

**STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA “LA TREGUA” E
STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO-RIABILITATIVA CON MODULO
PEDAGOGICO-RIABILITATIVO “PUNTO ZERO”**



RELAZIONE ANNUALE DI ATTIVITA' 2025

1. STRUTTURA	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI	3
1.2 L'EQUIPE DI LAVORO	6
1.3 MODALITA' DI ACCESSO	7
2. DATI DI ATTIVITA'	7
2.1 PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO	7
Commento ai dati di attività	17
2.2 PROGRAMMA PEDAGOGICO-RIABILITATIVO	18
Commento ai dati di attività	26
3. INDICATORI DI EFFICACIA	26
3.1 TERAPEUTICA	27
Commento agli indicatori di efficacia	27
3.2 MODULO PEDAGOGICO	28
Commento agli indicatori di efficacia	28
4. PRODOTTI	28
4.1 CATALOGO PRODOTTI	28
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI	32
Commento ai prodotti	35
5. PROCEDURE	35
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE	35
Commento alle procedure	37
6. RISCHIO CLINICO	43
Commenti sul rischio clinico	43
7. VERIFICA QUALITA'	43
Commento alle verifiche	44
8. OBIETTIVI SPECIFICI	44
Commento agli obiettivi specifici	45
9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET	45
9.1 PREVENTIVO DI BUDGET	45
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET	47
Commento al budget	47
10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE	48
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA	49
Commenti al questionario sulla qualità percepita	59
Sintesi Conclusiva: Tendenze 2024 vs 2025	59

1. STRUTTURA

1.1 INFORMAZIONI GENERALI

Denominazione: Struttura residenziale a tipologia terapeutico/riabilitativa, più modulo a tipologia pedagogico/riabilitativa, per persone con dipendenza da sostanze "Punto Zero"

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

Tel/fax 0522/545609- **Cell.** 329/6707293 **email:** puntozero@libera-mente.org

PEC: puntozero@pec.libera-mente.org

Autorizzazione al funzionamento del comune di Reggio Emilia come da provvedimento del 14/03/2025 con protocollo n. PG 2025/0072136

Accreditamento Istituzionale della regione Emilia Romagna con determinazione n° 10931 del 10/06/2025.

Orario: Struttura residenziale aperta per le 24 ore

Retta: Regione Emilia Romagna: Terapeutico/riabilitativa: 82,71 + IVA sino al 31 maggio; 92,71 + IVA dal 1 giugno 2025 Modulo Pedagogica/riabilitativa: 64,33 + IVA sino al 31 maggio; dal 1 giugno 2025 72,55 + IVA Interamente a carico dell'AUSL di residenza.

Capienza: 36 utenti, di cui 26 con retta terapeutico-riabilitativa e 10 con retta pedagogico-riabilitativa.

Tempo medio di permanenza: 3/18 mesi per terapeutico-riabilitativa e 3/30 mesi per pedagogico-riabilitativa.

Obiettivi del programma terapeutico-riabilitativo

Si caratterizza per l'offerta di:

- ingressi in pronta accoglienza;
- percorsi altamente personalizzati;
- interventi integrati;
- interventi specialistici per target differenziati.

Il principio fondante di questa scelta è la creazione di un ambiente inclusivo, in grado di accogliere diverse tipologie di utenti senza alcuna forma di stigmatizzazione. Al contempo, garantiamo interventi specialistici e personalizzati, pensati per rispondere ai bisogni di target con caratteristiche specifiche, con l'obiettivo di offrire un servizio di alta qualità, basato su competenza professionale e attenzione individuale.

Gli obiettivi specifici sono quindi:

- Possibilità di ingresso con modalità di "pronta accoglienza";
- Periodo di "tregua" finalizzato a riorganizzare le proprie forze; a garantire il distacco da un contesto non favorente la remissione dell'uso di sostanze; ad offrire un luogo adeguato ad un ricovero, che conceda un ristoro e una pausa di riflessione, che la quotidianità tossicomane non consente.
- Trattamento terapeutico specifico per persone con dipendenza da crack/psicostimolanti

-
- Trattamento terapeutico specifico per coppie, di cui entrambi i componenti abbiano problemi di dipendenza da sostanze d'abuso
 - Reinserimento sociale personalizzato

Obiettivi del programma pedagogico-riabilitativo

Il modulo a tipologia pedagogico riabilitativa si rivolge in particolare al target di utenti identificati come "olders", provenienti dal territorio di Reggio Emilia. Alcuni aspetti che caratterizzano questo target sono:

- problemi di dipendenza da sostanze associati ad una condizione di grave marginalità sociale
- percorso di tossicodipendenza di lunga durata (cronicizzazione della dipendenza)
- lunghi periodi di emarginazione e/o di carcerazione;
- assenza di dimora e/o mancanza o perdita di supporti familiari e/o relazionali.

Per alcuni il processo di esclusione sociale si accompagna ad aggravamenti della situazione sanitaria fisica (malattie correlate) e psichica (comorbidità).

Rientrano nel target appena descritto anche gli etilisti con caratteristiche di cronicità.

Gli obiettivi specifici sono quindi:

Cura di sé e autonomia personale

- Ripristinare abitudini igieniche e alimentari adeguate.
- Gestire la routine quotidiana con supporto educativo.
- Riconoscere e seguire le cure sanitarie necessarie.

Relazioni e comunicazione

- Rispettare regole e dinamiche di gruppo.
- Sviluppare ascolto, empatia e capacità di gestione dei conflitti.
- Costruire rapporti di fiducia con gli operatori.

Area cognitiva ed emotiva

- Stimolare attenzione, memoria e orientamento.
- Riconoscere emozioni e imparare a verbalizzarle.
- Favorire la riflessione sulle proprie azioni.

Responsabilità e comportamenti

- Assumere piccoli incarichi nella vita comunitaria.
- Ridurre impulsività e agiti disfunzionali.
- Contrastare e ridurre il livello di cronicizzazione.
- Partecipare con continuità alle attività.

Formazione e lavoro

- Recuperare abilità residue.
- Avviare esperienze in laboratori pratici.
- Imparare regole e tempi del lavoro.

Identità e motivazione

- Ricostruire un'immagine di sé positiva.
- Rinforzare l'autoefficacia con obiettivi raggiungibili.
- Stimolare progettualità e desiderio di cambiamento.
- Fare emergere e rinforzare le abilità residue

Inclusione sociale

- Riattivare gradualmente legami familiari e/o amicali.
- Sperimentare uscite e relazioni con l'esterno.
- Prepararsi all'uso autonomo dei servizi territoriali

Modello di intervento

Modello bio-psico-sociale come approccio integrato che considera la persona nella sua totalità, riconoscendo l'interconnessione tra fattori biologici, psicologici e sociali nell'insorgere e nel trattamento delle dipendenze. Questo modello promuove un intervento complesso che agisce su vari livelli, mirando a facilitare il recupero e il benessere globale dell'individuo.

1. **Fattore biologico:** Si riconosce l'importanza delle alterazioni neurochimiche e degli effetti fisici derivanti dall'uso di sostanze. L'approccio terapeutico include il trattamento medico per la gestione dei sintomi da astinenza, il monitoraggio della salute fisica e l'eventuale somministrazione di farmaci che aiutino nel processo di stabilizzazione.
2. **Fattore psicologico:** L'individuo è visto come portatore di storie, traumi e dinamiche emotive complesse. Il supporto educativo e psicoterapeutico (individuale e di gruppo) è un elemento essenziale del percorso.
3. **Fattore sociale:** Il contesto sociale dell'individuo gioca un ruolo cruciale. L'intervento comprende il coinvolgimento della famiglia, la creazione di una rete di supporto comunitario e il rafforzamento delle competenze relazionali e sociali. L'obiettivo è favorire un ambiente sano, in cui le relazioni positive e il supporto reciproco possano prevenire la recidiva e favorire il reinserimento sociale.

Il modello bio-psico- sociale si concretizza attraverso il lavoro dell'equipe multidisciplinare interna che comprende:

- direttrice sanitaria
- direttrice di area
- responsabile di sede
- equipe educativa
- medico psichiatra/tossicologo
- oss attivabile in modalità mirata per bisogni specifici
- psicologo/psicoterapeuta

L'integrazione tra trattamento sanitario e psico-educativo garantisce un approccio personalizzato, che considera lo stato di salute generale dell'utente. Resta imprescindibile il confronto costante con i referenti del servizio inviante. Per il modulo pedagogico-riabilitativo in particolare è fondamentale il riferimento all'equipe-alcol del SerDP di Reggio Emilia.

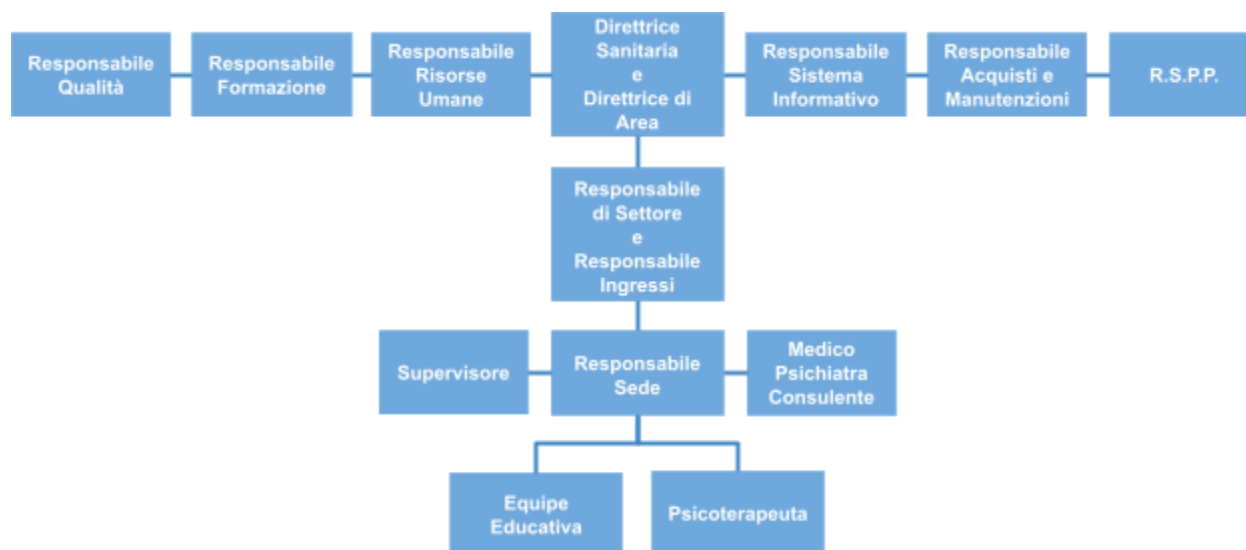
Al modello bio-psico-sociale si integra l'**approccio motivazionale**, nella sua accezione degli stadi del cambiamento e del colloquio motivazionale.

Nel programma pedagogico/riabilitativo, ai due modelli si associa quello della politica della riduzione dei danni sanitaria e sociale come paradigma di salute pubblica. L'obiettivo prioritario di tutela della salute e dei diritti del singolo ha ripercussioni positive sul benessere della società intera.

1.2 L'EQUIPE DI LAVORO

Al nucleo operativo costituito da educatori ed educatrici si affiancano una serie di figure che contribuiscono a caratterizzare l'equipe come multiprofessionale.

Tutta l'equipe risulta opportunamente formata e messa nella condizione di esprimere una sintesi fra capacità umane e professionali.



Direttrice Sanitaria: CRISTINA MASCOLO

Direttrice di Area: CRISTINA MASCOLO

Responsabile Qualità: SILVIA SARACCA

Responsabile Formazione: BARBARA ENNAS

Responsabile Sistema Informativo: LUIGI FERRO

R.S.P.: GIORGIA MASONI

Responsabile Acquisti e Manutenzioni: Laura Canna

Responsabile Risorse Umane: Fabio Salati

Responsabile di settore e Responsabile Ingressi: ELISA SAVAZZI

Responsabile di Sede: LUCA POLI

Psichiatra: STEFANO FERRI

Psicoterapeuta: GIORGIA MIGNANI

Supervisore: CESARE RINALDINI

Équipe Educativa:

MARCO BATTINI

SALVATORE LECCIA

LUCA FONTANELLI

GIORGIO VECCHI
LETIZIA MANZOTTI
SARA RUINI
EMANUELA IACONO

Operatori senza titolo:

LORENZO COCCONI
ANTONIETTA SCOCA

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.

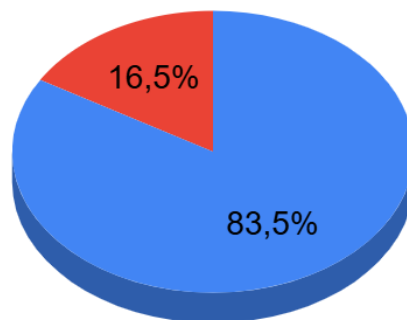
2. DATI DI ATTIVITA'

2.1 PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

NUMERO UTENTI	2025	2024	2023
NUMERO UTENTI TRATTATI	91	67	61

GENERE

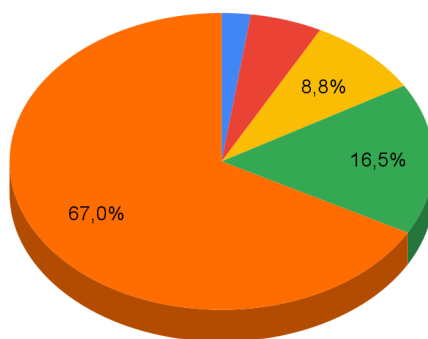


● UOMINI ● DONNE

Confronto ultimi tre anni:

GENERE	2025	2024	2023
UOMINI	83,52%	88,10%	90%
DONNE	16,48%	11,90%	10%

PERCENTUALI ETA'

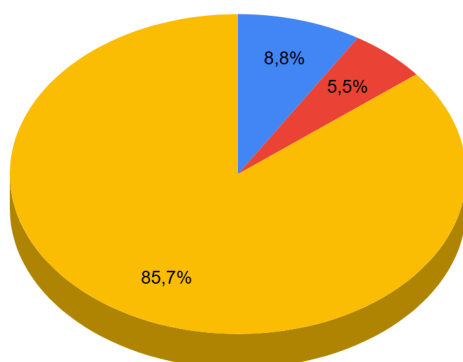


● da 18 a 24 anni
 ● da 25 a 29 anni
 ● da 30 a 34 anni
 ● da 35 a 39 anni
 ● Oltre i 39

Confronto ultimi tre anni:

Età	2025	2024	2023
da 18 a 24 anni	2,20%	1,5%	0%
da 25 a 29 anni	5,49%	7,5%	10%
da 30 a 34 anni	8,79%	10,4%	8%
da 35 a 39 anni	16,48%	20,9%	13%
Oltre i 39	67,03%	59,7%	69%

CONDIZIONE LAVORATIVA

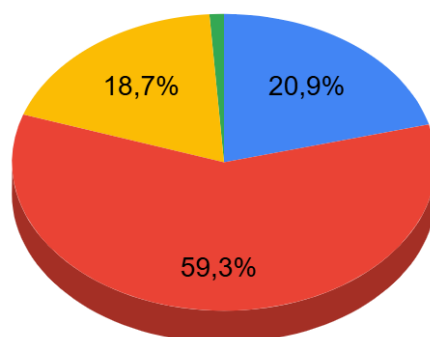


● Occupato stabilmente ● In condizione non professionale ● Disoccupato

Confronto ultimi tre anni:

Condizione Lavorativa	2025	2024	2023
Occupato stabilmente	8,79%	3,00%	7,00%
In condizione non professionale	5,49%	0%	0%
Disoccupato	85,71%	97,00%	93,00%

TITOLO DI STUDIO

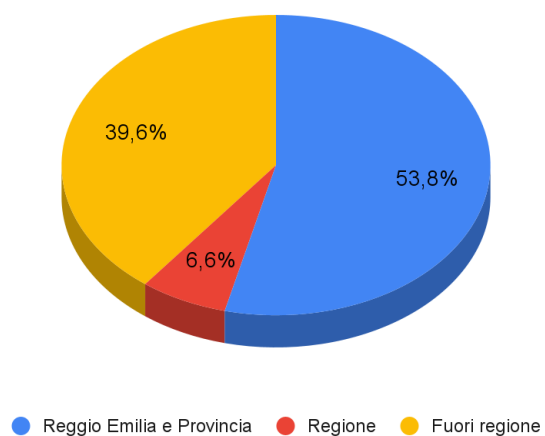


● Licenza elementare ● Media Inferiore ● Media superiore ● Laurea

Confronto ultimi tre anni:

TITOLO DI STUDIO	% 2025	2024	2023
Licenza elementare	20,9%	20,9%	12,0%
Media Inferiore	59,3%	61,2%	67,0%
Media superiore	18,7%	17,9%	16,0%
Laurea	1,1%	0%	0%

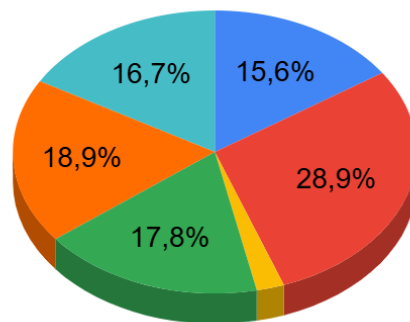
TERRITORIO DI PROVENIENZA



Confronto ultimi tre anni:

Territorio di Provenienza	% 2025	2024	2023
Reggio Emilia e Provincia	53,8%	55,20%	59%
Regione	6,6%	4,50%	10%
Fuori regione	39,6%	40,30%	31%

PROVENIENZA ALL'INGRESSO

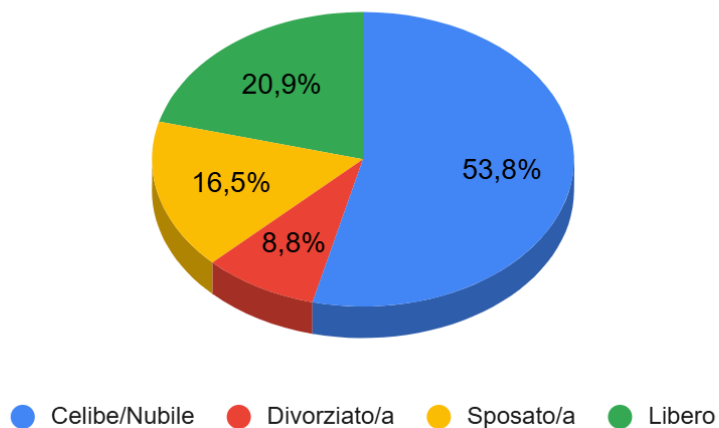


● Comunità ● Senza dimora ● Casa di cura ● Famiglia d'origine
● Carcere ● Abitazione autonoma

Confronto ultimi tre anni:

Provenienza all'ingresso	% 2025	2024	2023
Comunità	15,38%	16,4%	12,00%
Senza dimora	28,57%	26,9%	32,00%
Casa di cura	2,20%	6%	7,00%
Famiglia d'origine	17,58%	14,9%	12,00%
Carcere	18,68%	23,9%	25,00%
Abitazione autonoma	16,48%	11,9%	10,00%
Famiglia acquisita	1,10%	0%	2,00%

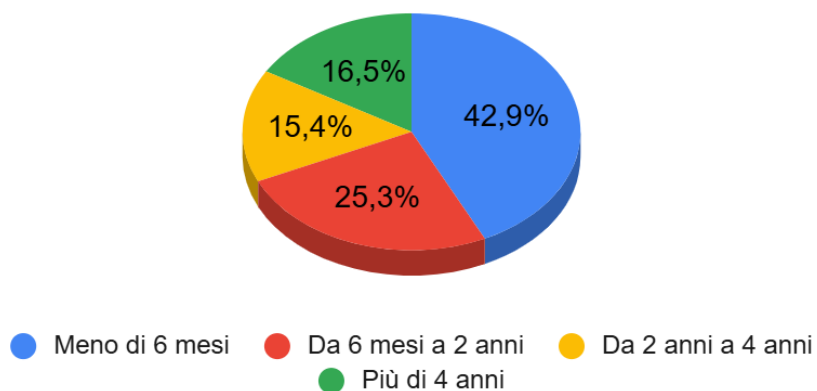
STATO CIVILE



Confronto ultimi tre anni:

Stato Civile	% 2025	2024	2023
Celibe/Nubile	53,85%	61,20%	67,00%
Divorziato/a	8,79%	10,40%	15,00%
Sposato/a	16,48%	7,50%	15,00%
Libero	20,88%	20,90%	0,00%
Vedovo	0,00%	0,00%	2,00%

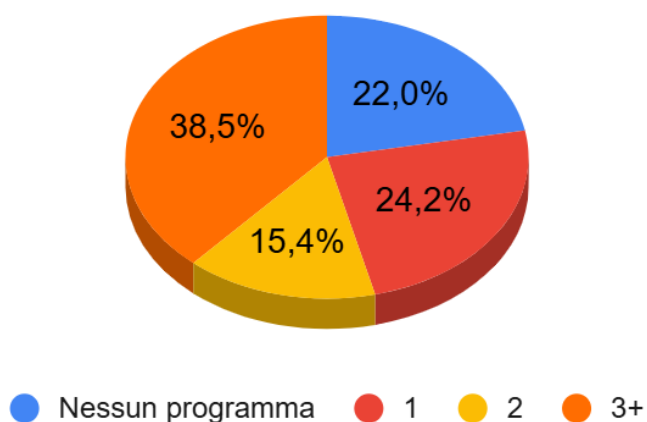
PROGRAMMI PREGRESSI PER TEMPO DI PERMANENZA



Confronto ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI PREGRESSI TEMPO PERMANENZA	% 2025	2024	2023
Meno di 6 mesi	42,86%	29,20%	51,00%
Da 6 mesi a 2 anni	25,27%	33,30%	18,00%
Da 2 anni a 4 anni	15,38%	25,00%	18,00%
Più di 4 anni	16,48%	12,50%	13,00%

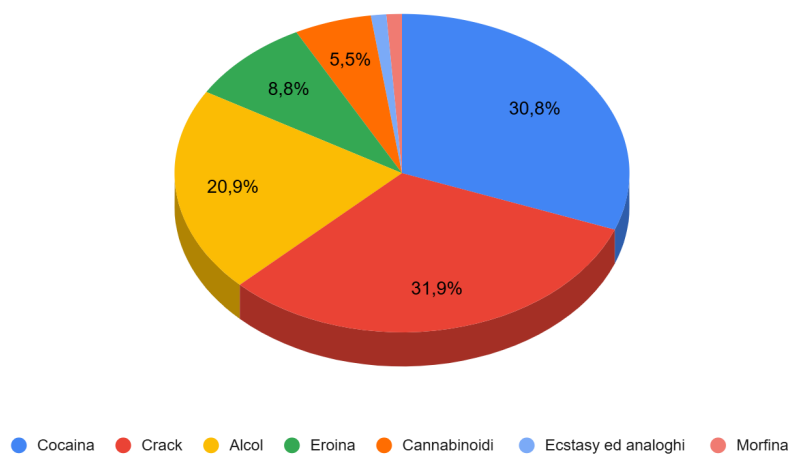
NUMERO PROGRAMMI PREGRESSI



Confronto ultimi tre anni:

N° PROGRAMMI PREGRESSI	% 2025	2024	2023
Nessun programma	21,98%	28,40%	33,00%
1	24,18%	16,40%	23,00%
2	15,38%	14,90%	15,00%
3	0,00%	17,90%	10,00%
3+	38,46%	22,40%	19,00%

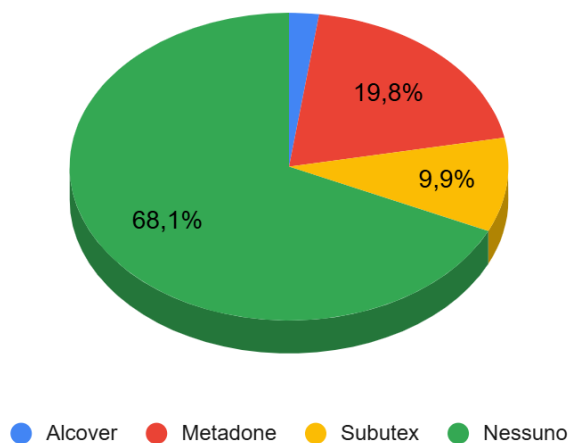
SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO



Confronto ultimi tre anni:

SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO	% 2025	2024	2023
Cocaina	30,8%	34,3%	44%
Crack	31,9%	23,9%	10%
Alcol	20,9%	28,4%	28%
Eroina	8,8%	9%	10%
Cannabinoidi	5,5%	3,2%	5%
Eroina/cocaina	0,0%	0%	3%
Ecstasy ed analoghi	1,1%	1,2%	0%
Morfina	1,1%	0%	0%

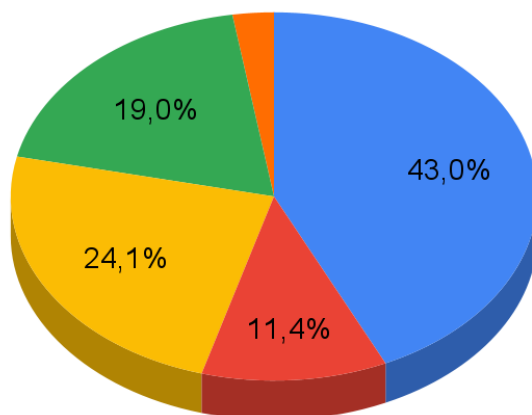
SOSTITUTIVO



Confronto ultimi tre anni:

SOSTITUTIVO	% 2025	2024	2023
Alcover	2,2%	1,4%	2,0%
Metadone	19,8%	25,4%	20,0%
Subutex	9,9%	6,0%	8,0%
Nessuno	68,1%	67,2%	70,0%

ESITI



● Totale programmi completati
 ● Trasferimento sede
 ● Dimissione concordata
● Abbandono
 ● Espulsioni

Confronto ultimi tre anni:

ESITI	% 2025	2024	2023
Programma completato	15,2%	non rilevato	non rilevato
Programma completato e passaggio in appartamento terapeutico	5,1%	non rilevato	non rilevato
Programma completato e passaggio in clinica	1,3%	non rilevato	non rilevato
Programma completato e passaggio in comunità	10,1%	non rilevato	non rilevato
Programma completato e rientro a domicilio	7,6%	non rilevato	non rilevato
Programma completato e passaggio a rete bassa soglia	3,8%	non rilevato	non rilevato

Totale programmi completati	43,0%	58,30%	45%
Trasferimento sede	11,4%	2,10%	7%
Dimissione concordata	24,1%	20,80%	36%
Abbandono	19,0%	12,50%	5,0%
Espulsioni	2,5%	0,00%	0,0%

Commento ai dati di attività

I dati risultano tendenzialmente in linea con gli anni precedenti:

- Si registra una crescita costante del numero di utenti trattati, passati dai 61 del 2023 ai 91 del 2025.
- L'utenza femminile è aumentata progressivamente (dal 10% al 16,5%).
- La fascia d'età prevalente rimane quella "oltre i 39 anni", che nel 2025 rappresenta il 67% del totale.
- La maggioranza degli utenti è disoccupata (85,7% nel 2025), sebbene il dato sia in leggero miglioramento rispetto al 2024 (97%).

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

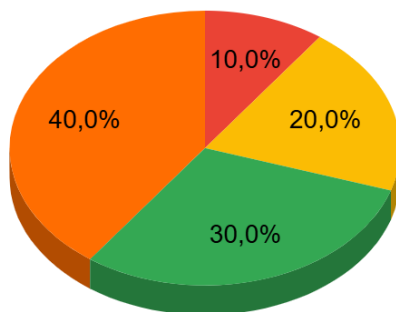
- In leggero calo risultano gli invii dai SerDP provinciali e in leggero aumento gli invii da quelli regionali.
- La maggioranza degli utenti è disoccupata (85,7% nel 2025), sebbene il dato sia in leggero miglioramento rispetto al 2024 (97%), il dato continua però a denunciare un sempre basso livello di integrazione sociale.
- Questo è testimoniato anche dall'aumento di percentuale di utenti che hanno già svolto programmi comunitari (indice di cronicizzazione).
- Il titolo di studio prevalente è la licenza media inferiore (59,3%), rimane invariato il dato della licenza elementare con il 21%.
- Cresce il consumo di crack, che diventa percentualmente la sostanza maggiormente consumata, a scapito della cocaina.
- Rispetto agli esiti dei programmi, la percentuale nel 2025 è del 43%, in linea con il 2023 (45%) ma in calo rispetto al picco del 2024 (58,3%), mentre il tasso di abbandoni è in leggero calo rispetto a quello dell'anno precedente. Aumentano esponenzialmente le dimissioni concordate, da 6,80% nel 2024 a 20% nel 2025.

2.2 PROGRAMMA PEDAGOGICO-RIABILITATIVO

NUMERO UTENTI TRATTATI

NUMERO UTENTI	2025
NUMERO UTENTI TRATTATI	10

ETA'

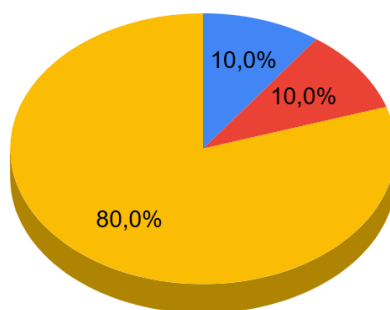


● da 25 a 29 anni ● da 30 a 34 anni ● da 35 a 39 anni ● Oltre i 39

Età	2025
da 18 a 24 anni	0%
da 25 a 29 anni	10%
da 30 a 34 anni	20%

da 35 a 39 anni	30%
Oltre i 39	40%

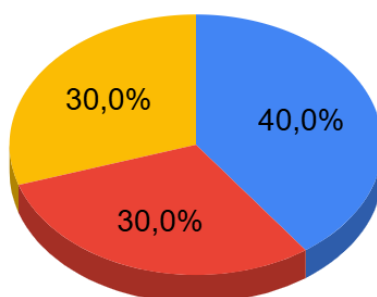
CONDIZIONE LAVORATIVA



● Occupato stabilmente
 ● In condizione non professionale
 ● Disoccupato

Condizione Lavorativa	2025
Occupato stabilmente	10,00%
In condizione non professionale	10,00%
Disoccupato	80,00%

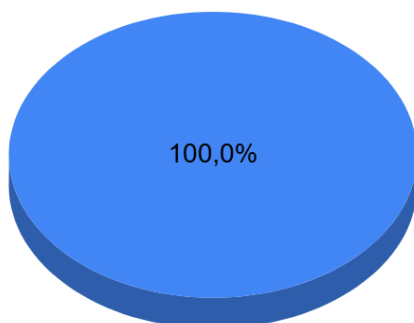
TITOLO DI STUDIO



● Licenza elementare ● Media Inferiore ● Media superiore

TITOLO DI STUDIO	% 2025
Licenza elementare	40,0%
Media Inferiore	30,0%
Media superiore	30,0%

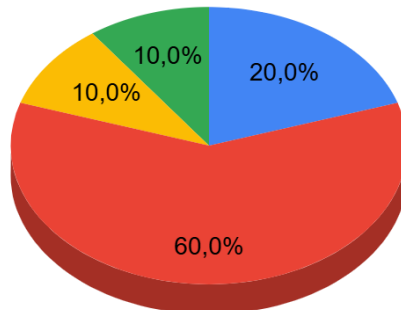
TERRITORIO DI PROVENIENZA



● Reggio Emilia e Provincia

Territorio di Provenienza	% 2025
Reggio Emilia e Provincia	100,0%

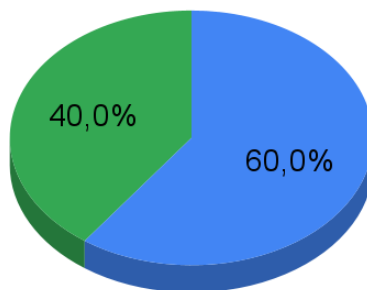
PROVENIENZA ALL'INGRESSO



● Comunità ● Senza dimora ● Famiglia d'origine ● Abitazione autonoma

Provenienza all'ingresso	% 2025
Comunità	20,00%
Senza dimora	60,00%
Famiglia d'origine	10,00%
Abitazione autonoma	10,00%

STATO CIVILE

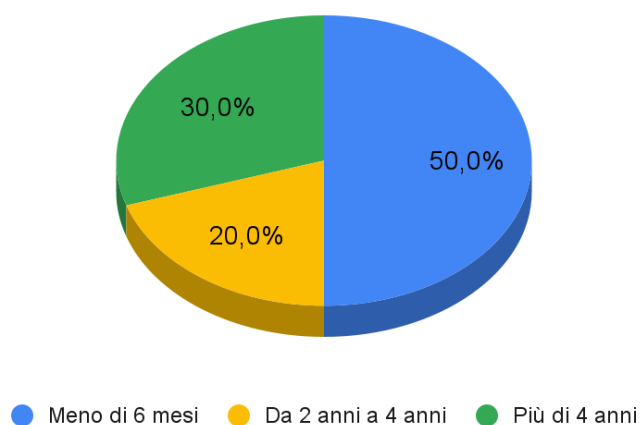


● Celibe/Nubile ● Libero

Stato Civile	% 2025
--------------	--------

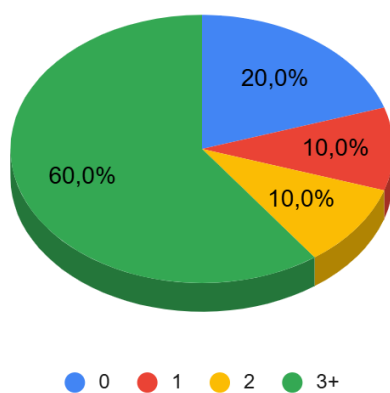
Celibe/Nubile	60,00%
Divorziato/a	0,00%
Sposato/a	0,00%
Libero	40,00%

PROGRAMMI PREGRESSI PER MESI DI PERMANENZA



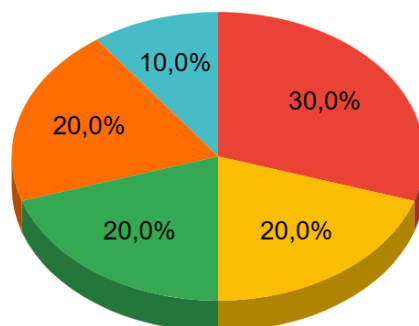
N° PROGRAMMI PREGRESSI PER TEMPO DI PERMANENZA	% 2025
Meno di 6 mesi	50,00%
Da 6 mesi a 2 anni	0,00%
Da 2 anni a 4 anni	20,00%
Più di 4 anni	30,00%

NUMERO PROGRAMMI PREGRESSI



N° PROGRAMMI PREGRESSI	% 2025
0	20,00%
1	10,00%
2	10,00%
3+	60,00%

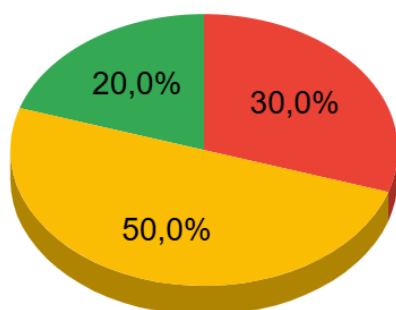
SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO



● Cocaina ● Crack ● Alcol ● Cannabinoidi ● Eroina

SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO	% 2025
Cocaina	30,0%
Crack	20,0%
Alcol	20,0%
Cannabinoidi	20,0%
Eroina	10,0%

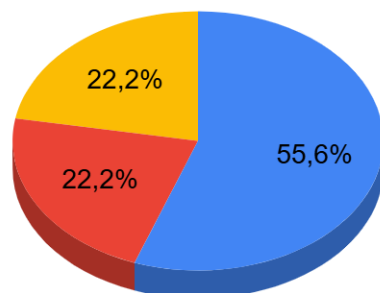
SOSTITUTIVO



● Metadone ● Nessuno ● Subutex

SOSTITUTIVO	% 2025
Nessuno	50,0%
Metadone	30,0%
Subutex	20,0%

ESITI



● Totale programmi completati ● Trasferimento sede
● Dimissione concordata

ESITI	% 2025
Programma completato	0,0%

Programma completato e passaggio in appartamento terapeutico	44,4%
Programma completato e passaggio in clinica	0,0%
Programma completato e passaggio in comunità	0,0%
Programma completato e rientro a domicilio	0,0%
Programma completato e passaggio a rete bassa soglia	11,1%
Totale programmi completati	55,6%
Trasferimento sede	22,2%
Dimissione concordata	22,2%
Abbandono	0,0%
Espulsioni	0,0%

Commento ai dati di attività

- La struttura "Punto Zer0" è operativa con l'Accreditamento Istituzionale ottenuto a giugno 2025; il modulo pedagogico-riabilitativo rappresenta la novità assoluta di questa annualità.
- L'utenza del modulo mostra fragilità marcate, con l'80% di disoccupazione e un'alta incidenza di bassi titoli di studio (40% licenza elementare).
- Il 55,6% degli utenti del modulo ha completato con successo il programma, con un'importante quota di passaggi verso appartamenti terapeutici (44,4%).
- Nel modulo pedagogico, la cocaina è la sostanza primaria prevalente (30%), seguita da crack (20%), alcol (20%) e cannabinoidi (20%), con una presenza minore di eroina (10%).
- La popolazione del modulo è "matura", con la fascia d'età 35-39 anni che rappresenta il 30% degli utenti e quella oltre i 39 anni il 40%.
- Il 60% degli utenti ha già effettuato 3 o più programmi terapeutici in precedenza.
- Il 60% degli utenti entra in struttura dalla condizione di senza dimora.

I dati delineano un target "cronico" in cui l'avanzare dell'età e l'inefficacia dei precedenti trattamenti hanno prodotto un isolamento sociale estremo, rendendo il modulo pedagogico una necessaria risposta di accoglienza per la sopravvivenza stessa della persona.

3. INDICATORI DI EFFICACIA

In fase di pianificazione l'equipe ha valutato di lasciare invariati gli indicatori di efficacia per il 2025. Nonostante gli esiti decisamente positivi sul tasso di utilizzo posti letto e le interruzioni di programma, la cautela è stata valutata in vista della attivazione dei programmi di "Punto Zer0". La nuova struttura prevede infatti un trasferimento di sede, un aumento di posti e programmi differenziati, per cui si tratta di un progetto sperimentale di cui è difficile prevedere gli esiti.

3.1 TERAPEUTICA

Indicatori Efficacia	Esiti 2024	Standard 2025	Esiti 2025
Tasso Utilizzo Posti Letto	96,1%	85 %	81%
Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	62,6%	60 %	69%
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	8,9%	<18 %	18,7%
Audit sugli abbandoni	100%	100 %	100%
Mortalità	0	0 %	0%

Commento agli indicatori di efficacia

L'analisi degli indicatori di efficacia per il 2025 delinea il quadro di una struttura in una fase di transizione strategica e operativa. Il passaggio dal modello "Tregua" al progetto Puntozer0 ha comportato un rinnovo dei programmi e dell'equipe, rendendo i risultati ottenuti estremamente positivi se letti nel corretto contesto evolutivo:

Tenuta Operativa e Transizione (Posti Letto)

Il Tasso di Utilizzo dei Posti Letto si attesta all'81%, un dato leggermente inferiore allo standard dell'85% e distante dal 96,1% del 2024.

Come previsto dalla Direzione, questa flessione non è un segnale di inefficienza, ma la fisiologica conseguenza del cambio di identità della struttura. Il passaggio a "Puntozer0" ha richiesto tempi tecnici per l'implementazione della nuova equipe e l'avvio dei nuovi programmi. In questo senso, aver mantenuto l'81% durante una "fase di start-up" è un risultato soddisfacente che indica una buona capacità di ripartenza.

Efficacia del Nuovo Programma (Dimissioni)

L'indicatore Utenti Dimessi / Totale utenti in programma raggiunge il 69%, superando sia lo standard (60%) che il dato dell'anno precedente (62,6%).

Questo è il dato più significativo dell'anno. Nonostante il cambiamento strutturale e di personale, il nuovo programma si sta dimostrando efficace.

Stabilità e Retention (Abbandoni)

Il tasso di Interruzione del Programma si attesta al 18,7%, sostanzialmente in linea (sebbene di poco superiore) con lo standard programmato del 18%.

In una fase di forte cambiamento, l'instabilità degli utenti è un rischio calcolato. Il fatto che l'abbandono sia rimasto ancorato alla soglia del 18% indica una tenuta sorprendente del setting. L'equipe ha saputo contenere l'ansia legata al cambiamento, evitando emorragie di utenza che spesso caratterizzano le fasi di ristrutturazione profonda.

Qualità e Sicurezza

- Audit sugli abbandoni (100%): Viene mantenuto il massimo rigore nell'analisi clinica di ogni interruzione, garantendo una riflessione costante dell'equipe sulle cause dei drop-out.
- Mortalità (0%): Si conferma l'assoluta sicurezza clinica dei percorsi, anche durante il cambio di

gestione.

3.2 MODULO PEDAGOGICO

Indicatori Efficacia	Esiti 2024	Standard 2025	Esiti 2025
Tasso Utilizzo Posti Letto	-	85 %	25%
Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	-	60 %	98%
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	-	<18 %	0 %
Audit sugli abbandoni	-	100 %	100%
Mortalità	-	0 %	0%

Commento agli indicatori di efficacia

L'analisi delle evidenze prodotte dal modulo pedagogico delinea una dicotomia tra l'attuale saturazione della capacità ricettiva e l'eccellenza degli esiti terapeutici conseguiti.

- **Ottimizzazione della Ricettività (25%):** La percentuale di utilizzo dei posti letto riflette una fase di avvio ancora in fase di assestamento. Tale riscontro impone per l'esercizio 2026 una **strategia di monitoraggio analitico** e un potenziamento delle azioni di raccordo con i servizi invianti, al fine di individuare le determinanti che hanno limitato l'afflusso dell'utenza e favorire una saturazione coerente con gli standard fissati (85%).
- **Qualità del Percorso (Dimissioni 98% - Abbandoni 0%):** Nonostante il numero ancora contenuto di utenti transitati nel modulo, i dati di esito attestano il raggiungimento dei massimi livelli prestazionali. La totale assenza di interruzioni precoci (0%) e il raggiungimento pressoché totale degli obiettivi di dimissione (98%) confermano l'**elevata validità dei protocolli pedagogici** applicati e la solidità del progetto.
- **Audit e Mortalità:** Anche in questo caso, la struttura garantisce il 100% della trasparenza analitica (Audit) e la massima sicurezza clinica (0% mortalità)

4. PRODOTTI

4.1 CATALOGO PRODOTTI

Prodotti del programma “La Tregua”

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	Pronta Accoglienza

2	Reinserimento sociale da progetto personalizzato
3	Inserimento in altro percorso di cura
4	Stacco e tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva
5	Accompagnamento e sostegno ai familiari
6	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 - 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 3 –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 4 – 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 5 – Accompagnamento e sostegno ai familiari	
Target	Caratteristiche qualitative
Familiari degli utenti	Sostenere i familiari delle persone accolte in programma.

Prodotto 6 – 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.
---	--

Prodotti del programma “Puntozer0”

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	Pronta Accoglienza
2	Stacco e tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva
3	Percorso “olders”
4	Percorso CRACK e stimolanti
5	Percorso coppie
6	Reinserimento sociale da progetto personalizzato

Prodotto 1 – Pronta Accoglienza		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Terapeutico riabilitativa	Persone in carico ai SerDP del territorio nazionale che necessitano di un ingresso per ragioni “indifferibili ed urgenti”	Risposta alle richieste in emergenza con funzione di “salvavita”. Filtro di ingresso basso. Alta accessibilità.

Prodotto 2 – Stacco e tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Terapeutico riabilitativa	Persone in carico ai SerDP del territorio nazionale, che si trovino in fase di “contemplazione” e necessitano di una pausa dalla quotidianità, per strutturare eventualmente un progetto evolutivo.	Risposta al bisogno dell'utente di un luogo di pausa e riflessione. Filtro di ingresso basso. Alta accessibilità.

Prodotto 3 - Percorso “olders”		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Pedagogico Riabilitativa	Persone in carico ai SerDP di Reggio Emilia, con caratteristiche di cronicizzazione della dipendenza, associata e condizioni di grave marginalità adulta.	Progettazioni altamente personalizzate, con obiettivi di tutela della salute psico-fisica, riduzione del danno sanitario e sociale e caratterizzate da periodi di permanenza prolungati (fino a 30 mesi)

Prodotto 4 – Percorso CRACK e stimolanti		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Terapeutico riabilitativa	Persone in carico ai SerDP del territorio nazionale con dipendenza da crack e/o psicostimolanti	Trattamento terapeutico riabilitativo specifico e mirato a livello individuale e di gruppo

Prodotto 5 - Percorso coppie		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Terapeutico riabilitativa	Coppie di cui entrambi i componenti siano in carico ai SerDP del territorio nazionale	Trattamento terapeutico riabilitativo specifico e mirato a livello individuale e di coppia, con un'attenzione privilegiata al “femminile”

Prodotto 6 – Reinserimento sociale		
Area di lavoro	Target	Caratteristiche qualitative
Terapeutico riabilitativa e Pedagogico Riabilitativa	Utenti e coppie accolti/e in struttura, che accedono alla fase di reinserimento sociale	Strutturazione di un progetto personalizzato per sostenere ed accompagnare l'utente/la coppia verso un percorso di inserimento sociale.

4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Rispetto al programma “La Tregua”, nella pianificazione 2025 l'equipe ha valutato le seguenti modifiche:

- viene eliminato il prodotto “definizione progetto personalizzato”, in quanto l’equipe valuta di doverlo dare per scontato, come requisito richiesto dall’accreditamento;
- viene abbassato lo standard dell’indicatore “altri percorsi esterni” relativo al prodotto “inserimento in altro percorso di cura”, in quanto le richieste da parte dei servizi invianti sono sempre più finalizzate a svolgere un intero percorso presso la struttura.

Prodotto	Indicatori	Standard 2024	Esiti 2024	Standard 2025	Esiti 2025
Pronta Accoglienza	N. ingressi in pronta accoglienza/n ingressi	40%	25%	40%	58%
Definizione progetto personalizzato	Progetti personalizzati/Inserimenti	100%	100%	-	-
Reinserimento sociale personalizzato	N-percorsi reinserimento/utenti di programma	35%	24%	35%	16%
Inserimento in altro percorso di cura	A- Strutture Papa Giovanni B- COD C- Centro doppia diagnosi D- strutture altre Su utenti dimessi	-	-	-	-
	A- Altri percorsi PG B- Altri percorsi esterni Su utenti dimessi	30% 30%	19% 13%	30% 20%	23% 23%
Stacco e Tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva	Progetti stacco e tregua/inserimenti	55%	62%	55%	43%
Accompagnamento e sostegno ai familiari	N di familiari che effettua colloqui/ N utenti accolti	15%	19%	15%	15%
Accompagnamento territoriale	N°utenti in media-bassa protezione / N°utenti accolti	10%	16%	10%	15%

Dinamiche di Ingresso e Tipologia di Intervento:

- **Pronta Accoglienza (58%):** Si registra un incremento notevole rispetto sia allo standard (40%) che all'anno precedente (25%). Questo dato indica che la struttura è diventata un punto di riferimento prioritario per la gestione dell'emergenza e dell'accoglienza immediata, rispondendo a una crescente domanda del territorio per interventi tempestivi.
- **Stacco e Tregua (43%):** A fronte di uno standard del 55%, si osserva una flessione. Questo calo, incrociato con l'aumento della Pronta Accoglienza, suggerisce che l'utenza afferente nel 2025 ha presentato bisogni più orientati alla gestione della crisi acuta rispetto a percorsi di breve "sosta" programmati.

Percorsi di Reinserimento e Continuità Terapeutica

- **Reinserimento Sociale Personalizzato (16%):** Il dato risulta in contrazione rispetto allo standard del 35%. Tale scostamento è coerente con la natura della struttura in questa fase: l'elevata incidenza di "Pronta Accoglienza" sposta l'asse operativo sulla stabilizzazione immediata piuttosto che sulla progettazione di percorsi di reinserimento sociale a lungo termine, che richiedono tempi di permanenza diversi.
- **Inserimento in Altri Percorsi (23%):** La capacità di orientare gli utenti verso altri percorsi di cura (sia interni alla Cooperativa che esterni) si mantiene su livelli soddisfacenti e in equilibrio (23% in entrambi i casi), dimostrando che la struttura funge efficacemente da "snodo" per la rete dei servizi, nonostante lo scenario complesso.

Sostegno alla Rete e Protezione Territoriale

- **Accompagnamento e Sostegno ai Familiari (15%):** Il dato è perfettamente in linea con lo standard programmato.
- **Accompagnamento Territoriale (15%):** Si osserva un risultato superiore allo standard (10%), a indicare che per una quota significativa di utenti è stato possibile attivare percorsi a media-bassa protezione, favorendo un passaggio graduale verso l'autonomia.

Il 2025 delinea una struttura con una spiccata **vocazione all'accoglienza di primo livello**. L'alto volume di "Pronta Accoglienza" ha inevitabilmente assorbito risorse e focus, determinando una flessione negli indicatori di reinserimento sociale più strutturato.

Di seguito gli standard di prodotto del programma "Puntozero0":

Prodotto	Indicatori	Standard attesi 2025	Esiti 2025
Pronta Accoglienza	N. ingressi in pronta accoglienza/n inserimenti	30%	46%
Stacco e Tregua da una situazione di tossicodipendenza attiva	Progetti stacco e tregua/inserimenti	30%	28%
Percorso "olders" (PEDAGOGICO)	Progetti "olders"/inserimenti	20%	22%
Percorso "crack e stimolanti"	Progetti crack e stimolanti/inserimenti	20%	51%
Percorso "coppie"	Progetti coppie/inserimenti	10%	3%
Reinserimento sociale personalizzato	N-percorsi di reinserimento/utenti in programma	35%	46%

Commento ai prodotti

L'analisi degli indicatori relativi al modulo **Puntozero0** per l'anno 2025 delinea il profilo di una struttura capace di intercettare con precisione le nuove fenomenologie del consumo, mantenendo al contempo una solida efficacia nei percorsi di uscita:

- **Risposta ai Nuovi Bisogni (Percorso “Crack e Stimolanti” 51%)**: Il superamento del target fissato al 20% rappresenta il dato più rilevante. Conferma l'efficacia del modulo nel rispondere alla sfida clinica posta dai consumatori di stimolanti, un target emergente che richiede protocolli d'intervento mirati e un setting contenitivo specifico, qui evidentemente ben implementato.
- **Specializzazione Target (Percorso “Olders” 22%)**: Il dato si attesta in linea con lo standard atteso (20%). Questo indica una capacità costante di accoglienza per l'utenza con una lunga storia di dipendenza (modulo pedagogico), confermando Puntozero0 come un presidio equilibrato e capace di gestire la cronicità senza saturare eccessivamente le risorse a scapito di altri interventi.
- **Dinamiche di Ingresso e “Coppie”**: Si osserva un sensibile incremento della **Pronta Accoglienza (46%)** rispetto allo standard (30%), a testimonianza della reattività della struttura nella gestione dell'urgenza. Al contrario, il percorso **“Coppie” (3%)** rimane al di sotto dello standard del 10%, suggerendo una domanda limitata per tale tipologia, o una selezione più rigorosa degli accessi basata sulla compatibilità del setting.
- **Esiti e Reinserimento Sociale (46%)**: È estremamente positivo che, nonostante l'incremento delle accoglienze emergenziali, quasi la metà degli utenti abbia avviato un percorso di reinserimento, superando lo standard del 35%.

5. PROCEDURE

5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE	INDICATORI	STANDARD 2025	ESITI 2025
1_ P-ADM PROCEDURA AZIONI DI MIGLIORAMENTO	% azioni di miglioramento prese in carico e portate a termine dall'ufficio qualità, sul totale delle azioni di miglioramento proposte	90%	6/8 75%
2_ P-GNC PROCEDURA GESTIONE NON CONFORMITA'	% non conformità prese in carico e portate a termine dall'ufficio qualità, sul totale delle non conformità rilevate nelle sedi	80%	38/49 78%
3_ P-ARTTR PROCEDURA TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE	% ingressi su percentuale schede primi contatti M-SPC	60%	354/434 78%
4_ P-ARTDD PROCEDURA TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE DOPPIA DIAGNOSI	% non conformità rilevate sulla modulistica cartella utente (sulla parte dell'ingresso) sul totale delle non conformità	15%	7/49 14.2%
5_ P-ARTC PROCEDURA			

TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE COD 18_P-ARTPR_PROCEDURA	% non conformità rilevate su moduli progetto personalizzato e verifiche (PTR – Schede di passaggio – M-SPP e M-SVP) sul totale delle non conformità	20%	6/49 12.2%
TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE PEDAGOGICO-RIABILITATIV E	% dimessi sul totale degli esiti dei percorsi	60%	238/284 84%
6_ P-GP PROCEDURA GESTIONE DEL PERSONALE	% non conformità rilevate sul personale sul totale delle non conformità	10%	0%
7_ P-GDU PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTE	% non conformità rilevate sulle verifiche effettuate sulla cartella utente attraverso il modulo Registro Verifiche Interne (M-RVI) (totale controlli annuali previsti n. 15)	20%	7/13 53.8%
8_ P-GDA PROCEDURA GESTIONE APPROVVIGIONAMENTI E CONTROLLI IN ACCETTAZIONE	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 sul totale delle richieste di acquisto M-RDA	10%	4/245 1.6%
	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 specifiche sui ritardi nei tempi di consegna, sul totale delle richieste di acquisto M-RDA	5%	2/245 0.8%
9_ P-GDQ PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZIONE QUALITA'	% non conformità rilevate sulle verifiche effettuate attraverso il modulo Registro Verifiche Interne (M-RVI) (totale controlli annuali previsti n. 15)	20%	2/13 15.3%
10_ P-GDF PROCEDURA GESTIONE FARMACI 11_P-GDFDD PROCEDURA GESTIONE FARMACI DOPPIA DIAGNOSI	% non conformità rilevate alla gestione sanitaria sul totale dei controlli sanitari previsti (M-RVI) (totale controlli annuali previsti n. 10)	20%	4/13 30.7%
12_ P-GA PROCEDURA GESTIONE ABBANDONI DOPPIA DIAGNOSI	% schede valutazione iter di trattamento prodotte in equipe sul numero degli abbandoni	100%	4/5 80%
13_ P-FC PROCEDURA FORMAZIONE CONTINUA	Gli indicatori sono definiti nel Documento Piano della Formazione Annuale (D-PADF)		
14_ P-GRC PROCEDURA GESTIONE RISCHIO CLINICO	Gli indicatori sono definiti nel Documento Piano Programma della Cooperativa per la Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza delle Cure (D-PP)		
15_ P-GC PROCEDURA GESTIONE COMUNICAZIONE	% non conformità rilevata su pubblicazione e aggiornamento carta dei servizi sul sito della Cooperativa, attraverso il modulo M-RNC1	0%	0%

	% di risposte positive sul numero dei dipendenti che hanno risposto, sul tema comunicazione rilevato dai questionari sul benessere organizzativo	70%	NON RILEVABILE
16_ P-PCI PROCEDURA PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI	Gli indicatori sono definiti nel Documento Piano Aziendale Prevenzione e Controllo Infezioni (D-PAI)		
17_ P-GDM PROCEDURA GESTIONE MANUTENZIONI	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 sul totale delle richieste di intervento ed assistenza M-RIA	10%	2/268 0.7%
	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC3 specifiche sui ritardi nei tempi di assistenza, sul totale delle richieste di intervento ed assistenza M-RIA	5%	1/268 0.4%

Commento alle procedure

L'analisi degli esiti per l'anno 2025 delinea un quadro di sostanziale tenuta del Sistema Qualità, con una marcata eccellenza nelle aree legate all'efficacia dei percorsi terapeutici e all'efficienza logistica.

Efficacia dei percorsi e risposta al bisogno

I dati relativi alle procedure di trattamento residenziale (P-ART) evidenziano performance superiori agli standard previsti:

- Accessibilità: Il tasso di conversione dai primi contatti all'ingresso effettivo si attesta al 78% (standard 60%), a conferma di un'ottima capacità di accoglienza e orientamento.
- Efficacia terapeutica: Il dato sui dimessi (84%) supera ampiamente il target del 60%, testimoniando la solidità dei progetti riabilitativi e la capacità di accompagnamento degli utenti verso la conclusione del percorso.

Focus sulle Criticità: Sicurezza e Rischio Clinico

I dati relativi alla Gestione Documentazione Utente (P-GDU) e alla Gestione Farmaci (P-GDF) mostrano scostamenti rispetto agli standard (rispettivamente 53.8% e 30.7% di non conformità rilevate). Tali valori non devono tuttavia essere interpretati come un calo della qualità assistenziale, bensì come l'esito di una precisa scelta metodologica della Cooperativa.

Considerando la gestione della cartella clinica e del farmaco come le aree a più alto rischio e, al contempo, il cuore del processo riabilitativo, abbiamo scelto di applicare protocolli di controllo periodici estremamente scrupolosi. Questa attività di audit interno "a maglie strette" è volutamente strutturata per far emergere anche la minima imprecisione formale. L'obiettivo è prevenire qualsiasi deriva nel rischio clinico e garantire la massima sicurezza delle cure; l'elevata sensibilità dei nostri sistemi di controllo permette quindi di intercettare precocemente le aree di miglioramento su cui focalizzare la formazione del personale nel prossimo esercizio.

Supporto organizzativo e gestione del rischio

- Efficienza interna: Le procedure relative alla gestione del personale e alla manutenzione registrano scostamenti prossimi allo zero, garantendo la continuità operativa delle sedi in piena sicurezza.
- Sistema Qualità: L'Ufficio Qualità ha gestito con regolarità il carico di non conformità rilevate (78% su target 80%), mentre si rende necessario un ulteriore sforzo nel completamento delle azioni di miglioramento programmate (75% su target 90%) per velocizzare i processi di adeguamento strutturale.
- Abbandoni: Nella procedura P-GA, l'80% delle valutazioni prodotte in équipe sugli abbandoni indica una buona capacità di analisi critica dei casi complessi, sebbene l'obiettivo rimanga la copertura totale delle analisi (100%) per affinare costantemente le strategie di ritenzione terapeutica.

In conclusione, gli esiti 2025 confermano una Cooperativa capace di erogare prestazioni di alto livello, che utilizza il proprio Sistema Qualità non solo per la conformità formale, ma come strumento attivo di autovalutazione e protezione della salute degli utenti.

Di seguito una tabella che riassume le non conformità rilevate nella sede nel corso del 2025:

N°	DOC RIFERIMENTO SISTEMA QUALITÀ	DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
1	PROCEDURA TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE P-ARTT	17/02/2025	M-RNC 1	RILEVAZIONE DI COMPORTAMENTO SCORRETTO DA PARTE DI UN VOLONTARIO NOTTURNO	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE
2	PROCEDURA GESTIONE FARMACI P-GDF	03/04/2025	M-RNC 1	RILEVAZIONE DI COMPORTAMENTO SCORRETTO DA PARTE DI UN VOLONTARIO NOTTURNO	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE
3	PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZION E UTENTE P-GDU	31/07/2025	M-RNC 1	RILEVAZIONE CARTELLE INCOMPLETE DURANTE I CONTROLLI EFFETTUATI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITÀ
4	PROCEDURA GESTIONE FARMACI P-GDF	21/08/2025	M-RNC 1	ANOMALIE RISCONTRATE DURANTE UN CONTROLLO SANITARIO	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA
5	PROCEDURA GESTIONE	17/11/2025	M-RNC 1	ERRATA COMPILAZIONE DEI MODULI RELATIVI ALLA PROCEDURA	RISOLTA	DIRETTRICE SANITARIA

	FARMACI P-GDF			GESTIONE FARMACI		
6	PROCEDURA GESTIONE APPROVVIGIONAMENTI P-GDA	14/02/2025	M-RNC 2	RECLAMI RELATIVI AL NON GRADIMENTO DEI PASTI CIR	NECESSARIA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	OPERATRICE
7	PROCEDURA GESTIONE MANUTENZIONI P-GDM	14/02/2025	M-RNC 2	RECLAMI RELATIVI ALLA MANCANZA DI ACQUA CALDA, RISCALDAMENTO E ARREDI USURATI	RISOLTA	OPERATRICE
8	PROCEDURA TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE P-ARTT	14/02/2025	M-RNC 2	RECLAMO RELATIVO ALLA SCARSA PULIZIA DEGLI AMBIENTI	RISOLTA	OPERATORE
9	PROCEDURA TRATTAMENTO RESIDENZIALE DIPENDENZE P-ARTT	14/02/2025	M-RNC 2	RECLAMO RELATIVO ALLA SCARSA QUALITA' DEI MATERASSI	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE

In data 02/03/2026 è stato effettuato l'audit di sistema sulle non conformità, di cui si offre di seguito una sintesi.

Le principali riflessioni emerse dall'equipe sono di seguito sintetizzate:

Punti di Forza e Gestione delle Criticità

- **Capacità Risolutiva:** È di particolare rilievo il fatto che la quasi totalità delle Non Conformità rilevate (8 su 9) risulti già risolta. Questo dato conferma la capacità dell'equipe e della dirigenza di intervenire con tempestività nel ripristinare gli standard previsti una volta individuata l'anomalia.
- **Sicurezza e Farmaci:** Le segnalazioni inerenti la gestione farmaci, sollevate dalla Direzione Sanitaria, dimostrano un elevato livello di attenzione clinica. La pronta risoluzione di tali sviste formali o procedurali garantisce la massima sicurezza per l'utenza e la qualità del presidio sanitario.
- **Benessere e Comfort:** I reclami registrati nel mese di febbraio relativi alla struttura (riscaldamento, acqua calda, arredi e pulizia) sono stati affrontati con successo. Questo evidenzia l'impegno dell'organizzazione nel garantire un ambiente di vita dignitoso e confortevole, rispondendo prontamente alle sollecitazioni degli ospiti.

Aree di Miglioramento Strategico

- **Ascolto Attivo dell'Utenza:** Per quanto riguarda il gradimento dei pasti, la struttura ha correttamente identificato la necessità di un'azione di miglioramento. Questo approccio trasforma un potenziale punto di attrito in un'opportunità di dialogo con i fornitori esterni e di revisione dei servizi offerti, mettendo al centro il benessere dell'utente.
- **Evoluzione Documentale:** Il rilievo sulle cartelle incomplete rappresenta uno stimolo per l'anno a venire.

A livello di sistema nel 2025 sono state individuate le seguenti non conformità:

N°	Documento di riferimento	DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATO DA
1	PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTE P-GDU	05/06/2025	M-RNC 1	IN SEGUITO A CALL CON REGIONE EMILIA ROMAGNA SI RISCONTRA CHE GLI ESITI DEL PERCORSO DEGLI UTENTI AI FINI STATISTICI DEVONO ESSERE MAGGIORMENTE DETTAGLIATI	NECESSARI A AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE QUALITA'
2	PROCEDURA GESTIONE FARMACI P-GDF	25/07/2025	M-RNC 1	RISCONTRATA NON CHIAREZZA SUL MODULO M-SCF RELATIVAMENTE AL DOPPIO CONTROLLO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
3	PROCEDURA GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTE P-GDU	08/09/2025	M-RNC 1	RISCONTRATO ERRORE SUL MODULO M-IA	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
4	PROCEDURA FORMAZIONE CONTINUA P-FC	11/11/2025	M-RNC 1	DURANTE LA FORMAZIONE ECM è STATA RISCONTRATA UNA SCARSA PRESENZA IN AULA DEGLI OPERATORI, COLLEGATI PERO' A DISTANZA	NECESSARI A AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE FORMAZIONE
5	PROCEDURA GESTIONE FARMACI P-GDF	27/11/2025	M-RNC 1	LA SCHEDA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI NON E' FUNZIONALE PER LA COMPILAZIONE DA TERMINALE	NECESSARI A AZIONE DI MIGLIORAMENTO	DIRETTRICE SANITARIA

Di seguito il principale obiettivo per il 2026 emerso dall audit di sistema:

L'obiettivo 2026 mira a ridurre drasticamente le non conformità della documentazione utente (che nel 2025 hanno pesato per il 73%) attraverso **tre audit annuali sistematici** in tutte le sedi, focalizzati sulla completezza di moduli e diari educativi.

Oltre al controllo, l'organizzazione si impegna a:

- **Digitalizzazione:** Proseguire nell'ottimizzazione del **registro elettronico**, che nel 2025 ha già dimostrato efficacia riducendo a zero le non conformità specifiche.
- **Revisione Modulistica:** Intervenire su quel **18%** di criticità legate a moduli ritenuti "da migliorare".
- **Formazione:** Sensibilizzare le equipe sull'importanza della documentazione non solo come adempimento, ma come strumento clinico fondamentale di continuità assistenziale.

Le azioni di miglioramento intraprese nel 2025 sono le seguenti:

DESCRIZIONE	OBIETTIVI	VERIFICA EFFICACIA
Dall'analisi degli esiti dell'audit sulle non conformità riferiti all'anno 2024 emerge un numero particolarmente elevato di reclami riguardanti il servizio pasti fornito da CIR, con criticità segnalate sia rispetto alla qualità che alla quantità dei pasti erogati. I reclami provengono in misura significativa dalla sede di Mancasale, ma riguardano anche la sede de La Tregua e Alda Merini, evidenziando un problema diffuso e non isolato. Alla luce della frequenza e della ricorrenza delle segnalazioni, si propone l'attivazione di un'azione di miglioramento.	Garantire un servizio pasti conforme agli standard di qualità attesi, riducendo le lamentele sul fronte della qualità e della quantità	CONCLUSA EFFICACEMENTE
Dall'analisi delle non conformità relative al 2024 emerge che sussistono ancora problemi rispetto al software "registro presenze". Dal momento che questi problemi si trascinano ormai da molto tempo il "Coordinamento Responsabili" ritiene di dover proporre un'azione di miglioramento	Approdare ad un funzionamento corretto, efficace e privo di anomalie, del "registro presenze" entro 6 mesi dall'inizio dell'azione di miglioramento	CONCLUSA EFFICACEMENTE
Strutturazione di un'offerta terapeutico-riabilitativa qualificata per l'appartamento dedicato al reinserimento socio-lavorativo	Approdare ad una carta dei servizi completa e coerente rispetto all'intervento proposto	CONCLUSA EFFICACEMENTE

nel corso di una riunione del Coordinamento Qualità (su delega del CdA) si rileva come criticità che, ad oggi, la cooperativa non dispone di un sistema strutturato e trasversale di valutazione del personale, valido per tutte le aree operative. L'assenza di uno strumento oggettivo e formalizzato rende difficoltosa sia la valorizzazione del contributo dei singoli, sia l'attuazione di politiche di riconoscimento trasparenti e coerenti. Si propone quindi l'avvio di un percorso per la definizione e l'implementazione di un sistema di valutazione del personale, condiviso a livello organizzativo e applicabile a tutte le figure professionali	Approdare ad un sistema di valutazione esteso a tutti i lavoratori e le lavoratrici della Cooperativa	NON CONCLUSA
Nel corso della riunione mensile del Coordinamento Responsabili è emersa l'esigenza di definire un format condiviso per la stesura delle relazioni terapeutiche redatte dagli operatori delle diverse sedi, relative ai percorsi degli utenti. Attualmente, non esistono linee guida univoche o modelli strutturati di riferimento, e ogni sede adotta modalità proprie, con conseguenti disomogeneità nella documentazione e nel monitoraggio degli interventi. Si propone pertanto la progettazione e l'introduzione di un modello standard di relazione terapeutica, costruito in modo partecipato, che possa garantire coerenza, chiarezza e completezza nella raccolta delle informazioni, facilitando al contempo il lavoro degli operatori e il confronto tra équipe multidisciplinari.	Approdare ad un format unico per tutte le sedi accreditate relativo alla compilazione di relazioni terapeutiche sui percorsi degli utenti accolti	CONCLUSA EFFICACEMENTE
A seguito dell'apertura di non conformità e di segnalazioni tecniche, sono state riscontrate criticità strutturali presso la sede residenziale di Alda Merini. Tali anomalie richiedono un'analisi approfondita per determinare il grado di conformità ai requisiti di sicurezza e l'impatto diretto sulla qualità della vita e sul benessere psicofisico degli utenti ospitati.	Garantire la continuità del servizio in un ambiente sicuro e dignitoso. Quantificare il rischio residuo per l'utenza attraverso perizie tecniche specialistiche. Definire un piano di manutenzione straordinaria o di riqualificazione edilizia basato su evidenze oggettive.	NON CONCLUSA
In seguito ad una call con la Regione Emilia Romagna si riscontra che la registrazione degli esiti dei percorsi degli utenti, in caso di "programma completato", deve essere più dettagliata di quanto fatto sinora.	Allineare la documentazione interna ai criteri di dettaglio richiesti dalla Regione Emilia-Romagna per gli esiti "programma completato". Garantire che la conclusione di un percorso utente sia documentata come evidenza oggettiva del valore generato	CONCLUSA EFFICACEMENTE

LA SCHEDA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI NON E' FUNZIONALE PER LA COMPILAZIONE DA TERMINALE	Riprogettare la scheda di autosomministrazione farmaci rendendola compatibile con l'inserimento dati da terminale. Strutturare la scheda di autosomministrazione come strumento digitale fluido e sicuro, capace di supportare l'operatore e tutelare la salute dell'utente attraverso l'accuratezza del dato.	CONCLUSA EFFICACEMENTE
--	--	------------------------

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 – 2025"

Commenti sul rischio clinico

L'analisi complessiva dei dati emersi nel corso del 2025 evidenzia un sistema di gestione del rischio clinico strutturato, monitorato con continuità e progressivamente orientato ad una logica sempre più proattiva.

Il numero totale di eventi avversi si mantiene stabile rispetto al 2024 e significativamente inferiore rispetto al 2023, mentre si rileva una riduzione degli IPR nei processi sottoposti ad analisi FMEA-FMECA, a conferma dell'efficacia delle azioni correttive introdotte.

Permane tuttavia un incremento degli eventi correlati all'espressione agita del disagio interiore e una maggiore complessità clinica dell'utenza, elementi che richiedono un ulteriore investimento sul lavoro d'équipe, sull'integrazione con i servizi invianti e sul potenziamento delle competenze relazionali e di gestione della crisi.

L'aumento contenuto ma costante degli abbandoni impone una riflessione organizzativa e clinica, con particolare attenzione ai momenti di uscita dal percorso terapeutico.

Per quanto riguarda le non conformità, le criticità strutturali della sede residenziale Alda Merini hanno avviato un percorso di miglioramento tuttora in corso, orientato al superamento della problematica garantendo la continuità di cura degli ospiti.

7. VERIFICA QUALITA'

In fase di pianificazione per l'anno 2025 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.	GIU.	LUG.	AGO.	NOV.	DIC.	GEN.2025
GESTIONE DOCUMEN TAZIONE UTENTI		28 CONTROLL O CARTELLE SARACCA MAMMI	31 CONTROL LO CARTELL E SARACCA MAMMI	31 CONTROL LO CARTELLE			15 CONTROLL O CARTELLE MASCOLO	
GESTIONE DOCUMEN TAZIONE SQ	15 RILEVAZION I ANNUALI 2024 SARACCA		19 CONTROL LO PORTFOLI O SARACCA MAMMI	9 RILEVAZION I SEMESTR ALI				4 FEB RILEVAZION I ANNUALI 2025 SARACCA
CONTROLL O SANITARIO		14 MASCOL O AIROLDI			18 MASCOL O AIROLDI DAVOLI NON CONFOR MITA'	17 MASCOLO IACONO NON CONFORMI TA'	12 E 18 MASCOLO IACONO	
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazio ne							11 QUESTIONA RIO OPERATORI SARACCA	

Commento alle verifiche

I controlli effettuati nella sede nel corso del 2025 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

In fase di pianificazione annuale si era definito che:

“La principale area di miglioramento su cui si concentrerà l'attenzione dell'equipe nel corso del 2025 sarà quella della preparazione organizzativa ed educativo-terapeutica dei nuovi programmi previsti dalla comunità “Punto Zero””.

RISULTATI ATTESI	AZIONI SPECIFICHE	STRUMENTI	TEMPI
------------------	-------------------	-----------	-------

Attivazione dei nuovi programmi previsti per la comunità "Punto Zer0"	- Messa a sistema della nuova documentazione relativa alla struttura - Ampliamento dell'equipe di lavoro - Ricerca ed inserimento di nuovi professionisti (medico, infermiere, OSS) - Implementazione delle conoscenze rispetto ai programmi specifici	- Sistema Qualità della Cooperativa - Ufficio Risorse Umane - Esiti ricerca sul crack - Visite a luoghi e incontro di professionisti competenti (ad es: visita a Verona)	Primo semestre 2025
---	---	---	---------------------

Commento agli obiettivi specifici

L'obiettivo prefissato per il 2025 può considerarsi **pienamente raggiunto**, avendo segnato un decisivo consolidamento operativo e metodologico per la struttura.

L'attività si è articolata su tre assi principali:

- **Assetto Organizzativo e Documentale:** È stata completata la messa a sistema della nuova documentazione relativa alla struttura, ora perfettamente integrata nel **Sistema Qualità della Cooperativa**.
- **Evoluzione dell'Equipe:** In collaborazione con l'Ufficio Risorse Umane, l'equipe è stata significativamente ampliata. In una logica di ottimizzazione delle risorse e aderenza ai bisogni dell'utenza, si è scelto di inserire stabilmente la figura di uno **psichiatra con un monte ore dedicato**. A differenza della pianificazione iniziale, si è scelto strategicamente di non inserire nuove figure sanitarie (infermieri e OSS) per privilegiare il potenziamento dell'**area educativa**, ritenuta prioritaria per la gestione dei nuovi programmi.
- **Formazione e Innovazione (Focus Crack):** oltre alla condivisione degli esiti sull'approfondimento sul consumo di crack, sono state effettuate formazioni mirate e visite **studio presso eccellenze nazionali** (come la struttura di Verona). Questo scambio di buone prassi ha permesso di attivare con competenza i nuovi programmi previsti per la comunità **"Punto Zer0"**

9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

In fase di pianificazione era stato preventivato il seguente budget:

	BUDGET 2025	% SUL FATT
RICAVI NETTI	€ 709.445,03	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 241.211,31	-34,0%
Personale	-€ 219.927,96	-31,0%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 248.305,76	35,0%
Somma Spese Generali	-€ 99.322,30	-14,0%
Budget Formazione	-€ 5.000,00	-0,7%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.000,00	-0,1%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 44.447,58	-6,3%
Tasse	-€ 5.356,56	-0,8%
RISULTATO NETTO	€ 93.179,32	13,1%

1. Ricavi Netti

Nel **consuntivo 2024**, i ricavi netti sono stati pari a **€ 711.467,96**, il che rappresenta il 100% dei ricavi, mentre nel **budget 2025** i ricavi previsti sono di **€ 709.445,03**, sempre pari al 100% dei ricavi. La differenza tra i due valori è piuttosto ridotta, solo **€ 2.022,93**, indicando una previsione di ricavi sostanzialmente stabile tra i due anni. Questo dato suggerisce che, sebbene ci sia una leggera diminuzione dei ricavi, l'azienda si aspetta di mantenere un livello di fatturato simile a quello dell'anno precedente.

2. Fornitori e Altri Costi di Produzione

Nel **consuntivo 2024**, i costi per fornitori e altri costi di produzione ammontano a **€ 240.779,93**, pari al **33,8%** dei ricavi. Per il **budget 2025**, questi costi sono previsti essere **€ 241.211,31**, che rappresentano il **34,0%** dei ricavi. La differenza è di soli **€ 431,38**, e la percentuale sul totale dei ricavi è sostanzialmente invariata, con un piccolo aumento. Questo riflette una gestione dei costi di produzione che la cooperativa prevede rimarrà stabile rispetto all'anno precedente, il che è positivo, soprattutto considerando il calo dei ricavi. Mantenerli su livelli simili potrebbe essere un segnale di efficienza operativa.

3. Personale

I costi per il personale nel **consuntivo 2024** sono stati di **€ 217.727,88**, pari al **30,6%** dei ricavi. Nel **budget 2025**, questi costi sono previsti essere **€ 219.927,96**, pari al **31,0%** dei ricavi. La differenza di **€ 2.200,08** non è significativa in termini assoluti, ma la percentuale sul totale dei ricavi è aumentata di **0,4 punti percentuali**, passando dal 30,6% al 31,0%. Questo aumento, sebbene moderato, indica una maggiore incidenza dei costi del personale sui ricavi, che riflette gli adeguamenti del nuovo CCNL.

4. Somma Spese Generali

Le **spese generali** nel **consuntivo 2024** sono state pari a **€ 91.688,15**, che rappresentano il **12,9%** dei ricavi. Per il **budget 2025**, queste spese sono previste essere **€ 99.322,30**, pari al **14,0%** dei ricavi. La differenza è di **€ 7.634,15**, con un aumento della percentuale di circa **1,1 punti percentuali**. Sebbene

l'importo in valore assoluto non sia eccessivamente elevato, l'aumento della percentuale sui ricavi riflette un'inflazione nei costi generali.

5. Budget Formazione e Sicurezza

Nel **consuntivo 2024**, il **budget per la formazione** è stato di € 5.023,00 (pari allo 0,7% dei ricavi), mentre quello per la **sicurezza e rischio clinico** è stato di € 1.023,00. Nel **budget 2025**, la formazione è prevista essere € 5.000,00 e la sicurezza € 1.000,00. Le variazioni sono minime e mostrano l'importanza che la Cooperativa attribuisce all'investimento in formazione e sicurezza, in quanto aree cruciali per il miglioramento continuo delle competenze e la gestione dei rischi.

6. Risultato Netto

Il **risultato netto** nel **consuntivo 2024** è stato di € 105.421,86, pari al 14,8% dei ricavi. Nel **budget 2025**, il risultato netto previsto è di € 93.179,32, pari al 13,1% dei ricavi. La differenza di € 12.242,54 tra i due valori rappresenta una diminuzione significativa, con una riduzione di **1,7 punti percentuali** rispetto al consuntivo 2024. Questo calo potrebbe essere dovuto principalmente alla diminuzione dei ricavi e al leggero aumento dei costi generali, nonostante gli sforzi per mantenere sotto controllo altri costi aziendali.

Conclusione

Nel complesso, la comparazione tra il **consuntivo 2024** e il **budget 2025** evidenzia una previsione di stabilità per l'anno 2025, con ricavi e margini simili a quelli del 2024. Tuttavia, alcuni aspetti come l'aumento delle **spese generali** e l'incremento dei costi del personale in rapporto ai ricavi potrebbero influenzare negativamente la redditività.

9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

	2025	%
RICAVI NETTI	€ 840.624,76	100,0%
Fornitori e altri costi produzione	-€ 276.172,73	-32,9%
Personale	-€ 343.629,24	-40,9%
MARGINE OPER. LORDO - 1° margine	€ 220.822,79	26,3%
Somma Spese Generali	-€ 93.613,00	-11,1%
MARGINE OPER. NETTO - 2° margine	€ 127.209,79	15,1%
Budget Formazione	-€ 5.125,00	-0,6%
Budget Sicurezza e Rischio Clinico	-€ 1.072,00	-0,1%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 61.138,40	-7,3%
Tasse	-€ 5.400,00	-0,6%
RISULTATO NETTO	€ 54.474,39	6,5%

Commento al budget

Ricavi netti

Il consuntivo evidenzia uno scostamento rispetto al budget, con ricavi inferiori alle attese rispetto a una previsione che ipotizzava sostanziale stabilità.

Tale risultato va letto alla luce di un **cambiamento strutturale molto significativo avvenuto nel corso dell'anno**, che ha comportato:

- un **aumento rilevante dei posti disponibili**,
- una **profonda revisione dei percorsi**,
- una **trasformazione importante dell'équipe di lavoro**.

Questi elementi hanno inevitabilmente generato una **fase di assestamento**, con una temporanea **flessione degli invii e della saturazione della struttura**, che ha inciso negativamente sui ricavi nel breve periodo.

Fornitori e altri costi di produzione

I costi di produzione risultano tendenzialmente in linea o in aumento rispetto al budget, con un'incidenza sui ricavi più elevata.

Questo andamento è coerente con la fase di transizione: l'aumento della capacità e la riorganizzazione dei servizi hanno comportato **costi operativi sostenuti a fronte di ricavi non ancora pienamente allineati al nuovo assetto**.

Personale

Il costo del personale mantiene un'incidenza elevata e rappresenta una delle principali voci di impatto economico.

Nel corso del 2025, il dato è stato influenzato in modo significativo dal **cambiamento radicale dell'équipe**, che ha richiesto:

- inserimenti,
- riorganizzazione dei turni,
- tempi di adattamento operativi.

Questo ha determinato una **rigidità del costo del lavoro** in una fase in cui i ricavi erano temporaneamente sotto pressione.

Margine operativo lordo (1° margine)

Il margine operativo lordo risulta inferiore rispetto alle attese, con una contrazione dell'incidenza percentuale.

La riduzione riflette la combinazione di:

- ricavi inferiori al previsto,
- costi operativi sostenuti per supportare la nuova configurazione della struttura.

Si evidenzia quindi una **fase fisiologica di riduzione dell'efficienza operativa**, tipica dei processi di riorganizzazione profonda.

Spese generali e sovrastruttura

Le spese generali risultano complessivamente sotto controllo o comunque coerenti con il nuovo assetto organizzativo.

In questo contesto, il contenimento dei costi indiretti ha rappresentato un elemento importante di **stabilizzazione economica**, contribuendo a limitare l'impatto negativo derivante dalla fase di transizione operativa.

Formazione e rischio clinico

Gli investimenti in formazione e sicurezza risultano in linea con il budget.

Questa continuità è particolarmente rilevante alla luce dei cambiamenti intervenuti, poiché ha supportato:

- l'inserimento della nuova équipe,
- l'adattamento ai nuovi percorsi,
- il mantenimento degli standard qualitativi.

Risultato netto

Il risultato netto risulta inferiore rispetto alle attese, con una riduzione della marginalità.

Il dato è fortemente influenzato da:

- mancato pieno raggiungimento dei ricavi previsti,
- rigidità dei costi (in particolare personale),
- costi sostenuti per accompagnare il cambiamento organizzativo.

Conclusioni

Il consuntivo 2025 non può essere letto esclusivamente in chiave numerica, ma va interpretato alla luce del **profondo processo di trasformazione vissuto dalla struttura**.

- **Elementi chiave di lettura:**
 - significativo ampliamento della capacità (aumento posti);
 - revisione strutturale dei percorsi;
 - cambiamento rilevante dell'équipe;
 - fase di fisiologico riadattamento operativo.
- **Effetti economici principali:**
 - temporanea flessione dei ricavi per minore saturazione;
 - costi sostenuti per garantire continuità e qualità del servizio;
 - riduzione della marginalità nel breve periodo.

In sintesi, il 2025 rappresenta un **anno di transizione**, in cui la performance economica risente di un cambiamento strategico importante. La riduzione dei margini appare quindi **coerente e in parte attesa**, mentre il nuovo assetto organizzativo potrà esprimere i propri effetti positivi solo nel medio periodo, una volta completata la fase di assestamento e piena saturazione dei posti disponibili.

10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE

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

- Il benessere dell'equipe e degli operatori

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;

L'investimento sulla formazione nel corso del 2025 ha seguito una strategia mirata sia all'adeguamento tecnico-normativo che al supporto del benessere dell'equipe. È importante sottolineare che **tutti i percorsi formativi citati hanno previsto l'erogazione di crediti ECM**, garantendo così a ogni professionista l'allineamento con l'obbligo di acquisizione dei **50 crediti formativi annui** richiesti dalla normativa vigente.

Rischio Clinico e Qualità (10 ore)

La formazione sul **Rischio Clinico** si conferma un pilastro imprescindibile.

- **Continuità e Turnover:** Viene proposta annualmente per garantire l'allineamento costante agli standard di sicurezza, specialmente in considerazione del fisiologico turnover degli operatori.
- **Sicurezza:** Agisce come presidio fondamentale per prevenire le non conformità operative (gestione farmaci e documentazione).

Mindfulness e Gestione della Crisi (28 ore)

Il modulo più esteso del piano risponde a una specifica richiesta del **Coordinamento Responsabili**.

- **Benessere Organizzativo:** Focalizzato sulla gestione dello stress elevato tipico delle comunità residenziali, il percorso mira a fornire strumenti di consapevolezza per prevenire il burnout e migliorare la risposta alle crisi.

Recovery Star (12 ore)

L'introduzione di questo strumento rappresenta l'aggiornamento metodologico più significativo dell'anno.

- **Adeguamento Normativo:** Il percorso recepisce direttamente le *"Linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza"* della **Regione Emilia-Romagna (luglio 2024)**.
- **Evoluzione Clinica:** Sposta il focus verso modelli di cura orientati alla *recovery* e all'autonomia, supportando l'efficacia dei percorsi post-trattamento.

Riepilogo Formazione e Crediti

Percorso Formativo	Ore	Accreditamento	Finalità Principale
Rischio Clinico	10	ECM	Sicurezza e Onboarding
Mindfulness & Stress	28	ECM	Benessere Equipe
Recovery Star	12	ECM	Linee Guida RER 2024

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

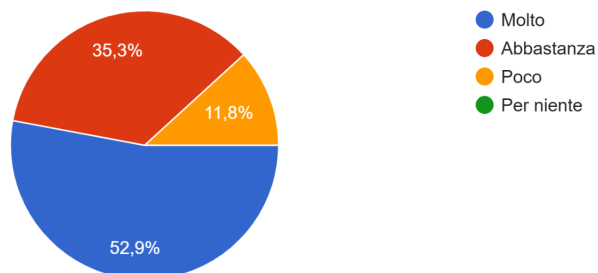
11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

Esiti Questionario Annualità 2025

Sezione 1: Aspetti Strutturali e Logistici

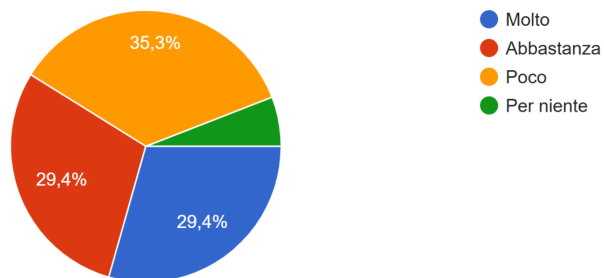
1.1 PUOI AGEVAMENTE RAGGIUNGERE TUTTI GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA?

17 risposte



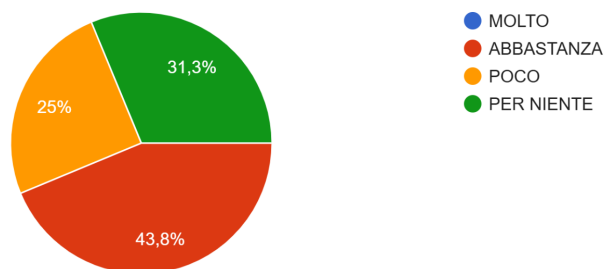
1.2 GLI SPAZI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA SONO ACCOGLIENTI?

17 risposte



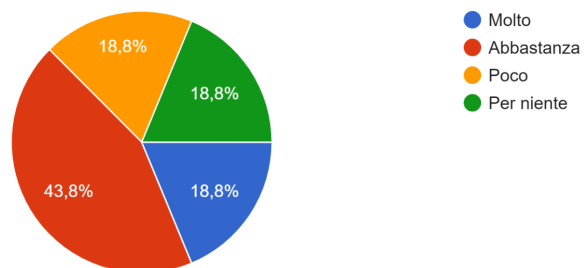
1.3 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?

16 risposte



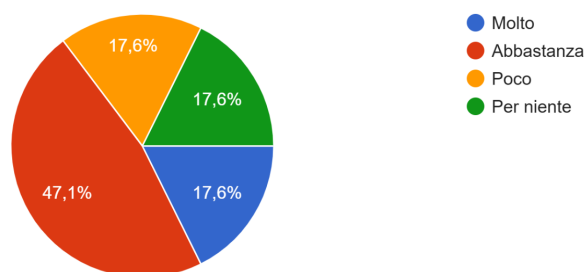
1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO ADEGUATI?

16 risposte



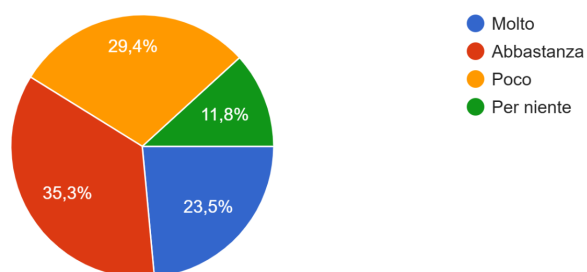
1.5 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?

17 risposte



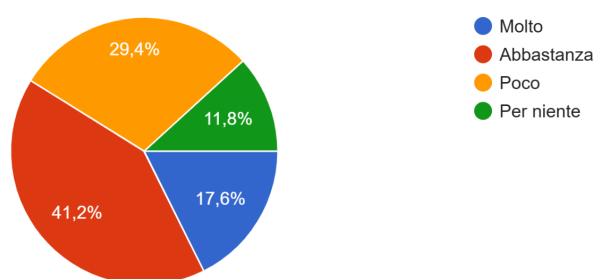
1.6 TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?

17 risposte



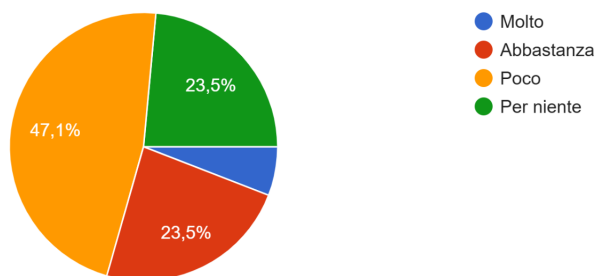
1.7 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?

17 risposte



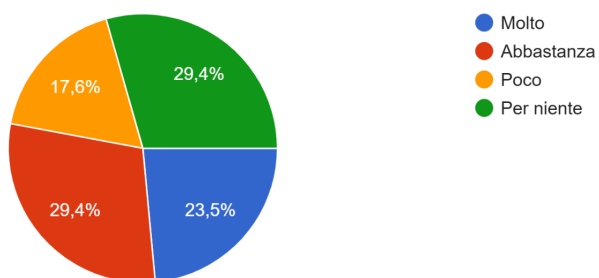
1.8 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?

17 risposte



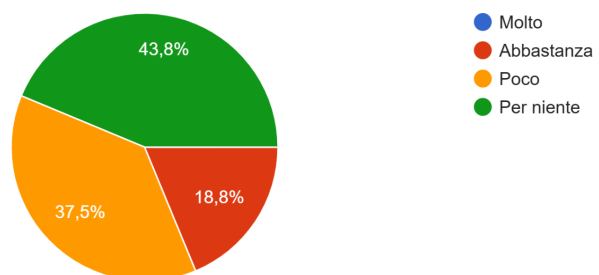
1.9 IL CIBO E' SUFFICIENTE?

17 risposte



1.10 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?

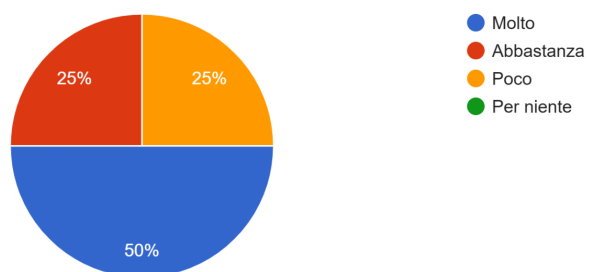
16 risposte



Sezione 2: Qualità del Rapporto con gli Operatori

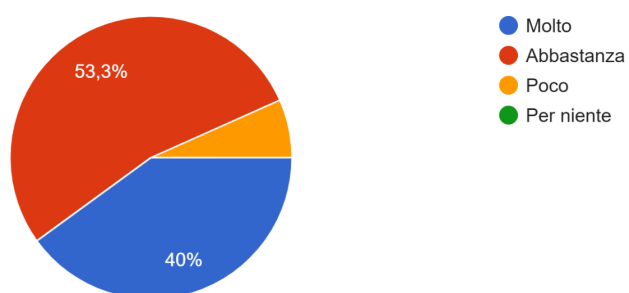
2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?

16 risposte



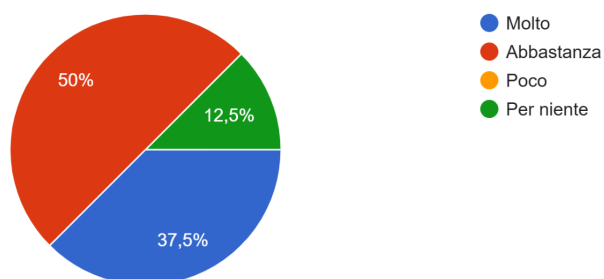
2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?

15 risposte



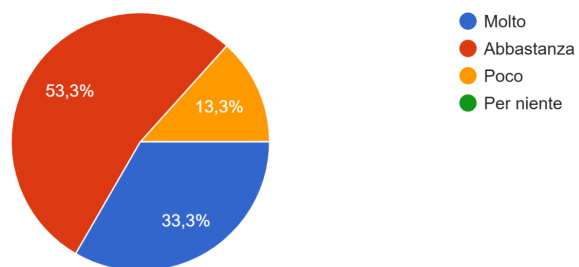
2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?

16 risposte



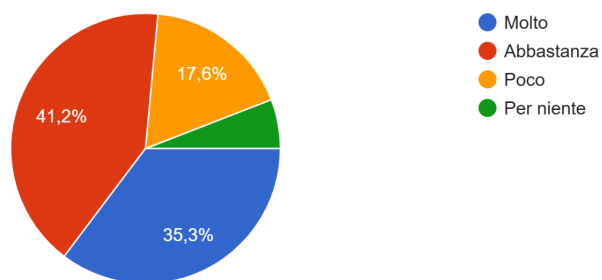
2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?

15 risposte



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

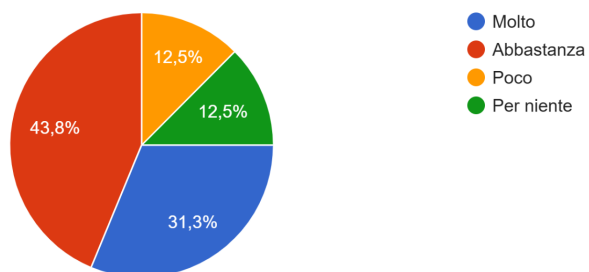
17 risposte



Sezione 3: Valutazione del Programma Terapeutico e Regolamento

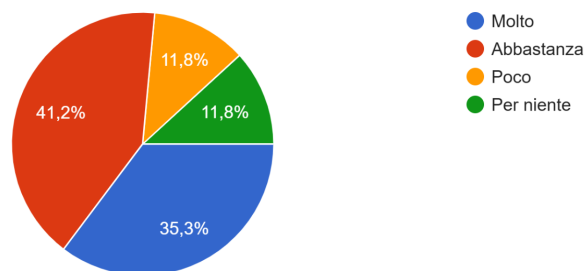
3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?

16 risposte



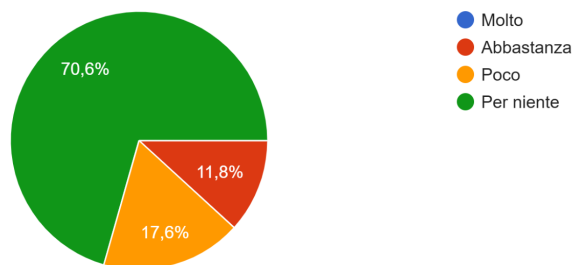
3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI ED IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?

17 risposte



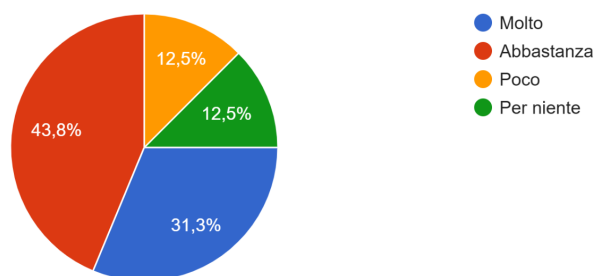
3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATICOSE DA RISPETTARE?

17 risposte



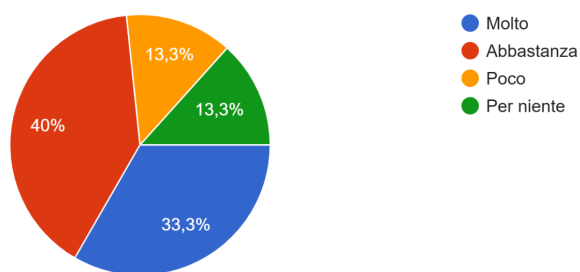
4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

16 risposte



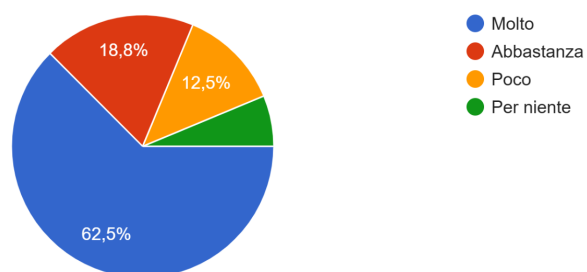
4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

15 risposte



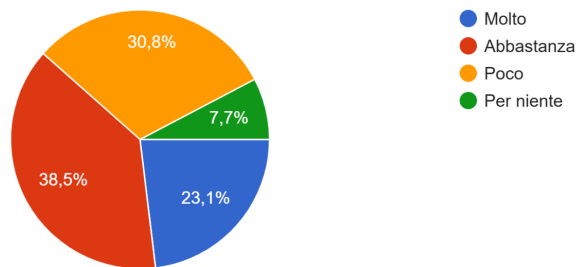
4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

16 risposte



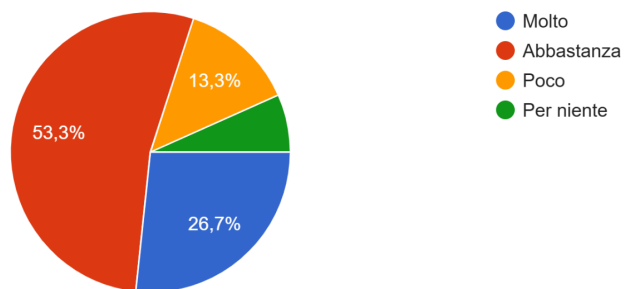
4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' RICREATIVE E/O LABORATORIALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?

13 risposte



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

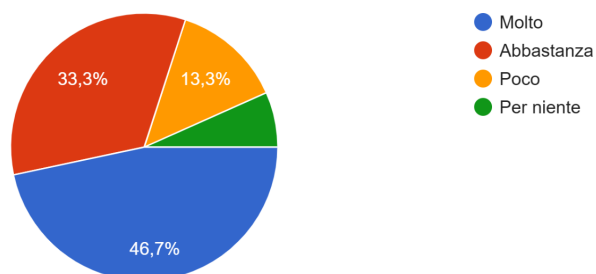
15 risposte



Sezione 4: Percezione dei Benefici e dell'Efficacia Terapeutica

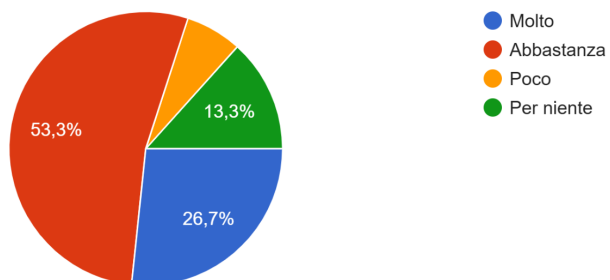
5.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?

15 risposte



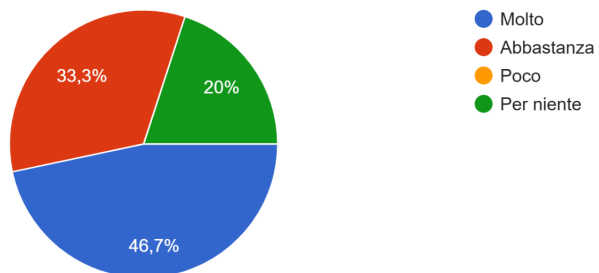
5.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?

15 risposte



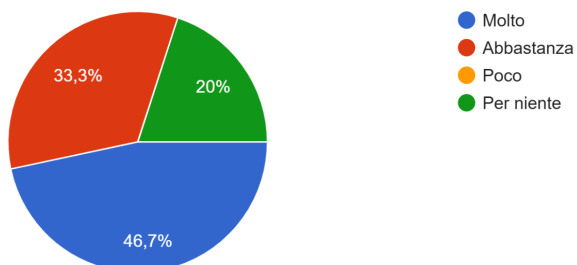
6.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?

15 risposte



6.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?

15 risposte



Commenti al questionario sulla qualità percepita

E' stata stilata una relazione comparativa degli esiti del Questionario di Soddisfazione Utenti per le annualità 2024 e 2025.

L'obiettivo di questa indagine è duplice:

1. Monitorare l'evoluzione della qualità percepita dei servizi offerti dalla struttura, con particolare riferimento agli aspetti logistici, all'operato del personale, all'efficacia del programma terapeutico e ai benefici personali.
2. Identificare i punti di forza da consolidare e le aree di criticità su cui intervenire per promuovere un continuo miglioramento dell'offerta terapeutica e del benessere complessivo degli utenti.

È opportuno sottolineare che, nell'ambito dell'analisi comparativa tra i due anni considerati, il numero limitato di soggetti a cui è stato somministrato il questionario non consente di trarre conclusioni statisticamente significative. Tuttavia, i dati raccolti rappresentano comunque un utile strumento di riflessione e supportano un approccio orientato al miglioramento continuo.

Sintesi Conclusiva: Tendenze 2024 vs 2025

L'analisi dei dati rivela una trasformazione netta nella percezione del servizio da parte dell'utenza. Il 2025 è segnato da un generale ridimensionamento dell'entusiasmo: si assiste a un massiccio travaso di giudizi dalla fascia di eccellenza ("Molto") a quella di sufficienza ("Abbastanza") in quasi tutte le aree. Mentre la soddisfazione complessiva rimane su livelli buoni (spesso intorno all'80%), la qualità dell'esperienza percepita è mutata: il programma appare oggi meno "faticoso" e burocratico, ma inserito in un contesto strutturale deteriorato.

Aree di Forza e Miglioramento Significativo nel 2025

Nonostante il calo generale, alcune aree specifiche mostrano una controtendenza positiva, diventando i nuovi pilastri del programma:

- **Attività Terapeutiche e Ricreative:** È l'area di maggior successo del 2025. L'utilità percepita delle riunioni è raddoppiata nella fascia "Molto" (dal 33.3% al 66.7%) e le attività ricreative/laboratoriali sono esplose in gradimento, con quasi 8 utenti su 10 che le ritengono utili.
- **Professionalità degli Operatori:** La percezione della puntualità è nettamente migliorata, con le criticità ridotte al 12.5%. Anche la chiarezza e coerenza del personale raggiunge un picco del 94.5% di gradimento totale.

-
- **Sostenibilità del Programma:** La percezione della fatica nel rispettare le regole è praticamente svanita, crollando dal 60% del 2024 all'11.8% del 2025, rendendo il percorso molto più leggero per l'utenza.

Aree che Presentano Criticità e Richiedono Attenzione

Il "contenitore" del servizio (struttura e servizi di base) rappresenta la criticità maggiore, con una diminuzione della qualità percepita:

- **Servizi Alberghieri e Struttura:** Il gradimento del cibo per il gusto si è azzerato nella fascia di eccellenza (0% "Molto"), e la percezione di manutenzione eccellente è crollata dal 70% al 17.6%. Anche la pulizia e la sicurezza registrano cali significativi.
- **Luoghi di Aggregazione:** Nel 2025, meno della metà degli utenti (43.8%) promuove i luoghi comuni, che nel 2024 erano apprezzati dalla maggioranza.
- **Efficacia Percepita sulla Dipendenza:** Un dato rilevante riguarda l'obiettivo primario: l'utilità del programma rispetto ai problemi di dipendenza è scesa dal 94.1% al 80%, perdendo quasi 15 punti percentuali di consenso totale pur rimanendo in una fascia alta di consenso.
- **Ascolto:** La disponibilità degli operatori ad ascoltare i problemi è scesa dal 90% al 75%, segnando una flessione nella percezione del supporto emotivo.

In Conclusione

Il 2025 si chiude con un quadro in chiaroscuro. Rispetto al 2024, appare una diminuzione del gradimento dei servizi di base (cibo, manutenzione), che vengono compensati dalle attività terapeutiche, ricreative e dalla professionalità degli operatori.

È fondamentale premettere che l'analisi comparativa presentata soffre di un bias strutturale significativo: i dati del 2024 e del 2025 si riferiscono a due strutture fisiche ed equipe differenti. Di conseguenza, le variazioni percentuali non indicano l'evoluzione storica della stessa realtà (miglioramento o peggioramento delle prestazioni interne), ma rappresentano un confronto tra due contesti ambientali e logistici distinti.

Questa precisazione impone una lettura critica di tutti i risultati:

L'insoddisfazione dell'utenza va letta come una reazione allo shock del cambiamento ambientale, mentre l'adesione al programma terapeutico dimostra che il cuore del progetto è sopravvissuto ai cambiamenti. Si sta lavorando con l'utenza all'accettazione dei cambiamenti e la nuova equipe ha preso in carico gli item in cui è diminuito il gradimento.

Analizzando gli esiti dei questionari 2026 capiremo se i dati 2025 sono stati dovuti al periodo transitorio dei cambiamenti.