



**Manuale per l'Accreditamento**  
**delle strutture comunitarie della**  
**Cooperativa sociale Cento Fiori di Rimini**

**Cooperativa sociale Cento Fiori**

Via Portogallo, 10 – Rimini (RN)

DOC STRUTTURA E 1

<b>N° della revisione</b>	<b>Motivo della revisione</b>	<b>Data di emissione</b>
0	Prima emissione della nuova edizione per accreditamento struttura con i nuovi criteri richiesti dalla DGR. N° 1943 del 04/12/2017	15/01/2019

**Coop Sociale CENTO FIORI a r.l. O.N.L.U.S.**

Iscritta all'albo delle Società Cooperative al n. A163394 - P.IVA 01297440404

Sede sociale e amministrativa: Via Portogallo, 10 - 47922 Rimini (RN)

Tel. 0541.743030 - Fax 0541.743232 - E-mail: [info@coopcentofiori.it](mailto:info@coopcentofiori.it) - Sito web [www.coopcentofiori.it](http://www.coopcentofiori.it)

# Indice

Indice.....	3
<b>Introduzione e presentazione dell’Ente e del manuale .....</b>	<b>6</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>6</b>
<b>Le attività cooperativistiche di tipo A .....</b>	<b>6</b>
<b>Le attività cooperativistiche di tipo B .....</b>	<b>8</b>
<b>La politica della Cooperativa sociale Cento Fiori .....</b>	<b>10</b>
<b>Missione.....</b>	<b>10</b>
<b>Visione.....</b>	<b>11</b>
<b>Obiettivi generali per la realizzazione della mission e della vision.....</b>	<b>11</b>
<b>Presentazione del Manuale.....</b>	<b>12</b>
<b>Generalità .....</b>	<b>12</b>
<b>Approvazione ed emissione .....</b>	<b>12</b>
<b>Revisione .....</b>	<b>13</b>
<b>I capitoli del manuale secondo i nuovi Criteri Generali dell’accreditamento.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie .....</b>	<b>16</b>
<b>Requisito 1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale. ....</b>	<b>16</b>
<b>Requisito 1.2 La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.....</b>	<b>17</b>
<b>Requisito 1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell’organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi) .....</b>	<b>17</b>
<b>Requisito 1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).....</b>	<b>18</b>
<b>Requisito 1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Prestazioni e Servizi .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all’utenza, in particolare la Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e online).....</b>	<b>21</b>

2.2	La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali. ....	22
2.3.	L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza. ....	24
2.4.	L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver. ....	26
2.5.	L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.....	27
3.	Aspetti Strutturali .....	31
3.1	La direzione garantisce l'idoneità all'uso delle strutture.....	31
3.2	La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni. ....	32
4.	Competenze del Personale.....	33
4.1.	L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.....	33
4.2.	L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale.....	34
5.	Comunicazione .....	35
5.1.	L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.....	35
5.2.	L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.....	36
5.3.	L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini. ....	36
5.4.	L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, familiari e caregiver delle scelte clinico-assistenziali e delle attività di promozione della salute. ....	37
5.5.	L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, familiari, caregiver) ai fini di: - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale; - migliorare i percorsi assistenziali; - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente; - prevenire i disservizi. ....	37
6.	Appropriatezza clinica e sicurezza .....	38
6.1.	La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.....	39
6.2.	La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali. ....	40
6.3.	La struttura adotta strumenti/metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.....	41
7.	Processi di miglioramento ed innovazione.....	43

<b>7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.....</b>	<b>43</b>
<b>7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico. ....</b>	<b>44</b>
<b>7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative. ....</b>	<b>45</b>
<b>7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca. ....</b>	<b>45</b>
<b>8. Umanizzazione.....</b>	<b>47</b>
<b>8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente. ....</b>	<b>47</b>
<b>Allegati al manuale.....</b>	<b>49</b>
<b>Allegato 1 - Organigramma strutture comunitarie gestite dalla Coop. Cento Fiori .....</b>	<b>50</b>
<b>Allegato 2 – Funzionigramma/risorse umane impiegate nelle strutture comunitarie della Cooperativa sociale Cento Fiori.....</b>	<b>51</b>
<b>Allegato 3 - Carta dei servizi.....</b>	<b>53</b>
<b>Allegato 4 – Le matrici delle responsabilità delle strutture comunitarie.....</b>	<b>63</b>
<b>Allegato 5 - Planimetrie delle Strutture comunitarie .....</b>	<b>67</b>

# Introduzione e presentazione dell'Ente e del manuale

## Introduzione

La Cento Fiori è una cooperativa sociale di tipo A e B; nasce nel 1981 da una sinergia pubblico-privato (Sert di Rimini, allora CMAS) e a seguito di un movimento di piazza, descritto nella pubblicazione “**Rimini, una città contro la droga**” (Edizioni Maggioli).

La filosofia che ha ispirato la nascita della Coop. Cento Fiori è quella di costruire un approccio laico e scientifico al tema della cura delle dipendenze patologiche, superando la logica moralistica, paternalistica e della delega sociale spesso sottesa a questo tema; il motto della cooperativa di allora era “(uscire dalla droga) *senza santi né santoni*”, proponendo ai pazienti accolti non modelli a cui adeguarsi in maniera acritica e stereotipata, ma un modello di “adattamento proattivo”, che vede le persone tossicodipendenti come artefici e protagonisti del proprio personale percorso di cambiamento e fuoriuscita dalla malattia.

Con questo spirito si è poi evoluta la Cento Fiori; all’inizio avviando un’ampia gamma di attività lavorative: imbiancatura di locali, laboratori artigianali per la lavorazione del cuoio, negozio di fiori, serigrafia, agricoltura. In seguito – e sempre in rete con l'Ente Pubblico - sono state sviluppate la Comunità Terapeutica di Vallecchio e il Centro Diurno di Rimini; negli anni 2000 sono stati implementati anche il Centro Osservazione e Diagnosi di Vallecchio e quello di Argenta, i gruppi-appartamento di Rimini e Riccione per il reinserimento territoriale. Ad oggi la Cento Fiori ospita circa 70 pazienti nelle proprie strutture di accoglienza per la terapia delle dipendenze patologiche.

## Le attività cooperativistiche di tipo A

La Cooperativa gestisce dal **1984** la **Comunità Terapeutica di Vallecchio**, situata a Vallecchio di Montescudo (RN), nata dalla collaborazione con il Sert di Rimini; collaborazione, che nel corso di questi anni si è trasformata in lavoro di rete con i Servizi del territorio. La comunità terapeutico-riabilitativa residenziale accoglie persone con problemi di dipendenze patologiche e, in diversi casi, in co-morbilità con disturbi di personalità o psichiatrici. Le attività lavorative ed ergo-terapiche che si svolgono sono: - il Centro Ippico aperto al pubblico con un’attività didattica per bambini ed adulti e di pensionamento per cavalli; - il canile temporaneo e permanente che offre servizi di raccolta, visita, isolamento e pensionamento di cani randagi della Provincia; - l’agricoltura biologica. Nella struttura sono presenti inoltre una palestra con attrezzature per fitness, un campo sportivo attrezzato per calcetto, pallavolo, basket e tennis. Negli anni si sono svolti anche corsi di formazione in collaborazione con diversi Enti riminesi.

Dal **1986** la Cooperativa gestisce il **Centro Diurno**, struttura terapeutico-riabilitativa semiresidenziale localizzata a Rimini, che si rivolge a persone con problemi d’abuso di sostanze psicoattive e lavora in rete con i Servizi del territorio; sempre nel territorio sono inseriti i settori lavorativi (funzionali anche alle attività del Centro Diurno) che attualmente

sono: centro stampa, serra floro-vivaistica, lago di pesca sportiva e gestione del canile di Rimini.

Nell'anno **2000** è iniziato un approfondimento, su sollecitazione dell'Azienda U.S.L. di Rimini, per la creazione di un **centro diagnosi e terapia breve**, per patologie derivate da abuso di sostanze psicotrope, finalizzato a dare risposte immediate ed a fornire diagnosi scientificamente valide; nel 2002 è iniziata la sperimentazione e **nel 2005** è stato **riconosciuto** dalla Regione Emilia Romagna come **Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) a Vallecchio** di Montescudo (RN), dapprima come modulo della vicina Comunità Terapeutica e successivamente accreditata come struttura autonoma (nel 2011).

Successivamente, sulla base dell'esperienza del COD di Vallecchio, è stata decisa l'**acquisizione, dal luglio 2010**, della struttura **COD L'Airone** di Argenta (FE). La struttura, precedentemente esistente da circa dieci anni, era in origine gestita dalla Cooperativa Cidas di Ferrara. La nuova gestione, da parte della Cooperativa sociale Cento Fiori, pur proponendo il modello terapeutico collaudato da anni nelle strutture riminesi, ha continuato la preesistente collaborazione del COD L'Airone con i locali Ser.T del ferrarese.

Dal **2008** la Cooperativa Sociale Cento Fiori a r. l. ONLUS, in considerazione di particolari condizioni socio-economiche di persone in trattamento presso Servizi dell'Azienda U.S.L. o Enti Accreditati, ha attivato dei progetti di **Reinserimento sociale residenziale** con l'obiettivo di favorire l'autonomia dell'utente, qualora vi siano scarse risorse familiari e/o sociali.

Il progetto, la cui durata iniziale viene definita con il servizio inviante, viene valutato a cadenza almeno semestrale; durante tale periodo viene effettuato il monitoraggio dei liquidi biologici per verificare l'eventuale consumo di sostanze psicotrope. Al termine del programma di reinserimento si procede a dimissione del paziente con trasferimento sul territorio; nel caso emergano problematiche di particolare rilievo il progetto può essere ridefinito secondo tre opzioni: il trasferimento del paziente in altra sede, la sospensione del programma, il prolungamento del periodo di inserimento presso il gruppo-appartamento. In qualsiasi caso gli obiettivi terapeutici vengono riformulati.

La Cooperativa affianca con propri educatori lo staff del progetto **Andromeda - Se.A.T.T.** (Sezione Attenuata per il Trattamento delle Tossicodipendenze), all'interno della Casa Circondariale di Rimini. Nell'ambito di un contesto psico-educativo viene svolto un primo inquadramento, individuate le misure alternative alla detenzione ed i programmi più idonei per detenuti con problemi di abuso di sostanze psicotrope. Il percorso Se.A.T.T. - strutturato grazie ad una stretta relazione tra Amministrazione Penitenziaria, Azienda U.S.L. e Comune di Rimini - prevede un lavoro costante di sollecitazione e monitoraggio della partecipazione del recluso all'azione trattamentale.

La Cooperativa Cento Fiori gestisce anche **progetti specifici** in raccordo con alcuni Comuni del riminese e il Sert di Rimini; progetti di prevenzione, accoglienza per senza fissa dimora, assistenza domiciliare, educativa scolastica ecc. Nello specifico:

➤ Progetto "Circolando": promozione della guida sicura, profilassi, prevenzione e riduzione dei danni derivanti dall'uso/abuso di alcol e sostanze psicoattive. L'attività di prevenzione viene svolta nei luoghi del divertimento, nelle scuole, con la cittadinanza

durante incontri aperti al pubblico; utilizza come strumenti anche la peer education, il counselling, la discussione in piccoli gruppi, per stimolare attivamente la partecipazione.

- Sportello GAP: prevenzione e consulenza contro il gioco d'azzardo problematico/patologico; il servizio è mirato anche a sensibilizzare la cittadinanza sul fenomeno GAP tramite incontri pubblici specifici; inoltre cerca “fare emergere” la domanda di aiuto tramite percorsi “di prossimità” nei luoghi di socializzazione e nei contesti informali.
- Housing First: housing sociale e accoglienza di persone senza fissa dimora; progetto sviluppato in convenzione col Comune di Santarcangelo.
- Percorsi di Prossimità e progetti individualizzati di “Budget di Salute”: assistenza domiciliare, accompagnamenti e supporto educativo per persone in trattamento ambulatoriale per le dipendenze.
- Lo studio di Psicologia e Psicoterapia: nasce dalla necessità di rispondere alle richieste del territorio; psicologi con specializzazioni in diversi campi uniscono le loro professionalità per accogliere domande di terapia, consulenza, formazione e supervisione.
- Laboratori scolastici e doposcuola nelle medie inferiori di Santarcangelo.

Inoltre, dal 2011 la Cento Fiori coordina anche progetti di prima e seconda **accoglienza migranti**: CAS (Centri Accoglienza Straordinaria, in convenzione con la Prefettura di Rimini) e SPRAR (Sistema Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati, in convenzione con l'Unione dei Comuni della Valmarecchia). Nelle strutture dedicate la cooperativa offre ai richiedenti asilo accolti, oltre a vitto e alloggio, anche servizi di mediazione linguistica, mediazione legale, socializzazione, formazione professionale, integrazione col territorio. Nel progetto sono impiegati operatori specializzati e adeguatamente formati.

### **Le attività cooperativistiche di tipo B**

La cooperativa Cento Fiori gestisce anche alcuni settori di lavoro dove viene impiegata manodopera professionale, vengono inseriti lavoratori svantaggiati e realizzati percorsi di formazione al lavoro di utenti in terapia.

Dall'agosto 2006 è attivo un **Centro Stampa** dove vengono elaborati materiali a colori e in bianco e nero forniti in convenzione a diversi Enti del territorio (Ausl Romagna, Comuni, imprese). In tale settore sono occupati diversi lavoratori “svantaggiati”. I servizi sono rivolti anche a clienti privati che, pur volendo usufruire di prestazioni concorrenziali e professionali, ritengono un importante valore aggiunto anche la finalità solidaristica del prodotto acquistato.

La **Serra florovivaistica** è un'attività che - grazie al punto vendita di Rimini nel quale sono presenti un ampio assortimento di piante da appartamento, piante fiorite e verdi, stagionali e perenni da esterno, vasi e accessori vari - offre tutto ciò che può servire per la cura e il

mantenimento del verde, fornendo consulenza e prodotti specifici, noleggiando piante e producendo allestimenti verdi sia per interni che per esterni. Da molti anni gestisce, per conto di Hera Rimini, anche il servizio di distribuzione piante attraverso l'iniziativa "la tua carta per un fiore".

All'interno del progetto Se.A.T.T.-Andromeda la Cento Fiori si è anche occupata della produzione di piante stagionali vendute poi nel proprio punto vendita.

La Cooperativa svolge a Riccione un'**attività di pesca sportiva** nel Lago Arcobaleno, luogo dove dal 1993 è attivo un progetto di reinserimento sociale.

Da maggio 2018 la Cooperativa gestisce direttamente anche il **Canile Comunale di Rimini "Stefano Cerni"**; la convenzione prevede il servizio di custodia, recupero e affido di cani e gatti randagi e non.

Tra i servizi rivolti agli animali d'affezione rientra anche un **Ambulatorio Veterinario**; le prestazioni erogate sono altamente professionali, grazie alle esperienze maturate per diversi anni nelle gestioni di diversi canili e gattili del riminese; attività che hanno permesso una formazione completa dei veterinari impiegati.

### **Da segnalare anche altri aspetti caratterizzanti la Cooperativa.**

Sin dalla sua nascita la Cooperativa partecipa all'esperienza del Consorzio Sociale Romagnolo, consorzio unitario che aggrega altre 40 Cooperative con lo scopo di far crescere la cooperazione sociale e gli inserimenti lavorativi di soggetti svantaggiati.

Nel 2000 la Cooperativa ha acquistato la propria sede sociale, un immobile di ca. 1.000 mq., dove trovano dislocazione le attività di Centro Diurno, Studio di Psicologia e Psicoterapia, il Centro Stampa, alcuni laboratori artigianali e Servizi Amministrativi. Nel 2010 ha acquistato l'area di Vallecchio (in cui sono collocate la Comunità Terapeutica, il Centro Osservazione e Diagnosi, la scuderia e il canile), precedentemente concessa in comodato d'uso dall'Ausl di Rimini.

La Cento Fiori gestisce i servizi amministrativi tramite un **accordo "di rete"** con Coop134; l'accordo prevede la condivisione di personale qualificato e funzioni dedicate.

La Cooperativa è associata a **CNCA** (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza) e **Legacoop** (Lega Nazionale Cooperative e Mutue).

Dalla Cooperativa, negli oltre 35 anni di attività, sono nate altre esperienze (come attività per l'utenza) e alcune di queste hanno visto la nascita di cooperative sociali:

- L'attività di giardinaggio e manutenzione di aree verdi di enti pubblici e privati iniziata nel 1985 (anche con l'apporto dei primi utenti dimessi dalla comunità terapeutica) ha dato vita nel 1996 alla **Cooperativa Sociale Ecoservizi l'Olmo** (poi Coop.134) che attualmente vede occupati stabilmente oltre 300 lavoratori, con punte di 500 nei periodi estivi, di cui il 40% proveniente dall'area del disagio;
- Dal cantiere nautico, aperto nel 1991, è nata nel 2000 la **Cooperativa Sociale Atlante**; durante i primi dieci anni di cantiere è stata ricostruita una Goletta, imbarcazione di legno, che è stata utilizzata per esperienze terapeutiche con persone con problemi psichiatrici e di

sostanze psicoattive. La gestione del cantiere nautico è stata “re-internalizzata” dalla cooperativa nel 2006; le “crociere terapeutiche” (a cui partecipano utenti delle strutture Cento Fiori) vengono svolte ancora oggi. L'esperienza è stata oggetto di studio anche da parte dell'Università di Bologna. Per oltre 10 anni, inoltre, la Cooperativa ha fornito barca e ed equipaggio per le attività di Lega Ambiente (Goletta Verde).

- Il laboratorio di fitopreparazioni, nato a Forlì nel 1988 come attività per gli utenti del Centro Diurno del Ser.T. di Forlì dell'epoca, è stato invece rilevato nel 2000 dai soci della Cooperativa che operavano nel settore e tuttora produce col nome della Cento Fiori essenze per erboristerie a livello nazionale.
- La serigrafia nata nel 1982 si è distaccata nel 2002 a seguito del cambiamento di sede della Cooperativa per poter continuare a svolgere la propria attività.

Altre attività, infine, si sono concluse: la falegnameria, aperta nel 1987 e chiusa nel 1990, produceva stand per manifestazioni; il laboratorio per manufatti in vetroresina, aperto nel 1991, è stato chiuso nel 1998. La **legatoria artistica** e il **centro per il restauro del libro**, avviati a fine anni novanta, hanno cessato la propria attività nel 2014.

## **La politica della Cooperativa sociale Cento Fiori**

### **Missione**

La missione della Cooperativa è promuovere prevenzione, trattamento, cura e reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenze patologiche.

La Cooperativa opera, all'interno di un sistema di rete integrato, tra i vari servizi dell'Azienda USL di Rimini e dell'Area Vasta Romagna, altri Enti ed Associazioni locali e collabora con altre Aziende USL del territorio nazionale.

La Cooperativa si adopera affinché le azioni si fondino sulla capacità di fornire un servizio fatto di beni relazionali, reti sociali generative di relazioni, e considerando gli utenti come co-produttori e co-valutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori.

I beneficiari d'intervento sono considerati come un “sistema complesso” di cui fa parte la famiglia e il contesto sociale. L'utente e la sua famiglia diventano protagonisti del progetto di trattamento, costruendo con gli operatori il terreno dove possano esprimere la loro volontà e il diritto di scelta.

L'organizzazione del lavoro è centrata sull'elaborazione dei progetti.

Agli operatori è richiesta un'elevata capacità di osservazione, lettura dei problemi e progettazioni in equipe orientate all'integrazione professionale.

Agli utenti e ai loro famigliari è richiesta la partecipazione attiva.

## **Visione**

La Cooperativa si propone di perseguire l'interesse generale della comunità attraverso:

- interventi volti alla promozione del benessere e dell'integrazione sociale;
- gestione di servizi socio-sanitari ed educativi con l'obiettivo della diagnosi e del trattamento di persone con problemi di dipendenza patologica;
- svolgimento di attività lavorative finalizzate all'inserimento di persone "svantaggiate";
- svolgimento di attività di ricerca scientifica con finalità sociali, con particolare attenzione al fenomeno delle dipendenze patologiche;
- organizzazione di eventi, attività culturali ed educative;
- promozione del movimento cooperativo, anche avviando collaborazioni con altre cooperative o enti.

## **Obiettivi generali per la realizzazione della mission e della vision**

L'obiettivo generale della Cooperativa non è "LAVORARE PER" ma "LAVORARE CON".

Questo approccio, "storico" per l'Ente, comporta il ricorso al dialogo ed all'ascolto diretto supportato dall'utilizzo di strumenti diversi che suscitano relazioni mediate da attività che possono avere molteplici espressioni e ambiti di realizzazione; si tratta di attività che promuovono l'espressione, la progettualità, il riconoscimento delle competenze e delle opportunità che derivano dagli incontri sociali.

La Cooperativa si adopera per:

- garantire l'insieme dei diritti e delle opportunità volte al benessere dei singoli e delle comunità;
- sostenere i progetti di vita delle persone e delle famiglie, promuovendo l'empowerment individuale e di gruppo ed il pieno diritto di cittadinanza;
- favorire il reinserimento sociale di soggetti con problemi d'uso e abuso di sostanze psicoattive ed altre problematiche;
- informare e aggiornare gli operatori e la società rispetto a problematiche ed evoluzioni del fenomeno dipendenze patologiche.

Per raggiungere tali obiettivi la Cooperativa organizza le sue attività promuovendo:

- il lavoro in equipe multi-professionale, favorendo il lavoro fra persone con diverse professionalità che condividono le proprie esperienze per risolvere insieme i problemi dei cittadini/utenti/pazienti;
- attuare un coinvolgimento attivo di ogni persona;

la collaborazione continua con il Sert, Azienda U.S.L e altri Enti per rafforzare il lavoro di rete con il territorio, con cui condividere percorsi formativi e di crescita.

## **Presentazione del Manuale**

Il presente Manuale per l'accreditamento delle Strutture Comunitarie gestite della Cooperativa Sociale Cento Fiori di Rimini, rappresenta l'attuazione del modello di Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie in conformità con i nuovi requisiti previsti dalla normativa della Regione Emilia Romagna secondo il DGR N° 1943 del 4/12/2017.

## **Generalità**

La Coop. Soc. Cento Fiori si è organizzata negli anni tenendo in considerazione le normative nazionali e regionali che riguardano le tossicodipendenze, fra queste evidenziamo alcune fra le più importanti:

Il DPR 9 ottobre 1990, n. 309: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", che agli artt. 115 e 116 definisce le modalità di collaborazione degli Enti Ausiliari, che svolgono senza fini di lucro la loro attività nei confronti delle persone tossicodipendenti, con le Aziende sanitarie, e sancisce l'istituzione dell'Albo regionale degli Enti Ausiliari.

La legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni.

Il Piano sociale e sanitario 2008 - 2010 che porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale). L'integrazione avviene a livello regionale, provinciale e distrettuale con il coinvolgimento, nel rispetto delle relative competenze, di tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non profit, associazioni, volontariato, forze sociali), coinvolti nel sistema di welfare.

## **Approvazione ed emissione**

Hanno partecipato attivamente alla progettazione e alla stesura del presente documento il Presidente della Cooperativa Sociale Cento Fiori, il Responsabile Qualità, la Referente Qualità, il Direttore e tutti gli operatori che durante le riunioni ne hanno discusso i contenuti. Il Responsabile della Qualità è in possesso dell'Attestato Regionale del Corso per "Valutatori del Sistema di Gestione per la Qualità nel settore della Sanità". L'approvazione

e le azioni che ne conseguono sono compito del Presidente e del Consiglio di Amministrazione della Cooperativa.

### **Revisione**

A causa della dinamicità dei fenomeni legati alle dipendenze patologiche, il documento è necessariamente in continua evoluzione, per consentire le dovute modifiche necessarie a rispondere alle nuove esigenze. Il responsabile e la referente della qualità della Cooperativa provvedono alla verifica del Manuale per l'Accreditamento in maniera periodica, in modo da garantirne l'aggiornamento.



## **I capitoli del manuale secondo i nuovi Criteri Generali dell'accreditamento**

- 1. Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie**
- 2. Criterio - Prestazioni e Servizi**
- 3. Criterio - Aspetti Strutturali**
- 4. Criterio - Competenze del personale**
- 5. Criterio - Comunicazione**
- 6. Criterio - Appropriatezza clinica e sicurezza**
- 7. Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione**
- 8. Criterio - Umanizzazione**

# 1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

**Requisito 1.1** La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.

1.1.1 La documentazione relativa alla pianificazione è disponibile in tempi funzionali e coerenti alla realizzazione di quanto programmato.

Il documento di *pianificazione annuale* prodotto dalla direzione/presidenza della Cooperativa sociale Cento Fiori contiene il *piano strategico* per le strutture comunitarie. Tale documento è verificabile nella sua attuazione *negli obiettivi generali e specifici indicati nelle relazioni annuali che si basano sulle indicazioni/ricieste/opportunità date dai servizi invianti, dalla regione Emilia Romagna e, al tempo stesso, sui cambiamenti e sulle nuove esigenze registrate nella pratica clinica con l'utenza.*

1.1.2 La documentazione relativa alla pianificazione è diffusa ai diversi livelli organizzativi.

Il *piano annuale delle attività*, contiene gli *obiettivi relativi alla qualità del servizio e al budget messo a disposizione per le attività* previste per ciascuna delle strutture comunitarie. Tale piano viene concordato con ciascun responsabile che, a sua volta, lo comunica all'inizio di ogni anno ai propri collaboratori secondo il ruolo e il livello di responsabilità attribuita. La comunicazione/diffusione avviene in modo diretto e rintracciabile in particolare nei verbali del consiglio d'amministrazione e nei verbali delle riunioni d'equipe di ciascuna struttura.

1.1.3 Gli obiettivi sono declinati in relazione alle responsabilità e ai temi.

*Nella relazione annuale* sono elencati in apposite tabelle gli *obiettivi generali e gli obiettivi specifici* (riportati anche nella relazione Ex-post) in coerenza col piano annuale delle attività. Per ciascun obiettivo viene indicata l'azione/attività prevista, l'indicatore/risultato atteso ed i risultati conseguiti; inoltre per ogni struttura comunitaria le attività programmate ed i relativi servizi/prodotti messi a disposizione per realizzarli sono attuate e controllate da procedure generali (per tutte le strutture) e da procedure specifiche (per ogni struttura). Tali attività vengono verificate attraverso i relativi indicatori che le controllano, anche questi riportati sia nella relazione annuale che nella relazione Ex-post. Le principali responsabilità, in relazione alle strutture e agli obiettivi dati, sono rintracciabili nella *matrice delle responsabilità* (negli allegati). L'elenco completo delle figure professionali che hanno un ruolo nella gestione operativa delle strutture comunitarie sono contenute nel *funzionigramma*; quest'ultimo, per la comprensione della nostra organizzazione, completa il quadro presentato nell'*organigramma* (presente negli allegati insieme al funzionigramma).

1.1.4 La pianificazione è coerente con la Mission e Vision della struttura.

La *pianificazione* precedentemente descritta è pensata sempre *in coerenza con la Mission e la Vision* della Cooperativa sociale Cento Fiori che abbiamo descritto in premessa. Ciò è *verificabile nelle relazioni annuali* in cui vengono descritti sia gli obiettivi generali sia gli obiettivi specifici.

**Requisito 1.2** La struttura promuove/partecipa allo sviluppo di reti assistenziali locali e regionali che garantiscano la continuità delle cure, anche attuando una sinergia tra percorsi di cura e modelli organizzativi.

1.2.1 Per le reti clinico-assistenziali sono definiti le finalità, i nodi che le compongono e i rispettivi ruoli, i livelli di responsabilità, le modalità di coordinamento e di funzionamento nel rispetto delle direttive regionali.

Nella relazione con gli enti invianti (generalmente Ser.T. e C.S.M.) la presa in carico dei pazienti, le modalità di cura, i criteri per le dimissioni e gli eventuali passaggi da una struttura all'altra sono regolamentati, in coerenza con le indicazioni regionali, **dagli accordi di fornitura** con l'Az. USL della Romagna (per le strutture comunitarie del territorio riminese) e con l'Az. USL di Ferrara (per la struttura comunitaria di Argenta – FE).

All'interno dei nostri circuiti vengono attuati dei *trasferimenti* per diversi motivi. Nella maggior parte dei casi si tratta di *progressione dei progetti terapeutici individualizzati* e sempre in accordo con gli enti invianti. Le modalità attuative *sono regolamentate da una specifica procedura che definisce le modalità d'ingresso e di interfaccia tra le strutture*, le responsabilità e le modalità di trasferimento sia dei pazienti sia della documentazione.

1.2.2 Sono esplicitati i criteri di valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali.

Agli accordi di fornitura di cui sopra, sono allegati anche documenti e procedure che *definiscono i criteri di valutazione del funzionamento delle reti clinico-assistenziali*, insieme alle modalità di passaggio e presa in carico dei pazienti e l'eventuale attivazione delle reti territoriali assistenziali, quando necessarie. Tali criteri, in particolare, sono contenuti nella procedura per la continuità assistenziale e definisce le modalità da attuare, le modalità di valutazione relativi agli eventuali passaggi ed i collegamenti tra le strutture ed i servizi d'invio. Questa procedura, per le strutture riminesi, è allegata all'accordo di fornitura con l'Az. USL Romagna; per il COD L'Airone l'equivalente di tale procedura è contenuto all'interno dell'accordo di fornitura (come descrizione dell'accordo stesso) con l'Az. USL di Ferrara.

**Requisito 1.3** La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi)

1.3.1 Sono definiti modalità e strumenti per l'attribuzione delle responsabilità.

L'ente stabilisce le diverse responsabilità e/o coinvolgimento nei vari livelli organizzativi; a tale scopo per ogni struttura comunitaria ha formalizzato la **matrice delle responsabilità delegate** e per ciascun ruolo ne è prevista la valutazione periodica, in particolare per i responsabili di struttura e per la dirigenza dell'ente. L'operato del presidente e del direttore viene valutato dal consiglio d'amministrazione. I responsabili delle strutture comunitarie vengono valutati dal presidente e dal direttore.

[1.3.2 È formalizzato un sistema di valutazione periodica delle performance relativo alle responsabilità assegnate e al sistema delle deleghe.](#)

All'interno dell'ente viene effettuata, attraverso una scheda apposita, una *valutazione periodica per ciascun ruolo/professione*. In ciascuna struttura comunitaria i responsabili valutano gli operatori delle strutture stesse. Tale valutazione periodica è contenuta nella scheda personale di ciascun operatore, la stessa che contiene anche i titoli di studio, gli eventuali ECM (per i professionisti per cui è previsto) e gli attestati rispetto ai corsi di formazione effettuati.

[1.3.3 È adottato un codice di comportamento e/o etico.](#)

La Cooperativa sociale Cento Fiori si è dotata fin dalla nascita dell'Ente stesso di uno *statuto che contiene le regole di comportamento da tenere all'interno del particolare contesto lavorativo* delle comunità gestite, intendendo in tal modo dare una indicazione di codice etico da seguire. Tali regole di comportamento derivano dalla particolarità dei pazienti trattati e dal riconoscimento che l'operare nell'ambito comunitario comporta un atteggiamento comunque di tipo educativo.

#### **Requisito 1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).**

[1.4.1 I sistemi informativi garantiscono:](#)

[- sicurezza nell'accesso, integrità e tracciatura dei dati sanitari](#)

[- supporto alle attività di pianificazione e controllo, gestione e miglioramento delle attività e dei servizi.](#)

[- diritti dei cittadini ad una informazione trasparente, in particolare: liste di attesa e prenotazioni delle prestazioni sanitarie](#)

[- continuità operativa nel caso di interruzione di uno o più sistemi informatici in base alle criticità dei dati contenuti.](#)

Le strutture comunitarie gestite dalla Cooperativa sociale Cento Fiori sono dotate di *sistemi informativi*, per la gestione dei dati relativi all'utenza trattata, che *garantiscono la sicurezza e la tracciatura dei dati* e rappresentano un valido supporto nella parte di pianificazione che risponde ai vari debiti informativi, verso la Prefettura, verso la regione Emilia Romagna e verso tutti gli enti (compresi quelli invianti) che hanno titolarità a chiederli. In particolare, per quanto riguarda la Comunità Terapeutica di Vallecchio e il Centro di Osservazione e Diagnosi di Vallecchio il sistema informativo denominato CT6 garantisce la sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati secondo quanto previsto dalle attuali nuove normative europee in materia.

La struttura COD "L'Airone" di Argenta è attualmente in rete con i vari Ser.T. della provincia di Ferrara nell'uso dello strumento informatizzato Sister-CT, secondo quanto previsto su tale tema dalle indicazioni della Regione Emilia-Romagna (RER). Tale strumento garantisce un'ottima gestione delle cartelle cliniche e dei dati in generale oltre a garantire un valido sistema di sicurezza nell'accesso.

Questi sistemi informativi rappresentano un valido supporto nella gestione delle attività terapeutiche ed educative, permettendone la pianificazione e il controllo. I responsabili delle

strutture gestiscono le liste di attesa che regolano l'ingresso dei pazienti nelle strutture attraverso un documento informatizzato, garantendo così un'informazione chiara sui criteri adottati e sui tempi reali d'attesa.

I dati principali contenuti nei sistemi informativi sono comunque garantiti nel loro mantenimento ed integrità anche in caso di interruzione dell'energia elettrica e/o di eventi critici; in tal senso viene utilizzato il sistema di back-up che garantisce il salvataggio periodico dei dati contenuti nei server presenti nelle strutture.

#### 1.4.2 È presente attività di valutazione della qualità dei dati contenuti nei flussi provenienti da fonti esterne.

La tenuta e l'aggiornamento periodico delle liste di attesa è fondamentale per valutare sia le richieste provenienti dai servizi d'invio sia la relativa documentazione allegata. Tale *valutazione* viene effettuata sistematicamente nelle equipe di lavoro di ciascuna struttura ed è *rintracciabile nei relativi verbali d'equipe*.

#### 1.4.3 È presente attività di valutazione della qualità delle informazioni in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dei dati provenienti da fonti interne.

*Le informazioni ed i dati clinici/medici/psicologici provenienti dalla gestione interna delle nostre strutture comunitarie vengono valutati* in termini di completezza, affidabilità, accuratezza e validità dalle varie professionalità *nelle riunioni d'equipe*. La valutazione dei dati e della documentazione è importante anche ai fini di un'eventuale visita specialistica esterna a cui il paziente deve essere sottoposto o nel caso in cui debba essere trasferito in un'altra struttura o, ancora, in ogni occasione in cui deve essere accompagnato da documenti che lo riguardano.

### **Requisito 1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.**

#### 1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino.

Il nostro ente ha dotato le proprie strutture comunitarie di procedure che definiscono le prestazioni ed i servizi offerte ai pazienti. In particolare, le *“procedure specifiche per la gestione clinica”* nelle diverse strutture, *definiscono* in modo dettagliato le attività cliniche svolte cioè *i prodotti/servizi offerti all'utenza*. Nella relazione annuale tutti i servizi offerti sono analizzati secondo indicatori definiti. Tutti i prodotti con i relativi standard e indicatori, relativamente a ciascuna struttura, sono riportati anche nella carta dei servizi e pubblicati nel sito internet della Cooperativa. Nella relazione annuale vengono inoltre riportati i dati relativi agli indicatori di risultato (debito informativo) richiesti dalla regione Emilia-Romagna e perciò afferenti a quest'ultima.

#### 1.5.2 Sono definite le responsabilità per la valutazione.

*La direzione per ciascun prodotto/servizio fornito definisce il responsabile della valutazione delle prestazioni erogate. Inoltre ogni responsabile di struttura partecipa alla stesura della relazione annuale sulle attività terapeutiche col relativo apporto di dati riguardanti i risultati di gestione e l'analisi degli stessi.*

#### 1.5.3 Sono definite le modalità di comunicazione dei risultati alle parti interessate (interne ed esterne).

I risultati del lavoro terapeutico svolto nelle strutture comunitarie è oggetto di valutazione periodica. Tali *risultati* sono *contenuti* in massima parte *nelle relazioni annuali*. A livello interno la *comunicazione* e valutazione di tali dati avviene con diverse modalità:

- *nelle riunioni d'equipe* settimanali di ciascuna struttura;
- *negli audit annuali* sugli abbandoni;
- *nei momenti formativi* di supervisione sulla casistica trattata e sulle modalità operative adottate (anche in relazione alle basi teoriche/cliniche sottostanti).

A livello esterno la comunicazione dei risultati avviene soprattutto con la *pubblicazione* della relazione annuale *sul sito internet* della cooperativa.

#### 1.5.4 È previsto il coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione.

*Nella valutazione* del lavoro terapeutico anzidetto viene *coinvolto tutto il personale operante nelle strutture comunitarie* attraverso la partecipazione diretta alle riunioni/audit/supervisioni di cui sopra. Inoltre, il personale è coinvolto nella raccolta e nell'analisi dei dati che devono essere approfonditi nei momenti comuni e ufficiali. Tutto il materiale è rintracciabile nei verbali delle riunioni sopra citate.

#### 1.5.5 Sono utilizzati strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica.

La relazione annuale, che riporta tutti i principali risultati di gestione delle strutture comunitarie, viene presentata alla direzione/presidenza del nostro ente. Viene inoltre pubblicata sul nostro sito internet e viene resa disponibile all'utenza esponendola nelle bacheche delle strutture.

Occorre sottolineare che una parte importante del nostro lavoro che ci porta ai risultati appena citati deriva dall'uso di *strumenti diagnostici ampiamente riconosciuti dalla comunità scientifica, quali l'MMPI 2* (questionario usato a scopo diagnostico e che indaga sulla personalità) e *l'ICD 10* (sistema di classificazione delle malattie mentali riconosciuto a livello mondiale ed esplicitamente richiesto nel suo utilizzo dalla regione Emilia-Romagna); non trascurando altri importanti strumenti quali i *colloqui clinici* ed i *gruppi terapeutici*, tutti *basati su presupposti teorici riconosciuti*, anche questi, *dalla comunità scientifica*.

#### 1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).

Il lavoro di valutazione dei dati ha una sua fondamentale utilità in soprattutto perchè viene utilizzato per progettare azioni di miglioramento. Queste ultime posso riguardare i *risultati dei trattamenti* (performance), la tipologia e/o la *qualità dei servizi offerti*, *l'efficienza nel*

*produrre determinati risultati* (con relativa riduzione del budget necessario). Nello specifico possiamo affermare che lo scopo principale nella produzione dei servizi per la nostra utenza e nell'analizzarne i risultati è la ricerca continua del miglioramento. Un esempio del sistema integrato di valutazione è dato dall'uso del questionario di gradimento che viene somministrato ai nostri pazienti e che ci permette, unitamente all'osservazione diretta nella quotidianità, di capire quali sono gli aspetti che necessitano di una maggiore attenzione o di un vero e proprio progetto di miglioramento. Quando viene decisa un'azione di miglioramento viene stabilito chi vi partecipa, il responsabile del gruppo di lavoro, i tempi previsti per la realizzazione ed il periodo di sperimentazione del nuovo progetto.

## 2. Prestazioni e Servizi

### 2.1. La Struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza, in particolare la Carta dei Servizi e altro materiale informativo (cartaceo e online).

2.1.1 Le prestazioni e i servizi sono comunicati mediante strumenti informativi (carta dei servizi ed altri strumenti).

**La comunicazione sui prodotti/servizi erogati** dalle strutture comunitarie e sulle modalità in cui sono offerti è fondamentale ai fini della comprensione e della conoscenza da parte dell'utenza, dei cittadini in genere e di chiunque abbia interesse a conoscere gli impegni e gli standard assicurati. **Le modalità di comunicazione sono:**

1. il **sito internet** ([www.coopcentofiori.it](http://www.coopcentofiori.it)), che descrive le attività della Cooperativa dando particolare rilievo all'organizzazione delle strutture terapeutiche;
2. gli **opuscoli informativi** sull'organizzazione/funzionamento delle nostre strutture comunitarie, sulle patologie trattate, sulle modalità di trattamento e sull'accessibilità ai programmi terapeutici;
3. il **contatto diretto con il Responsabile e con gli operatori delle strutture** per avere informazioni dirette su modalità e servizi offerti;
4. la **carta dei servizi**, che contiene il dettaglio dei prodotti e delle modalità di offerta e di accesso alle strutture;
5. il **contatto diretto con gli uffici amministrativi** per avere informazioni relative a questioni di carattere tecnico in merito agli accessi ai programmi terapeutici.

2.1.2 Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.

Nella Carta dei Servizi vengono descritte le **tipologie di attività**, le **sedi dove vengono svolte**, le **modalità di accesso**, di **erogazione** e gli **impegni assunti** nei confronti dei

pazienti. Periodicamente (almeno due volte all'anno) agli ospiti delle strutture viene chiesto di compilare un "questionario per la rilevazione della soddisfazione dell'utente nell'offerta dei servizi" al fine di migliorare costantemente i servizi erogati. Questo strumento rappresenta un contributo fondamentale per attuare progetti di miglioramento qualora si riscontrino criticità; **quando vengono apportate modifiche importanti**, ciò comporta sempre un **aggiornamento nella Carta dei Servizi**.

2.1.3 Le prestazioni ed i servizi dichiarati sono coerenti con quanto erogato/autorizzato.

Le prestazioni ed i **servizi dichiarati**, descritti nella Carta dei Servizi, sono **coerenti con l'erogazione degli stessi** e di ciò abbiamo traccia **nella Relazione Annuale**; in quest'ultima vengono analizzati i dati di attività relativi ai servizi erogati in riferimento agli standard dichiarati e agli indicatori utilizzati.

2.1.4 La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi.

Il **sito internet** della cooperativa è dotato di *un sistema informativo interattivo* che ci permette di avere un rimando costante da parte dell'utenza **sull'adeguatezza delle informazioni** e sulla tipologia di informazioni contenute sul sito stesso riguardanti le prestazioni e i servizi che eroghiamo. La cooperativa ha definito anche la responsabilità nella gestione di tale sistema interattivo, **responsabilità** che è in capo al **delegato alla gestione del sito internet** e, contemporaneamente, alla **direzione/presidenza** della cooperativa stessa.

**2.2 La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali.**

La cooperativa dispone di una **procedura generale** per l'inserimento degli utenti nei percorsi terapeutici comunitari che definisce i protocolli d'ingresso e le modalità di interfaccia con i servizi invianti e tra le strutture terapeutiche del nostro stesso Ente. La procedura in oggetto **descrive le modalità di attuazione – protocollo dell'ingresso**.

2.2.1. I percorsi definiti e le relative modalità di presa in carico prevedono la valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona.

Il **protocollo d'inserimento** generale dei pazienti nei programmi terapeutici prevede ci sia una **richiesta iniziale**, anche solo telefonica, **da parte di un ente** (di solito un Sert o un CSM) o da parte dello stesso utente interessato per verificare la possibilità di inserimento in una delle strutture terapeutiche. Normalmente l'operatore (che si occupa dei colloqui iniziali di valutazione) della struttura oggetto di richiesta d'inserimento vede l'utente in **un primo colloquio valutativo** al fine di renderlo edotto sul funzionamento del programma terapeutico attuato in struttura e per una conoscenza diretta, anche attraverso la

compilazione della scheda di anamnesi. Lo stesso operatore della struttura che ha effettuato il colloquio porta poi il caso alla discussione d'equipe per valutarne l'inserimento in lista d'attesa. **L'equipe che valuta e discute il caso è un'equipe multidisciplinare** composta da più figure professionali; di solito si tratta di psicologi, educatori e, secondo il tipo di struttura comunitaria, anche psichiatri e infermieri. Insieme **tali professionisti formulano** una ipotesi progettuale (**progetto terapeutico personalizzato**) **tenendo conto sia della richiesta dell'utente** e dei bisogni espressi **sia della richiesta/indicazione del servizio inviante**. Successivamente l'operatore che ha svolto il primo colloquio o il responsabile della struttura riprende i contatti con l'operatore del servizio d'invio che ha formulato la richiesta d'inserimento per definire insieme e più in dettaglio il progetto terapeutico personalizzato. Successivamente in riunione d'equipe viene fissata la **data d'ingresso in base alla disponibilità dei posti** della struttura e **in base agli accordi con il servizio d'invio**; la stessa **data d'ingresso viene poi comunicata all'utente e ai suoi famigliari**.

#### 2.2.2 Sono definiti i criteri per l'eleggibilità dei pazienti

La procedura generale che definisce il protocollo d'ingresso descrive anche la modalità attraverso la quale **l'utente viene eletto a tale ruolo** e, conseguentemente, viene inserito in lista d'attesa o, quando vi è disponibilità di posti, ne viene decisa la data d'ingresso in struttura. La modalità di elezione a tale ruolo viene decisa nell'equipe terapeutica tramite una valutazione multidisciplinare.

#### 2.2.3 Sono esplicitate le responsabilità per la presa in carico, la cura e la continuità dell'assistenza.

L'Ente dispone di una **procedura generale per la continuità assistenziale** che ha per oggetto la garanzia della continuità assistenziale nell'erogazione dei servizi clinici ed educativi all'utente. Continuità assistenziale tra l'Ente e il Servizio Inviante e tra strutture all'interno dello stesso Ente. All'interno di tale procedura c'è la tabella in cui vengono declinate le responsabilità per la presa in carico e la cura del paziente.

L'ente dispone inoltre, per ogni struttura terapeutica, di procedure specifiche il cui obiettivo è quello di garantire la continuità delle attività cliniche ed educative previste dalla organizzazione giornaliera. La finalità è di ottenere: un'osservazione efficace finalizzata a una completa valutazione, continuità degli interventi sull'utenza, livelli minimi dichiarati degli interventi clinici ed educativi concordati con gli utenti, livelli di comunicazione efficace tra gli utenti e tra la struttura e gli utenti.

Le **procedure per la gestione clinica** nelle diverse strutture comunitarie **prevede** che ciascuna equipe terapeutica definisca per ogni paziente la **presa in carico** da parte di uno psicologo e di un educatore per l'inizio e la condivisione del progetto terapeutico; nel caso dei COD viene definita la presa in carico anche da parte dello psichiatra.

Generalmente il **servizio inviante** che ha in carico il paziente **invia una relazione di anamnesi** alla struttura comunitaria, relazione **che viene valutata in equipe** per l'iniziale presa in carico e successivamente analizzata più nel dettaglio dagli operatori referenti del

caso. La **relazione** viene **inserita all'interno della cartella** clinica del paziente; la cartella clinica contiene anche l'informazione su chi sono gli operatori di riferimento, sia del servizio d'invio sia della struttura comunitaria.

**Tutte le comunicazioni** telefoniche o di altro genere riguardanti il paziente, che intercorrono tra il servizio inviante e la struttura sono **annotate in** un apposito spazio all'interno della **cartella clinica**. Le comunicazioni possono avvenire tramite la mail e/o fax oppure anche in occasione delle visite periodiche dell'operatore del servizio inviante durante il percorso terapeutico.

Tutto il **personale** delle strutture terapeutiche è a **conoscenza delle procedure** per la presa in carico, la cura e la continuità dell'assistenza. A tale scopo periodicamente il responsabile qualità ed i responsabili delle strutture comunitarie verificano che tutto il personale sia a conoscenza (soprattutto in caso di personale nuovo) e applichi correttamente i protocolli previsti (procedure e istruzioni operative). A tal proposito viene fatto firmare un documento a tutti gli operatori a testimonianza della conoscenza e applicazione corretta delle procedure cliniche.

### **2.3. L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza.**

#### 2.3.1. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per il passaggio in cura nei diversi setting Assistenziali

Tutte le strutture terapeutiche comunitarie adottano la **procedura generale d'ingresso e interfaccia tra strutture** che garantiscono la continuità assistenziale, sia all'interno di ciascuna struttura sia negli eventuali passaggi. Lo scopo di tale procedura è quello di **garantire** che siano regolamentati/codificati i rapporti tra le strutture terapeutiche e il servizio inviante e verificare che siano sempre applicati e rispettati i **criteri di appropriatezza nei vari passaggi** tra le fasi della terapia e tra una struttura e un'altra.

La **procedura per la continuità assistenziale**, specifica per ciascuna struttura, riguarda le modalità adottate per garantire la continuità nella gestione della terapia attraverso un'attenta coordinazione tra attività cliniche ed educative.

Un importante documento a garanzia della continuità assistenziale è la Scheda di Area Vasta Romagna (Scheda Progetto Individuale) che accompagna il paziente in tutto il suo percorso di cura; tale documento viene utilizzato nelle strutture regolate dall'accordo di fornitura con l'Az. USL della Romagna. Anche **nella struttura COD "L'Airone" di Argenta**, regolamentata dall'accordo di fornitura con l'Az. USL di Ferrara, **il progetto di cura**, dalla presa in carico alla definizione dei passaggi successivi previsti dal progetto terapeutico, viene **monitorato costantemente attraverso il sistema SistER-CT** (sistema con cui il COD è in rete con i Ser.T. del ferrarese).

#### 2.3.2. Sono presenti modalità codificate e criteri di appropriatezza per dimissioni protette

**Le procedure** specifiche per la gestione clinica adottate nelle varie strutture comunitarie, insieme alla procedura generale d'ingresso e interfaccia tra strutture, **definiscono i criteri e le modalità attraverso le quali si arriva alla dimissione dei pazienti** al termine del percorso di cura. Nel caso delle nostre strutture terapeutiche la **dimissione protetta** non

può essere intesa nel senso ospedaliero del termine bensì **come verifica del raggiungimento degli obiettivi dati e rinvio del paziente al Sert di provenienza** per il monitoraggio dello stesso nella fase post-residenziale (follow-up). In alcuni casi si verifica col servizio d'invio il raggiungimento degli obiettivi primari nella struttura d'inserimento e si decide per la dimissione, in tal caso definita dimissione concordata; oppure, sempre in accordo col servizio d'invio, si decide per il passaggio ad altra struttura del nostro ente o a una struttura di un altro ente individuato dagli invianti. – Man mano che si procede nelle modalità appena accennate, **ogni decisione e la successiva azione viene registrata in cartella clinica nel rispetto dei criteri di appropriatezza.**

2.3.3. Sono definite modalità per garantire i collegamenti funzionali tra i servizi e con le strutture sanitarie e socio sanitarie coinvolte nell'assistenza

Una modalità che garantisce il monitoraggio del collegamento funzionale tra i servizi invianti e le strutture comunitarie è la già citata Scheda di Area vasta Romagna (per le strutture comunitarie dell'area di Rimini) e, come già visto, il sistema SistER-CT (per la struttura COD dell'area ferrarese). A ciò si deve aggiungere **la procedura specifica per la gestione dei farmaci e dell'infermeria**, che definisce anche tutti i contatti necessari (col medico di medicina generale e con i servizi, per lo più ospedalieri, per le eventuali visite specialistiche) **per la gestione delle necessità sanitarie degli utenti**; la stessa procedura definisce **anche la gestione della cartella medica.**

2.3.4. Sono definite modalità per effettuare il trasporto sicuro del paziente (intra – inter – extraospedaliero)

Le modalità per il trasporto sicuro del paziente, inteso nel senso ospedaliero del termine, non è previsto nelle nostre strutture comunitarie. Tuttavia è previsto che la nostra utenza nelle prime fasi della terapia comunitaria non possa muoversi da sola (secondo il principio dell'attribuzione delle autonomie in modo graduale, tipico delle comunità); perciò quando è necessario far uscire il paziente dalla struttura, per motivi sanitari e/o personali improrogabili, viene valutato e deciso nelle riunioni d'equipe chi (solitamente un educatore) lo accompagna. Questo aspetto del **trasporto/accompagnamento del paziente è descritto nella procedura generale per la continuità assistenziale.**

2.3.5. Sono presenti documenti che definiscano l'appropriatezza per i controlli/follow up in patologie specifiche

Nelle nostre strutture comunitarie vengono **periodicamente valutati i progetti terapeutici personalizzati** (tramite appositi incontri o telefonicamente) con il servizio inviante, in tal modo si verificano gli obiettivi raggiunti per determinare se gli interventi adottati sono stati appropriati. In tal senso **si controllano anche tutti i documenti** che accompagnano la cartella clinica e/o medica del paziente **per valutarne, anche di questi ultimi, l'appropriatezza.**

2.3.6. Sono definite modalità di trasferimento delle informazioni e loro registrazione all'interno della documentazione clinica, anche per dimissioni protette e/o assistite

Tutte le **informazioni relative al paziente** vengono trasferite all'interno della cartella clinica o, secondo i casi, della cartella medica. Tali cartelle sono accessibili a tutti gli operatori della struttura e agli operatori del servizio inviante (durante le eventuali visite al paziente) e sono tenute all'interno di un apposito armadietto chiuso a chiave. La **procedura** che definisce le modalità **di interfaccia tra** le nostre **strutture** comunitarie **ed i servizi d'invio** **descrive** anche il **trasferimento della documentazione** che accompagna i cambiamenti di sede nel progredire del percorso terapeutico. La procedura specifica per la gestione clinica descrive anche le modalità attraverso cui sono tenuti sotto controllo i documenti. L'obiettivo è la corretta registrazione delle informazioni e del loro trasferimento, quando previsto, nella documentazione clinica. Il COD "L'Airone" di Argenta adotta, come già accennato, oltre alla modalità della cartella clinica cartacea anche il sistema SistER-CT che consente di essere in rete con i servizi territoriali e di avere una condivisione più immediata e veloce delle informazioni e dei documenti che riguardano il paziente.

#### **2.4. L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.**

2.4.1. È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante Indicatori e Audit

Il processo di verifica dei risultati è determinante per il governo della qualità dei servizi offerti nelle nostre strutture. La *valutazione della qualità dei percorsi clinico-assistenziali* avviene *mediante audit interni* e mediante l'elaborazione dei dati di attività. **Nella relazione annuale** viene inoltre **analizzata la qualità tecnica del servizio** attraverso *l'analisi dei risultati ottenuti con i prodotti di carattere clinico* che le varie strutture terapeutiche offrono, *secondo gli indicatori stabiliti e gli standard definiti*. Nella stessa relazione annuale c'è anche la tabella riassuntiva degli indicatori di risultato richiesti dalla regione Emilia-Romagna.

2.4.2. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate

**Sulla base dell'analisi dei dati e degli esiti** anzidetti vengono stabiliti eventuali **interventi di miglioramento** con lo scopo di perfezionare la qualità del percorso di cura; spesso sulla base di questi momenti di verifica vengono organizzati veri e propri progetti di miglioramento. Inoltre, almeno annualmente viene eseguito l'audit sugli abbandoni che ha per oggetto l'analisi delle cause di interruzione dei programmi nelle strutture; tale **analisi** è **sia di tipo quantitativo**, sui dati numerici, **sia di tipo qualitativo**, cioè basato sull'approfondimento delle caratteristiche sintomatologiche presentate dai pazienti che abbandonano precocemente i programmi terapeutici, e ciò permette di pensare alle strategie atte a limitare tale fenomeno.

2.4.3. È garantito il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit, di altri metodi di valutazione e di percorsi di miglioramento a tutti gli operatori coinvolti

**Il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit** o ad eventuali percorsi di miglioramento **avviene nelle riunioni di equipe** che ogni struttura tiene settimanalmente.

Tutti gli operatori vengono messi a conoscenza degli esiti e la restituzione viene annotata sul verbale dell'equipe terapeutica. Con la stessa modalità gli operatori vengono messi al corrente dei dati contenuti nella relazione annuale. Inoltre quest'ultima viene pubblicata sul sito internet della cooperativa ed esposta nelle bacheche in modo da poter essere lette e valutate da chiunque ne abbia l'interesse.

2.4.4. Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all'organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.

**Sul sito internet** della cooperativa vengono pubblicati, oltre alla carta dei servizi, anche **la relazione annuale e il manuale di accreditamento**; ciò allo scopo non solo di informare tutti gli interessati ma anche per **raccogliere** (attraverso una modalità interattiva) commenti, informazioni e/o **suggerimenti** o anche solo pareri da parte di persone esterne (operatori dei servizi invianti, potenziali utenti e/o loro familiari) al nostro ente sul servizio offerto. La finalità ultima è trarne spunto **per l'eventuale miglioramento del servizio**.

## **2.5. L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.**

2.5.1. Sono definiti gli elementi costitutivi della documentazione sanitaria e loro organizzazione

Con la finalità di governare al meglio la documentazione clinica e medica nelle proprie strutture comunitarie la Cooperativa ha adottato la **procedura generale per la gestione della documentazione** (sia quella sanitaria sia quella per la gestione delle strutture), in modo da permettere agli operatori di accedere ai documenti conoscendoli dettagliatamente e utilizzarli in modo pertinente e coerente col percorso di cura definito per il paziente.

Parte della documentazione è trattata in tutte le strutture nella modalità definita "cartacea", così per la cartella clinica e la cartella medica, ed anche per i verbali della riunione d'equipe ed i verbali dei gruppi terapeutici con gli utenti.

I dati anagrafici degli utenti sono anche informatizzati e perciò più facilmente fruibili, perché trasferibili sia all'amministrazione della Cooperativa sia alle istituzioni che lo richiedono. Inoltre il COD "L'Airone" di Argenta è in rete con il Sert di Ferrara col sistema informatizzato SistER-CT, mentre il Ser.T. di Rimini, pur avendo organizzato in anni recenti una formazione per l'uso del SistER-CT, non ha finora realizzato la messa in rete di tale sistema.

2.5.2. Sono definite le modalità di aggiornamento, compilazione e tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti) della documentazione sanitaria, anche nei trasferimenti di setting assistenziali, ai fini della sicurezza dei pazienti, in linea con il livello di informatizzazione posseduto

La **procedura generale per la gestione dei documenti** che *descrive le modalità attraverso cui sono tenuti sotto controllo, aggiornati, compilati e conservati i principali documenti sanitari* (in particolare la cartella clinico-psicologica e la cartella medica) richiesti dal sistema di gestione per la qualità nelle nostre strutture comunitarie. In caso di trasferimento di struttura copia dei documenti accompagnano sempre l'utente.

2.5.3. Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti

La **procedura generale per la gestione dei documenti** descrive le modalità attraverso cui sono tenuti sotto controllo i documenti richiesti dal sistema di gestione per la qualità. Il sistema adottato ha lo scopo di gestire, verificare la documentazione e le informazioni relative al paziente. I documenti individuati dal sistema informativo riguardano l'organizzazione generale delle strutture. I documenti gestiti sono:

- Il **Manuale per l'accreditamento**. Il documento ha una funzione informativa generale sia per gli operatori sia per gli esterni all'organizzazione.
- Le **Procedure generali e specifiche** che descrivono le principali attività che compongono i processi gestiti nelle strutture.
- Le **Istruzioni operative** che documentano in dettaglio le operazioni che l'operatore esegue nello svolgimento delle attività.
- Le **linee guida** che aiutano a prendere decisioni cliniche sulla base di evidenze scientifiche disponibili.
- Il **Protocollo dei documenti e delle comunicazioni in entrata e in uscita** dalle strutture che vengono registrati nel protocollo generale, su supporto cartaceo (registro del protocollo).
- Il **Documento dell'informazione del personale** su tutti i documenti e i dati che sono gestiti dalla struttura, contenente le firme di tutti gli operatori e attestante che questi ultimi sono informati e aggiornati sulla documentazione e le eventuali modifiche.
- La **Cartella clinica** che contiene tutti i dati per il trattamento clinico del singolo utente (i dati anamnestici, i dati anagrafici e il progetto terapeutico con gli obiettivi, i tempi previsti, le verifiche e la valutazione finale); alla cartella clinica solitamente vengono allegati il documento sulla privacy firmato dall'utente contenente la delega al trattamento dei dati personali, i documenti provenienti dai servizi invianti ed altri eventuali documenti.
- La **Cartella Medica** che contiene i dati sanitari degli utenti (a cui vengono allegati esiti di visite, analisi, ecc.) ed è usata per tenere costantemente monitorata la situazione sanitaria.
- I **Verbali delle riunioni d'equipe** che contengono i dati salienti delle riunioni, la registrazione dei presenti, gli argomenti discussi e le decisioni prese.
- I **Verbali dei gruppi terapeutici** che contengono gli argomenti discussi in quel particolare momento clinico e perciò rappresentano materiale di discussione nella riunione d'equipe.
- I **Documenti di proprietà degli utenti** (patente, carta d'identità, codice fiscale, ecc.).
- Il **Registro delle presenze utenti** che consiste in un programma informatizzato denominato CT 6 (CT 6 è l'identificativo del programma) che aggiorna costantemente i dati e i movimenti dei pazienti.
- I **Documenti riguardanti la struttura** e che sono rappresentati da: l'autorizzazione al funzionamento, il decreto di accreditamento, le normative, le leggi, le informative, ecc..

I Documenti riguardanti la Legge 81/2008 e HACCP che servono per la gestione della sicurezza nei posti di lavoro e per la sicurezza in materia di alimentazione.

**Responsabilità e modalità di gestione dei documenti**

<b>Tipo di Documento</b>	<b>Responsabile gestione</b>	<b>Luogo archiviazione</b>	<b>Modalità Archiviazione</b>	<b>Tempo Utilizzo</b>
Manuale per l'accreditamento	Responsabile della qualità	Sede legale	Cartacea e su file	Fino a nuovo Riesame
Procedure generali e specifiche	Responsabile della qualità e Responsabili delle strutture	Sede legale e sedi delle strutture	Cartacea e su file	Fino a nuova modifica dei documenti
Istruzioni Operative	Responsabile della qualità e Responsabili delle strutture	Sedi delle strutture	Cartacea e su file	Fino a nuova modifica dei documenti
Linee guida	Responsabili delle strutture	Sedi delle strutture	Cartacea e su file	Fino a nuove edizioni pubblicate
Protocollo	Responsabili delle strutture	Sedi delle strutture	Cartacea e su file nelle mail	Fino a esaurimento registro
Documento sull'informazione del personale	Responsabili delle strutture	Uffici dei responsabili	Cartacea e file	Fino a nuovo cambiamento del personale
Cartella clinica utente	Responsabili delle strutture	Armadi nelle sale riunioni/equipe	- Cartacea (strutture riminesi) - Cartacea e file (COD L'Airone)	Fino a termine programma utente - poi archiviazione
Cartella medica Utente	Responsabili delle strutture	- Infermeria delle strutture - Nel CD in ufficio educatori	- Cartacea (strutture riminesi) - Cartacea e file (COD L'Airone)	Fino a termine programma utente - poi archiviazione
- Verbali delle riunioni d'equipe - Verbali delle riunioni organizzative e terapeutiche - Verbali degli audit - Verbali delle supervisioni	Responsabili delle strutture	Armadi nelle sale riunioni/equipe	Cartacea	Per almeno cinque anni
Registro delle non conformità	Responsabili delle strutture	Armadi nelle sale riunioni/equipe	Cartacea	Per almeno cinque anni
Documenti di proprietà utenti	Responsabili delle strutture	Uffici delle sale equipe	Cartacea	Fino al termine del programma
Documenti sanitari utenti	Responsabili delle strutture	- Infermeria delle strutture - Nel CD in ufficio educatori	Cartacea	Fino al termine del programma
Registro presenze Utenti	Responsabili delle strutture	Sale equipe nelle sedi delle strutture	- Su file nel sistema informatizzato - Solo su supporto cartaceo nel CD	Registrazione continua senza scadenza
Documenti struttura (autorizzazione al funzionamento, decreto di accreditamento, ecc.)	Rappresentante legale della Cooperativa e Responsabili delle strutture	Sede legale e sedi delle strutture	Cartacea e su file	Fino ai rinnovi o modifiche dei documenti
Documenti ente (piano annuale delle attività, piano annuale della formazione, budget, ecc.)	Rappresentante legale della Cooperativa e Responsabili delle strutture	Sede legale (ufficio presidenza)	Formato file	Fino a produzione nuovi documenti
Documenti gestione HACCP	Responsabili delle strutture	Ufficio educatori	Cartacea	Fino ad eventuale modifica di legge
Documenti legge 81/2008	Responsabile sicurezza	Sede legale e sedi delle strutture	Cartacea	Fino ad eventuale modifica dei documenti

#### 2.5.4. Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni

I dati che vengono gestiti nelle strutture terapeutiche sono rappresentati dalle registrazioni che vengono effettuate nei diversi momenti della quotidianità ed anche nelle varie fasi del procedere nei diversi programmi terapeutici dal momento dell'ingresso in struttura fino al termine programma. La raccolta dei dati anamnestici avviene nelle strutture prevalentemente in forma cartacea. Nella sede operativa di Vallecchio una parte dei dati viene trasferita nella modalità informatizzata nel programma CT6. Il COD di Argenta invece adotta anche il sistema SISTER CT in cui vengono riportati i dati clinici e medici del paziente.

*I dati vengono conservati con opportuni programmi informatizzati che garantiscono la tutela della privacy secondo le nuove norme europee previste dal GDPR; la protezione dei dati avviene attraverso modalità periodiche di backup.*

#### 2.5.5. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici

La modalità di gestione dei dati clinici che trattiamo nelle nostre strutture comunitarie ci permette un più semplice utilizzo degli stessi:

- Per lavori clinici di approfondimento (audit interni), rintracciabili nei verbali degli audit.
- Per scopi di ricerca interna, rintracciabili nei verbali degli audit e/o delle equipe
- Per fornire dati alla sede centrale della Cooperativa a scopo di analisi dei dati e/o per la definizione del bilancio, rintracciabili nel contenuto della relazione annuale.
- Allo scopo di tenere aggiornati i dati interni e la verifica dei risultati. L'obiettivo è analizzare la tipologia e/o la quantità di presenze, per aggiornare le varie strutture terapeutiche sull'andamento dei programmi dal punto di vista numerico; anche questi dati sono rintracciabili nella relazione annuale.

#### 2.5.6. Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria

La *documentazione sanitaria* (soprattutto la cartella clinica-psicologica e la cartella medica) viene periodicamente *controllata attraverso l'uso di un'apposita scheda di valutazione*. Gli elementi costitutivi della scheda verificano la presenza di tutte le informazioni che le cartelle devono contenere, la corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti.

#### 2.5.7. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.

Il miglioramento della qualità si riferisce all'insieme delle azioni intraprese dalla Cooperativa per aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati ed investire in progetti di innovazione qualora ce ne sia necessità. È centrale in un eventuale processo di miglioramento la rilevazione delle criticità che scaturiscono dall'utilizzo della griglia contenuta nella scheda di valutazione di cui sopra.

La programmazione di eventuali azioni di miglioramento si sviluppa proprio a partire da queste criticità o non conformità evidenziate. Il miglioramento si attua attraverso un processo che prevede un'ideazione, programmazione, comunicazione e attuazione; la

modalità principale è la discussione in equipe in cui si analizzano l'adeguatezza dei documenti, la completezza dei dati, le criticità e/o non conformità per arrivare poi all'elaborazione di un progetto di miglioramento. Alcuni esempi di azioni correttive sono:

- la modifica del “bilancio di competenze” del paziente (contenuto nella cartella clinica);
- la modifica dei criteri di valutazione per il passaggio dei pazienti da una struttura comunitaria ad un'altra;
- la modifica del documento per la liberatoria sulla privacy, in base alle novità previste dalla nuova norma europea GDPR, contenuto nella cartella clinica;
- la modifica del “contratto terapeutico” in uso nelle nostre strutture comunitarie.

### 3. Aspetti Strutturali

#### 3.1 La direzione garantisce l' idoneità all'uso delle strutture.

3.1.1. È documentata la pianificazione degli interventi necessari a garantire l' idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura.

Il nostro ente ha provveduto alla pianificazione degli interventi atti a garantire l' idoneità all'uso, la sicurezza degli edifici, degli impianti e delle componenti in modo da assicurare l' idoneità e l'efficacia delle proprie strutture comunitarie. A tale scopo il consiglio d'amministrazione della cooperativa ha delegato lo stesso presidente, fornendogli un adeguato **budget, per la gestione degli interventi ordinari e/o programmati e per quelli straordinari** che periodicamente si devono eseguire. Il **documento di pianificazione** evidenzia la tipologia **degli interventi** e le sedi dove sono previsti.

3.1.2. È formalizzato e messo in atto un programma di monitoraggio dell' idoneità della struttura che fornisca anche dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi.

La particolare natura del lavoro svolto nelle nostre strutture comunitarie non ha fatto mai registrare incidenti, infortuni e/o particolari rischi in relazione agli edifici e alla loro gestione. Esistono tuttavia protocolli e procedure che regolamentano le attività, anche quotidiane, nelle strutture ed esistono **piani sulla sicurezza** che le regolamentano.

3.1.3. È garantita la gestione e la manutenzione delle strutture e degli impianti.

La direzione monitora e gestisce le proprie strutture e la relativa impiantistica attraverso una serie di **accordi con enti/professionisti** che **garantiscono il controllo dell' idoneità** e gli interventi (quando necessari) agli edifici e relativi impianti di cui sono dotati. Sono previsti e documentati anche **incontri periodici col responsabile della sicurezza** per la formazione continua di tutti gli operatori (vedi i corsi antincendio e quelli di primo soccorso).

### **3.2 La direzione garantisce la gestione e la manutenzione delle attrezzature anche attraverso il controllo di eventuali fornitori esterni.**

La cooperativa si è dotata da tempo di una **istruzione operativa per la gestione e selezione dei fornitori**. Si è anche scelto da tempo di non costruire una vera e propria procedura in tal senso per la natura relativamente semplice delle forniture di cui necessitano le strutture comunitarie.

#### 3.2.1. È presente l'inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse

Ogni struttura comunitaria ha stilato l'elenco delle principali attrezzature utilizzate nell'erogazione dei propri servizi. Anche in questo caso la scelta, da tempo, è stata quella di scrivere una **istruzione operativa per la gestione delle attrezzature** invece della procedura, ciò a causa dell'esiguità delle attrezzature. Parliamo, per esemplificare, essenzialmente del parco auto (esiguo anch'esso), della dotazione di computer, del mobilio e della dotazione delle infermerie (ove presenti) che si riduce alla cassetta di primo soccorso, allo sfigmomanometro, all'etilometro e il glucometro.

#### 3.2.2. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, a corredo delle stesse è resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione

L'**istruzione operativa per la gestione delle attrezzature** definisce anche la collocazione, e perciò la disponibilità delle istruzioni d'uso e/o della documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature.

#### 3.2.3. Il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e programmata) delle attrezzature e sua comunicazione ai diversi livelli operativi

Anche il piano per la gestione e manutenzione (ordinaria e /o programmata) delle attrezzature è contenuta nell'**istruzione operativa per la gestione delle attrezzature**; la stessa istruzione operativa contiene la tabella delle responsabilità che indica chi è responsabile della gestione, chi è coinvolto nell'attività e chi ne è informato.

#### 3.2.4. È disponibile la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione

Tutte le **attrezzature** che lo richiedono sono **corredate della documentazione che attesta gli interventi** di manutenzione effettuati.

#### 3.2.5. Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

Le poche e semplici apparecchiature elettromedicali conservate nelle infermerie dei nostri due Centri di Osservazione e Diagnosi (COD) non richiedono procedure speciali per la dismissione. **In caso di smaltimento**, quando l'apparecchio non dovesse più funzionare, **si procede secondo le normative vigenti** che prevedono la consegna dell'apparecchio alla locale stazione ecologica.

3.2.6. I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, nella manutenzione e dismissione.

Nel caso degli apparecchi semplici utilizzati nei nostri COD è previsto che l'infermiera si accerti della conoscenza e del corretto uso di tali apparecchi. Questi ultimi, essendo di uso comune, devono essere conosciuti anche dagli operatori laddove devono assistere i nostri utenti quando li utilizzano.

## 4. Competenze del Personale

### 4.1. L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.

4.1.1. Il sistema di gestione delle competenze è coerente con le attività svolte, le modifiche introdotte e le innovazioni.

La raccolta dei bisogni formativi parte sempre dalle necessità relative alle attività comunitarie; infatti i responsabili delle strutture raccolgono all'interno di ogni equipe le necessità espresse da ogni singolo operatore. Il nostro ente si è dotato da anni di un *responsabile per la formazione che provvede annualmente a raccogliere le esigenze formative di ogni struttura.*

*Inoltre le esigenze formative possono prendere origine da motivi interni di innovazione e/o miglioramento oppure da motivi esterni come quando ci sono direttive regionali.*

4.1.2. Il sistema tiene conto del percorso di sviluppo delle competenze

Nella stesura del piano della formazione e nella *definizione dei bisogni formativi si tiene sempre conto della necessità dello sviluppo delle competenze*; tale sviluppo deve essere sempre *inteso sia come mantenimento e consolidamento degli standard minimi di competenze* (soprattutto dopo l'inserimento di neoassunti) *sia come necessità di sviluppare nuove competenze* (nel senso di dotare il personale di nuovi strumenti e/o capacità nel trattamento e nella relazione col paziente). Per tale motivo la rilevazione dei bisogni formativi è utile ai fini della programmazione delle attività di formazione ed in particolare per la scelta dei docenti esterni al nostro ente.

Da diversi anni la cooperativa si affida all'ente *DEMETRA per l'organizzazione della formazione* nella sua sede di Rimini. – A titolo di esempio in questi ultimi anni si è scelto, secondo i momenti e secondo le necessità, di sviluppare le competenze dei responsabili, di approfondire alcune conoscenze teoriche e cliniche da parte del personale educatore, approfondire le modalità del trattamento dei pazienti che presentano varie forme di cronicità (fisiche e/o, soprattutto psicologiche/psichiatriche) e le modalità di trattamento con i gravi disturbi di personalità. Oltre a quanto programmato e concordato con l'ente DEMETRA, *un'altra parte importate di formazione è occupata da eventi proposti dai Ser.T. e dalle Az.*

USL o anche dalla regione. In questi casi si tratta di eventi non programmabili nel dettaglio ad inizio anno ma solo con qualche mese di anticipo.

#### 4.1.3. Il sistema tiene conto dei bisogni formativi

I *bisogni formativi* vengono raccolti in modo capillare direttamente dai responsabili nelle riunioni d'equipe delle strutture comunitarie, sentendo tutto il personale coinvolto nei servizi. Tali *bisogni formativi* vengono riportati nella riunione del "comitato scientifico" del nostro ente che vede riuniti periodicamente (secondo gli argomenti e le necessità) i responsabili dei principali servizi gestiti. Successivamente, l'ipotesi di formazione che ne scaturisce viene posta al vaglio del consiglio d'amministrazione della cooperativa per l'approvazione; se il progetto viene approvato vengono presi i contatti e gli accordi con l'ente DEMETRA. Infine, una volta che il piano formativo è stato attuato, al termine dell'anno l'ente formativo provvede alla raccolta della valutazione del gradimento e dell'efficacia dell'intero evento.

#### 4.1.4. Il sistema tiene conto dei bisogni dell'organizzazione che comprendono anche i temi del rischio clinico e della sicurezza.

Anche il rischio clinico e la sicurezza sono tra i temi più rilevanti nella nostra pratica clinica e sono spesso oggetto di approfondimento e, laddove necessita, di miglioramento; perciò viene trattato frequentemente nei momenti di formazione. In particolare durante la supervisione, che per noi è sempre parte integrante del piano della formazione, *il rischio clinico e la sicurezza* (anche per il personale) sono argomenti costantemente trattati e perciò presenti ogni anno come voci del piano della formazione.

Dall'analisi delle non conformità che riguardano un possibile rischio clinico (per gli utenti e per gli operatori), possono originare altri bisogni formativi.

## 4.2. L'organizzazione definisce e mette in atto le modalità di inserimento e di addestramento del personale

### 4.2.1. Le modalità di inserimento sono comprensive della fase di valutazione per tutto il personale neo-assunto e neo-inserito.

All'interno dell'ente il presidente viene eletto e valutato periodicamente dal consiglio di amministrazione. Tale valutazione è rintracciabile all'interno dei verbali del consiglio di amministrazione. *Il direttore è valutato dal presidente e dal consiglio d'amministrazione tramite un'apposita scheda. I responsabili delle strutture comunitarie vengono valutati tramite un'apposita scheda dal presidente e dal direttore.*

*Per il personale neo-assunto all'interno delle strutture comunitarie è previsto dall'apposita procedura, l'inserimento e l'addestramento secondo la modalità dell'affiancamento ad un tutor* (solitamente un collega più anziano di servizio). La valutazione del grado di raggiungimento di tali obiettivi avviene da parte del tutor attraverso l'uso di un'apposita griglia, in collaborazione col responsabile della struttura. È posta particolare attenzione all'apprendimento delle istruzioni operative e all'osservazione/partecipazione di tutti i momenti clinici e della quotidianità; questi aspetti sono oggetto di verifica periodica.

4.2.2. I percorsi di inserimento e addestramento sono sottoposti periodicamente a valutazione ai fini del loro aggiornamento e miglioramento.

*L'aggiornamento delle competenze e il necessario addestramento è previsto per tutto il personale. La prima valutazione avviene dopo un primo periodo di osservazione che solitamente coincide con il periodo di prova del contratto. Nella stessa scheda c'è uno spazio apposito riservato, in cui vengono annotati gli spetti che devono migliorare e che sono oggetto delle valutazioni successive.*

## 5. Comunicazione

**5.1. L'organizzazione dispone di un sistema di comunicazione interna, diffuso e articolato a tutti i livelli.**

5.1.1. Il sistema garantisce l'informazione, la partecipazione e la condivisione, ai fini del perseguimento delle strategie e degli obiettivi aziendali.

La comunicazione interna al nostro ente è assicurata a diversi livelli attraverso la messa a disposizione dei principali documenti contenenti strategie e obiettivi aziendali (ad esempio lo statuto della cooperativa, il manuale della qualità, la relazione annuale) e attraverso varie attività e modalità:

- **assemblee periodiche** per i soci e/o per tutto il personale per la presentazione del bilancio e per la sua approvazione;
- **riunioni settimanali delle equipe** con relativa compilazione del verbale dove vengono registrati tutti gli argomenti discussi e le decisioni prese;
- **riunioni settimanali degli educatori;**
- **incontri periodici di formazione e di supervisione** secondo il piano annuale previsto;
- **audit interni periodici** su argomenti di volta in volta programmati;
- **aggiornamento continuo e relativa consultazione del quaderno delle consegne** definito "diario di bordo" (ciascuna struttura comunitaria ha il proprio) per la continuità informativa nei turni di lavoro;
- **aggiornamento verbale tra il personale in turno** sulle condizioni degli utenti e dell'organizzazione del momento;
- **formalizzazione delle richieste verbali e scritte e delle osservazioni personali degli utenti all'equipe** attraverso la registrazione delle stesse sul verbale d'equipe;
- **utilizzo di bacheche** per informazioni o comunicazioni di servizio di carattere generale;
- **comunicazioni cartacee e e-mail** a scopo informativo o contenenti direttive specifiche;
- **pubblicazioni sul sito internet** dei principali documenti (manuale della qualità, relazione annuale, carta dei servizi ,risultati del questionario sul clima aziendale);
- **incontri col Responsabile** per ascoltare e discutere qualsiasi problema posto da operatori e utenti.

## **5.2. L'organizzazione definisce e utilizza periodicamente modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione.**

### 5.2.1. è disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle attività di valutazione

Periodicamente la cooperativa sociale Cento Fiori effettua una indagine per la **valutazione del clima aziendale e la soddisfazione del personale**. A tal fine viene utilizzato un questionario appositamente costruito. Una volta elaborati i risultati, questi vengono comunicati e diffusi dalla direzione/presidenza al personale nelle varie forme sopra citate.

### 5.2.2. I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto

*I risultati dei questionari vengono diffusi dalla direzione al personale via mail e appesi nelle bacheche di ogni struttura comunitaria e della sede legale.* Inoltre vengono condivisi e commentati in assemblea dei soci e in ogni ambito grupale che la nostra organizzazione predispone con l'obiettivo di implementare l'ascolto dei suggerimenti da parte del personale.

### 5.2.3. Sono pianificate le azioni conseguenti.

**I risultati del questionario** elaborati dal sistema Qualità vengono **visionati dal consiglio di amministrazione**. Qualora si rileva una particolare situazione o l'evidenza di una qualche criticità, tale situazione viene discussa per prendere decisioni sulle azioni da svolgere in merito.

## **5.3. L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini.**

### 5.3.1. Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione

**All'interno dell'organizzazione, la carta dei servizi è lo strumento che garantisce ampia informazione.** Descrive in modo dettagliato l'attività delle nostre strutture comunitarie e fornisce informazioni a tutti gli interessati, al semplice cittadino che vuol capire la tipologia di servizio che rappresentiamo e ai più diretti interessati, come gli utenti, i loro familiari e gli operatori dei servizi invianti (soprattutto Ser.T. e C.S.M.). Nella carta dei servizi vengono indicati i prodotti offerti e anche entro quanto tempo viene effettuato il colloquio finalizzato all'ingresso in struttura.

### 5.3.2. Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.

**La carta dei servizi è specifica per ogni struttura: la tipologia del servizio e l'utenza destinataria, le finalità terapeutiche del programma proposto, le risorse disponibili per l'attuazione del servizio, l'organizzazione del trattamento, le modalità di trattamento, le modalità di accesso, prodotti offerti.** Viene spesso utilizzata anche una **brochure** più sintetica e fruibile, contenente comunque le informazioni fondamentali sulle nostre strutture comunitarie; tale brochure viene messa a disposizione del pubblico e dell'utenza sia nella sede principale del nostro ente, sia in tutte le altre sedi e situazioni di contatto col pubblico e/o con i servizi d'invio a cui accede la nostra utenza potenziale.

#### 5.4. L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico–assistenziali e delle attività di promozione della salute.

5.4.1 È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.

Il sistema di cura messo in atto nelle nostre strutture comunitarie prevede, come descritto nella procedura di ingresso e interfaccia tra strutture, la *condivisione a tre* (con la firma del paziente, dell'operatore del servizio inviante e dell'operatore della struttura comunitaria) *del progetto terapeutico dell'utente*. Ciò significa che il progetto viene ampiamente discusso e condiviso fino alla definizione di tutti gli obiettivi; inoltre lo stesso può essere anche modificato (sempre in condivisione) durante il prosieguo della terapia. L'accordo di fornitura attualmente in vigore con l'Az. USL della Romagna prevede l'uso della "Scheda di Area Vasta" che definisce e descrive i dati del paziente e gli obiettivi prefissati. Per la struttura COD L'Airone le informazioni condivise sul progetto del paziente sono contenute all'interno del programma SISTER-CT in rete con i Sert del Ferrarese.

#### 5.5. L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di: - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale; - migliorare i percorsi assistenziali; - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente; - prevenire i disservizi.

5.5.1. Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, promossi dalla Regione, derivanti dalla letteratura (es: indagini qualità percepita, focus group, indagini etnografiche, ecc.).

I pazienti delle nostre strutture comunitarie sono molto coinvolti nel processo assistenziale che li riguarda, infatti l'obiettivo fondamentale che cerchiamo di perseguire durante il programma è quello di autonomizzare il più possibile il paziente coinvolgendolo nella costruzione del progetto. Naturalmente il coinvolgimento passa anche attraverso la collaborazione che si concretizza con la **compilazione del questionario di gradimento** (qualità percepita). Il questionario indaga i vari ambiti dell'organizzazione della terapia e della struttura; vengono richieste osservazioni, se ce ne sono, e suggerimenti per migliorare il servizio.

5.5.2. Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).

Il *coinvolgimento nella costruzione del progetto* di cui sopra riguarda *anche i servizi inviati* (che hanno il compito insieme alla struttura di monitorare il progetto) *ed i famigliari*; questi ultimi vengono coinvolti negli appositi incontri previsti dal programma terapeutico. Si tratta di *incontri* preventivamente *concordati*, con finalità di tipo psicoterapico *per l'intero nucleo familiare* o con finalità di chiarire tra loro alcuni aspetti relazionali. In queste occasioni vengono accolte eventuali indicazioni, richieste e/o suggerimenti sui nostri servizi di cui le nostre equipe di lavoro tengono conto per stabilire, qualora sia necessario, azioni di tipo correttivo o di miglioramento nella gestione della struttura. Inoltre un'ulteriore fonte di ascolto attivo dei pazienti sono le riunioni terapeutiche e organizzative che si svolgono nelle nostre strutture comunitarie: i verbali di tali riunioni contengono molte informazioni in tal senso.

5.5.3. È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi ...

Il *questionario di gradimento* utilizzato nelle strutture comunitarie è stato *pensato e strutturato anche per raccogliere eventuali rilievi e/o suggerimenti da parte dell'utenza*. I risultati del questionario, oltre ad essere riportati nella relazione annuale, vengono comunicati e messi a disposizione degli stessi utenti nelle apposite bacheche.

5.5.4. Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.

Le eventuali criticità riscontrate attraverso il questionario di gradimento, l'osservazione della quotidianità e l'ascolto nei momenti gruppali costituiscono la base di partenza per progettare azioni di miglioramento del servizio. Un'altra *fonte fondamentale per rilevare e gestire gli eventuali disservizi*, reali o potenziali, è la prassi oramai consolidata da anni della *raccolta delle non conformità* da parte degli operatori. Le non conformità, riportate su apposito modulo, vengono visionate e discusse nelle riunioni d'equipe delle strutture comunitarie; successivamente e periodicamente sono oggetto di approfondimento. Tutto ciò è descritto in dettaglio nella **procedura generale per le azioni correttive, preventive e di miglioramento**.

5.5.5. Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il ri-accadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.

Il risultato dell'indagine che deriva dal questionario di soddisfazione e l'analisi periodica delle non conformità può comportare, secondo il grado di criticità rilevate, **l'implementazione delle azioni di miglioramento** rispetto ai servizi erogati in tutte le nostre strutture comunitarie o, secondo i casi, solo in alcune. Ciò viene riportato e descritto anche nella carta dei servizi e nella relazione annuale; tali documenti sono poi oggetto di **pubblicazione sul sito Web** della Cooperativa.

5.5.6. Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.

Annualmente i *responsabili* delle strutture terapeutiche, *insieme alla direzione/presidenza*, *definiscono il piano annuale delle attività che tiene conto anche dei risultati derivanti dell'analisi di eventuali non conformità/disservizi* secondo quanto sopra descritto.

## 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza

## 6.1. La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.

6.1.1. I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.

La **procedura per la gestione clinica** è specifica per ciascuna struttura comunitaria e descrive *le attività cliniche svolte*; queste ultime vengono attuate con modalità (colloqui clinici, test diagnostici, conduzioni di gruppi terapeutici, ecc.) che *seguono protocolli, linee guida e percorsi di cura/assistenza basati sui principi della evidence based medicine*. Lo scopo di questa procedura è definire la tipologia delle attività clinico-terapeutiche e le modalità che le strutture attuano per la loro realizzazione. L'obiettivo è di rendere note e dettagliare le attività clinico-terapeutiche che sono garantite all'utenza.

Gli strumenti diagnostici e le tecniche psicoterapiche individuali e di gruppo sono ampiamente riconosciute dalla comunità scientifica. Le attività di carattere clinico-terapeutico sono gestite dal personale coinvolto nel servizio, ciascuno secondo i propri ruoli e livelli di competenza.

Le procedure, le linee guida ed i regolamenti interni seguiti sono contenuti sul server di ogni struttura.

6.1.2. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.

**Le attività di valutazione degli esiti** sono svolte periodicamente (almeno annualmente) con la partecipazione di tutto il personale di ogni struttura. Nella relazione annuale vengono riportati e analizzati i risultati dei prodotti offerti da ogni struttura in relazione agli indicatori e agli standard definiti. Accanto agli indicatori relativi ai servizi descritti per ogni struttura comunitaria, vengono analizzati anche gli indicatori di risultato richiesti dalla regione Emilia-Romagna.

6.1.3. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.

**La pianificazione annuale**, nel definire anche **gli obiettivi di budget**, tiene conto delle linee di indirizzo date dalla regione Emilia-Romagna e in tal senso indirizza le scelte. Tali scelte sono sempre condivise con i professionisti coinvolti nella gestione della terapia, per gli aggiornamenti e/o l'apprendimento delle metodiche e delle tecniche più appropriate ai fini del miglioramento dei servizi offerti all'utenza.

6.1.4. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.

**La pianificazione annuale** della Cooperativa prevede, anche attraverso la supervisione di un esperto esterno, l'attenzione continua alle tecniche utilizzate nella pratica terapeutica quotidiana con la nostra utenza. Perciò la verifica dell'uso delle linee guida e delle buone pratiche raccomandate, sia negli interventi di tipo pedagogico sia in quelli di tipo psicoterapico, è costante.

Citiamo alcuni esempi a cui la nostra prassi clinica fa riferimento:

- La “raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari”.
- Le “linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell’allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie”.
- Le “linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità”.
- Le “linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci”.

6.1.5. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.

La direzione stabilisce un sistema strutturato ai fini di valutare l’efficacia e l’appropriatezza dei servizi erogati nelle nostre strutture. Tale sistema è basato sull’analisi dei dati, in gran parte riportati nella relazione annuale. Ma l’attenta analisi dei dati delle nostre attività ci rimanda ad una nostra caratteristica operativa che si basa sulla costante osservazione del nostro operare nel particolare campo delle dipendenze patologiche. In tal senso *la supervisione esterna delle attività terapeutiche è costantemente presente in tutti i piani annuali della formazione, con l’obiettivo dichiarato di garantire una verifica costante dell’aderenza alle linee guida e di osservare le necessità di innovazione a partire dall’approfondimento delle basi teoriche che sottostanno alle nostre modalità operative.*

6.1.6. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive.

L’analisi dei dati è fondamentale per un’eventuale modifica delle nostre modalità operative e per poter prendere decisioni sia sull’indirizzo delle formazioni successive sia per dare indicazioni al consiglio di amministrazione in ambito di pianificazione.

**6.2. La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.**

6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.

Il particolare ambito di intervento delle nostre strutture comunitarie non comporta il *rischio clinico* classico dell’ambiente ospedaliero, bensì quello *legato alla gestione psicologica e psichiatrica della nostra utenza*. La Cooperativa, a tal proposito, definisce un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente. A tal fine ha dotato le proprie strutture di apposite **procedure per la gestione delle emergenze e del rischio in ambito clinico**, secondo le modalità e le necessità di ognuna. – Quando il rischio riguarda gli operatori e perciò si parla di sicurezza per questi ultimi ci si rifà alla **“Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”** del Ministero della Salute (raccomandazione n° 8 del novembre 2007).

6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.

Le principali attività di verifiche periodiche nella gestione del rischio clinico sono gli **audit interni** organizzati periodicamente e/o all’occorrenza per il monitoraggio di tale fenomeno.

Parallelamente **l'analisi e la gestione delle non conformità**, che riguardano un rischio clinico reale o potenziale, aiuta a implementare eventuali azioni di miglioramento. Un esempio di rischio clinico riguarda la gestione di momenti comportamentali/psicologici critici dei nostri utenti, per questo è stata creata da alcuni anni **l'istruzione operativa per la de-escalation**.

6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.

La procedura per la **“gestione delle emergenze e del rischio in ambito clinico”** definisce anche i livelli e le tipologie di responsabilità per la gestione di queste attività in relazione agli ambiti e alla tipologia di attività svolta in ogni struttura. In particolare la procedura ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità che le strutture attuano per la gestione di un'eventuale situazione di emergenza di tipo medico/clinico o nella convivenza comunitaria.

6.2.4. Il Piano programma include le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Le nostre strutture comunitarie non sono dotate delle procedure per la prevenzione delle infezioni, come invece dovrebbe attuare un reparto ospedaliero. Tuttavia abbiamo delle *dotazioni minime, nelle cassette di primo soccorso e nelle infermerie dei due COD*, che prevedono l'uso di guanti in lattice, mascherine e occhiali per i casi in cui un paziente si ferisca o abbia una fuoriuscita di materiale ematico (o altro fluido corporeo).

### **6.3. La struttura adotta strumenti/metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.**

6.3.1. è presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo delle modalità di restituzione a professionisti e stakeholder.

Rimanendo in tema di rischio clinico, un esempio di strumento per identificare e segnalare eventi realmente accaduti o solo potenziali è la *scheda dell'Incident Reporting* (**“scheda di segnalazione spontanea degli eventi” per la gestione del rischio clinico**), come indicato dalla regione Emilia-Romagna. Allo stato attuale non si sono mai verificati incidenti così gravi, tali da utilizzare questo tipo di scheda. **Un'altra modalità, meno diretta, per gestire il rischio clinico è rappresentata dall'analisi delle non conformità; quando queste ultime riguardano un rischio clinico, reale o potenziale, diventano oggetto di approfondimento da parte della struttura dove vengono rilevate con lo scopo di cercare soluzioni per evitarne il ri-accadimento. L'analisi e la classificazione delle non conformità vengono poi riportate nella relazione annuale; quest'ultima viene poi messa a disposizione di tutti sul sito internet e nelle bacheche, oltre che comunicata e discussa nelle riunioni d'equipe delle strutture.**

### 6.3.2. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.

Da diversi anni non abbiamo registrato, nelle nostre strutture comunitarie, eventi tali da richiederne la segnalazione in regione. Tuttavia i nostri operatori hanno ricevuto ugualmente la formazione e le informazioni necessarie per la segnalazione di tali eventi in caso di necessità. Tale prassi viene rispettata ogni volta che c'è una nuova assunzione.

### 6.3.3. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.

La Cooperativa da vari anni ha adottato la procedura per la gestione degli audit, laddove i fenomeni definibili di maggiore gravità sono comunque riconducibili agli abbandoni del programma comunitario da parte dei nostri pazienti. In tal caso **l'Audit sugli abbandoni** viene fatto almeno una volta l'anno. Possiamo di fatto considerare questo dell'*abbandono tra gli eventi avversi maggiormente gravi per i rischi potenziali che contiene* (il rischio maggiore e più temuto naturalmente è quello dell'over dose). In tali casi la comunicazione (tempestiva) dell'abbandono viene sempre fatta sia ai servizi d'invio sia ai familiari del paziente affinché il monitoraggio della situazione, non essendo più di nostra competenza e presentando comunque la connotazione di rischio, possa essere continuato in altro ambito.

### 6.3.4. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.

Ogni specifica struttura utilizza tutte le volte che è necessario le indicazioni contenute nella procedura per la gestione del rischio clinico. **La procedura descrive vari tipi di situazioni da gestire ed indica le azioni specifiche da svolgere**; si tratta di veri e propri piani d'azione da attuare secondo il tipo di situazione. Successivamente queste situazioni vengono analizzate nelle riunioni d'equipe settimanali che si svolgono in ciascuna struttura, anche per controllare se le azioni di verifica previste in procedura sono state svolte correttamente.

### 6.3.5. Sono adottati strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).

Nelle riunioni d'equipe settimanali vengono esaminati gli eventi che comportano rischi, anche solo potenziali, allo scopo di **progettare dei gruppi di lavoro (tipo FMEA) con la finalità di analizzare i possibili difetti nel percorso di cura ed implementare dei cambiamenti per garantire una maggiore sicurezza delle cure**. Un esempio di questo tipo di lavoro è un recente progetto di miglioramento che ha permesso un cambiamento nella comunità terapeutica di Vallecchio tra il 2017 e il 2018 e che ha riguardato **la modificazione di una scheda per la valutazione dell'utenza** prima di progredire ad una fase successiva del programma.

### 6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.

Riguardo ai pazienti, il **programma per la gestione del rischio**, così come previsto nella procedura sopra accennata, è **monitorato e verificabile nei verbali degli audit effettuati**

**durante l'anno;** inoltre il responsabile monitora e discute eventuali situazioni critiche nelle riunioni d'equipe settimanali.

Per ciò che riguarda gli operatori il responsabile insieme alla direzione definisce il piano di controllo dei rischi e ne monitora lo stato di attuazione attraverso la verifica costante dell'applicazione delle linee guida e le raccomandazioni.

6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.

La raccolta, l'analisi e la valutazione dei dati ci conducono molto spesso alla progettazione di azioni di miglioramento. L'esempio sopra riportato di progetto di miglioramento, riguardante la scheda di valutazione dell'utenza, **parte dalla valutazione dei dati** di attività con i nostri pazienti (nel caso specifico utilizzando un'analisi tipo FMEA) e **ci ha permesso di modificare lo strumento precedentemente adottato** in modo da migliorarne le condizioni e facilitare una maggiore auto-consapevolezza, al fine di ridurre il più possibile le ricadute nel prosieguo della terapia. A suo tempo **la scheda per la gestione del rischio over dose**, valida tuttora nell'utilizzo con i nostri pazienti, è **nata da** un analogo progetto di miglioramento ed è frutto di **una approfondita analisi sui dati interni riguardanti gli abbandoni dei programmi comunitari e le caratteristiche dei sintomi presentati da quei pazienti che avevano abbandonato il programma.**

## 7. Processi di miglioramento ed innovazione

7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.

7.1.1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.

Normalmente i processi di miglioramento vengono definiti a partire da:

- i piani annuali delle attività definiti con la direzione che prevedono obiettivi generali per tutte le strutture e specifici per ogni singola struttura;
- i risultati dei sistemi di verifica e analisi dei dati, soprattutto dove vengono rilevate delle criticità.

Il programma per il miglioramento adottato dalla Cooperativa prevede l'uso della **procedura generale che definisce** le modalità in cui viene svolta **un'azione di miglioramento**. La procedura **definisce anche i criteri per stabilire le responsabilità**, i

**ruoli** da attribuire agli operatori che partecipano al lavoro, **i tempi** e la **valutazione/misurazione dei risultati**.

Nei casi in cui si ritiene necessario il miglioramento delle competenze di una intera equipe, ad esempio: implementare le conoscenze su un determinato argomento, viene programmata una formazione specifica che in genere rientra nel piano annuale della formazione.

La responsabilità per il miglioramento è delegata, per ogni singola struttura, al responsabile della struttura stessa in accordo con la direzione. Per ogni specifica azione/ progetto di miglioramento nella fase di pianificazione il responsabile si occupa anche di reperire le eventuali risorse per organizzarne la specifica attività formativa.

7.1.2. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).

Le principali attività di miglioramento organizzate dalla cooperativa sono quelle che partono dalla constatazione che le nostre strutture comunitarie sono organizzate e fondate sugli stessi principi teorici di base; ciò permette di programmare più facilmente l'attività di formazione. Ne consegue che le azioni/attività per il miglioramento delle competenze è tra le cose più importanti nell'ottica dell'implementazione delle nostre capacità clinico-terapeutiche. Le **attività di miglioramento** sono realizzate e **definite dalle modalità descritte nell'apposita** (già citata) **procedura**.

7.1.3. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.

I progetti di miglioramento sono strutturati e definiti secondo uno schema che definisce le **motivazioni**, le **modalità di attuazione**, la **responsabilità**, i **partecipanti al gruppo di lavoro**, il monitoraggio dei **tempi e dello stato di avanzamento dei progetti**.

Un'apposita scheda sintetizza l'evoluzione del lavoro raccolto con i verbali degli incontri del gruppo delegato al progetto.

7.1.4. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.

Al termine del lavoro su un progetto di miglioramento avviene la **comunicazione dei risultati al gruppo che ha deciso/commissionato il lavoro di miglioramento**. Tali **risultati** vengono poi **comunicati anche alla direzione/presidenza della cooperativa**, qualora non sia stata quest'ultima a commissionare il lavoro, per opportuna conoscenza e approvazione, in particolare se il nuovo progetto comporta anche l'adozione di un eventuale budget aggiuntivo.

7.2 L'organizzazione rileva il fabbisogno tecnologico.

7.2.1 L'introduzione di nuove tecnologie è valutata ai fini della selezione, acquisizione e allocazione coerentemente con le indicazioni regionali.

La cooperativa aggiorna e/o implementa le **dotazioni tecnologiche** delle nostre strutture comunitarie anche **in base alle indicazioni regionali**. L'esempio più recente in tal senso è

dato dall'indicazione della regione Emilia-Romagna (nei primi mesi del 2017) in seguito agli sviluppi del "Progetto di Modernizzazione", in merito all'uso sperimentale del **sistema informativo SistER** (già adottato nei servizi pubblici Ser.T. della regione) **nella sua versione SistER-CT**, per mettere gradualmente in rete le strutture comunitarie.

A tale scopo ogni struttura è stata dotata di nuovi hardware in grado di supportare l'applicativo SistER-CT; nel COD di Argenta questo sistema viene utilizzato già da oltre un anno in rete con i Ser.T. del Ferrarese mentre nelle nostre strutture riminesi il collegamento non è stato attuato dal locale Ser.T. di Rimini.

### **7.3 L'organizzazione adotta e mette in atto modalità per la rilevazione e la valutazione dei fabbisogni di innovazioni tecnico – professionali e organizzative.**

7.3.1. È coinvolto il personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.

Il **personale** delle strutture comunitarie gestite dalla Cooperativa viene **coinvolto direttamente nei momenti** in cui è necessario attuare **delle innovazioni di tipo tecnologico e/o organizzativo**. Nelle apposite riunioni d'equipe settimanali, ciascuna struttura comunitaria definisce le eventuali necessità. Alcuni esempi sono:

- La dotazione dei nuovi test per la rilevazione del tasso alcolico che permette di risalire, nell'assunzione di alcool, anche al giorno prima dell'effettuazione del test (al contrario dell'etilometro che risale a solo poche ore prima).
- L'acquisto del nuovo manuale pratico ICD-10 (che fa riferimento alla classificazione dei disturbi mentali) su richiesta della regione Emilia-Romagna, di passare dalla codifica dei disturbi psichici secondo il sistema del DSM IV alla codifica degli stessi disturbi secondo la codifica dell'ICD-10.
- Il rinnovo periodico del parco auto nelle varie strutture.
- La revisione e rinnovo periodico della mobilia in ciascuna struttura.

**L'istruzione operativa per la rilevazione dei fabbisogni** definisce le modalità attuate dalle strutture a tale scopo e specifica i livelli di coinvolgimento del personale.

7.3.2. È monitorata l'efficacia del percorso di innovazione attraverso una valutazione periodica.

**Il personale è coinvolto** non solo nella fase della rilevazione del fabbisogno, come definito anche nell'apposita istruzione operativa, ma **anche nella fase di valutazione**. Normalmente, ogni volta che viene introdotta un'innovazione, viene valutata l'efficacia attraverso la verifica dei risultati e/o dei miglioramenti prodotti. Di solito queste valutazioni vengono effettuate nelle riunioni d'equipe, riportandole negli appositi verbali, o dalla presidenza/direzione nella relazione e nel feed-back con i responsabili delle strutture. La direzione/presidenza è in tal modo coinvolta sia in fase di decisione delle innovazioni apportate sia in fase di valutazione delle stesse.

### **7.4 L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza, didattica, ricerca.**

7.3.3. Sono adottati strumenti per regolare la didattica e la presenza in servizio di personale in formazione (studenti, tirocinanti, specializzandi).

Da molti anni la Cooperativa ha stipulato **convenzioni con diverse università e scuole di specializzazione in psicoterapia per** la realizzazione di percorsi di  **tirocinio**. Le convenzioni con le università riguardano soprattutto il corso di studi in psicologia e il corso di studi in scienze della formazione e definiscono le modalità di attuazione di percorsi di formazione per studenti in fase di tirocinio. In particolare la convenzione con la facoltà di psicologia dell'università di Bologna ha previsto, da alcuni anni, la **valutazione e l'approvazione del progetto di tirocinio** (su cui si basa la convenzione) **da parte del consiglio dell'ordine degli psicologi** della regione Emilia-Romagna. Ciò è stato possibile in virtù del fatto che le equipe delle nostre strutture comunitarie sono dotate di un numero consistente di psicologi-psicoterapeuti.

Le convenzioni con le scuole di specializzazione in psicoterapia per noi sono molto importanti perché permettono ai diversi tirocinanti di esperire una pratica clinica importante nell'osservazione dei nostri pazienti e, al tempo stesso, dà rilievo alle nostre strutture perché vi è un riconoscimento della qualità del nostro intervento clinico da parte di diverse scuole, a loro volta riconosciute dal "Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica". Per citarne solo alcune:

- La SIPRE (Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione) di Roma.
- La S.I.P.T. (Società Italiana di Psicopsintesi Terapeutica) di Firenze.
- L'Istituto "Studio di Psicodramma" di Milano.
- La SMIPI (Scuola Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi) di Bologna.
- La IFREP (Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica SSPC) di Roma.
- Diverse altre.....

Dalle convenzioni sopra citate, consegue che le nostre equipe di lavoro sono frequentemente integrate dalla presenza di diversi tirocinanti. Tali presenze sono disciplinate sia dai regolamenti contenuti nelle convenzioni sia dalla nostra **procedura per l'inserimento** dei neo-assunti e **dei tirocinanti** dove inizialmente la parte iniziale di formazione è simile. A tutto ciò si deve aggiungere una **collaborazione** che va avanti da diversi anni **con la facoltà di scienze della formazione** di Bologna, della sede di Rimini, in cui siamo stati chiamati, in qualità di supporto ai docenti, a diversi eventi organizzati dall'università per l'attività di formazione/informazione degli studenti e, in altri casi, per l'analisi e l'approfondimento dei dati riguardanti gli esiti nelle nostre strutture comunitarie.

#### 7.3.4. È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività di ricerca/studi clinici.

Con una certa frequenza accade di rispondere a richieste di docenti universitari di partecipare a ricerche scientifiche che implicano il coinvolgimento dei nostri pazienti. Quando ciò accade viene richiesta la partecipazione solo in forma volontaria e viene sempre **garantita la massima trasparenza attraverso l'informazione sugli esiti prodotti dalla ricerca.**

In alcuni casi si è trattato di coinvolgimenti personali di alcuni singoli pazienti che presentano sintomi/caratteristiche particolari, divenuti oggetto di ricerche universitarie

attraverso l'applicazione di test o questionari; anche in questi casi si è sempre garantita la "restituzione" dell'esito e/o dei risultati prodotti.

#### 7.3.5. È promossa l'adozione di innovazioni che derivano dalla ricerca svolta.

Ogni volta che le **modalità di ricerca e collaborazione** (in particolare con le università) lo permettono, la cooperativa si adopera sempre affinché tali **occasioni** siano motivo **per valutare la possibilità di introdurre delle innovazioni**. Ricerche approfondite sugli esiti dei trattamenti elaborate dalle università ci hanno dato la possibilità di esaminare alcune variabili statistiche che usualmente non valutiamo per il nostro campione di pazienti e che invece hanno fornito ai nostri professionisti una visione diversa sugli stessi esiti così da adottare modelli di cura innovativi.

**Un esempio molto importante riguarda l'adozione della tecnica DBT** (Dialectical Behavior Therapy) per il trattamento dei disturbi gravi di personalità. Tale tecnica è stata proposta, come metodo di cura (aggiuntiva alle altre da noi già adottate), dalla regione Emilia-Romagna ma era già presente come costrutto teorico nei nostri professionisti in seguito alle ricerche e alle riflessioni di cui sopra che hanno evidenziato una crescita sempre maggiore dei disturbi gravi di personalità correlati alle dipendenze patologiche. La scelta che abbiamo adottato ci ha condotti nel tempo ad aggiungere, dopo il periodo sperimentale, questa tecnica alle altre già in uso nelle nostre strutture riminesi, come risulta nella carta dei servizi.

## 8. Umanizzazione

### 8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.

8.1.1. Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità

La caratteristica fondamentale di tutte le strutture comunitarie da noi gestite è quella di considerare l'utente/paziente centrale nella sua soggettività e nelle sue necessità. Perciò, come definito nella carta dei servizi e anche nella procedura per la gestione degli aspetti clinici, *le modalità di accesso alla struttura e la successiva dimissione da quest'ultima sono sempre molto personalizzate*; tengono conto delle peculiarità e delle caratteristiche di ciascuno nel *rispetto delle eventuali differenze religiose, politiche, d'età, di genere, di diverso orientamento ed identità sessuale*.

#### 8.1.2. È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali

Gli **aspetti relazionali** rappresentano il **fulcro su cui si basa la terapia** con l'utenza; di conseguenza i piani che vengono fatti annualmente per la **formazione non prescindono mai da tali aspetti**. Una tecnica importante (ma non la sola) utilizzata nelle nostre strutture comunitarie è quella "operativa" per la gestione dei gruppi; tale tecnica trae origine dalla scuola psicoanalitica argentina applicata alle strutture psichiatriche e con la quale le equipe delle nostre strutture si sono formate ormai da molti anni. Ciò significa che ogni volta che abbiamo un neoassunto ci si preoccupa di formarlo anche secondo queste teorie di riferimento in cui l'aspetto gruppale/relazionale ha un'importanza preponderante. Inoltre, nell'ottica della formazione, la parte dedicata alla supervisione del lavoro con i pazienti parte sempre anche dall'analisi della relazione. Ciò è rintracciabile nei verbali delle supervisioni.

#### 8.1.3. Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti

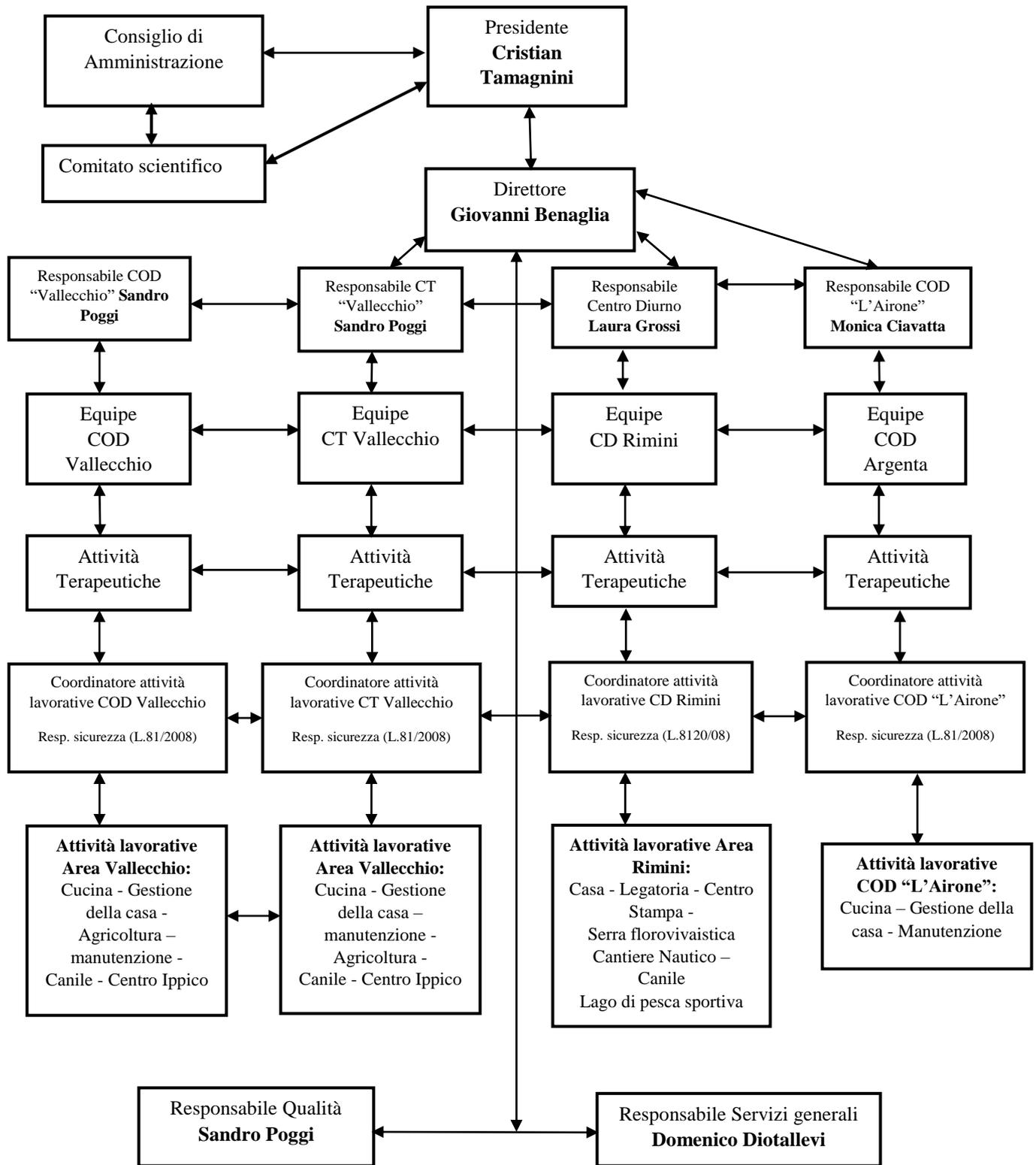
La qualità della relazione con l'utenza è facilmente rilevabile attraverso alcuni item del questionario di gradimento che indagano proprio sulla qualità della relazione percepita con i professionisti. In particolare viene chiesto di valutare le singole relazioni con lo psicologo, il medico e l'educatore. Naturalmente tali indagini servono poi, qualora necessario, a rivedere gli aspetti relazionali con l'utenza. Al di là dei risultati del questionario, solitamente positivi o molto positivi, abbiamo un ulteriore feed-back sulla percezione della qualità relazionale con l'utenza anche durante i contatti diretti nei vari momenti della quotidianità.

#### 8.1.4. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA.

I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (**PDTA**) *si realizzano* nelle strutture comunitarie *attraverso le schede, elaborate in collaborazione con i servizi d'invio*, contenenti i progetti e gli obiettivi che li costituiscono; si garantisce così la partecipazione e la condivisione da parte del cittadino/utente (e spesso dei suoi familiari) al progetto terapeutico che lo riguarda attraverso la firma del documento. Le informazioni contenute in tali documenti oltre a definire gli aspetti clinici della terapia (con la partecipazione diretta del paziente) soddisfano anche quelli amministrativi. Trattandosi di modalità attuative (documentate) dei progetti che prevedono verifiche durante il percorso di cura, viene garantita anche la possibilità di miglioramento del progetto terapeutico quando possibile e/o necessario.

## **Allegati al manuale**

# Allegato 1 - Organigramma strutture comunitarie gestite dalla Coop. Cento Fiori



## Allegato 2 – Funzionigramma/risorse umane impiegate nelle strutture comunitarie della Cooperativa sociale Cento Fiori

Nome	Cognome	Struttura di riferimento	Ruolo/funzione	Livello CCNL / contratto	ore
Cristian	Tamagnini	Sede legale e amministr. Rimini	Presidente Coop. Cento Fiori - Educatore professionale	F2	38
Giovanni	Benaglia	Sede legale e amministr. Rimini	Direttore Coop. Cento Fiori	Contratto di prestazione professionale autonoma	15
Sandro	Poggi	COD e CT "Vallecchio"	Psicologo - Responsabile COD e CT	F2	38
		Tutte le strutture	Responsabile Qualità strutture comunitarie		
Gabriella	Maggioli	COD e CT "Vallecchio"	Psicologa – vice responsabile COD e CT "Vallecchio"	E2	38
Riccardo	Bolognesi	COD e CT "Vallecchio"	Educatore professionale	E1	38
William	Giardi	COD "Vallecchio"	Psichiatra COD	Libera professione	6
Leonardo	Montecchi	COD "Vallecchio"	Psichiatra COD	Libera professione	6
Stefano	Ferri	COD "L' Airone"	Psichiatra COD	Libera professione	6
Gloria	Calloni	COD e CT "Vallecchio"	Sociologa COD – Coordinatrice strutture COD e CT	F1	38
Michele	D'Alessio	COD "Vallecchio" e Centro Diurno	Psicologo COD e Centro Diurno	D2	38
Debora	Santini	COD "Vallecchio"	Psicologa COD (+ supporto in CT)	Libera professione	30
Claudia	De Carli	CT "Vallecchio"	Psicologa CT	D2	38
Federico	Olei	CT "Vallecchio"	Psicologo CT (+ supporto test nel COD)	F1	38
Olivier	Carlassara	COD "L' Airone"	Psicologo CT	E2	38
Cristina	Rinaldi	COD e CT "Vallecchio"	Educatrice Professionale – Coordinatrice degli educatori COD e CT	D2	38
Monica	Ciavatta	COD "L' Airone"	Responsabile COD "L' Airone"	F2	8
Donato	Zlotek	COD "L' Airone"	Coordinatore COD "L' Airone"	E1	38
Raffaele	Caserta	COD e CT "Vallecchio"	Operatore di comunità COD+CT (sostituzioni)	D1	38
Simona	Longo	COD "Vallecchio"	Educatrice professionale COD	D1	38
Chiara	Gentili	COD "Vallecchio"	Educatrice professionale COD	D1	38
Saeda	Bonci	COD "Vallecchio"	Educatrice professionale COD	D1	25
Daniela	Monti	CT "Vallecchio"	Educatrice professionale CT – Referente Qualità strutture comunitarie	D2	30
Luca	Paccusse	CT "Vallecchio"	Educatore professionale CT	D1	38
Eugenio	Pari	COD "Vallecchio"	Educatore professionale CT	D2	38
Andrea	Ambrosani	CT "Vallecchio"	Educatore professionale CT	D2	38
Serena	Ruffo	COD "Vallecchio"	Infermiera professionale COD	D1	25
Claudia	Canuti	CT "Vallecchio"	Educatrice professionale CT	D2	38
Elisabetta	Boffa	CT "Vallecchio"	Educatrice professionale CT	D1	38
Paola	Calcagnini	COD e CT "Vallecchio"	Operatore di comunità (titolo regionale) Veterinario Resp. attività con animali	E2	24
Riccardo	Vergari	CT "Vallecchio"	Custode CT - Addetto a sorveglianza e custodia	A1	18
Stefano	Gamberini	COD "L' Airone"	Educatore professionale CT	D1	38
Alfredo	Pellegrini	COD "L' Airone"	Educatore professionale CT	D1	38

Luca	Zampini	COD "L' Airone"	Educatore professionale CT	D1	38
Elena	Sangiorgi	COD "L' Airone"	Educatrice professionale CT	D1	38
Alessia	Bagordo	COD "L' Airone"	Educatrice professionale COD	D1	25
Marica	Pietroni	COD "L' Airone"	Infermiera professionale COD	D1	12
Fabiola	Gomez	Centro Diurno	Educatrice professionale CD	D2	38
Laura	Grossi	Centro Diurno	Pedagoga - Responsabile CD	E2	38
Mirco	Cicchetti	Centro Diurno	Operatore di comunità (titolo regionale) Resp. attività serra	E1	38
Domenico	Diotallevi	Sede amministrat. Rimini	Direttore amministrativo	F2	10
Wilma	Gabrielli	Sede amministrat. Rimini	Impiegata Servizi Generali	D2	10
Roberta	Baroni	Sede amministrat. Rimini	Addetto alla segreteria	B1	14
Marco	Sertori	Sede legale e amministrat. Rimini	Responsabile sicurezza delle strutture terapeutiche e delle attività della Coop. Cento Fiori	Contratto di fornitura con l'azienda Mare.A	

## **Allegato 3 - Carta dei servizi**

### La carta dei servizi delle strutture comunitarie gestite dalla Cooperativa sociale Cento Fiori

- ❑ **Breve storia e mission della Cooperativa “Cento Fiori”**
- ❑ **I servizi offerti**
- ❑ **L’accesso ai servizi**
- ❑ **Il dettaglio dei servizi erogati nelle strutture terapeutiche**
- ❑ **Il monitoraggio dei servizi offerti: indicatori e standard**
- ❑ **Indirizzi e recapiti**

#### **BREVE STORIA E MISSION DELLA COOPERATIVA “CENTO FIORI”**

La **Cooperativa Sociale “Cento Fiori”** è nata nel 1981 con l’idea dell’inserimento lavorativo a scopo terapeutico e per offrire delle alternative al fenomeno della tossicodipendenza. All’epoca ci si rese presto conto che senza l’ausilio di apposite strutture era impossibile fare cose concretamente utili, perciò furono aperte nel 1984 la Comunità Terapeutica di Vallecchio (Comunità terapeutica-residenziale) e, nel 1986, il Centro Diurno di Rimini (Comunità terapeutica-semiresidenziale). La loro gestione è stata fin dagli inizi mista, caratterizzata da uno stretto coordinamento pubblico-privato. Successivamente, sulla scorta dell’esperienza con la CT e in seguito alle mutate richieste e caratteristiche dell’utenza, la collaborazione con l’Azienda U.S.L. di Rimini si è concretizzata nel 2002 con la creazione del Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) di “Vallecchio” e l’introduzione di percorsi per utenti con doppia diagnosi nel Centro Diurno. Dal 2008 è stato ufficializzato, con apposita convenzione, il percorso per l’appartamento residenziale per il reinserimento. L’esperienza del COD di Vallecchio ha permesso poi di acquisire dal luglio 2010 la gestione del COD “L’Airone” di Argenta (FE).

## **I SERVIZI OFFERTI**

### ***Tipologia dei servizi ed utenza destinataria***

I servizi che la Cooperativa sociale Cento Fiori offre sono di tipo socio-sanitario e sono essenzialmente rappresentati da programmi terapeutici di tipo comunitario ed identificabili in diverse specifiche strutture:

- Il Centro di Osservazione e Diagnosi di Vallecchio
- Il Centro di Osservazione e Diagnosi "L'Airone" di Argenta
- La Comunità Terapeutica di Vallecchio
- Il Centro Diurno di Rimini
- L'appartamento per il reinserimento residenziale

Tutti i programmi sono destinati a pazienti/utenti che presentano problematiche che rientrano nel quadro generale delle dipendenze patologiche e delle doppie diagnosi (dipendenza patologica da sostanze associata a sintomatologia psichiatrica).

### ***Le finalità terapeutiche dei servizi***

**Nei Centri di Osservazione e Diagnosi** il lavoro terapeutico che viene svolto è di tipo diagnostico, disintossicante da sostitutivi e/o da psicofarmaci, e stabilizzante nell'eventuale terapia psicofarmacologica. La finalità ultima di questo tipo di programma è quella di produrre una diagnosi in un tempo ragionevolmente breve (tre mesi), che permetta di dare all'utente una precisa indicazione terapeutica e favorisca il raggiungimento del maggior equilibrio psico-fisico possibile.

**La Comunità Terapeutica** prevede un programma personalizzato che punta al raggiungimento di obiettivi terapeutici che rappresentino una evoluzione ed una progressiva autonomizzazione della persona. La finalità principale è creare un percorso progressivo che permetta una graduale verifica delle reali possibilità dell'utente, sulla base delle risorse (in particolare quelle psicologiche) a disposizione.

**Il Centro Diurno** è un programma semiresidenziale che, in quanto tale ed essendo molto legato al territorio, propone un percorso personalizzato analogo a quello della comunità terapeutica ma con possibilità ancor più evolutive. La finalità principale è infatti quella di creare gradualmente quei legami col territorio in modo da permettere alla persona di reinserirsi socialmente e lavorativamente.

**Il reinserimento residenziale** si struttura come *possibile continuazione* dei percorsi comunitari sopra citati per favorire il reinserimento socio-lavorativo degli utenti e/o per rispondere a quella casistica, sempre concordata con il Ser.T. inviante, caratterizzata da situazioni in cui le risposte comunitarie non sono più adeguate e tuttavia sono *richiesti un monitoraggio e un supporto educativo*.

### ***Le risorse disponibili per l'attuazione dei servizi***

Gli aspetti clinici e strategici utilizzati nella realizzazione dei servizi descritti sono gestiti da un gruppo di esperti, distribuiti in cinque equipe, una per ciascun servizio, e composto da tre professionalità principali: psicologi, psichiatri ed educatori professionali.

C'è anche un gruppo di operatori che fanno da supporto per tutto ciò che riguarda gli aspetti gestionali/organizzativi e amministrativi delle strutture dove vengono realizzati i servizi. Ad esempio:

- il personale amministrativo per ciò che riguarda le fatturazioni ed il controllo dei conti nelle singole strutture;
- le infermerie dei COD che si avvalgono, per gli interventi di loro competenza, degli infermieri;
- i settori di lavoro che vedono in parte impegnata l'utenza e che sono gestiti da personale (operatori di comunità qualificati) che collabora con le équipe di cui sopra.

### ***Collocazione delle strutture***

Il Centro di Osservazione e Diagnosi di Vallecchio e la omonima Comunità Terapeutica sono situate entrambe nella Sede di Vallecchio, zona rurale del comune di Montescudo (RN) da cui prendono il nome. Le due strutture sono fisicamente e strutturalmente separate e sono autonome per ciò che riguarda i programmi terapeutici attuati, avendo ciascuna la propria équipe che li gestisce.

Il Centro di Osservazione e Diagnosi "L'Airone" è situato nell'abitato del comune di Argenta, nel territorio del ferrarese.

Il Centro Diurno è invece situato nella periferia di Rimini in sede adiacente a quella centrale ed amministrativa della Cooperativa Cento Fiori.

Anche la sede dell'Appartamento residenziale è a Rimini, non lontana da quella del Centro Diurno.

### ***Convenzioni e accreditamento***

I quattro programmi comunitari e l'appartamento residenziale sono regolamentati dall'accordo di fornitura con l'Az. USL Romagna, inoltre gli stessi programmi comunitari sono anche accreditati dalla Regione Emilia Romagna.

### ***L'evoluzione dei servizi offerti***

La particolare mission della Cooperativa Cento Fiori, sempre tesa al recupero dei tossicodipendenti e all'aiuto dei soggetti svantaggiati, ha portato quest'ultima ad evolversi nella direzione del perfezionamento dei programmi già esistenti e nello sviluppo di ulteriori progetti in ambito terapeutico-riabilitativo.

Ad esempio nel 2004 è stato introdotto lo specifico trattamento per i cocainomani nell'ambito del più ampio programma della CT.

Nel 2007, in collaborazione col Ser.T. di Rimini è iniziata la progettazione, poi concretizzata nel 2008 con la stipula dell'apposita convenzione, per un **gruppo appartamento** - come già citato - finalizzato all'inserimento di tossicodipendenti con problematiche non più trattabili nelle normali strutture comunitarie. Un progetto adatto a chi è senza famiglia o con una famiglia non più in grado di supportare validamente la persona.

Dal 2015 le strutture comunitarie riminesi hanno aderito al progetto regionale sulla DBT (Dialectical Behavior Therapy), per il trattamento cognitivo comportamentale delle patologie border-line e/o legate a diverse tipologie di dipendenze. E tuttora la tecnica DBT è utilizzata con successo e, avendo superato la fase sperimentale, è diventata d'uso corrente con i diversi utenti che aderiscono all'utilizzo di tale metodologia.

## **L'ACCESSO AI SERVIZI**

### ***Le modalità di accesso***

La procedura usuale per l'accesso ad uno dei percorsi terapeutici sopra citati prevede che ci sia un'iniziale richiesta, anche solo telefonica, da parte di un ente (di solito un Ser.T. e/o un C.S.M.) o da parte dello stesso utente interessato per verificare la possibilità di inserimento in struttura. Entro una settimana dal primo contatto avviene il primo colloquio per la valutazione del caso, che è propedeutico all'inserimento in lista di attesa o, secondo il tipo di programma concordato, all'ingresso diretto, dopo opportuna valutazione da parte dell'equipe della struttura richiesta; ai fini dell'approfondimento della valutazione del caso, al servizio inviante viene chiesta una relazione sull'utente in oggetto. Il colloquio ha la doppia finalità della conoscenza diretta dell'utente, con la compilazione della scheda di anamnesi, e di renderlo edotto sul funzionamento della struttura.

La valutazione del caso da parte dell'equipe permette di decidere sull'idoneità dell'utente all'eleggibilità a tale ruolo ed inserirlo nella lista di attesa.

Dopo questa prima valutazione vengono ripresi i contatti con l'operatore del servizio d'invio che ha fatto la richiesta d'inserimento per definire insieme e più in dettaglio un progetto terapeutico personalizzato che comprende:

- obiettivi
- tempi
- modalità di verifica
- risorse da attivare/attivabili per raggiungere gli obiettivi.

Vengono poi fissati nuovi colloqui per verificare la reale volontà dell'utente ad intraprendere il percorso terapeutico progettato ed accertarne la fattibilità in base alle condizioni personali, familiari, e/o di altro genere di cui occorre tener conto.

Qualora i tempi di attesa per l'ingresso si dovessero prolungare (per via delle liste d'attesa o per motivi personali dell'utente), i colloqui hanno anche la finalità di monitorare, con la collaborazione del servizio d'invio, l'andamento dell'utente.

Infine quando l'equipe fissa la data d'ingresso, in accordo col servizio d'invio, la stessa viene comunicata all'utente e ai suoi familiari.

## **IL DETTAGLIO DEI SERVIZI EROGATI DALLE STRUTTURE TERAPEUTICHE**

### ***Il Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) di Vallecchio***

La struttura del Centro di Osservazione e Diagnosi di "Vallecchio" ha sede nel comune di Montescudo, nell'entroterra riminese, a pochi km da Rimini. L'equipe terapeutica del COD

di Vallecchio è composta da operatori (psichiatri, psicologi ed educatori professionali) della Coop. Sociale “Cento Fiori” e gestisce la terapia dei casi trattati attraverso la valutazione e l’osservazione della quotidianità e dei vari momenti clinici. I criteri e le modalità utilizzate sono riportate nella seguente tabella.

Obiettivi del Progetto	Tipologia d’utenza	Modalità d’accesso	L’organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento.</li> <li>- Osservazioni e diagnosi cliniche.</li> <li>- Durata della terapia ridotta a tre mesi (che si possono rinnovare, ove ce ne sia la necessità, in accordo col diretto interessato e col servizio inviante).</li> <li>- Riduzione della conflittualità familiare.</li> <li>- Informazione ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casi di abbandoni e/o ricadute dopo un programma terapeutico.</li> <li>- Casi di doppia diagnosi.</li> <li>- Situazioni con grosse conflittualità familiare.</li> <li>- Altre situazioni di dipendenza patologica.</li> <li>- Il programma è rivolto ad utenti sia di sesso maschile sia femminile.</li> <li>- L’utente, all’ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell’idoneità del caso da parte dell’equipe.</li> <li>- I colloqui, che si svolgono a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza dell’utente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento del centro.</li> <li>- Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All’ingresso un primo colloquio psicologico ed una prima visita medica e/o psichiatrica per valutare l’eventuale terapia farmacologica.</li> <li>- I colloqui, con finalità diagnostica-terapeutica, sono ripetuti tutte le settimane.</li> <li>- Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento.</li> <li>- Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l’educatore di riferimento.</li> <li>- Vengono somministrati test psicologici a scopo di approfondimento diagnostico.</li> <li>- È prevista la partecipazione a due gruppi: uno di psicoterapia e uno psicopedagogico (entrambi a frequenza settimanale).</li> <li>- Durante le riunioni dell’equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini diagnostici.</li> <li>- Al termine del trattamento il paziente è dimesso con una diagnosi, secondo i criteri dell’ICD 10, e l’indicazione per l’eventuale trattamento successivo se valutato necessario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’utente del C.O.D. è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha un psicologo, un educatore e uno psichiatra di riferimento all’interno della equipe terapeutica.</li> <li>- L’utente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel Centro; nello stesso momento all’utente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento quotidiane.</li> <li>- L’osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre del materiale di riflessione e di analisi consentendo un lavoro sulla persona al fine di favorire la modificazione di alcuni aspetti personali.</li> <li>- Gli obiettivi principali di tale lavoro sono: comprensione di se stessi, capacità di assumersi delle responsabilità e favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.</li> </ul>

## Il Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) “L’Airone” di Argenta

La struttura del Centro di Osservazione e Diagnosi “L’Airone” ha sede nel comune di Argenta (FE), nel territorio ferrarese, a pochi km da Ferrara. Il COD L’Airone è guidato da un’equipe terapeutica composta da operatori (psicologi, educatori professionali ed uno psichiatra) della Coop. Sociale “Cento Fiori”; l’equipe gestisce la terapia dei casi trattati attraverso la valutazione e l’osservazione della quotidianità e dei vari momenti clinici. I criteri e le modalità utilizzate sono riportate nella seguente tabella.

Obiettivi del Progetto	Tipologia d’utenza	Modalità d’accesso	L’organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento.</li> <li>- Osservazioni e diagnosi cliniche.</li> <li>- Durata della terapia ridotta a tre mesi (che si possono rinnovare, ove ce ne sia la necessità, in accordo col diretto interessato e col servizio inviante).</li> <li>- Riduzione della conflittualità familiare.</li> <li>- Informazione ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casi di abbandoni e/o ricadute dopo un programma terapeutico.</li> <li>- Casi di doppia diagnosi.</li> <li>- Situazioni con grosse conflittualità familiare.</li> <li>- Altre situazioni di dipendenza patologica.</li> <li>- Il programma è rivolto ad utenti sia di sesso maschile sia femminile.</li> <li>- L’utente, all’ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell’idoneità del caso da parte dell’equipe.</li> <li>- I colloqui, che si svolgono nella sede di Argenta in via Crocetta n° 18, sono volti alla conoscenza dell’utente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento del centro.</li> <li>- Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All’ingresso un primo colloquio psicologico ed una prima visita medica e/o psichiatrica per valutare l’eventuale terapia farmacologica.</li> <li>- I colloqui, con finalità diagnostica-terapeutica, sono ripetuti tutte le settimane.</li> <li>- Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento.</li> <li>- Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l’educatore di riferimento.</li> <li>- Vengono somministrati test psicologici a scopo di approfondimento diagnostico.</li> <li>- È prevista la partecipazione a due gruppi: uno di psicoterapia e uno psicopedagogico (entrambi a frequenza settimanale).</li> <li>- Durante le riunioni dell’equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini diagnostici.</li> <li>- Al termine del trattamento il paziente è dimesso con una diagnosi, secondo i criteri dell’ICD 10, e l’indicazione per l’eventuale trattamento successivo se valutato necessario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’utente del C.O.D. è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha un psicologo, un educatore e lo psichiatra di riferimento all’interno della equipe terapeutica.</li> <li>- L’utente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel Centro; nello stesso momento all’utente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento quotidiane.</li> <li>- L’osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre del materiale di riflessione e di analisi consentendo un lavoro sulla persona al fine di favorire la modificazione di alcuni aspetti personali.</li> <li>- Gli obiettivi principali di tale lavoro sono: comprensione di se stessi, capacità di assumersi delle responsabilità e favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.</li> </ul>

## La Comunità Terapeutica (CT) di Vallecchio

La struttura della Comunità Terapeutica di “Vallecchio” è collocata nella Sede Operativa di “Vallecchio” nell’omonima zona (da cui prende il nome) del comune di Montescudo (RN), nell’entroterra riminese, a pochi km da Rimini. L’equipe terapeutica della CT di Vallecchio è composta da operatori (psicologi ed educatori professionali) della Coop. Sociale “Cento Fiori” e gestisce la terapia dei casi trattati attraverso la valutazione e l’osservazione della quotidianità e dei vari momenti clinici. I criteri e le modalità utilizzate sono riportate nella seguente tabella.

Obiettivi del Progetto	Tipologia d’utenza	Modalità d’accesso	L’organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento.</li> <li>- Osservazione clinica finalizzata alla progressiva autoconoscenza e autonomizzazione.</li> <li>- Durata della terapia in base al programma personalizzato.</li> <li>- Riduzione della conflittualità familiare.</li> <li>- Informazione ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Coppie con problemi di dipendenza patologica</u> (senza figli al seguito) e che richiedono di effettuare il programma insieme.</li> <li>- Utenti col <u>problema specifico della dipendenza da cocaina</u> (il programma in tali casi è basato su una tecnica di tipo cognitivo-comportamentale).</li> <li>- Situazioni con grosse conflittualità familiare.</li> <li>- varie situazioni di dipendenza patologica che necessitano di intervento psicoterapico.</li> <li>- Il programma è rivolto ad utenti sia di sesso maschile sia femminile.</li> <li>- L’utente, all’ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell’idoneità del caso da parte dell’equipe.</li> <li>- I colloqui, che si svolgono a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza dell’utente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento nella vita comunitaria.</li> <li>- Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All’ingresso un primo colloquio per favorire l’inserimento.</li> <li>- I colloqui, con finalità diagnostico-terapeutica, sono ripetuti tutte le settimane.</li> <li>- Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento.</li> <li>- Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l’educatore di riferimento.</li> <li>- È prevista la partecipazione a tre gruppi settimanali: due di psicoterapia ed uno psico-pedagogico.</li> <li>- Durante le riunioni dell’equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini diagnostici.</li> <li>- Il trattamento giunge a dimissione quando il paziente ha verificato (insieme all’equipe curante) il raggiungimento degli obiettivi concordati inizialmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’utente della CT è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha uno psicologo e un educatore di riferimento all’interno della équipe terapeutica.</li> <li>- L’utente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nella CT; il contratto terapeutico viene rinnovato ogni mese in modo da monitorare il progressivo raggiungimento degli obiettivi.</li> <li>- L’utente viene osservato nei momenti clinici e nella quotidianità al fine di consentire un lavoro sulla persona che favorisca le necessarie modificazioni previste dal progetto personalizzato. Gli obiettivi principali che tale lavoro permette di raggiungere sono: comprensione di se stessi, capacità di assumersi delle responsabilità e favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.</li> </ul>

## Il Centro Diurno (CD) di Rimini

La struttura del Centro Diurno è collocato a Rimini in sede adiacente agli uffici amministrativi della Cooperativa sociale “Cento Fiori”. L’equipe terapeutica del CD è composta da operatori (uno psichiatra, una psicologa e diversi educatori professionali) della Coop. “Cento Fiori” e gestisce la terapia dei casi trattati attraverso la valutazione e l’osservazione della quotidianità e dei vari momenti clinici. I criteri e le modalità utilizzate sono riportate nella seguente tabella.

Obiettivi del Progetto	Tipologia d’utenza	Modalità d’accesso	L’organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento.</li> <li>- Osservazione clinica finalizzata alla progressiva autoconoscenza e autonomizzazione.</li> <li>- Durata della terapia in base al programma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone che presentano problematiche di dipendenza patologica.</li> <li>- Casi di doppia diagnosi.</li> <li>- Casi provenienti da altre strutture terapeutiche gestite dalla Coop.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell’idoneità del caso da parte dell’equipe.</li> <li>- I colloqui, che si svolgono nella sede stessa del Centro Diurno, a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza dell’utente e ad informarlo sul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All’ingresso un primo colloquio propedeutico all’inserimento.</li> <li>- Colloqui psicologici settimanali</li> <li>- Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l’educatore</li> <li>- Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento.</li> <li>- È prevista la partecipazione a: un gruppo settimanale di psicoterapia, un gruppo multifamiliare mensile,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’utente del Centro Diurno è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha uno psicologo e un educatore di riferimento all’interno della équipe terapeutica.</li> <li>- L’utente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nella struttura comunitaria; nello stesso momento all’utente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento quotidiane.</li> </ul>

<p>concordato con l'utente e col servizio d'invio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione della conflittualità familiare.</li> <li>- Informazione ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari.</li> </ul>	<p>Cento Fiori e che necessitano di un graduale "distacco" e di un successivo reinserimento.</p>	<p>funzionamento, le finalità ed il regolamento del Centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli inserimenti sono concordati con il Ser.T. e/o il CSM dell'Az. USL di Rimini, con le altre strutture gestite dalla Coop. Cento Fiori (concordemente ai servizi invianti)</li> </ul>	<p>un gruppo psicopedagogico settimanale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante le riunioni dell'equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato ai fini del progetto terapeutico.</li> <li>- Il trattamento giunge a dimissione quando il paziente ha verificato (insieme all'equipe curante) il raggiungimento degli obiettivi concordati inizialmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre materiale di riflessione e di analisi e consentono un lavoro sulla persona al fine di favorire la modifica di alcuni aspetti disfunzionali</li> <li>- Gli obiettivi principali di tale lavoro sono: comprensione di meccanismi che sottendono la propria storia di dipendenza, maggior conoscenza di sé, capacità di assumersi delle responsabilità e favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.</li> </ul>
--	--	---	---	---

## ***Il reinserimento residenziale di Rimini***

La struttura utilizzata come appartamento per il reinserimento residenziale è collocata a Rimini a poca distanza dal Centro Diurno, con cui condivide alcuni settori di lavoro dove vengono eventualmente impegnati gli utenti in attesa che trovino un lavoro ed un'abitazione che dia loro una maggiore autonomia.

<b>Obiettivi del Progetto</b>	<b>Tipologia d'utenza</b>	<b>Modalità d'accesso</b>	<b>L'organizzazione del trattamento</b>	<b>Le modalità del trattamento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supporto alla motivazione al cambiamento durante il programma territoriale.</li> <li>- Osservazione delle modalità d'uso delle risorse personali;</li> <li>- Supporto nella fase di potenziamento delle capacità di autonomizzazione</li> <li>- Informazione ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone che presentano problematiche di dipendenza patologica.</li> <li>- Casi di doppia diagnosi.</li> <li>- Casi provenienti da altre strutture terapeutiche gestite dalla Coop. Cento Fiori e che necessitano di un graduale "distacco" e di un successivo reinserimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accesso al programma è subordinata ad una prima valutazione da parte dell'equipe – dietro presentazione dei referenti invianti -dell'idoneità del caso e della congruità del progetto di reinserimento richiesto.</li> <li>- In caso di valutazione preliminare positiva, viene svolto un primo colloquio col paziente, volto alla conoscenza diretta dell'utente e ad informarlo sulle caratteristiche del programma terapeutico.</li> <li>- Gli inserimenti sono concordati con il Ser.T. e/o il CSM dell'Az. USL di Rimini, con le altre strutture gestite dalla Coop. Cento Fiori (concordemente ai servizi invianti) ed anche con eventuali soggetti privati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accoglienza all'ingresso in struttura viene effettuata dal responsabile del programma di reinserimento.</li> <li>- La durata del programma terapeutico è di 6 mesi, prorogabili in base agli obiettivi e alle necessità specifiche concordate con l'utente e col servizio inviante.</li> <li>- Il paziente fruisce di supporto educativo quotidiano (per complessive 12 ore settimanali) e, eventualmente, colloqui psicologici quindicinali.</li> <li>- il programma prevede anche eventuali incontri familiari periodici</li> <li>- È prevista la partecipazione dell'utente a un gruppo di psicoterapia settimanale ed uno psicopedagogico di struttura quindicinale.</li> <li>- L'equipe terapeutica valuta e tratta il caso secondo la "concezione operativa di gruppo".</li> <li>- L'utente viene dimesso quando ha verificato (insieme all'equipe curante) il raggiungimento degli obiettivi concordati inizialmente (una condizione determinante per la dimissione è che il paziente abbia raggiunto e consolidato un livello sufficiente di autonomia economica, psicologica, relazionale o che sia stato strutturato un progetto terapeutico per il "dopo").</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel gruppo-appartamento e accetta le regole generali (no sostanze, no alcool, no violenza sia fisica che verbale, cura degli spazi personali) e individuali;</li> <li>- L'utente in trattamento svolge un'attività lavorativa esterna ed è tenuto ad accantonare metà dello stipendio percepito (a tal fine viene concordata una somma di denaro settimanale che l'utente può gestire in autonomia; per le spese "straordinarie" il paziente deve fare di volta in volta richiesta all'equipe curante);</li> <li>- il paziente deve effettuare controlli urinari settimanali obbligatori e a sorpresa;</li> <li>- in alcuni casi o per alcuni periodi il paziente in trattamento può frequentare, in accordo con l'equipe curante, gli spazi terapeutici del centro-diurno durante la giornata (settori lavorativi, pasti, gruppi terapeutici ecc.)</li> </ul>

## **IL MONITORAGGIO DEI SERVIZI OFFERTI: INDICATORI E STANDARD**

Nel monitoraggio dei principali servizi offerti nelle strutture gestite dalla Coop. Cento Fiori vengono utilizzati, in base agli obiettivi stabiliti per ciascun servizio/prodotto, degli indicatori e fissati i relativi standard.

Di seguito vediamo in dettaglio per ciascuna struttura, in base ai servizi erogati, gli obiettivi ed i relativi indicatori individuati e gli standard stabiliti.

## ***Il Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) di Vallecchio***

<b>Prodotti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Standard</b>
<b>Accoglienza</b>	Assicurare all'utente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta ed il primo colloquio	Entro una settimana
<b>Disintossicazione</b>	Garantire all'utente la disintossicazione nel rispetto dei tempi personali programmati	Numero di disintossicazioni ultimate / numero di disintossicazioni iniziate	> 40%
<b>Trattamento psichiatrico</b>	Assicurare all'utente la possibilità di un trattamento psico-farmacologico	Numero di utenti trattati psico-farmacologicamente/numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	100% dei dimessi
<b>Trattamento individuale</b>	Offrire all'utente la possibilità di approfondire le problematiche personali che causano la sua condizione patologica	Effettuazione dei colloqui settimanali	Almeno un colloquio la settimana
<b>Trattamento psicoterapico di gruppo</b>	Offrire all'utente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche legate alla relazionalità	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno il 40 % di presenze ai gruppi terapeutici
<b>Trattamento psico-pedagogico di gruppo</b>	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze ai gruppi
<b>Trattamento psicoterapico familiare</b>	Aiutare l'utente a gestire meglio la relazionalità nella propria famiglia, laddove è fonte di conflittualità	Partecipazione alle sedute familiari organizzate	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento psico-pedagogico integrato</b>	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
<b>Trattamento gruppo DBT</b>	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate a favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali	100% di presenze alle sedute di gruppo
<b>Diagnosi</b>	Garantire, attraverso il referto, la diagnosi e le indicazioni terapeutiche	Compilazione del referto diagnostico / tutti gli utenti dimessi	100% dei dimessi con referto diagnostico

## ***Il Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) "L'Airone" di Argenta***

<b>Prodotti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Standard</b>
<b>Accoglienza</b>	Assicurare all'utente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta ed il primo colloquio	Entro una settimana
<b>Disintossicazione</b>	Garantire all'utente la disintossicazione nel rispetto dei tempi personali programmati	Numero di disintossicazioni ultimate / numero di disintossicazioni iniziate	> 40%
<b>Trattamento psichiatrico</b>	Assicurare all'utente la possibilità di un trattamento psico-farmacologico	Numero di utenti trattati psico-farmacologicamente/numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	100% dei dimessi
<b>Trattamento individuale</b>	Offrire all'utente la possibilità di approfondire le problematiche personali che causano la sua condizione patologica	Effettuazione dei colloqui settimanali	Almeno un colloquio la settimana
<b>Trattamento psicoterapico di gruppo</b>	Offrire all'utente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche legate alla relazionalità	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno il 50 % di presenze ai gruppi terapeutici
<b>Trattamento psico-pedagogico di gruppo</b>	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze ai gruppi
<b>Trattamento psicoterapico familiare</b>	Aiutare l'utente a gestire meglio la relazionalità nella propria famiglia, laddove è fonte di conflittualità	Partecipazione alle sedute familiari organizzate	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento psico-pedagogico integrato</b>	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
<b>Diagnosi</b>	Garantire, attraverso il referto, la diagnosi e le indicazioni terapeutiche	Compilazione del referto diagnostico / tutti gli utenti dimessi	100% dei dimessi con referto diagnostico

## ***La Comunità Terapeutica (CT) di Vallecchio***

<b>Prodotti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Standard</b>
<b>Accoglienza</b>	Assicurare all'utente una presa in carico il più	Tempo intercorrente tra la prima	Entro una settimana

	tempestiva possibile.	richiesta ed il primo colloquio	
<b>Trattamento specifico per cocainomani</b>	Offrire all'utente la possibilità di comprendere i motivi che lo inducono all'uso della cocaina in specifici momenti della sua vita	Partecipazione ai specifici colloqui predisposti per i cocainomani	100% di presenze ai colloqui predisposti
<b>Trattamento individuale</b>	Offrire all'utente la possibilità di approfondire le problematiche personali che causano la sua condizione patologica	Effettuazione dei colloqui settimanali	Almeno un colloquio la settimana
<b>Trattamento psicoterapico di gruppo</b>	Offrire all'utente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche legate alla relazionalità	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno il 50 % di presenze ai gruppi terapeutici
<b>Trattamento psico-pedagogico di gruppo</b>	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze ai gruppi
<b>Trattamento psicoterapico familiare</b>	Aiutare l'utente a gestire meglio la relazionalità nella propria famiglia, laddove è fonte di conflittualità	Partecipazione alle sedute familiari organizzate	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento psico-pedagogico integrato</b>	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
<b>Trattamento gruppo DBT</b>	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate a favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali	100% di presenze alle sedute di gruppo
<b>Dimissione</b>	Formalizzare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati inizialmente	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti dimessi	100% dei dimessi con referto

## ***Il Centro Diurno (CD) di Rimini***

<b>Prodotti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Standard</b>
<b>Accoglienza</b>	Assicurare all'utente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta ed il primo colloquio	Entro una settimana
<b>Trattamento individuale</b>	Offrire all'utente la possibilità di approfondire le problematiche personali che causano la sua condizione patologica	Effettuazione dei colloqui settimanali	Almeno un colloquio la settimana 100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento psicoterapico di gruppo</b>	Offrire all'utente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche legate alla relazionalità	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100 % di presenze ai gruppi terapeutici
<b>Trattamento psico-pedagogico di gruppo</b>	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze ai gruppi
<b>Trattamento psicoterapico familiare</b>	Aiutare l'utente a gestire meglio la relazionalità nella propria famiglia, laddove è fonte di conflittualità	Partecipazione alle sedute familiari organizzate	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento psicopedagogico multifamiliare</b>	Aiutare la famiglia a gestire/risolvere le situazioni problematiche e favorire la comunicazione al suo interno	Partecipazione alle sedute settimanali multifamiliari organizzate	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
<b>Trattamento pedagogico di gruppo</b>	Aiutare l'utente ad approfondire le tematiche della responsabilità e dell'autonomia	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze alle sedute settimanali di gruppo
<b>Trattamento gruppo DBT</b>	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate a favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali	100% di presenze alle sedute di gruppo
<b>Dimissione</b>	Formalizzare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati inizialmente	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti dimessi	100% dei dimessi con referto

## ***Il reinserimento residenziale di Rimini***

<b>Prodotti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Standard</b>
<b>Accoglienza</b>	Assicurare all'utente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta ed il primo colloquio	Entro 2 settimane
<b>Trattamento individuale</b>	Offrire all'utente la possibilità di approfondire le problematiche personali che causano la sua condizione patologica	Effettuazione dei colloqui periodici	Almeno un colloquio psicologico ogni quindici giorni
<b>Trattamento psico-pedagogico integrato</b>	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate

## **INDIRIZZI E RECAPITI**

### **Centro Osservazione e Diagnosi di “Vallecchio”:**

Via Vallecchio, 10 - 47854 Vallecchio di Montescudo (RN)

Tel. 0541.984293

Fax 0541.984292

E-Mail [cod.vallecchio@coopcentofiori.it](mailto:cod.vallecchio@coopcentofiori.it)

Responsabile: Dr. Sandro Poggi

### **Centro Osservazione e Diagnosi “L’Airone”:**

Via Crocetta, 18 – 44011 Argenta (FE)

Tel. 0532/311884

Fax 0532/310007

E-Mail [cod.argenta@coopcentofiori.it](mailto:cod.argenta@coopcentofiori.it)

Responsabile: Dr.sa Monica Ciavatta

### **Comunità Terapeutica di “Vallecchio”:**

Via Vallecchio, 10 - 47854 Vallecchio di Montescudo (RN)

Tel. 0541.984293

Fax 0541.984292

E-Mail [ct.vallecchio@coopcentofiori.it](mailto:ct.vallecchio@coopcentofiori.it)

Responsabile: Dr. Sandro Poggi

### **Centro Diurno di Rimini:**

Via Portogallo, 10 - 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail [centrodiurno.rimini@coopcentofiori.it](mailto:centrodiurno.rimini@coopcentofiori.it)

Responsabile: Dr.sa Laura Grossi

### **Appartamento residenziale di Rimini:**

Via Portogallo, 2 - 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail [cristian.tamagnini@coopcentofiori.it](mailto:cristian.tamagnini@coopcentofiori.it)

Responsabile: Ed. Prof. Cristian Tamagnini

### **Sede Legale ed Amministrativa:**

Via Portogallo, 10 – 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail [info@coopcentofiori.it](mailto:info@coopcentofiori.it)

[amministrazione@coopcentofiori.it](mailto:amministrazione@coopcentofiori.it)



## La CT di Vallecchio

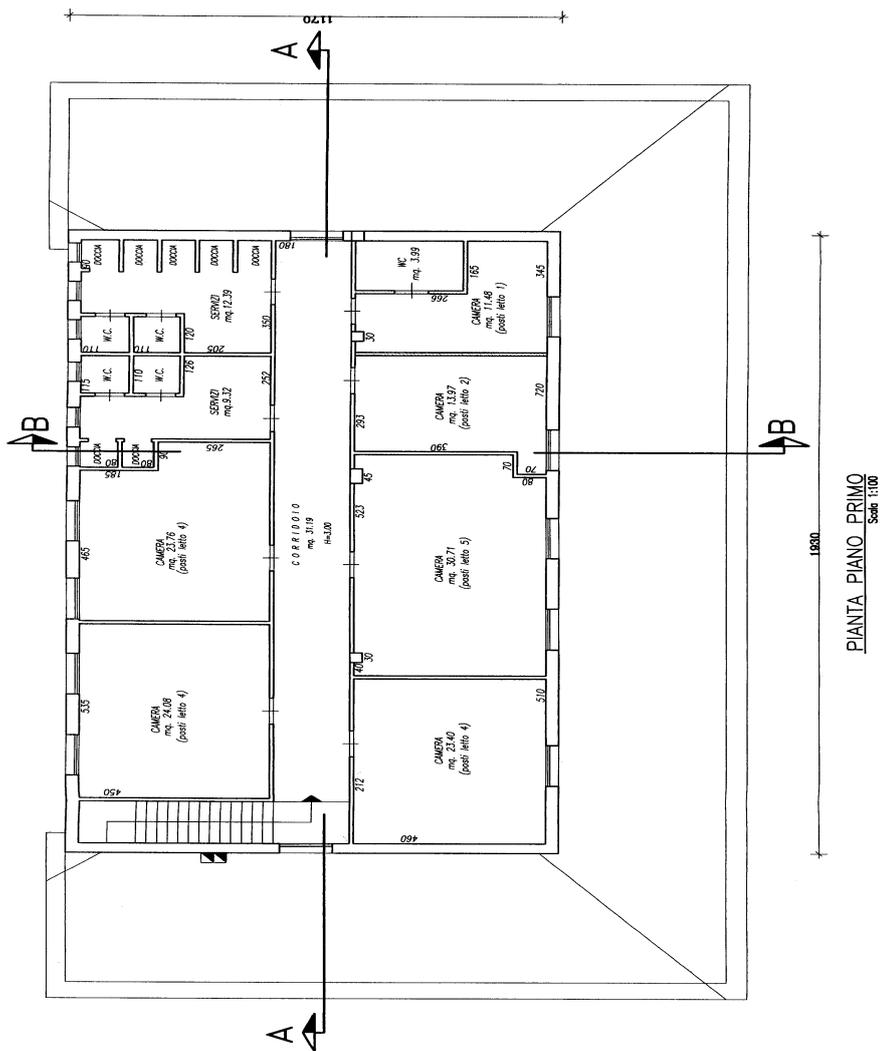
	<b>Ruoli e persone interessate</b>																			
	Responsabile CT – S. Poggi	Vice Resp. CT – G. Maggioli	Presidente coop. – C. Tamagnini	Direttore coop. – G. Benaglia	Medico MMG – M. Bertaccini	Coordinatrice CT – G. Calloni	Psicologo CT – F. Olei	Psicologa CT – C. De Carli	Psicologa CT – D. Santini	Coordinatrice Educatori – C. Rinaldi	Educatore CT – R. Caserta	Educatore CT – L. Paccusse	Educatrice CT – C. Canuti	Educatrice CT – D. Monti	Educatrice CT – E. Boffa	Educatore CT – R. Bolognesi	Custode CT – R. Vergari	Veter. - Op. comunità – P. Calcagnini	Resp. formaz. Sicurezza - M. Sertori	
<b>Principali funzioni/responsabilità</b>																				
Definizione della strategia della struttura	R	C	R	R	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Interazione interfacce interne ed esterne	R	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I		
Garanzia che la politica dell'ente sia applicata alla struttura	R	C	R	R	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità del sistema informativo	R	C	R	C	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità sulle procedure	R	R	R	R	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	
Responsabilità sulla sicurezza	C	C	R	C	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I	R	
Responsabilità sulla pianificazione e gestione del budget	R	C	R	R	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità della formazione/supervis.	R	C	C	I	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità del piano annuale attività	R	R	R	R	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità del Sistema Gestione Qualità	R	C	C	C	I	C	I	I	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I		
Responsabilità gestione infermeria	R	C	I	I	C	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità verifica dei risultati	R	C	C	C	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità azioni di miglioramento	R	C	I	I	I	C	I	I	I	C	I	I	I	C	I	I	I	I		
Responsabilità sulla valutazione della salute fisica degli utenti	C	C	I	I	R	C	I	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I		
Responsabilità sulla valutazione diagnostica d'equipe	R	R	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	
Responsabilità sulla verifica del progetto terapeutico personalizzato	R	R	I	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	





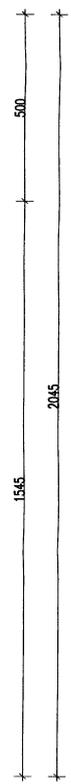
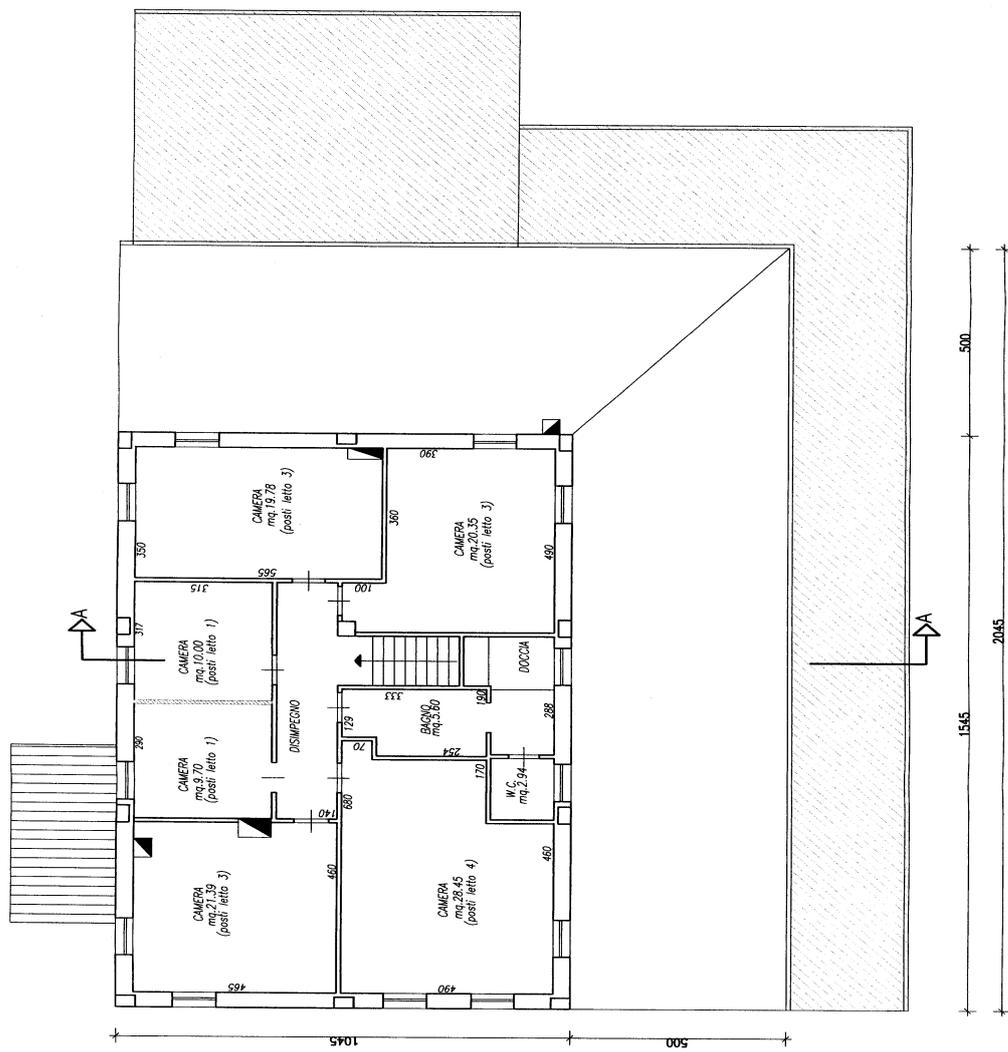
# Allegato 5 - Planimetrie delle Strutture comunitarie

## Planimetria del Centro di Osservazione e Diagnosi di Vallecchio









PIANTA PIANO PRIMO  
Scala 1:100





# Planimetria del Centro di Osservazione e Diagnosi L'Airone

