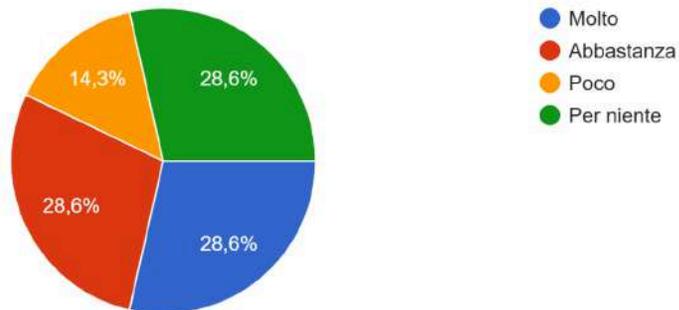
1.9 IL CIBO E' SUFFICIENTE?

21 risposte



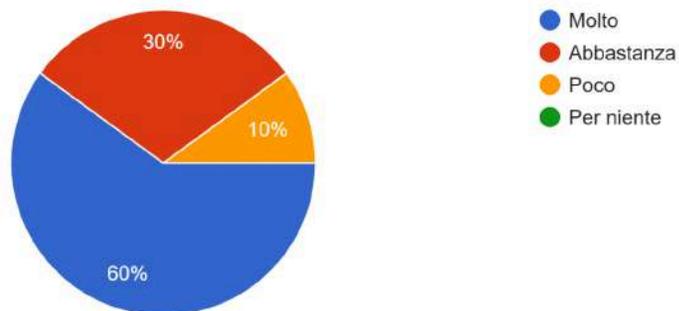
1.10 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?

21 risposte



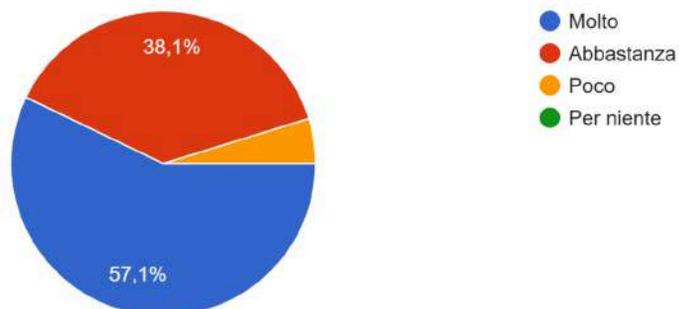
2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?

20 risposte



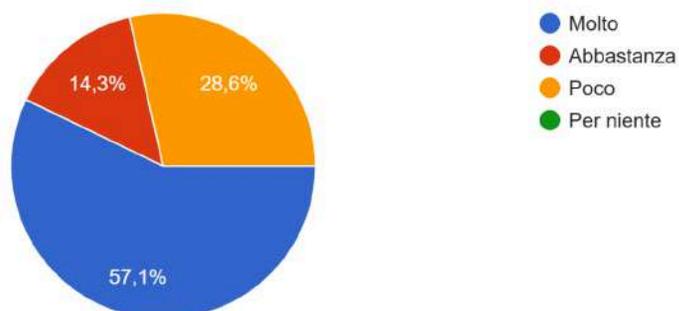
2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?

21 risposte



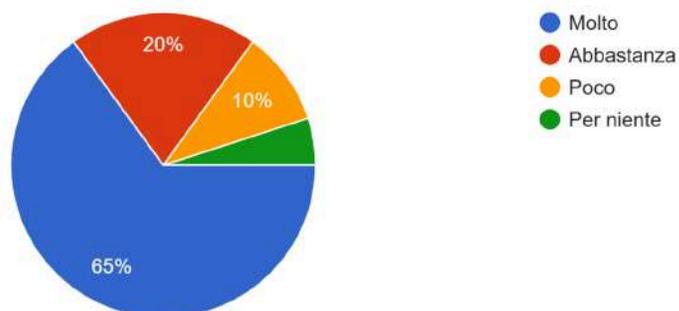
2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?

21 risposte



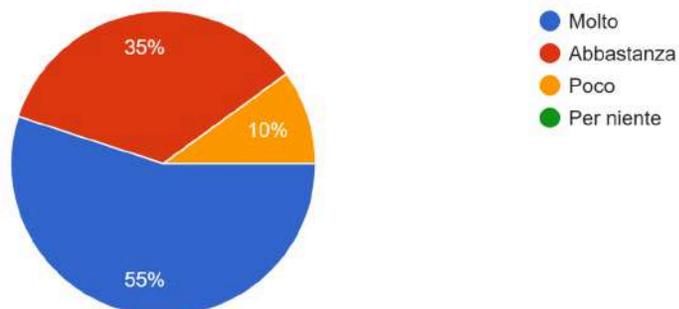
2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?

20 risposte



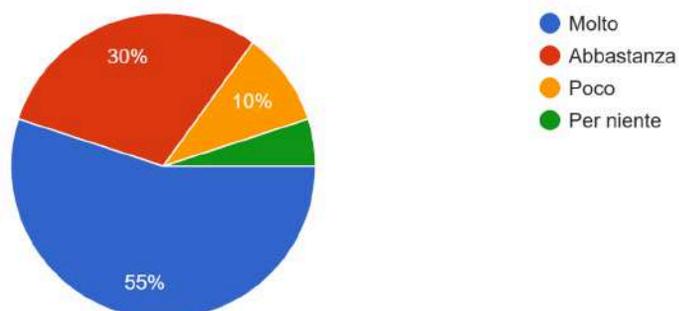
2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?

20 risposte



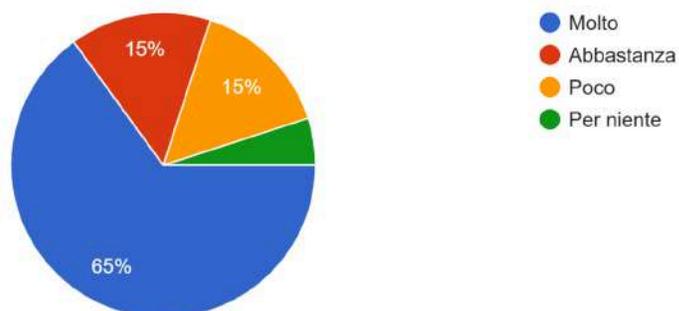
3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?

20 risposte



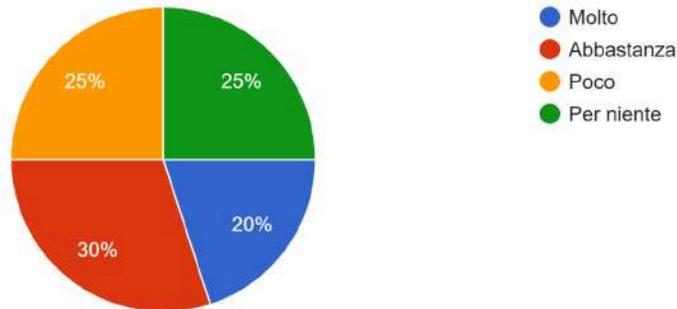
3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI ED IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?

20 risposte



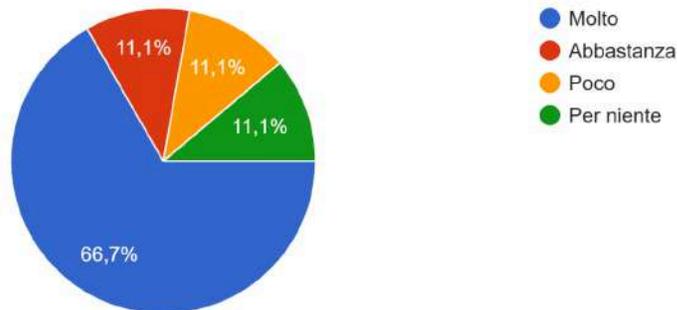
3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?

20 risposte



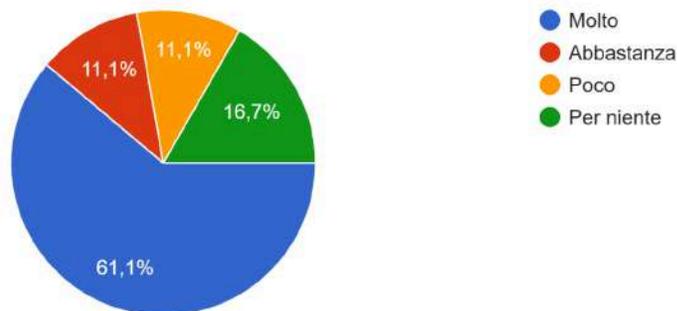
4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

18 risposte



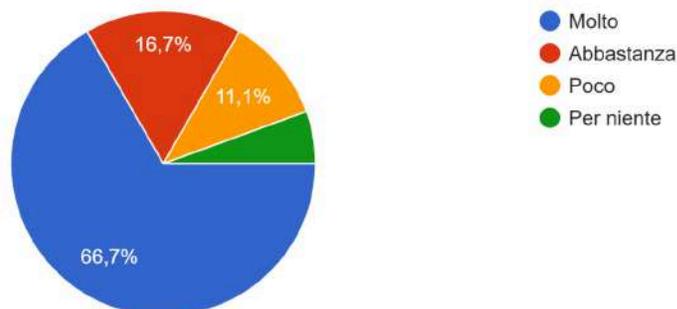
4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

18 risposte



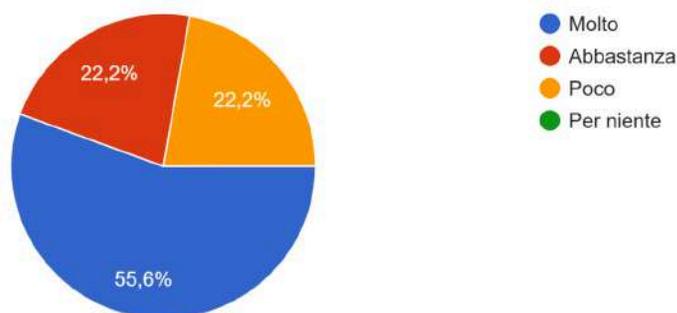
4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

18 risposte



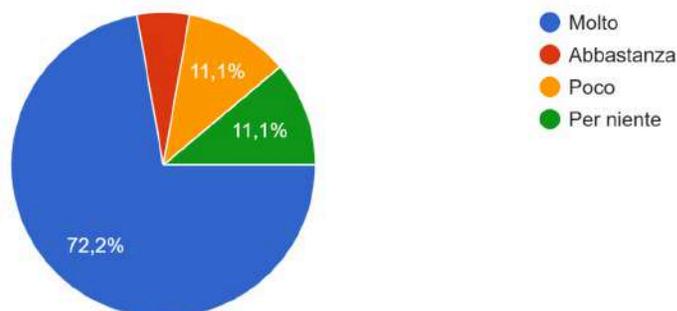
4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' RICREATIVE E/O LABORATORIALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

18 risposte



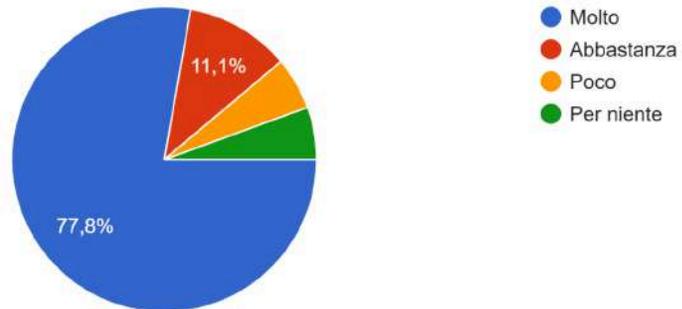
4.5 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

18 risposte



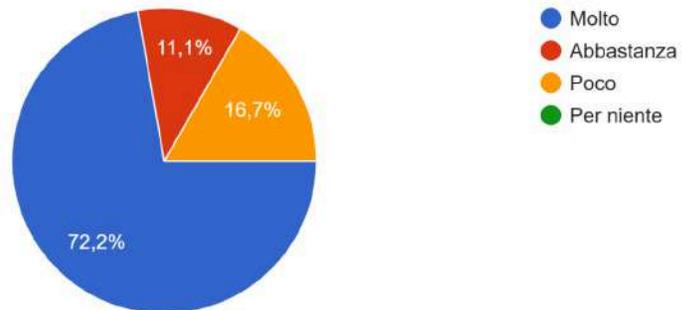
5.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?

18 risposte



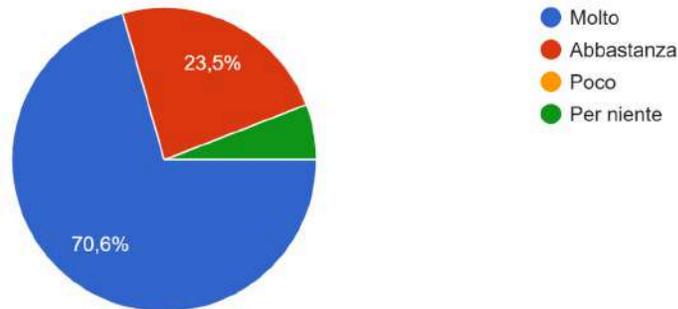
5.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?

18 risposte



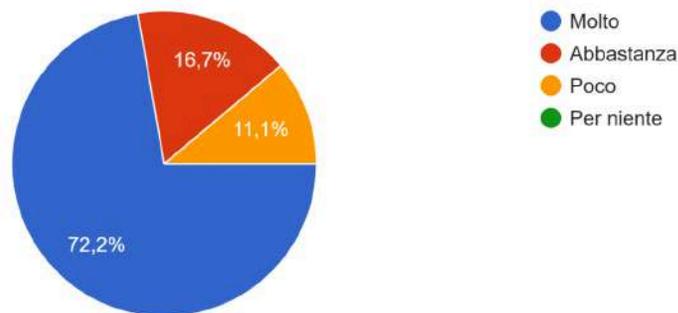
6.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?

17 risposte



6.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?

18 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:

- complessivamente si nota un netto miglioramento degli esiti di gradimento comparati con il 2023;
- si rileva maggiore apprezzamento sugli spazi e sulle manutenzioni;
- si rileva maggiore apprezzamento sull'importanza e l'utilità delle regole;
- si rileva maggiore apprezzamento sulle attività proposte dalla struttura;
- si rileva maggiore apprezzamento sull'utilità e soddisfazione per il programma terapeutico.

Resta costante in negativo l'apprezzamento sul cibo.

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	3,4	3,1	3,1	3	2,9
2023	3,4	3,2	3,32	2,9	3,04
2024	3,8	3,1	3,5		3,5

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	3,05	3,05	3,1	2,6
2023	3,2	3,1	3,08	2,9
2024	3,5	3,5	3,5	2,8

ANNUALITA'	1.10 IL CIBO E' SUFFICIENTE?	1.11 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?
2022	2,6	2,3
2023	2,5	2,36
2024	3,4	2,6

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	3,4	3,5	3,6	3,5
2023	3,6	3,6	3,76	3,6
2024	3,5	3,5	3,3	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	3,4	3,06	3,2	3,3
2023	3,56	3,3	3,4	3,56
2024	3,4	3,4	3,4	

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	1,9	3,2	2,8	3,6
2023	2,4	3,4	3,26	3,45
2024	2,45	3,3	3,2	3,4

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	3,2	3	3,5	3,5	3,2
2023	3,4	3,4	3,5	3,4	3,2
2024	3,4	3,3			

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	3,56	3,4	3,5	3,5
2023	3,28	3,5	3,68	3,6
2024	3,6	3,6	3,6	3,6

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