



CENTO FIORI
COOPERATIVA SOCIALE

Manuale di Accreditamento
delle strutture comunitarie della
Cooperativa sociale Cento Fiori di Rimini

Cooperativa sociale Cento Fiori
Via Portogallo, 10 – Rimini (RN)

N° della revisione	Motivo della revisione	Data di emissione	Redazione
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	Responsabile Qualità Dott. Sandro Poggi
1	Seconda emissione della nuova edizione del Manuale per l'accreditamento delle strutture con i nuovi criteri richiesti <u>della Regione Emilia Romagna secondo il DGR N° 1314/2024 – Attuazione del D.M. del Ministero della salute del 19 dicembre 2022.</u>	12/06/2025	Responsabile. Qualità Dott.ssa Daniela Monti

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

Sede sociale legale e amministrativa: Via Portogallo n° 10 - 47922 Rimini (RN) - Tel. 0541.743030 - Fax 0541.743232

Codice Fiscale/P.IVA: 01297440404 E-mail: info@coopcentofiori.it PEC: coopcentofiori@pec.it Sito web www.coopcentofiori.it

Iscritta al Registro Imprese di Rimini al n. 01297440404 Iscritta al REA presso la C.C.I.A.A. di Rimini al n.186684 Iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A163394

Indice	3
Introduzione e presentazione dell'Ente e del manuale	4
Le attività cooperativistiche di tipo A	4
Le attività cooperativistiche di tipo B	7
La Politica della Cooperativa sociale Cento Fiori	8
Mission	8
Vision	8
Obiettivi generali per la realizzazione della mision e della vision	9
Presentazione del manuale	10
Generalità	10
Approvazione ed emissione	12
Revisione	12
I capitoli del manuale secondo i nuovi criteri generali di accreditamento	13
1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture	14
2. Prestazione e Servizi	20
3. Aspetti strutturali e tecnologici	30
4. Competenze del Personale	32
5. Comunicazione	34
6. Appropriatezza clinica e sicurezza	38
7. Processi di miglioramento ed innovazione	45
8. Umanizzazione	49
Allegato 1 - La carta dei servizi	51
Indirizzi e recapiti	66

Introduzione e presentazione dell'Ente e del manuale

Introduzione

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 dei modelli a cui adeguarsi in maniera acritica e stereotipata, ma a 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 (attualmente dismesso quello di Riccione) per il reinserimento territoriale. Ad oggi la Cento Fiori ospita circa 76 pazienti tossicodipendenti e in doppia diagnosi nelle proprie strutture di accoglienza.

Le attività cooperative 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 un lavoro di rete con i Servizi del territorio. Le comunità residenziali accolgono persone con problemi di dipendenze patologiche e pazienti in co-morbilità. 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 convenzionato con il comune di Rimini; - l’agricoltura biologica – manutenzione. Tutti (tranne il canile) sono diventati negli anni settori ergo-terapici per i pazienti in programma. Nelle strutture è inoltre presente una piccola palestra.

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 riminese sono situati i settori lavorativi (funzionali anche alle attività del Centro Diurno) che attualmente sono: centro stampa, serra florovivaistica.

Nell'anno **2000** su sollecitazione dell'Azienda U.S.L. di Rimini, è iniziato il percorso, per la creazione di un **Centro Osservazione e Diagnosi e Terapia Breve**, per il trattamento di 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 **ricosciuto** dalla Regione Emilia-Romagna come **Centro di Osservazione e Diagnosi di Vallecchio**, con sede a Montescudo (RN), dapprima come modulo della vicina Comunità Terapeutica ed in seguito accreditato come struttura autonoma (nel 2011).

Successivamente, **dal luglio 2010**, sulla base dell'esperienza del COD di Vallecchio, la direzione della Cooperativa sociale Cento Fiori ha deciso di prendere in gestione la struttura **COD L'Airone** di Argenta (FE). La struttura, pre-esistente da circa dieci anni, era in origine gestita dalla Cooperativa Cidas di Ferrara. La nuova gestione, da parte della Cooperativa sociale Cento Fiori, ha implementato il modello terapeutico già collaudato nelle strutture riminesi anche nel COD L'Airone, proseguendo la collaborazione con i Ser.T del territorio ferrarese.

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

Il progetto individuale, la cui durata iniziale viene definita con il servizio inviante, viene valutato secondo gli accordi presi e/o a cadenza almeno semestrale; durante tale periodo viene effettuato il monitoraggio tossicologico. 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 e concordati con il Sert di invio e con il paziente.

Dal maggio 2023 la Cooperativa è stata autorizzata (con provvedimento del Suap n° 59 del 11/05/2023 – determina Regione Emilia Romagna n° 13076 del 14/06/2023 Bologna) all'apertura di un **Modulo Doppia Diagnosi** di 8 posti all'interno della Comunità Terapeutica di Vallecchio; tale Modulo accoglie sia pazienti con diagnosi psichiatrica e di dipendenza patologica, sia pazienti con esordi psicotici e uso problematico di sostanze (in particolare nei giovani adulti della fascia d'età compresa tra i 18 ed i 30 anni).

La Cooperativa partecipa fin dagli anni '90 con un proprio educatore al 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. 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 del paziente-detenuto all'azione trattamentale.

La Cooperativa Cento Fiori gestisce da diversi anni 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 di strada ecc. Nello specifico il programma prevede inoltre: visite educative domiciliari, un gruppo quindicinale o mensile, eventuali colloqui psicologici, verifica della gestione del denaro.

- 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 di “fare emergere” la domanda di aiuto tramite percorsi “di prossimità” nei luoghi di socializzazione e nei contesti informali.
- 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.

Dal 2011 Cento Fiori coordina anche progetti di **accoglienza migranti**: CAS (Centri Accoglienza Straordinaria, in convenzione con la Prefettura di Rimini) SPRAR-SAI (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.

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 più di 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 legale, un immobile di ca. 1.000 mq., dove trovano dislocazione il Centro Diurno, lo Studio di Psicologia e Psicoterapia, il Centro Stampa e gli Uffici Amministrativi. Nel 2010 ha acquistato l'area di Vallecchio (in cui sono collocate ad oggi la Comunità Terapeutica, il Centro Osservazione e Diagnosi e il Modulo Doppia Diagnosi), precedentemente concessa in comodato d’uso dall’Ausl di Rimini. Nel 2022 la Cooperativa ha acquistato la sede del COD L’Airone di Argenta e sempre nel 2022 la Coop. ha acquistato una struttura per il progetto migranti e nel 2024 è stato aperto un nuovo gruppo appartamento residenziale per pazienti tossicodipendenti (in totale 3).

La gestione del cantiere nautico è stata “re-internalizzata” dalla cooperativa nel 2006; le ”crociere terapeutiche” (a cui partecipano i pazienti delle strutture Cento Fiori) vengono svolte ancora oggi. L'esperienza è oggetto di studio e ricerca da parte della Cooperativa in unione a CEFEO (Centro di ricerca sull’Educazione e formazione esperienziale e Outdoor dell'Università di Bologna (sede di Rimini)).

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

Le attività cooperativistiche di tipo B

La cooperativa Cento Fori gestisce anche alcuni settori di lavoro aperti al pubblico all'interno dei quali vengono inseriti lavoratori svantaggiati e pazienti in terapia.

Dall'agosto 2006 è attivo un **Centro Stampa** dove vengono elaborati materiali a colori e in bianco e nero forniti a privati e, 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 - da diversi anni 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. Anche all'interno di questo settore lavorativo vengono inseriti pazienti in programma a scopo riabilitativo.

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.

La politica della Cooperativa sociale Cento Fiori

Mission

La missione della Cooperativa è la promozione, la prevenzione, il trattamento, la cura ed il reinserimento sociale di persone con problemi di dipendenza patologica e/o disturbi psichiatrici.

La Cooperativa opera all'interno di un sistema di rete integrato, con i vari servizi dell'Azienda USL della Romagna e altri Enti ed Associazioni locali; inoltre 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, considerando gli utenti come co-produttori e co-valutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori.

I beneficiari dell'intervento sono considerati come un "sistema complesso" di cui fa parte la famiglia e il contesto sociale. Il paziente 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 di progetti ad hoc per ogni paziente.

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

Ai pazienti e ai loro famigliari, qualora sia possibile, è richiesta la partecipazione attiva.

Vision

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 di fare diagnosi e di trattare persone con problemi di dipendenza patologica e psichiatrici;
- 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 e della psichiatria;
- 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 e psichiatrico;

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, CSM e Azienda U.S.L e altri Enti locali e regionali 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° 1314/2024 – Attuazione del D.M. del Ministero della salute del 19 dicembre 2022.

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 fino ad arrivare ai nuovi requisiti previsti dalla normativa della Regione Emilia Romagna secondo il DGR N° 1314/2024 – Attuazione del D.M. del Ministero della salute del 19 dicembre 2022.

Il Piano sociale e sanitario 2017 - 2019 che porta a compimento un sistema integrato tra 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). Il nuovo Piano sociale e sanitario punta all'ammodernamento e al miglioramento dei servizi rispetto a una società che negli ultimi anni è profondamente cambiata e che fa emergere con straordinaria velocità nuovi bisogni e nuove esigenze. Obiettivo fondamentale è quello di perseguire il metodo di una co-costruzione di un progetto di cura personalizzato attraverso lo strumento dell'unità di valutazione multidimensionale tra servizi sociali e sanitari 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.

La Regione Emilia-Romagna con Delibera Regionale n° 1322 del 01/07/2025 ha pubblicato "*le linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti, dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia Romagna*" dove emerge l'esigenza di porre l'attenzione sull'efficacia degli inserimenti residenziali ripensando al modello di cura, andando verso pratiche ispirate alla **recovery**: un approccio che sposta

l'attenzione dalla malattia alle risorse e ai punti di forza della persona, promuovendo un percorso di vita pieno e significativo nonostante la diagnosi e le sfide della malattia.

L'impostazione teorica alla base della terapia in tutte le nostre strutture comunitarie mira proprio all'adozione di programmi sempre più flessibili e personalizzati (*percorsi differenziati*) per l'utenza e caratterizzati dall'appropriatezza delle cure praticate, in modo da favorire il più possibile il processo di autonomizzazione, di lavoro sulle risorse, di de-istituzionalizzazione e di lavoro con la famiglia.

Approvazione ed emissione

Hanno partecipato alla progettazione e alla stesura del presente documento il Presidente della Cooperativa Sociale Cento Fiori, la Responsabile Qualità, il Direttore, le Responsabili delle strutture comunitarie gestite e tutti gli operatori che durante le riunioni ne hanno discusso i contenuti. 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 e alle patologie psichiatriche, il documento è necessariamente in continua evoluzione, per consentire le dovute modifiche necessarie a rispondere alle nuove esigenze. La Responsabile qualità della Cooperativa provvede 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 di accreditamento

- 1. Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie**
- 2. Criterio - Prestazioni e Servizi**
- 3. Criterio - Aspetti Strutturali e tecnologici**
- 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 in collaborazione con i responsabili contiene il *piano strategico* per le strutture comunitarie e per l'Ente più in generale. Tale documento è verificabile nella sua attuazione *negli obiettivi generali e specifici indicati nelle relazioni annuali che si basano sulle indicazioni/richieste/opportunità derivanti 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; e più in larga scala nell'assemblea dei soci riguardo ai cambiamenti più salienti.

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** 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** (vedi allegati). L'elenco completo delle figure professionali che hanno un ruolo nella gestione operativa delle strutture comunitarie sono contenute **nell'organigramma/funzionigramma** di ogni struttura all'interno del manuale.

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, la Vision e il Codice Etico* della Cooperativa sociale Cento Fiori. Ciò è verificabile *nelle relazioni annuali* in cui vengono descritti sia gli obiettivi generali sia gli obiettivi specifici e sul sito internet aziendale dove è pubblicato il Codice Etico sotto la voce "Azienda sociale trasparente".

Requisito 1.2 Le strutture pubbliche e private coinvolte, a vario titolo, nello sviluppo di reti assistenziali e in percorsi di cura organizzati in rete locali e regionali locali e regionali garantiscono 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 **Procedura generale che definisce le modalità d'ingresso, dimissioni, trasferimenti esterni (continuità assistenziale) e interni e di interfaccia tra le strutture di Cento Fiori, le responsabilità e la documentazione.***

[1.2.2 Sono esplicitati e documentati i criteri, gli elementi e gli indicatori per la 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** sopra citata che 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 modalità, per le strutture riminesi, si trova anche all'interno dell'accordo di fornitura con l'Az. USL Romagna; per il COD L'Airone l'equivalente all'interno dell'accordo di fornitura con l'Az. USL di Ferrara. Gli Indicatori per il funzionamento delle reti cliniche assistenziali sono rintracciabili nella Relazione annuale. (Indicatori di risultato).

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 ai vari livelli organizzativi; ciò è rintracciabile anche nella Relazione annuale; 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 in riferimento ai ruoli e alle mansioni loro attribuiti. Tale valutazione periodica è contenuta nella scheda (e/o file) 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 di un *codice etico che contiene le regole di comportamento da tenere da parte dell'Ente all'interno di tale contesto lavorativo anche in materia di trasparenza e anticorruzione*. Tale documento è l'espressione dei principi deontologici e dei valori che la Cooperativa riconosce come propri nello svolgimento delle attività di tipo sociale e non ed esprime gli impegni e le responsabilità etiche nella conduzione delle attività aziendali della Cooperativa CENTO FIORI.

Non sono etici i comportamenti di chiunque cerchi di appropriarsi dei benefici e della collaborazione altrui, sfruttando posizioni di potere e forza. Al rispetto del Codice Etico la Cooperativa vincola i comportamenti degli amministratori, dei dirigenti, dei soci, dei dipendenti e dei collaboratori. L'eventuale violazione dei principi da parte dei soci, dipendenti, collaboratori, amministratori e dirigenti viene sottoposta a valutazione e nel caso possono essere adottati provvedimenti previsti dalla normativa vigente.

1.3.4 E' presente un organismo interno di controllo, per le strutture private o, per le strutture private, una funzione per la prevenzione della corruzione e per l'adempimento degli obblighi di trasparenza e, sia per le strutture pubbliche e private, le relative misure operative in materia di prevenzione della corruzione e gestione degli obblighi di trasparenza della corruzione e per l'adempimento degli obblighi di trasparenza.

L'Ente ha stilato un codice etico di comportamento. Tale codice è presente sul sito internet della Cooperativa ed è stato diffuso via mail a tutti i soci, dipendenti, amministratori/dirigenti. La verifica del rispetto da parte di tutti i lavoratori di tale Codice Etico è in capo alla Direzione/Presidenza.

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 il Ministero delle Politiche antidroga, verso la regione Emilia Romagna e verso tutti gli enti (compresi quelli invianti) che hanno titolarità a chiederli. In particolare, per quanto riguarda la sede operativa 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 di privacy e sicurezza del dato.

La struttura COD “L’Airone” di Argenta e il Centro Diurno di Rimini registrano gli ingressi su una tabella informatizzata excel conservata su server.

I responsabili/Coordinatori 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. Ciò è specificato nella **procedura generale che definisce le modalità d’ingresso, dimissioni, trasferimenti esterni (continuità assistenziale) e interni e di interfaccia tra le strutture, le responsabilità e le modalità di trasferimento sia dei pazienti sia della documentazione.**

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 i computer sono dotati di un sistema di back-up che garantisce il salvataggio giornaliero dei dati contenuti sui 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 d’ingresso 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. La cartella medica e la cartella clinica vengono valutate tramite un’apposita *scheda di valutazione* composta da griglie ben precise, ogni griglia ha un punteggio. La valutazione può essere buona, sufficiente, insufficiente e viene eseguita da uno o più Incaricati per ogni struttura formati dalla Responsabile Qualità.

Requisito 1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata dei volumi, qualità ed esiti delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli delle strutture pubbliche /private 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 offerti ai pazienti (prodotti). In particolare, le *“procedure specifiche per la gestione degli aspetti clinici”* nelle diverse strutture *definiscono* in modo dettagliato le attività cliniche svolte cioè *i prodotti/servizi offerti all’utenza*. Nella relazione annuale vengono indicati tutti i servizi offerti e 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 sul sito internet della Cooperativa. Nella relazione annuale vengono inoltre riportati i dati relativi agli indicatori di risultato richiesti dalla regione Emilia-Romagna e perciò afferenti a quest'ultima.

1.5.2 Sono valutati i volumi, qualità ed esiti delle prestazioni di struttura pubblica e privata e, per quanto riguarda le strutture non ancora accreditate, delle prestazioni già erogate in regime di autorizzazione all'esercizio.

Tra gli obiettivi generali della Cooperativa c'è una costante attenzione alla valutazione dei volumi (ossia dei dati dal quale si ricava anche l'appropriatezza rispetto al lavoro svolto) delle strutture, della loro qualità e degli esiti dei programmi; tali dati sono tutti riportati nella Relazione annuale.

1.5.3 Sono definite le responsabilità per la valutazione.

La direzione, per ciascun prodotto/servizio erogato dalle strutture, definisce il responsabile della valutazione delle prestazioni erogate (Matrice delle Responsabilità). Infatti ogni responsabile di struttura partecipa alla stesura della relazione annuale sulle attività terapeutiche attraverso l'apporto di dati riguardanti i risultati di gestione e l'analisi degli stessi.

1.5.4 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, rischio clinico, esiti, non conformità;
- *nei momenti formativi* di supervisione sulla casistica trattata e sulle modalità operative adottate (anche in relazione alle basi teoriche/cliniche sottostanti).
- settimanalmente tutti i Responsabili inviano alla Direzione/Presidenza il numero delle presenze dei pazienti nelle strutture al fine di un monitoraggio continuo.

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

1.5.5 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 citati.

1.5.6 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 aziendale. 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*.

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

Il lavoro di valutazione dei dati (volumi) è di fondamentale importanza perché viene utilizzato per progettare azioni di miglioramento. Queste ultime possono riguardare i *risultati dei trattamenti* (performance), la tipologia e/o la *qualità dei servizi offerti*, *l'efficienza nel produrre determinati risultati* (con relativa modifica del budget necessario). Nello specifico possiamo affermare che lo scopo principale nella produzione dei servizi per la nostra utenza è l'analisi dei risultati e 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, il periodo di sperimentazione del nuovo progetto ed il budget necessario.

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), che descrive le attività della Cooperativa dando particolare rilievo all'organizzazione dell'Ente (governance), alle strutture terapeutiche, e a tutte le attività della Cooperativa;
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 i Responsabili 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 di questi ultimi, oltre alle modalità 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. Viene inoltre indicato il **Responsabile del Servizio**, la **mail** e il **numero di telefono** per richiedere informazioni. Periodicamente (ogni 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 anche un **aggiornamento della 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 quanto erogato e autorizzato** e di ciò abbiamo traccia **nella Relazione Annuale**; in quest'ultima vengono analizzati i *volumi* di attività relativi ai servizi erogati in riferimento agli standard dichiarati e agli indicatori utilizzati. I Servizi erogati sono coerenti con le autorizzazioni al

funzionamento rilasciate dai Comuni di riferimento e con gli Accordi di fornitura delle AUSL di Ferrara e della Romagna.

[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, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.](#)

Il **sito internet** della cooperativa è dotato di *un sistema informativo interattivo* che permette di avere un rimando costante da parte dell'utenza e degli stakeholder **sull'adeguatezza delle informazioni** e sulla tipologia di informazioni contenute sul sito stesso riguardanti le prestazioni e i servizi che vengono erogati. Sotto la voce "Azienda sociale trasparente" si trovano tre voci: reclami, elogi e suggerimenti. La cooperativa ha definito anche il responsabile nella gestione di tale sistema interattivo; questa **responsabilità** è in capo al **delegato alla gestione del sito internet** e, contemporaneamente, con il controllo della **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, le modalità di interfaccia con i servizi invianti e tra le strutture terapeutiche gestite dal nostro Ente. La procedura in oggetto ne **descrive le modalità di attuazione/protocollo di 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 che ci sia una **richiesta iniziale**, telefonica o via mail, **da parte di un ente** (di solito un Sert e/o un CSM) o da parte dello stesso utente interessato per verificare la possibilità di inserimento in una delle strutture terapeutiche. Normalmente l'operatore della struttura oggetto di richiesta d'inserimento, e che si occupa dei colloqui iniziali di valutazione, vede l'utente per 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 espone poi il caso in equipe per valutarne la possibilità o meno di 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. In seguito, nella riunione d'equipe viene fissata la **data d'ingresso in base alla disponibilità dei posti** in struttura **e in base agli accordi con il servizio d'invio**; la stessa **data d'ingresso** viene **poi comunicata anche all'utente e ai suoi famigliari** ove possibile.

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 che definisce le modalità d'ingresso, dimissioni, trasferimenti esterni (continuità assistenziale) e interni e di interfaccia tra le strutture, le responsabilità e le modalità di trasferimento sia dei pazienti sia della documentazione** che ha per oggetto la garanzia della continuità assistenziale nei diversi percorsi di cura del paziente. All'interno di tale procedura è presente la tabella in cui vengono declinate le responsabilità per la presa in carico e la cura del paziente nei passaggi interni ed esterni.

Inoltre, ogni struttura terapeutica dispone di una **procedura specifica sulla continuità assistenziale interna** il cui obiettivo è quello di garantire la continuità delle attività cliniche ed educative previste dalla organizzazione giornaliera. La finalità è di ottenere e garantire: - un'osservazione efficace finalizzata a una completa valutazione; - la continuità degli interventi sull'utenza; - i livelli minimi dichiarati degli interventi clinici ed educativi concordati con gli utenti; - dei livelli di comunicazione efficace tra gli utenti e tra la struttura e gli utenti.

Le **procedure per la gestione degli aspetti clinici e documenti** 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 iniziare e condividere il progetto terapeutico; nel caso dei COD e del MDD 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, del servizio d'invio e della struttura comunitaria che prende in cura il paziente.

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 mail e/o telefonicamente 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 la 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) e le buone pratiche. A tal proposito viene fatto firmare un documento a tutti gli operatori a testimonianza della conoscenza e dell'applicazione corretta delle procedure cliniche, e vengono svolte internamente alle strutture delle formazioni in tal senso che sono verbalizzate nell'apposito verbale della formazione interna.

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 che definisce le modalità d'ingresso, dimissioni, trasferimenti esterni ed interni (continuità assistenziale) e di interfaccia tra le strutture, le responsabilità e le modalità di trasferimento sia dei pazienti sia della documentazione.** Tale procedura garantisce la continuità assistenziale, sia all'interno di ciascuna struttura sia negli eventuali passaggi. Lo scopo 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 ogni struttura** spiega invece le modalità adottate per garantire la continuità assistenziale interna 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 e l'analoga Scheda Progetto Cento Fiori che accompagna il paziente in tutto il suo percorso di cura. La Scheda di Area Vasta Romagna viene utilizzata nelle strutture regolate dall'accordo di fornitura con l'Az. USL della Romagna. Mentre nella **struttura COD "L'Airone" di Argenta**, regolamentata dall'accordo di fornitura con l'Az. USL di Ferrara, il **progetto di cura** è monitorato secondo quanto indicato nell'accordo di Fornitura stesso, dalla presa in carico alla definizione dei passaggi successivi previsti dal progetto terapeutico e dalla Scheda Progetto Individuale proposta dai locali Ser.T.

E' stato deciso e condiviso con la Direzione e con i Responsabili e gli operatori di tutte le strutture di adottare lo strumento Scheda Progetto Cento Fiori per i pazienti di tutte le strutture provenienti da fuori dell'Area Vasta Romagna e dell'area di Ferrara in quanto è uno strumento utile per il monitoraggio del percorso di cura, sia nel passaggio tra un setting assistenziale e l'altro sia per la condivisione del programma con le tre firme (del paziente, del servizio d'invio e del servizio ricevente). Molto spesso i servizi inviati che non rientrano nell'Area Vasta Romagna sono "latitanti" sulla formalizzazione della condivisione del progetto di cura del paziente, considerando tale scheda solamente un assolvimento burocratico, perciò in alcuni casi gli operatori di riferimento dei pazienti nelle strutture non ricevono la scheda firmata e compilata nonostante i diversi solleciti.

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

Le procedure specifiche per la gestione degli aspetti clinici e documenti 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 concordati inizialmente e per il rinvio del paziente al Sert/Csm di provenienza**, per il monitoraggio dello stesso nella fase post-residenziale (follow-up). Si verifica con il servizio d'invio il raggiungimento degli obiettivi primari nella struttura d'inserimento e si decide per la dimissione, in tal caso definita dimissione concordata o per termine programma; 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 inviati. – **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](#)

Le modalità che garantiscono il monitoraggio del collegamento funzionale tra i servizi inviati e le strutture comunitarie sono descritte nell' Accordo di Fornitura. A ciò si deve aggiungere **la procedura specifica per la gestione dei farmaci e dell'infermeria e l'istruzione operativa delle interfacce esterne**, che definiscono anche tutti i contatti esterni **per la gestione delle necessità sanitarie dei pazienti**. Solitamente quando un paziente ha necessità di una visita specialistica esterna porta con sé anche la cartella medica ed eventuali referti medici.

[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 specifica della continuità assistenziale di ogni sede operativa.**

[2.3.5. Sono presenti documenti che definiscano l'appropriatezza per i controlli/ follow up in patologie specifiche, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura](#)

Nelle nostre strutture comunitarie vengono **periodicamente valutati i progetti terapeutici personalizzati** (tramite appositi incontri, telefonicamente o on-line) con il servizio inviante, in tal modo si verificano gli obiettivi raggiunti per determinare se gli interventi adottati sono stati appropriati, e gli obiettivi che si dovranno raggiungere. 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**. Solitamente gli incontri vengono riportati in cartella clinica.

[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 mediche e cliniche relative al paziente** provenienti dall'esterno vengono trasferite all'interno della cartella clinica o, secondo i casi, della cartella medica. Tali cartelle sono accessibili a tutti gli operatori della struttura (Incaricati al trattamento dei dati e delegati tramite nomina dal Titolare del Trattamento) 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 generale di ingresso** definisce le modalità **di interfaccia tra le nostre strutture comunitarie ed i servizi d'invio**, i trasferimenti interni ed esterni ed anche **il trasferimento della documentazione** che accompagna i cambiamenti di sede del paziente nel progredire del percorso terapeutico. **La procedura specifica per la gestione degli aspetti clinici e documenti** descrive

le modalità attraverso cui sono tenuti sotto controllo i documenti, il cui obiettivo è la corretta registrazione delle informazioni e del loro trasferimento, quando previsto.

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, 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 altre eventuali concause, 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 svolge settimanalmente. Tutti gli operatori comunque partecipano agli audit, i cui risultati vengono riportati nel verbale dell'audit stesso; in tale riunione vengono riportate anche eventuali azioni/progetti di miglioramento.

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/reclami** o anche solo pareri da parte di persone esterne (operatori dei servizi invianti, potenziali utenti e/o loro familiari) sul servizio offerto dal nostro Ente. La finalità ultima è quella di 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 (gestita in forma cartacea e/o informatizzata) e loro organizzazione.

I principali documenti sanitari delle strutture terapeutiche sono la **cartella clinica** e la **cartella medica in forma cartacea**. La **cartella clinica** contiene tutti i dati per il trattamento clinico del singolo utente: i dati anamnestici, i dati anagrafici e il progetto terapeutico con gli obiettivi, gli operatori del servizio di invio, gli operatori referenti della struttura, i tempi previsti, la diagnosi di invio se accertata, la diagnosi prodotta (solo nelle cartelle COD), i colloqui psicologici ed educativi, le sedute familiari, le comunicazioni/incontri con gli enti invianti, il bilancio di competenze, criteri di osservazione/valutazione finalizzati al passaggio in altra struttura o alla dimissione, contratti terapeutici (solo nelle cartelle CT), contratto di terza fase (solo nelle cartelle del CD), l'esito del programma, gli obiettivi raggiunti, il Referto di dimissione; alla cartella clinica solitamente vengono allegati, il regolamento generale di gestione della terapia, il regolamento specifico della struttura, i documenti e oggetti depositati all'ingresso e ritirati al momento dell'uscita, l'informativa sui possibili rischi overdose, il documento sulla privacy firmato dall'utente contenente la delega al trattamento dei dati personali.

La **cartella medica** contiene i dati sanitari degli utenti ed è usata per tenere costantemente monitorata la situazione sanitaria. Vengono indicati i medici del servizio di invio e i medici della struttura, eventuali diagnosi mediche all'ingresso (se conosciute), terapia farmacologica in atto al momento dell'ingresso, anamnesi patologica, allergie, prescrizioni di visite ed esami da parte del medico, tipologie di visite specialistiche ed esito eseguite durante la permanenza in struttura, consulenze telefoniche degli operatori/infermiere ai medici, scheda prescrizione farmacologica del medico psichiatra e del medico di base.

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.

Con la finalità di governare al meglio la documentazione clinica e medica nelle proprie strutture comunitarie la Cooperativa ha adottato **la Procedura per la gestione degli aspetti clinici e documenti**, dove vengono specificate le attività cliniche per ogni struttura, chi ne ha la responsabilità e il documento di registrazione. Inoltre l'ente ha dotato le strutture della **Procedura per la gestione ed il controllo dei documenti del sistema Qualità e non**.

Tale procedura descrive le modalità attraverso cui sono tenuti sotto controllo i documenti sia in forma cartacea sia in formato file richiesti dal sistema di gestione qualità. Lo scopo è assicurare che i documenti del Sistema di gestione per la Qualità siano correttamente governati attraverso precise modalità e codifiche. Vi è inoltre **un'istruzione operativa specifica sui tempi di archiviazione di tutta la documentazione presente nelle strutture** il cui obiettivo è quello di definire il periodo minimo di conservazione dei documenti principali all'interno delle strutture comunitarie. Gran parte della documentazione è trattata in tutte le strutture nella modalità "cartacea", in particolare: la cartella clinica e la cartella medica, i verbali della riunione d'equipe, i verbali dei gruppi terapeutici e quelli organizzativi con gli utenti. I dati anagrafici invece degli utenti sono anche informatizzati e perciò più facilmente fruibili, perché trasferibili sia all'amministrazione della Cooperativa sia alle istituzioni che lo richiedono. Nella sede operativa

di Vallecchio viene utilizzato il programma CT6 mentre nel COD di Argenta e nel Centro Diurno i dati anagrafici vengono riportati e aggiornati su una tabella excel tenuta su server.

[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 *cartella medica* e la *cartella clinica* vengono valutate tramite un'apposita *scheda di valutazione* composta da griglie ben precise, ogni griglia ha un punteggio. La valutazione può essere buona, sufficiente, insufficiente e viene eseguita da uno o più Incaricati formati dalla Responsabile Qualità. Entrambe le cartelle vengono tenute in armadietti chiusi a chiave.

Responsabilità e modalità di gestione dei principali documenti

Tipo di Documento	Responsabile gestione	Luogo archiviazione	Modalità Archiviazione	Tempo Utilizzo
Manuale per l'accreditamento	Responsabile della qualità	Ufficio Qualità	Su file	Fino a nuovo Riesame
Procedure generali e specifiche	Responsabile della qualità e Responsabili delle strutture	Ufficio Qualità e sedi delle strutture	Su file	Fino a nuova modifica dei documenti
Istruzioni Operative	Responsabile della qualità e Responsabili delle strutture	Sedi delle strutture Ufficio Qualità	Su file	Fino a nuova modifica dei documenti
Linee guida	Responsabili delle strutture e Responsabile Qualità'	Sedi delle strutture Ufficio Qualità	Su file	Fino a nuove edizioni pubblicate
Protocollo	Responsabili delle strutture	Sedi delle strutture	Cartacea e su file nelle mail	Fino a esaurimento registro
Cartella clinica utente	Responsabili delle strutture	Armadi nelle sale riunioni/equipe	- Cartacea (strutture riminesi e COD L' Airone)	Fino a termine programma utente - poi archiviazione illimitata
Cartella medica Utente	Responsabili delle strutture	- Infermeria delle strutture - Nel CD in ufficio educatori	- Cartacea (strutture riminesi e COD L' Airone)	Fino a termine programma utente - poi archiviazione illimitata
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
Documenti struttura (autorizzazione al funzionamento, decreto di accreditamento, ecc.)	Rappresentante legale della Cooperativa e Responsabili delle strutture Responsabile Qualità	Ufficio Qualità e sedi delle strutture, server Rimini	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 Responsabile della Formazione Responsabile Qualità	Sede legale (ufficio presidenza), Ufficio Qualità Server rimini	Formato file	Fino a produzione nuovi documenti
Documenti gestione HACCP	Responsabili delle strutture	Ufficio strutture	Cartacea e file	Fino ad eventuale modifica di legge
Documenti legge 81/2008	Dirigente sulla sicurezza	Ufficio sicurezza e sedi delle strutture, sede legale	Formato File	Fino ad eventuale modifica dei documenti

Documenti sulla Privacy GDPR 2016/676	Referente privacy	Server Cento Fiori	Formato file	Fino a nuova revisione o produzione di nuovo documento
Documenti riguardanti il funzionamento della Cooperativa in generale	Presidenza/Direzione Responsabile Qualità	Server Cento Fiori	Formato file	Fino a nuova revisione o produzione di nuovo documento

[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 derivano 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. Nella sede operativa di Vallecchio una parte dei dati viene trasferita nella modalità informatizzata nel programma CT6, al COD di Argenta e al CD invece vengono riportati su una tabella excel tenuta su server. Il programma CT6 rispetta la normativa sulla privacy; ad esso si accede tramite password assegnata ad ogni operatore; un programmatore esterno con apposito contratto si occupa della manutenzione e dal punto di vista della privacy (GDPR 2016/676) lo stesso operatore è stato nominato ufficialmente dal Titolare del trattamento, Responsabile esterno al trattamento dati.

Le strutture sono dotate anche di una **Procedura per la garanzia dei diritti degli utenti nelle strutture comunitarie**; lo scopo di tale procedura è definire gli strumenti che garantiscono la corretta e completa informazione agli utenti delle strutture sul funzionamento delle medesime e sui propri diritti.

Struttura informatica sede operativa di Rimini e sede operativa di Vallecchio

I documenti sono archiviati su un server Windows con dominio Active Directory, i client sono protetti tramite autenticazione basata su credenziali e l'accesso alle risorse condivise (share di rete) è regolato da policy di accesso preconfigurate a livello di dominio. Il server è equipaggiato con sistemi di alimentazione e storage ridondanti (RAID), oltre a un dispositivo UPS per garantire continuità operativa in caso di interruzioni elettriche/sbalzi di tensione. La rete è protetta da firewall hardware, mentre i client sono dotati di software antivirus aggiornato al fine di mitigare i rischi legati a malware e altre minacce. Un'unità di backup NAS con dischi configurati in modalità ridondante (RAID) è presente in un locale separato rispetto al server principale, per garantire la sicurezza dei dati. Le copie di sicurezza vengono eseguite con cadenza giornaliera, settimanale e mensile, assicurando diversi backup sicuri dei dati.

Struttura informatica sede operativa di Argenta

I documenti sono archiviati su un dispositivo NAS, i client sono protetti tramite autenticazione basata su credenziali e l'accesso alle risorse condivise (share di rete) è regolato da policy di accesso preconfigurate sul sistema NAS. Il NAS è equipaggiato con un dispositivo UPS per garantire la continuità operativa in caso di interruzioni di corrente/sbalzi di tensione, e dispone di un sistema di storage ridondante (RAID) per assicurare la protezione dei dati. Tutti i client sono protetti da software antivirus con aggiornamenti automatici regolari, al fine di mitigare i rischi legati a malware e altre minacce. Le copie di sicurezza vengono effettuate su un dispositivo di archiviazione esterno USB, direttamente connesso al NAS, e successivamente immagazzinato in

una cassetta di sicurezza fisica per garantire la protezione fisica e l'integrità dei dati. Le operazioni di backup sono programmate per avvenire con cadenza giornaliera, settimanale e mensile, assicurando così una copertura adeguata dei dati in diversi momenti temporali.

[2.5.5. Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici, per quanto applicabile al ruolo della struttura.](#)

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

- 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 e valutata attraverso l'uso di un'apposita scheda di valutazione*. Gli elementi costitutivi della scheda verificano la presenza di tutte le informazioni e documentazione che le cartelle devono contenere, la corretta e tempestiva compilazione dei dati richiesti.

[2.5.7 E' garantito il rispetto dei termini di legge per il rilascio della documentazione sanitaria agli aventi diritto.](#)

Nelle nostre strutture terapeutiche nel momento in cui il paziente termina il programma, indipendentemente dall'esito, gli viene consegnata tutta la documentazione sanitaria in originale. La struttura conserva copia di tutte le visite specialistiche ed esami all'interno della cartella medica come evidenza di quello che il paziente ha svolto dal punto di vista sanitario quando era in programma. La documentazione clinico-psicologica viene rilasciata su richiesta dell'interessato.

[2.5.8. E' garantita la tempestività e continuità nell'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico.](#)

Nelle nostre strutture comunitarie è garantito l'accesso al fascicolo sanitario elettronico su richiesta del paziente. Inoltre al momento dell'ingresso in struttura viene proposto a chi non ha il FSE personale di attivarlo.

[2.5.9. Sono previste modalità di implementazione di azioni correttive, se necessarie.](#)

L'Ente ha dotato le strutture di una **Procedura per la gestione delle azioni correttive, preventive e dei progetti di miglioramento** dove lo scopo è la definizione delle modalità e dei criteri che le strutture devono attuare per gestire le azioni correttive, preventive ed i progetti di miglioramento a fronte di criticità e/o situazioni esistenti o potenziali di non conformità. Ciò nella consapevolezza che il controllo degli eventi indesiderati e delle non conformità riveste un ruolo fondamentale nel nostro sistema di gestione della qualità.

3. Aspetti Strutturali e Tecnologici

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 annuale delle attività**, contenuto nella relazione annuale, 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, e l'organizzazione di cui la Cooperativa le ha dotate, non ha fatto mai registrare incidenti, infortuni e/o particolari rischi in relazione agli edifici e alla loro gestione. Ogni struttura è dotata di **modulistica** in cui registrare **eventuali incidenti o mancati incidenti/infortuni**. Nell'eventualità viene fatta comunicazione all'INAIL, al RSPP, al Risk manager, alla Presidenza e alla Dirigente sulla sicurezza per analizzare quanto avvenuto e attuare un'azione di miglioramento per quanto possibile immediata per ridurre al minimo il rischio.

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/contratti con enti/professionisti/aziende** che **garantiscono il controllo dell'idoneità** e degli interventi (quando necessari) agli edifici e relativi impianti di cui sono dotati. La Cooperativa si avvale anche di un **ingegnere** che monitora lo stato degli edifici e ne gestisce tutta la documentazione. Sono previsti anche **sopralluoghi periodici con il responsabile della sicurezza (RSPP)** che ha come compito quello di individuare potenziali rischi, elaborare misure di prevenzione e protezione, produrre procedure di sicurezza con l'obiettivo di minimizzare i rischi per i dipendenti e per gli ospiti delle strutture.

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 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 che si riduce alla cassetta di primo soccorso, allo sfigmomanometro, all'etilometro, il glucometro e il pulsossimetro-saturimetro, tutti strumenti questi ultimi di cui ne è responsabile l'infermiera.

[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 E' presente il piano per la gestione e manutenzione \(ordinaria e programmata\) delle attrezzature e sua comunicazione a 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 spiegazione delle responsabilità e chi è coinvolto nell'attività.

[3.2.4. Sono definite modalità per la valutazione della dotazione e vetustà delle apparecchiature](#)

Vista l'esiguità delle nostre apparecchiature, nel momento in cui diventano obsolete o non più funzionanti vengono sostituite/riparate su autorizzazione del Responsabile.

[3.2.5. E' correttamente e sistematicamente alimentato il flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature](#)

Questo requisito non è applicabile nelle nostre strutture in quanto le strutture non sono dotate di grandi apparecchiature mediche.

[3.2.6. 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 (ad es. il parco auto).

[3.2.7. Sono definite modalità di dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali](#)

Le poche e semplici apparecchiature elettromedicali conservate nelle infermerie delle sedi operative di Vallecchio e di Argenta 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 o alla Farmacia di riferimento che si occupa dello smaltimento.

[3.2.8. I programmi aziendali di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, nella manutenzione e dismissione.](#)

Le strutture utilizzano apparecchiature semplici ma è previsto che l'infermiera si accerti della conoscenza e del corretto uso di tali apparecchi da parte degli operatori laddove dovessero 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; l'organizzazione prevede che i responsabili delle strutture raccolgano all'interno di ogni équipe le necessità espresse da ogni singolo operatore. Il nostro ente si è dotato da anni di un *responsabile interno per la formazione che provvede annualmente a raccogliere le esigenze formative di ogni struttura* e si occupa anche degli aspetti organizzativi.

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. 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 dall'anticipo dato dalle date di comunicazione di tali eventi.

4.1.3. Il sistema tiene conto dei bisogni formativi

I *bisogni formativi* vengono raccolti in modo capillare direttamente dai responsabili nelle riunioni d'équipe 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 di formazione 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, dell'efficacia dell'intero evento e degli ECM per i professionisti aventi diritto.

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

La gestione del rischio sanitario per pazienti e operatori, la sicurezza delle cure, il rischio infettivo correlato all'assistenza e la gestione delle emergenze sanitarie sono tra i temi più rilevanti nella nostra pratica clinica e sono oggetto di approfondimento e, laddove necessita, di miglioramento. In particolare durante la supervisione/formazione, *il rischio clinico e la sicurezza delle cure per pazienti e operatori sono argomenti costantemente trattati e perciò presenti ogni anno come voci del piano della formazione.* Anche dall'analisi delle non conformità e degli incident reporting possono originare altri bisogni formativi.

4.1.5 Il sistema tiene conto della valutazione delle competenze (tecnico-professionali-comunicativo-relazionali, organizzativo-gestionali, in relazione al ruolo svolto) di tutto il personale sanitario operante nella struttura.

Periodicamente ciascun operatore viene sottoposto a valutazione dal Responsabile tramite l'osservazione nel quotidiano e l'applicazione di una scheda di valutazione specifica per ogni figura professionale.

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

All'interno delle strutture comunitarie *per il personale neo-assunto è prevista un'apposita procedura con inserimento e addestramento secondo la modalità dell'affiancamento ad un tutor* (solitamente un collega più anziano di servizio). È posta particolare attenzione all'apprendimento delle istruzioni operative e di tutta la documentazione, agli aspetti organizzativi, relazionali, e all'osservazione/partecipazione in 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. La valutazione viene eseguita utilizzando un'apposita scheda che prevede un adeguato spazio apposito riservato, in cui vengono annotati gli aspetti che devono essere migliorati e che saranno 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 nel nostro ente è assicurata a diversi livelli attraverso la messa a disposizione dei principali documenti contenenti le strategie e gli obiettivi aziendali (ad esempio lo statuto della cooperativa, il manuale della qualità, la relazione annuale) e attraverso varie modalità comunicative:

- **assemblee periodiche** per i soci e/o per tutto il personale per la presentazione del bilancio e per la sua approvazione;
- **Relazione annuale;**
- **Manuale di accreditamento;**
- **riunioni settimanali delle equipe** con relativa compilazione del verbale dove vengono registrati tutti gli argomenti discussi e le decisioni prese;
- **riunioni settimanali degli educatori**, anche queste con relativa compilazione del verbale;
- **incontri periodici di formazione e di supervisione**, secondo il piano previsto, attuati con un esperto esterno e con la compilazione di un verbale;
- **audit interni periodici** su argomenti di volta in volta programmati, comunque legati ai dati di attività e con la compilazione di un verbale;
- **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 sulle condizioni degli utenti e sugli aspetti organizzativi.
- **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/o via e-mail** a scopo informativo o contenenti direttive specifiche;
- **pubblicazioni sul sito internet** dei principali documenti (manuale della qualità, relazione annuale, carta dei servizi, codice etico);
- **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. E' disponibile l'evidenza dell'analisi dei risultati delle attività di valutazione rivolte al personale (es. indagini clima interno, valutazione stress-lavoro correlato, benessere organizzativo)

Periodicamente, circa ogni due anni, la cooperativa effettua una indagine per la **valutazione del clima aziendale e la soddisfazione del personale** e per la **valutazione stress-lavoro correlato**. Per la valutazione del clima aziendale viene utilizzato un questionario appositamente costruito. Per lo stress da lavoro correlato ci si avvale dell'aiuto dell'Ente di formazione mare-a.

5.2.2. I dati emersi sono condivisi con personale coinvolto

I *risultati vengono diffusi dalla direzione al personale*. Una volta elaborati i risultati, questi vengono comunicati e diffusi dalla direzione/presidenza al consiglio di amministrazione, al personale in varie forme (assemblea dei soci, mail, ecc.)

5.2.3. Sono pianificate le azioni conseguenti.

I **risultati del questionario** sono elaborati dall'Ufficio Qualità e i dati derivanti dalla somministrazione di test riguardanti **lo stress lavoro-correlato** vengono **visionati dal consiglio di amministrazione**. Quando si rileva una particolare situazione o si evidenzia una qualche criticità, tale situazione viene discussa per prendere decisioni sulle azioni da intraprendere, al fine di migliorare la situazione esistente.

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, il sito internet e la carta dei servizi sono gli strumenti che garantiscono un'ampia informazione. Descrivono in modo dettagliato l'attività delle nostre strutture comunitarie e forniscono informazioni a tutti gli interessati: dal cittadino che vuol capire la tipologia di servizio che offriamo, per arrivare ai più diretti interessati, come i potenziali 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 ed indica:** 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. Ai pazienti delle strutture viene letto al momento dell'ingresso o, se richiesto, inviato anche prima dell'ingresso il **contratto della struttura e il contratto della cooperativa** che indicano regole, diritti, doveri ecc...da parte del paziente, da parte dell'ente e della struttura accogliente; tali documenti, se richiesto, vengono inviati anche prima dell'ingresso.

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/i del/i servizio/i inviante/i e dell'operatore della struttura comunitaria) del progetto terapeutico dell'utente. Ciò significa che il progetto viene ampiamente discusso e condiviso fino alla definizione/pianificazione di tutti gli obiettivi; inoltre lo stesso può essere anche modificato (sempre in condivisione) durante il percorso terapeutico. La *scheda progetto* di Area Vasta Romagna e la *scheda progetto* di Cento Fiori (secondo l'ente d'invio) è il documento principale di condivisione a tre del programma terapeutico.

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.

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 familiari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento).

Nella costruzione del progetto di cui sopra oltre al *paziente* e ai *servizi inviati* vengono coinvolti ove possibile anche i *familiari*; 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 anche 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, vengono riportati per ciascuna struttura nella relazione annuale e discussi eventualmente con i pazienti nelle riunioni organizzative.

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 e degli Incident reporting* da parte degli operatori. Le non conformità e gli Incident Reporting, riportate su apposito modulo, vengono visionate e discusse nelle riunioni d'equipe delle strutture comunitarie; successivamente e periodicamente sono oggetto di approfondimento e di audit oppure di intervento tempestivo in caso di rischio grave. 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/Incident Reporting possono 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. Tale prassi viene riportata e descritta anche nella carta dei servizi e maggiormente dettagliata (per ciascuna struttura) nella relazione annuale. L'azione di miglioramento, secondo la valutazione del caso, può coincidere anche con un progetto di miglioramento.

[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. Tracce di ciò si può trovare nella relazione annuale.

6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza

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

[6.1.1. Tutto il personale operante nella struttura è coinvolto nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.](#)

La **procedura per la gestione degli aspetti clinici e documenti** 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 ai pazienti.

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 sono noti a tutto il personale e vengono ripetuti/discussi, quando se ne valuta la necessità, durante le riunioni di equipe e durante audit clinici. Tali documenti procedurali sono a disposizione degli operatori 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 – audit sugli esiti) 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 attesi/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 (obiettivi specifici e generali), nel definire **gli obiettivi di budget** tiene conto, oltre alle linee teoriche e cliniche seguite dalla Cooperativa, anche delle linee di indirizzo date dalla regione Emilia-Romagna e in tal senso indirizza alcune scelte (ad esempio quella di utilizzare lo strumento dell'ICD-10 per definire la diagnosi nei Centri di Osseiazione e Diagnosi). Tali scelte sono sempre condivise con i professionisti coinvolti nella gestione della terapia, sia per gli aggiornamenti sia per l'apprendimento delle metodiche e delle tecniche più appropriate ai fini del miglioramento dei servizi offerti all'utenza.

La pianificazione annuale della Cooperativa prevede, anche attraverso la supervisione con un esperto esterno e la riunione del comitato scientifico (in cui sono presenti tutti i Responsabili delle strutture terapeutiche e il Presidente in cui vengono riportati i bisogni formativi), l'attenzione continua alle tecniche utilizzate nella pratica terapeutica quotidiana con l'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 psicologico/psicoterapico e medico, è costante per la **sicurezza delle cure per pazienti e operatori**:

Citiamo alcuni esempi di cui la nostra prassi clinica tiene conto:

- La “raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari”. (Racc. n° 8 del 2007);
- Le “linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie” (luglio 2015);
- Accordo REA-CEA;
- Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci (ottobre 2014);
- Sicurezza nella terapia farmacologica” Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura” (ottobre 2015);
- “Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari”. (Febbraio 2020);
- Coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità nella promozione e nel miglioramento della sicurezza delle cure” (settembre 2023);
- La funzione di gestione del rischio (Risk management) aprile 2021; Sub Area Rischio clinico della Commissione salute conferenza delle regioni e delle province autonome;
- Legge 24/2017 art. 16” Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

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

6.2. La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario secondo le indicazioni regionali e nazionali.

[6.2.1 E' presente un documento di pianificazione annuale per la gestione del rischio \("piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario" per le strutture di ricovero ospedaliero, o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario per le altre strutture.](#)

La Direzione ha elaborato insieme ai Responsabili delle strutture e alla responsabile qualità un **Documento aziendale di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario per pazienti** che ha come obiettivo quello di descrivere le azioni messe in atto dall'organizzazione per identificare e gestire il rischio sanitario nelle strutture, migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie e garantendo la sicurezza delle cure della persona assistita e degli operatori (**risk management**). All'interno del documento è presente anche la **Mappatura dei rischi annuale** elaborata dai Risk manager di ogni struttura che ha come obiettivo quello di individuare le aree di rischio maggiori al fine di elaborare azioni/progetti di miglioramento.

[6.2.2 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario comprende, nelle strutture dotate di Pronto Soccorso, elementi per la gestione delle emergenze sanitarie.](#)

L'Ente ha elaborato il **Piano aziendale per la gestione delle emergenze sanitarie** in cui vengono descritte le principali situazioni di tipo medico e/o psichiatrico e di civile convivenza e tutte quelle situazioni che possono comportare un rischio reale o potenziale per l'operatore e per l'utente.

[6.2.3 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario comprende le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza](#)

Le nostre strutture comunitarie sono dotate di un **Piano aziendale per la riduzione del rischio infettivo correlato all'assistenza**. Le strutture hanno *dotazioni minime nelle cassette di primo soccorso 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). Il Piano descrive le modalità comportamentali per prevenire il rischio infettivo. La Responsabilità dei processi e dell'applicazione di tali Piani nelle strutture è del **Risk manager** che coincide con il Responsabile, il quale è nominato dal consiglio di amministrazione.

[6.2.4 Il documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario comprende specifici eventi/progetti formativi sul tema per tutto il personale operante nella struttura.](#)

La sicurezza delle cure e la gestione del rischio è sempre *presente nei piani formativi aziendali* ed è sempre oggetto di supervisione e di analisi all'interno delle strutture.

[6.2.5. Gli elementi del documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario 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, psichiatrica e comportamentale della nostra utenza*. La Direzione a tal proposito, ha definito un **Documento aziendale** per la gestione del rischio clinico orientato alla sicurezza delle cure di

pazienti e operatori con all'interno la **Mappatura dei rischi annuale** che descrive le criticità maggiori da migliorare in ogni struttura al fine di perfezionare la qualità delle prestazioni erogate. Ad inizio anno infatti, vengono stanziati nella riunione di budget su richiesta dei Responsabili/Presidenza somme di denaro per eventuali miglioramenti/obiettivi da realizzare, successivamente discussi e approfonditi. (Es. approfondire ulteriormente la formazione interna ed esterna su aspetti riguardanti il rischio clinico e sicurezza delle cure.)

Quando il rischio riguarda gli operatori 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) e all'**istruzione operativa sulla de-escalation**; tali documenti sono oggetto di formazione periodica per tutti gli operatori.

[6.2.6. La realizzazione degli obiettivi del documento di pianificazione annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.](#)

Le principali attività/obiettivi previsti nel Documento e i risultati raggiunti vengono verificati tramite gli audit interni sulle non conformità e sul rischio clinico (Incident Reporting) e tramite l'osservazione dei risk manager sull'operato degli operatori nella quotidianità. 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**.

[6.2.7. È presente una funzione formalizzata \(responsabilità e architettura\) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.](#)

L'Ente ha dotato ogni struttura di una funzione formalizzata del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio: il **Risk manager** che ha come compito quello di monitorare, coordinare, armonizzare i processi clinico-assistenziali di cui è responsabile. Il Risk manager propone percorsi di formazione specifici e fornisce alla Direzione un supporto affinché quest'ultima possa decidere con tempismo e flessibilità opportuni interventi e/o cambiamenti.

[6.2.8 E' presente, nell'ambito delle strutture di ricovero pubbliche e private ospedaliere, un Comitato Valutazione Sinistri in cui il Risk manager \(o suo delegato\) è membro stabile ed effettivo.](#)

La Cooperativa non possiede formalmente un Comitato Valutazione sinistri in termini di gestione del rischio nel caso di infortunio di un paziente, imputabile alle cure mediche o di infortunio di un operatore. La gestione eventuale di tali eventi viene presa in carico immediatamente dal Risk manager della struttura, dalla direzione, dall'RSPP, dalla dirigente aziendale sulla sicurezza e dalla compagnia assicurativa della Cooperativa al fine di ottenere tutta la documentazione e le informazioni necessarie per l'istruttoria e per la definizione del profilo di rischio. L'obiettivo è integrare le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.

[6.2.9 E' presente una valida e idonea copertura assicurativa sul sito internet della struttura](#)

La Cooperativa possiede una polizza assicurativa in caso di infortunio del paziente e/o dell'operatore ed è pubblicata sul sito internet della Cooperativa.

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

[6.3.1. E' presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti \(eventi, near miss, eventi sentinella\) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali \(SIMES\) e sono definite e applicate le modalità di restituzione a tutti i professionisti operanti in struttura e stakeholder.](#)

Rimanendo in tema di rischio clinico, un esempio di strumento per identificare e segnalare eventi potenzialmente o realmente accaduti è la ***scheda di Incident Reporting*** (è una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni su eventi avversi), come indicato dalla regione Emilia-Romagna. Le strutture possono utilizzare la scheda di Incident Reporting anche per i ***near miss*** che sono eventi o situazioni non programmati che non hanno provocato infortuni ma che hanno il potenziale per farlo laddove una conseguenza negativa non si verifica solo per una serie di circostanze casuali e/o favorevoli. La scheda di Incident Reporting viene utilizzata per gli ***eventi sentinella*** cioè per gli eventi avversi di particolare gravità compiuti da un operatore, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o un grave danno al paziente. Un'altra modalità, meno diretta, per gestire il rischio clinico è rappresentata dall'analisi delle ***non conformità*** (specifica modulistica); una non conformità è una discrepanza tra ciò che è previsto e ciò che accade; può riguardare un prodotto, un processo, un servizio. L'analisi e la classificazione delle non conformità e degli incident reporting vengono discusse nei relativi audit e poi riassunte nella relazione annuale; quest'ultima viene poi messa a disposizione di tutti sul sito, 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 avversi molto gravi da richiederne la segnalazione in Regione. Tuttavia i nostri operatori ricevono ugualmente la formazione e le informazioni necessarie per la segnalazione di tali eventi in caso di necessità. Tale prassi è oggetto di formazione ogni volta che c'è una nuova assunzione e nell'audit apposito in cui vengono analizzate tali situazioni.

[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 per questo tipo di strutture è quello dell'overdose e quindi della morte del paziente). 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. Per i pazienti COD e in Doppia Diagnosi viene sempre consultato anche lo psichiatra di riferimento del paziente. Oltre agli abbandoni ci sono altri eventi avversi che vengono segnalati nella scheda di *Incident Reporting* e discussi in equipe.

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

Ogni specifica struttura mette in atto tutte le volte che è necessario le indicazioni contenute nel Documento per la gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure. **Il Documento 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 verificare se le azioni messe in atto sono state svolte correttamente. I risk manager sono forniti di una check-list con Indicatori da monitorare e devono relazionare alla Direzione su argomenti riguardanti prettamente il rischio clinico/sicurezza delle cure e le eventuali azioni/progetti di miglioramento in quanto responsabili di tali processi. La Responsabile Qualità verifica periodicamente che tutti i requisiti Rex e Specifici di ogni struttura vengano rispettati.

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, riportate nell'apposito verbale, vengono esaminati gli eventi che comportano rischi, anche solo potenziali (Incident Reporting) 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**. Vengono anche svolti dei sopralluoghi dal RSPP nelle strutture con l'obiettivo di individuare eventuali rischi che possono influire sull'operatore e sul paziente.

6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di sicurezza delle cure e di gestione dei rischi sanitario o altro documento di pianificazione per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.

Lo stato di attuazione del **Documento per la gestione del rischio e sicurezza delle cure** è monitorato dai **Risk manager/Facilitatori** nelle strutture e dalla Direzione. Inoltre il risk manager/Facilitatori monitorano e discutono eventuali situazioni critiche nelle riunioni d'equipe settimanali e attuano interventi immediati qualora si verificassero situazioni di emergenza/rischio non gestite correttamente dagli operatori.

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

La raccolta, l'analisi e la valutazione dei dati raccolti durante l'anno negli audit e a fine anno nella relazione annuale e la Mappatura dei Rischi annuale conducono molto spesso alla progettazione di azioni di miglioramento. Il programma per il miglioramento adottato dalla Cooperativa **definisce: i criteri per stabilire le responsabilità, i ruoli** da attribuire agli operatori che partecipano al lavoro, **i tempi** previsti, il **budget** necessario, la **valutazione/misurazione dei risultati**. Questi ultimi vengono monitorati dai Risk manager nelle strutture e dalla Direzione.

6.4 Applicazione e diffusione delle raccomandazioni nazionali e regionali in materia di rischio clinico

6.4.1 Sono implementati e monitorati: buone pratiche, procedure e protocolli, riferibili al contesto specifico, secondo le indicazioni di raccomandazioni e linee di indirizzo ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi avversi e delle situazioni a rischio.

Nel momento in cui nelle nostre strutture si verificano eventi avversi o situazioni di rischio vengono effettuati degli audit ad hoc in cui si fa riferimento alle raccomandazioni e alle linee guida regionali o ministeriali per implementare/modificare le buone pratiche; tali azioni possono

portare alla modifica di alcune procedure e/o istruzioni operative interne o, in alcuni casi, anche all'attuazione di progetti di miglioramento.

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/o specifici per ogni singola struttura;
- i risultati dei sistemi di verifica e di analisi dei dati (volumi), soprattutto dove vengono rilevate delle criticità;
- i piani formativi, dove sono sempre presenti aspetti che riguardano la gestione del rischio clinico nonché la sicurezza delle cure per pazienti e operatori.

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. 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** e (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 un Format 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 nei 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** e al resto dell'equipe. 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. I progetti di miglioramento sono periodicamente riportati anche nella relazione annuale.

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**. A tal proposito è stata creata una **istruzione operativa per la rilevazione dei fabbisogni tecnologici – professionali e organizzativi** che descrive le modalità di rilevazioni dei fabbisogni e le relative azioni da compiere.

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 **direttamente coinvolto nei momenti** in cui è necessario attuare **delle innovazioni di tipo tecnologico e/o organizzativo-professionali**. Nelle apposite riunioni d'equipe settimanali, ciascuna struttura comunitaria definisce le eventuali necessità. **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, o dalla presidenza/direzione 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.

7.4.1. 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 indirizzo di Educatore Professionale e/o sanitario 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 diversi 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 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, da cui siamo stati chiamati, in qualità di collaboratori e supporto ai docenti, a diversi eventi organizzati dall'università per l'attività di formazione/informazione degli studenti sulle dipendenze patologiche e, in altri casi, per l'analisi e l'approfondimento delle prassi cliniche e dei dati riguardanti gli esiti nelle nostre strutture comunitarie.

7.4.2. 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. Viene comunque fatta firmare una liberatoria specifica sulla privacy in cui viene richiesta l'autorizzazione.

7.4.3. Nel caso in cui la struttura sia sede o sia coinvolta in attività di ricerca, promuove 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 in più occasioni 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 implementare i nostri modelli di cura.

8. Umanizzazione

8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta azioni e progetti per la umanizzazione, l'equità e la 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 centrale nella sua soggettività e nelle sue necessità. Perciò, come definito nella *carta dei servizi*, *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, riconosciuta dalla comunità scientifica, trae origine dalla scuola psicoanalitica argentina applicata alle strutture psichiatriche; con questa tecnica 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 inizia sempre anche dall'analisi della relazione.

[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 nei suoi vari aspetti. 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, oltre che nei colloqui clinici e nei gruppi terapeutici.

[8.1.4. È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione dei PDTA, per quanto applicabile rispetto al ruolo della struttura.](#)

I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (**PDTA**) *si realizzano* nelle strutture comunitarie *attraverso la schede progetto elaborate in collaborazione con i servizi d'invio* e il paziente, contenenti il progetto e gli obiettivi concordati; si garantisce così la partecipazione e la condivisione da parte del cittadino/utente (e spesso dei suoi familiari) al progetto terapeutico che lo riguarda anche attraverso la firma del Contratto terapeutico e del Regolamento all'interno delle strutture, contenuti nella cartella clinica. Le informazioni contenute in tali documenti e nella

scheda progetto definiscono gli aspetti clinici della terapia (con la partecipazione diretta del paziente) e gli aspetti più pratici. La scheda progetto prevede verifiche durante il percorso di cura e viene garantita anche la possibilità di miglioramento/cambiamento del progetto terapeutico quando possibile e/o necessario.

Allegato 1

CARTA DEI SERVIZI CENTO FIORI



CENTO FIORI
COOPERATIVA SOCIALE

LA CARTA DEI SERVIZI **DI 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 la **Comunità Terapeutica (CT)** di Vallecchio alla fine del 1984 ed il **Centro Diurno (CD)** di Rimini nel 1986. La loro gestione è stata fin dagli inizi mista, caratterizzata da uno stretto coordinamento pubblico-privato.

Successivamente, dall’esperienza con la CT e in seguito alle mutate richieste e caratteristiche dei pazienti, si è concretizzata con la collaborazione con l’Azienda U.S.L. di Rimini nel 2002 la creazione del **Centro di Osservazione e Diagnosi (COD)** di “Vallecchio” con l’introduzione nel programma di percorsi anche per pazienti con doppia diagnosi.

Dal 2008 è stato ufficializzato, formalizzandolo nell’accordo di fornitura con l’Az. USL di Rimini, l’apertura del primo appartamento del **reinserimento residenziale**; l’attività si è poi ampliata con altri appartamenti. Attualmente gli appartamenti concordati con l’attuale Az. USL della Romagna sono di due tipologie: con presenza dell’educatore per due ore giornaliere (h2) e con presenza dell’educatore per sei ore giornaliere (h6).

L’esperienza del COD di Vallecchio ha permesso poi di acquisire dal luglio 2010 la gestione del **COD “L’Airone”** di Argenta (FE).

Nella seconda metà del 2022, dopo il parere favorevole della Regione Emilia Romagna, è stata avviata la procedura di apertura di un **modulo per la Doppia Diagnosi (DD)** con la riconversione di 8 (otto) posti letto dedicati a tali casi all’interno dei 26 autorizzati **nella CT di Vallecchio**.

I SERVIZI OFFERTI

Tipologia dei servizi e pazienti destinatari

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 e Modulo Doppia Diagnosi di Vallecchio
- Il Centro Diurno di Rimini
- Gli appartamenti per il reinserimento residenziale

Tutti i programmi sono destinati a pazienti 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, di disintossicazione da sostitutivi e/o da psicofarmaci, e di stabilizzazione dell'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 al paziente 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 del paziente, sulla base delle risorse (in particolare quelle psicologiche) a disposizione. Il **Modulo Doppia Diagnosi (MDD)** è parte integrante della Comunità Terapeutica ed impiega 8 posti dei 26 totali previsti nella CT. Il programma del MDD è dedicato ai pazienti con diagnosi psichiatrica e dipendenza patologica ed è finalizzato al recupero/miglioramento sintomatologico di tali pazienti con un percorso terapeutico non inferiore ai sei mesi.

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. Nel corso degli ultimi anni, per i pazienti provenienti sia dalla sede operativa di Vallecchio sia dal territorio riminese, il Centro Diurno viene anche utilizzato come “fase intermedia di osservazione” per accedere al Reinserimento.

Il reinserimento residenziale si struttura come *possibile continuazione* dei percorsi comunitari sopra citati per favorire il reinserimento socio-lavorativo dei pazienti 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 ma che tuttavia richiedono *un monitoraggio e un maggior 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 quattro professionalità principali: psicologi, psichiatri, educatori professionali e infermiere.

C'è anche un gruppo di esperti che fa 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;
- il personale del sistema di gestione qualità nella sede di Rimini supporta il lavoro gestionale ed organizzativo delle equipe terapeutiche.
- i settori di lavoro nel territorio di Rimini che vedono in parte impegnati i pazienti e che sono gestiti da personale (operatori di comunità qualificati) che collabora con le equipe terapeutica.
- Presidente e Direttore

Collocazione delle strutture

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

Tutti i programmi comunitari sono accreditati dalla Regione Emilia Romagna. Le strutture comunitarie di Rimini (compresi gli appartamenti residenziali per il reinserimento) sono regolamentate dall’accordo di fornitura con l’Az. USL Romagna, mentre il COD L’Airone di Argenta è regolamentato dall’accordo di fornitura con l’Az. USL di Ferrara.

L’evoluzione dei servizi offerti

La particolare mission della Cooperativa Cento Fiori, sempre tesa al recupero di pazienti con dipendenza patologica e all’aiuto dei soggetti svantaggiati, ha portato la stessa 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 legate, a quel punto del programma terapeutico, al reinserimento socio-lavorativo. 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. Tuttora la tecnica DBT è utilizzata con successo e, avendo superato la fase sperimentale, è diventata d’uso costante con i diversi pazienti 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 paziente 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, viene chiesta al servizio inviante una relazione sul paziente in oggetto. Il colloquio ha una doppia finalità: quella della conoscenza diretta del paziente, con la compilazione della scheda di anamnesi e quella di renderlo edotto sul funzionamento della struttura.

La valutazione del caso da parte dell'equipe permette di decidere sull'idoneità del paziente 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; a quest'ultimo viene chiesta la compilazione della "scheda progetto" che definisce in dettaglio il progetto terapeutico personalizzato e che comprende: gli obiettivi, i tempi, le modalità di verifica e le risorse da attivare/attivabili per raggiungere gli obiettivi concordati.

Vengono poi fissati nuovi colloqui per verificare la reale volontà del paziente 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 del paziente), i colloqui possono essere ripetuti con la finalità di monitorare l'andamento del paziente, in collaborazione del servizio d'invio.

Infine quando l'equipe fissa la data d'ingresso, in accordo col servizio d'invio, la stessa viene comunicata al paziente 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 chilometri da Rimini. L'equipe terapeutica del COD di Vallecchio è composta da operatori (psichiatri, psicologi, educatori professionali e infermiera) 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"> - Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento. - Disintossicazione da farmaci sostitutivi e psicofarmaci - Stabilizzazione dell'eventuale terapia psicofarmacologica - Osservazione e diagnosi clinica finalizzata alla produzione di un referto diagnostico e di un'indicazione terapeutica - 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). - Riduzione della conflittualità familiare. - Informazione ed orientamento per i pazienti ed i loro familiari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con dipendenza patologica - Casi di abbandoni e/o ricadute dopo un programma terapeutico. - Casi di doppia diagnosi - Stati mentali a rischio e uso problematico di sostanze nei giovani adulti. - Situazioni con grosse conflittualità familiare. - Coppie con problemi di dipendenza patologica (senza figli al seguito) e che richiedono di effettuare il programma insieme. - Il programma è rivolto ad utenti sia di sesso maschile sia femminile. - Il paziente, all'ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell'idoneità del caso da parte dell'equipe. - I colloqui, che si svolgono a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza del paziente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento del centro. - Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati. 	<ul style="list-style-type: none"> - All'ingresso un primo colloquio psicologico ed una prima visita medica e/o psichiatrica per valutare l'eventuale terapia farmacologica. - I colloqui, con finalità diagnostica-psicoterapica, sono ripetuti tutte le settimane. - Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento. - Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l'educatore di riferimento. - Vengono somministrati tests psicologici a scopo di approfondimento diagnostico. - È prevista la partecipazione a tre gruppi: uno di psicoterapia, uno psicopedagogico e a un gruppo DBT- terapia dialettica comportamentale – qualora per il paziente fosse indicato. Tutti i gruppi sono a cadenza settimanale. - Durante le riunioni dell'equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini diagnostici. - Al termine del trattamento il paziente è dimesso con una diagnosi, secondo i criteri dell'ICD 10, e un'indicazione terapeutica per l'eventuale trattamento successivo se valutato necessario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente del C.O.D. è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha uno psicologo, un educatore e uno psichiatra di riferimento all'interno della equipe terapeutica. - Il paziente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel Centro; nello stesso momento al paziente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento quotidiane. - L'osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre materiale di riflessione e di analisi consentendo un lavoro sulla persona al fine di favorire la modifica di alcuni aspetti disfunzionali. - 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.

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 chilometri da Ferrara. Il COD L'Airone è guidato da un'equipe terapeutica composta da operatori (psicologi, educatori professionali uno psichiatra e un'infermiera) 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 tabella sottostante:

Obiettivi del Progetto	Tipologia d'utenza	Modalità d'accesso	L'organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento. - Disintossicazione da farmaci sostitutivi e psicofarmaci - Stabilizzazione dell'eventuale terapia psicofarmacologica - Osservazione e diagnosi clinica finalizzata alla produzione di un referto diagnostico e di un'indicazione terapeutica - 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). - Riduzione della conflittualità familiare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con dipendenza patologica. - Casi di abbandoni e/o ricadute dopo un programma terapeutico. - Casi di doppia diagnosi - Stati mentali a rischio e uso problematico di sostanze nei giovani adulti. - Situazioni con grosse conflittualità familiare. - Coppie con problemi di dipendenza patologica (senza figli al seguito) e che richiedono di effettuare il programma insieme. - Il programma è rivolto a pazienti sia di sesso maschile sia femminile. - Il paziente, all'ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell'idoneità del caso da parte dell'equipe. - I colloqui, che si svolgono nella sede di Argenta in via Crocetta n° 18, sono volti alla conoscenza del paziente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento del centro. - Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità 	<ul style="list-style-type: none"> - All'ingresso un primo colloquio psicologico ed una prima visita medica e/o psichiatrica per valutare l'eventuale terapia farmacologica. - I colloqui, con finalità diagnostica-psicoterapica, sono ripetuti tutte le settimane. - Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento. - Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l'educatore di riferimento - Vengono somministrati tests psicologici a scopo di approfondimento diagnostico. - È prevista la partecipazione a quattro gruppi: uno di psicoterapia, uno psicopedagogico e a due gruppi coordinati con tecnica DBT- terapia dialettica comportamentale – qualora per il paziente fosse indicato: un gruppo sulla prevenzione delle ricadute e uno rivolto alle donne. Tutti i gruppi sono a cadenza settimanale. - Durante le riunioni dell'equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini diagnostici. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente del C.O.D. è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha uno psicologo, un educatore e uno psichiatra di riferimento all'interno della equipe terapeutica. - Il paziente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel Centro; nello stesso momento al paziente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento quotidiane. - L'osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre materiale di riflessione e di analisi consentendo un lavoro sulla persona al fine di favorire la modifica di alcuni aspetti disfunzionali. - 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

- Informazione ed orientamento per i pazienti ed i loro familiari.	acute in atto.	Sanitarie Locali) che con soggetti privati.	- Al termine del trattamento il paziente è dimesso con una diagnosi, secondo i criteri dell'ICD 10, e un'indicazione terapeutica per l'eventuale trattamento successivo se valutato necessario.	responsabilità e favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.
--	----------------	---	---	--

La Comunità Terapeutica ed il Modulo Doppia Diagnosi (CT e MDD) di Vallecchio

La struttura della Comunità Terapeutica di “Vallecchio”, comprensiva del Modulo Doppia Diagnosi, 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 chilometri 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; anche il MDD ha una sua équipe che comprende gran parte degli stessi educatori e psicologi della CT e prevede in più la presenza di due psichiatri e di una infermiera. I criteri e le modalità utilizzate sono riportate nelle tabelle che seguono:

CT

Obiettivi del Progetto	Tipologia d’utenza	Modalità d’accesso	L’organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento. - Osservazione clinica finalizzata alla progressiva autoconoscenza e autonomizzazione. - Durata della terapia in base al programma personalizzato. - Riduzione della conflittualità familiare. - Informazione ed orientamento per i pazienti ed i loro familiari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con dipendenza patologica. - Coppie con problemi di dipendenza patologica (senza figli al seguito) e che richiedono di effettuare il programma insieme. - Pazienti con problema specifico della dipendenza da cocaina (il programma in tali casi è basato su una tecnica di tipo cognitivo-comportamentale). - Situazioni con grosse conflittualità familiari. - Situazioni di dipendenza patologica che necessitano di intervento psicoterapico. - Il programma è rivolto a pazienti sia di sesso maschile sia femminile. - Il paziente, all’ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto. 	<ul style="list-style-type: none"> - L’accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell’idoneità del caso da parte dell’equipe. - I colloqui, che si svolgono a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza del paziente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento nella vita comunitaria. - Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati. 	<ul style="list-style-type: none"> - All’ingresso un primo colloquio per favorire l’inserimento. - Colloqui psicologici settimanali. - Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l’educatore di riferimento. - Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento. - È prevista la partecipazione a quattro gruppi settimanali: due di psicoterapia, uno psico-pedagogico e un gruppo DBT - terapia dialettico comportamentale – qualora per il paziente fosse indicato. Tutti i gruppi sono a cadenza settimanale. - Durante le riunioni dell’equipe terapeutica il caso è valutato ed inquadrato a fini del progetto terapeutico. - Il trattamento giunge a dimissione quando il paziente ha verificato (insieme all’equipe curante) il raggiungimento degli obiettivi concordati inizialmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente della CT è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha un psicologo e un educatore di riferimento all’interno della équipe terapeutica. - Il paziente 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. - 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; - 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.

MDD

Obiettivi del Progetto	Tipologia d'utenza	Modalità d'accesso	L'organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento. - Osservazione clinica finalizzata alla progressiva auto-conoscenza e autonomizzazione. - Durata della terapia in base al programma personalizzato - Riduzione della conflittualità familiare. - Informazione ed orientamento per i pazienti ed i loro familiari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con diagnosi psichiatrica e dipendenza patologica. - Esordi psicotici e uso problematico di sostanze nei giovani adulti, in particolare tra i 18 e 30 anni. - Situazioni con grosse conflittualità familiari. - Il programma è rivolto a pazienti sia di sesso maschile sia femminile. - Il paziente, all'ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell'idoneità del caso da parte dell'equipe. - I colloqui, che si svolgono a Rimini in via Portogallo n° 10, sono volti alla conoscenza del paziente e ad informarlo sul funzionamento, le finalità ed il regolamento nella vita comunitaria nel MDD. - Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati. 	<ul style="list-style-type: none"> - All'ingresso un primo colloquio psicologico ed una prima visita psichiatrica e/o medica per valutare il quadro clinico del paziente. - I colloqui psicologici, con finalità psicoterapica, sono ripetuti tutte le settimane. - I colloqui con lo psichiatra di riferimento, finalizzati al monitoraggio della terapia psichiatrica, sono periodici. - Uno dei psichiatri è sempre reperibile quando non è presente in struttura. - Sono previsti colloqui familiari (ove possibile) da ripetersi più volte durante il trattamento. - Sono previsti momenti di verifica/sostegno con l'educatore di riferimento. - Vengono somministrati test psicologici, quando necessari, a scopo di approfondimento diagnostico. - È prevista la partecipazione a diversi gruppi: uno di psicoterapia, uno psicopedagogico, un gruppo di terapia dialettico comportamentale (DBT) se indicato per il paziente ed un gruppo psicoterapeutico per le donne (sulle problematiche femminili). - Durante le riunioni dell'equipe terapeutica il caso è valutato ed eventualmente rimodulato secondo gli obiettivi del progetto. - Sono previste attività ricreative ed esperienziali strutturate (laboratori, uscite, sport, ecc) e, quando possibile, anche di tipo formativo. - Al termine del percorso il paziente è dimesso con l'eventuale indicazione terapeutica per il trattamento successivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente del Modulo per Doppia Diagnosi viene trattato e seguito individualmente con la metodologia del "case management", per cui a ciascuno viene assegnato uno psicologo-psicoterapeuta, uno psichiatra ed un educatore di riferimento all'interno della équipe terapeutica. - Il paziente sottoscrive un contratto terapeutico che fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza in struttura e le regole di comportamento quotidiane a cui attenersi. - L'osservazione dei momenti clinici e della quotidianità offre materiale di riflessione e di analisi e consente un lavoro sulla persona al fine di favorire il miglioramento della sintomatologia. - Gli obiettivi principali di tale lavoro sono: comprensione dei meccanismi alla base della sintomatologia, maggior conoscenza di sé, capacità di assumersi delle responsabilità e favorire un processo di adattamento proattivo alla realtà.

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, uno psicologo 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 sottostante tabella:

Obiettivi del Progetto	Tipologia d'utenza	Modalità d'accesso	L'organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza e supporto alla motivazione al cambiamento. - Osservazione dei momenti clinici e della quotidianità finalizzata alla progressiva autoconoscenza e autonomizzazione. - Durata della terapia in base al programma concordato con il paziente e col servizio d'invio. - Riduzione della conflittualità familiare. - Accompagnamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Persone che presentano problematiche di dipendenza patologica. - Casi di doppia diagnosi. - Coppie con problemi di dipendenza patologica (senza figli al seguito) e che richiedono di effettuare il programma insieme. - Stati mentali a rischio e uso problematico di sostanze nei giovani adulti. - Pazienti con dipendenza da cocaina. - Pazienti provenienti da altre strutture terapeutiche gestite dalla Coop. Cento Fiori e non ma che necessitano di una fase di accompagnamento (fase intermedia) prima di 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accesso al programma è subordinato alla verifica, tramite colloqui, dell'idoneità del caso da parte dell'equipe. - 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 funzionamento, le finalità ed il regolamento del 	<ul style="list-style-type: none"> - All'ingresso un primo colloquio per favorire l'inserimento. - I colloqui, con gli operatori di riferimento (psicologo e educatore), sono ripetuti settimanalmente. - Il programma prevede anche l'inserimento della famiglia che è considerata parte fondamentale del programma terapeutico e risorsa da attivare all'ingresso del paziente. È infatti prevista un'assemblea settimanale rivolta ai soli familiari. - È prevista la partecipazione del paziente a un gruppo settimanale di psicoterapia, un gruppo multifamiliare mensile, un gruppo psicopedagogico settimanale, un gruppo DBT (terapia dialettico comportamentale) quando indicato. - L'equipe terapeutica valuta e tratta il caso secondo la "concezione 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente del CD è trattato e seguito individualmente, per cui ciascuno ha uno psicologo e un educatore di riferimento all'interno della équipe terapeutica. - Il paziente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel Centro Diurno. - Il paziente viene inserito nei settori lavorativi e seguito da un responsabile settore opportuno formato che, successivamente, si confronta con l'equipe terapeutica in una riunione mensile. - L'osservazione dei momenti clinici e della quotidianità consentono un lavoro sulla persona mirante a raggiungere gli obiettivi previsti dal progetto personalizzato al fine di favorire la modifica di alcuni aspetti disfunzionali

della persona nella fase di reinserimento (quando concordato) - Informazione ed orientamento per i pazienti ed i loro familiari.	accedere al reinserimento. - Il programma è rivolto a pazienti sia di sesso maschile sia femminile. - Il paziente, all'ingresso, non deve presentare patologie (fisiche o psichiatriche) acute in atto.	Centro. -- Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati	operativa di gruppo" ai fini della costruzione di un progetto terapeutico - Il paziente viene dimesso quando ha verificato (insieme all'equipe curante) il raggiungimento degli obiettivi concordati inizialmente.	- Il paziente partecipa alle uscite di gruppo organizzate dal Centro e all'uscita annuale in barca a vela. -- 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, maggiore autonomia, favorire un processo di adattamento attivo alla realtà.
---	---	---	---	---

Il reinserimento residenziale di Rimini

Le strutture utilizzate per il reinserimento residenziale sono due appartamenti collocati a Rimini a poca distanza dal Centro Diurno, con cui condivide alcuni settori di lavoro dove vengono eventualmente inseriti i pazienti fintanto che trovano un proprio lavoro e, successivamente, un'abitazione che dia loro una maggiore autonomia. Gli appartamenti funzionano in modo diverso l'uno dall'altro, secondo il livello di autonomia dell'utenza: uno è organizzato con la presenza dell'educatore per due ore al giorno (h2) e l'altro per 6 ore al giorno (h6). L'equipe di lavoro è composta da educatori e psicologi ed i criteri e le modalità utilizzate li vediamo nella tabella che segue:

Obiettivi del Progetto	Tipologia d'utenza	Modalità d'accesso	L'organizzazione del trattamento	Le modalità del trattamento
-Verifica e supporto al progetto di reinserimento; -Monitoraggio del progetto di reinserimento in ambiente semi-protetto; -Controllo e/o adeguamento dell'eventuale terapia farmacologica; -Valutazione e attivazione delle risorse personali; -Durata del percorso di reinserimento (in accordo col diretto interessato e col servizio inviante) ridotta al periodo occorrente all'autonomizzazione socio-economica dell'utente.	-Pazienti che necessitano di reinserimento dopo un programma comunitario. -Pazienti che, in fase di reinserimento, non hanno il supporto familiare e/o supporto abitativo. -Situazioni con grosse conflittualità familiari. .Altre situazioni che necessitano di distacco temporale e psicologico-comportamentale dal contesto sociale di provenienza.	-L'accesso al programma avviene previa valutazione dell'equipe curante del Centro Diurno e la successiva presentazione del paziente all'equipe del reinserimento. - 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. -Gli inserimenti sono concordati sia con i servizi e/o strutture pubbliche (Aziende Unità Sanitarie Locali) che con soggetti privati.	-All'ingresso un primo colloquio col responsabile per la presa visione e la firma del contratto terapeutico. -La verifica dell'andamento del progetto avviene attraverso le visite domiciliari quotidiane da parte degli educatori. -Possono essere concordati più colloqui con lo psicologo da ripetersi, secondo necessità, durante il trattamento. -E' prevista la partecipazione ad un gruppo psicopedagogico mensile. -Durante le riunioni dell'equipe vengono valutate le risorse personali dell'utente finalizzate all'autonomizzazione. Il lavoro di supporto educativo e psicologico è finalizzato a potenziare tali risorse. -Sono previsti incontri familiari qualora la famiglia venga ritenuta una risorsa per il paziente. -Al termine del trattamento il paziente è dimesso alla luce delle autonomie raggiunte.	-I pazienti del Reinserimento Residenziale vengono trattati secondo il progetto individuale concordato. -Il percorso prevede supporto educativo ed eventualmente psicologico. -Ciascun paziente stipula un contratto terapeutico nel quale fissa gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza nel programma. -Dal momento dell'ingresso al paziente viene chiesto di conformarsi alle regole di comportamento che vigono nelle sedi residenziali del reinserimento. -Nel momento in cui il paziente raggiunge l'autonomia economica si provvede a livello educativo alla verifica della gestione delle spese.

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

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta e la fissazione del primo colloquio di valutazione	100% entro una settimana
Disintossicazione/stabilizzazione	Garantire ai pazienti la disintossicazione o la stabilizzazione nel rispetto dei tempi personali programmati.	Numero di disintossicazioni o stabilizzazioni ultimate/numero di disintossicazioni iniziate	Almeno il 50%
Diagnosi	Garantire, attraverso il referto, la diagnosi e le relative indicazioni terapeutiche.	Compilazione del referto diagnostico / tutti gli utenti dimessi (dopo almeno due mesi di osservazione)	100% dei dimessi con referto diagnostico
Psicodiagnostica	Garantire l'approfondimento diagnostico attraverso i test psicodiagnostici	N° di somministrazioni di test-questionari psicodiagnostici /totale dei pazienti con almeno 60 giorni di permanenza	100% dei pazienti con permanenza di almeno 60 giorni in struttura
Trattamento psichiatrico	Assicurare al paziente la possibilità di un trattamento psico-farmacologico.	Numero di utenti trattati psico-farmacologicamente/ numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	100% dei pazienti con terapia psico-farmacologica
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l'assistenza infermieristica	Cartelle medico- infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le tematiche dell'autonomia, della responsabilità o altro attraverso il sostegno pedagogico individuale	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento di coppia	Assicurare alla coppia la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso questo tipo di trattamento	Effettuazione dei colloqui di coppia stabiliti registrati in cartella	Almeno un colloquio al mese
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il trattamento psicoterapico familiare	Partecipazione alle sedute familiari organizzate registrati in cartella	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psicoterapico di gruppo per le donne	Assicurare alle pazienti la possibilità di comprendere e migliorare le specifiche problematiche femminili attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo appositamente programmate	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative alla relazionalità, alla responsabilità o altro attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze
Trattamento psico-pedagogico integrato	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppi settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze
Dimissione	Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione

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

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta e la fissazione del primo colloquio di valutazione	100% entro una settimana
Disintossicazione/stabilizzazione	Garantire ai pazienti la disintossicazione o la stabilizzazione nel rispetto dei tempi personali programmati.	Numero di disintossicazioni o stabilizzazioni ultimate/numero di disintossicazioni iniziate	Almeno il 50%
Diagnosi	Garantire, attraverso il referto, la diagnosi e le relative indicazioni terapeutiche.	Compilazione del referto diagnostico / tutti gli utenti dimessi (dopo almeno due mesi di osservazione)	100% dei dimessi con referto diagnostico
Psicodiagnostica	Garantire l'approfondimento diagnostico attraverso i test/questionari psicodiagnostici	N° di somministrazioni di test-questionari psicodiagnostici /totale dei pazienti con almeno 60 giorni di permanenza	100% dei pazienti con permanenza di almeno 60 giorni in struttura
Trattamento psichiatrico	Assicurare al paziente la possibilità di un trattamento psico-farmacologico.	Numero di utenti trattati psicofarmacologicamente/numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	100% dei dimessi
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l'assistenza infermieristica	Cartelle medico- infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il sostegno pedagogico individuale	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il trattamento psicoterapico familiare	Partecipazione alle sedute familiari organizzate e riportate sui verbali	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	Assicurare al paziente 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 e riportate sui verbali	100%
Trattamento psico-pedagogico integrato	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppi settimanali previste	100% di presenza ai gruppi svolti
Dimissione	Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione

La Comunità Terapeutica (CT) di Vallecchio

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta e la fissazione del primo colloquio di valutazione	100% entro una settimana
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana
Consulenza psichiatrica	Garantire ai pazienti che ne hanno necessità la consulenza per la terapia psicofarmacologica	Consulenze registrate nella cartella medica	Effettuazione del 100% delle consulenze richieste
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il sostegno pedagogico individuale	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento di coppia	Assicurare alla coppia la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso il trattamento di coppia	Effettuazione dei colloqui di coppia stabiliti e registrati in cartella	Almeno un colloquio al mese
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il trattamento psicoterapico familiare	Partecipazione alle sedute familiari organizzate e riportate sui verbali	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	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%
Trattamento psico-pedagogico integrato	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppi settimanali previste	100% di presenza ai gruppi svolti
Trattamento specifico per cocainomani	Offrire al paziente dipendente da cocaina la possibilità di comprendere i motivi che lo inducono all'uso della cocaina in specifici momenti	Partecipazione ai specifici colloqui predisposti per i cocainomani	100% di presenze ai colloqui predisposti
Dimissione	Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione

Il Modulo Doppia Diagnosi della CT di Vallecchio

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta e la fissazione del primo colloquio di valutazione	100% entro una settimana
Attività quotidiane organizzate	Garantire la partecipazione alle attività quotidiane organizzate dalla struttura	N° di partecipazioni alle attività quotidiane/ totale dei giorni programmati con le attività	100% di partecipazione dei pazienti tutti i giorni
Attività espressive per lo sviluppo psico-motorio	Garantire l'accesso alle attività espressive per lo sviluppo psico-motorio organizzate	N° di partecipazioni alle attività espressive/ totale delle attività espressive organizzate	100% dei pazienti presenti all'attività
Psicodiagnostica	Garantire l'approfondimento diagnostico attraverso i test psicodiagnostici nei casi che ne necessitano	N° di somministrazioni di test-questionari psicodiagnostici/ totale dei pazienti con almeno 60 giorni di permanenza	100% dei pazienti con permanenza di almeno 60 giorni in struttura
Trattamento psichiatrico	Assicurare al paziente la possibilità di un trattamento psico-farmacologico.	Numero di utenti trattati psico-farmacologicamente/ numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	100% dei pazienti con terapia psico-farmacologica
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l'assistenza infermieristica	Cartelle medico- infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le tematiche dell'autonomia, della responsabilità o altro attraverso il sostegno pedagogico individuale	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento di coppia	Assicurare alla coppia la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso questo tipo di trattamento	Effettuazione dei colloqui di coppia stabiliti registrati in cartella	Almeno un colloquio al mese
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il trattamento psicoterapico familiare	Partecipazione alle sedute familiari organizzate registrati in cartella	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psicoterapico di gruppo per le donne	Assicurare alle pazienti la possibilità di comprendere e migliorare le specifiche problematiche femminili attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo appositamente programmate	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative alla relazionalità, alla responsabilità o altro attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze
Trattamento psico-pedagogico integrato	Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di comportamenti più adeguati	Partecipazione alle sedute di gruppi settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze
Dimissione	Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione

Il Centro Diurno (CD) di Rimini

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra la prima richiesta e la fissazione del primo colloquio di valutazione	100% entro una settimana
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana
Consulenza psichiatrica	Garantire ai pazienti che ne hanno necessità la consulenza per la terapia psicofarmacologica	Consulenze registrate nella cartella medica	Effettuazione del 100% delle consulenze richieste
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il sostegno pedagogico individuale	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento di coppia	Assicurare alla coppia la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso il trattamento di coppia	Registrazione in cartella dei colloqui di coppia attivati	Attivazione del prodotto secondo i casi, al bisogno
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il trattamento psicoterapico familiare	Registrazione in cartella dei colloqui familiari attivati	Attivazione del prodotto secondo i casi, al bisogno
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno il 50% di presenze
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo.	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze alle sedute effettuate
Trattamento psicoterapico	Offrire ai pazienti e alle loro famiglie uno spazio di elaborazione delle problematiche inerenti la comunicazione	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno l'80% di presenze alle sedute

multifamigliare			effettuate
Trattamento di gruppo (assembleare) per i famigliari dei pazienti	<u>Offrire ai partecipanti uno spazio di riflessione ed elaborazione dei ruoli e delle funzioni familiari</u>	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno l'80% di presenze alle sedute effettuate
Trattamento psico-pedagogico integrato	<u>Garantire l'integrazione di tutti gli interventi effettuati</u>	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche/totale delle cartelle cliniche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	<u>Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di comportamenti più adeguati</u>	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenza ai gruppi svolti
Dimissione	<u>Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma</u>	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione
Avvio al reinserimento	<u>Offrire il percorso di reinserimento residenziale socio-lavorativo ai pazienti che lo chiedono e ne hanno reale necessità</u>	Registrazione in cartella clinica del colloquio di preparazione per il reinserimento/totale delle richieste di reinserimento	Approvazione di almeno il 50% delle richieste di reinserimento

Il reinserimento residenziale di Rimini

Prodotti	Obiettivi	Indicatori	Standard
Definizione del progetto /percorso per il reinserimento	<u>Assicurare al paziente la definizione del progetto per una presa in carico nel percorso</u>	Sottoscrizione del contratto terapeutico per la definizione degli obiettivi e delle condizioni	100% dei contratti firmati
Sostegno pedagogico individuale	<u>Assicurare all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il sostegno pedagogico individuale</u>	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana
Trattamento psicologico mirato/al bisogno	<u>Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il trattamento individuale in modo mirato e secondo necessità</u>	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Colloqui concordati
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	<u>Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il trattamento psicopedagogico di gruppo</u>	Registrazione sui verbali delle sedute di gruppo previste	100% di presenze alle sedute effettuate
Tutoraggio economico	<u>Assicurare al paziente, concordandolo col medesimo, la possibilità di monitorare/accumulare le risorse economiche provenienti dal lavoro in vista della futura maggiore autonomia</u>	Registrazione su libretto /conto corrente postale o bancario dei proventi del lavoro	Accantonamento di almeno il 50% dello stipendio percepito
Potenziamento delle risorse individuali per favorire l'autonomia	<u>Valutare le risorse individuali per incrementarne gli aspetti con potenziale evolutivo</u>	Definizione in cartella clinica delle risorse individuali con evoluzione positiva	100% di cartelle cliniche con registrazione delle risorse individuali favorevoli
Dimissione	<u>Garantire la refertazione della dimissione alla conclusione del programma</u>	Compilazione del referto di dimissione / tutti gli utenti con valutazione di raggiungimento degli obiettivi concordati	100% dei dimessi con referto di dimissione

Il miglioramento continuo dei servizi

La direzione della cooperativa Cento Fiori, nella logica del miglioramento continuo, si è assunta il costante impegno di monitorare il lavoro svolto dalle équipes delle varie strutture comunitarie gestite e sopradescritte. Le modalità adottate sono diverse:

- riguardo agli aspetti clinici è il lavoro di supervisione e formazione che permette di effettuare le giuste modifiche nella gestione dei casi e soprattutto di trattarli in modo personalizzato. Questo lavoro, attuato con il personale di tutte le strutture ogni anno, è condotto da un professionista (esterno) qualificato nel trattamento della casistica da noi curata;
- nel miglioramento dell'impostazione dei programmi personalizzati, un aiuto importante arriva dalla stretta collaborazione con i servizi invianti, soprattutto attraverso le verifiche periodiche degli obiettivi stabiliti per ciascun programma.

Un'altra fondamentale modalità per ottenere il miglioramento del servizio è rappresentata dall'uso del questionario di gradimento: viene chiesto periodicamente ai pazienti presenti nelle nostre strutture di compilare il questionario per la rilevazione della soddisfazione rispetto ai

servizi offerti; si tratta di uno strumento che è utilizzato direttamente dal paziente e permette agli operatori delle strutture interessate e alla direzione della Cooperativa di rilevare il gradimento del servizio erogato e di correggere, ove se ne rileva l'importanza o l'utilità, le modalità con cui sono realizzati i servizi stessi. È una modalità che permette di esprimere in forma anonima i propri pareri e include sia gli apprezzamenti sia le critiche.

Per l'équipe che gestisce la struttura il questionario di gradimento rappresenta un feed-back sulla gestione della terapia col gruppo dei pazienti e, in quanto tale, permette di frequente di modulare l'intervento sia sugli aspetti clinici sia sugli aspetti organizzativi.

INDIRIZZI E RECAPITI

Centro Osservazione e Diagnosi di “Vallecchio”:

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

Tel. 0541.984293

Fax 0541.984292

E-Mail cod.vallecchio@coopcentofiori.it

PEC: comunita.vallecchio@pec.it

Responsabile: Dott.ssa Gabriella Maggioli

Centro Osservazione e Diagnosi “L’Airone”:

Via Crocetta, 18 – 44011 Argenta (FE)

Tel. 0532/311884

Fax 0532/310007

E-Mail cod.argenta@coopcentofiori.it

PEC: cod.argenta.cento.fiori@pec.it

Responsabile: Dott.ssa Monica Ciavatta

Comunità Terapeutica di “Vallecchio”:

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

Tel. 0541.984293

Fax 0541.984292

E-Mail ct.vallecchio@coopcentofiori.it

PEC: comunita.vallecchio@pec.it

Responsabile: Dott.ssa Gabriella Maggioli

Modulo Doppia Diagnosi della Comunità Terapeutica di “Vallecchio”:

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

Tel. 0541.984293

Fax 0541.984292

E-Mail dd.vallecchio@coopcentofiori.it

PEC: comunita.vallecchio@pec.it

Responsabile: Dott.ssa Gabriella Maggioli

Centro Diurno di Rimini:

Via Portogallo, 10 - 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail centrodiurno.rimini@coopcentofiori.it

Responsabile: Dott.ssa Laura Grossi

Appartamenti reinserimento residenziale di Rimini:

Via Portogallo, 2, 10 e Via Islanda 11 - 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail chiara.gentili@coopcentofiori.it

Responsabile: Ed. Prof. Chiara Gentili

Sede Legale ed Amministrativa:

Via Portogallo, 10 – 47900 Rimini

Tel. 0541.743030

Fax 0541.743232

E-Mail: info@coopcentofiori.it

amministrazione@coopcentofiori.it

PEC: coopcentofiori@pec.it