



CENTO FIORI
COOPERATIVA SOCIALE

**RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ TERAPEUTICHE COMUNITARIE
GESTITE DALLA COOPERATIVA SOCIALE CENTO FIORI
NELL'ANNO 2025**

Gli obiettivi generali

La tabella/elenco degli obiettivi generali per l'anno 2025, comprensivi dei parametri di valutazione, è la seguente:

OBIETTIVI GENERALI	AZIONI/ STRUMENTI	INDICATORE/ RISULTATO ATTESO	RISULTATI CONSEGUITI	TEMPI	BUDGET	RESPONSABILITÀ	EVIDENZE
Mantenimento del livello di attività precedenti	Verifica dei dati delle presenze 2025 comparati con quelli del 2024	Dati dell'anno 2025/ dati dell'anno 2024 - equiparazione o aumento del livello di attività	Lieve miglioramento del numero di utenti presenti rispetto all'anno precedente	Entro gennaio-febbraio 2025	Rendiconto economico	Direzione - presidenza e Responsabili delle strutture	Report inserito nella relazione annuale del 2025 + verbale assemblea chiusura bilancio (ad inizio 2026)
Rispetto del budget di previsione 2025	Produzione del documento di previsione di budget per il 2025 basato sul budget già verificato del 2024	Report annuale per il 2025 della Cooperativa/coerenza tra il budget 2024 e previsione di budget 2025	Rispetto del budget previsto ad inizio d'anno	Entro settem. 2025 (verif. 1° sem.) ed entro aprile 2026 (per chiusura del bilancio 2025)	Verifica ad aprile 2026 durante l'approvazione del bilancio 2025	Direzione - presidenza e Responsabili delle strutture	Report dei dati per la chiusura del bilancio 2025 in assemblea soci ad aprile 2026
Verifica della dimensione generale del rischio all'interno delle strutture e attivazione di azioni correttive e preventive in caso di necessità / ulteriore sensibilizzazione degli operatori sulla sicurezza delle cure	La valutazione della dimensione del rischio nelle strutture sanitarie implica da parte della Direzione un controllo mirato e continuo nelle strutture con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni e ridurre gli eventi avversi e sensibilizzare gli operatori sulla sicurezza delle cure	Mappatura dei rischi 2025-DVR-Procedure sul rischio clinico-Procedure di emergenza	Numero minore di near miss., eventi sentinella, non conformità	Controllo continuo e incontri con i Responsabili delle strutture	Nessun costo	Direzione e Presidenza e Responsabili di struttura	Report dei dati sui near-miss/eventi sentinella e non conformità
Realizzazione del Piano annuale della formazione	Attività di supervisione per tutti gli operatori delle strutture comunitarie secondo il piano della formazione previsto	Firme di partecipazione all'attività formativa/miglioramento ulteriore delle competenze professionali	Mantenimento/miglioramento della ritenzione al trattamento	Secondo gli accordi con l'ente di formazione. Al termine 2025	€ 2000(quota 2025 in aggiornamento o del 2026)	Consiglio di amministrazione	Verbali delle supervisioni e delle formazioni
Miglioramento ulteriore della formazione del personale presente sulla gestione del sistema qualità	Adozione di apposite riunioni del personale di ogni struttura per l'aggiornamento e la verifica della conoscenza di tutta la documentazione e delle procedure da parte di tutto il personale, con particolare riguardo a quello di recente assunzione	Firme di avvenuta consegna della documentazione + firma di presenza nei verbale formazione interna in ogni struttura	Formazione e verifica dell'acquisizione delle competenze previste dal sistema Qualità	Entro dicembre 2025	Costo zero perché attività compresa nel normale mansionario	Responsabile Qualità + Responsabili delle strutture	Report della formazione e documento firmato dai partecipanti + verbale formazione interna
Monitoraggio della formazione sulla sicurezza di tutti i dipendenti Legge 81	Delega all'ente esterno Mare-A e all'Ente Salconsulting (quest'ultimo solo per la formazione antincendio e primo soccorso nel COD L'Airone)	Attestati di partecipazione ai corsi dei dipendenti/conoscenza normative antincendio, pronto soccorso e sicurezza generale	Formazione di tutti i dipendenti secondo la normativa vigente	Da gennaio a dicembre 2025 (in continuo divenire)	€ 14.156	Direzione – presidenza+ ufficio qualità	Attestati di partecipazione
Aggiornamenti sulla normativa europea in materia di privacy (Legge 679 del 2016)	Aggiornamenti annuali sulla privacy	Aggiornamento della documentazione/co-noscenza da parte di tutti i dipendenti degli aggiornamenti della normativa sulla privacy	Adeguamento agli aggiornamenti della legge sulla privacy	Da gennaio a dicembre 2025	€ 1000	Presidenza+ Ufficio qualità	Singoli documenti prodotti/aggiornati
Implementazione continua della documentazione riguardante l'accreditamento	Aggiornamento della documentazione esistente inerente l'accreditamento	Mantenimento dell'accreditamento	Procedimento in continuo aggiornamento	Verifica periodica degli aggiornamenti	L'attività è compresa nelle mansioni dell'ufficio qualità/attività di miglioramento	Responsabile Qualità e Presidenza/ Direzione e Responsabili delle strutture	Documento di ri-accreditamento
Mantenimento e miglioramento degli ambienti e delle attrezzature nelle strutture	Manutenzione e ammodernamento degli ambienti e delle attrezzature di cui sono dotate le strutture comunitarie	Adeguamento e/o aggiornamento degli ambienti e delle attrezzature delle strutture/fatturazioni degli acquisti	Strutture migliorate/ aggiornate e fruibili dai pazienti	Nel corso di tutto il 2025	Costi non messi a budget in quanto interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria (verbale delega del CDA al Presidente per costi inferiori a 50.0000€)	Presidenza/ direzione e Responsabili delle strutture	Verbale del consiglio di amministrazione con la delega al presidente.

Miglioramento della documentazione sui lavori socialmente utili, sulla messa alla prova e sui nuovi dipendenti (sicurezza)	I lavoratori vengono messi a conoscenza dei principali rischi sulla sicurezza, dei comportamenti da adottare e non e dei rischi relativi alla mansione specifica che dovranno svolgere	Creazione della nuova documentazione	Diminuzione degli infortuni sul lavoro e maggiore consapevolezza dei rischi	Anno 2025	€ 300	Presidenza/RSPP/Responsabile lavori socialmente utili/Responsabile messa alla prova/Ufficio personale	Report degli infortuni a fine anno
---	--	--------------------------------------	---	-----------	-------	---	------------------------------------

Gli obiettivi generali riportati in tabella sono quelli che la Cooperativa Cento Fiori stabilisce per tutte le strutture terapeutiche che gestisce. Tutti gli obiettivi generali sopra riportati si ripetono negli anni, nella consapevolezza della necessità di monitorare eventuali cambiamenti da un anno all'altro.

Anche la necessità di sviluppare costantemente le competenze degli operatori nella cura delle principali patologie trattate si ripete frequentemente per via del continuo evolversi delle buone pratiche o delle tecniche con evidence-based.

- Per la verifica del mantenimento dei livelli di attività è utile osservare la tabella seguente con *l'andamento delle presenze medie negli ultimi 3 anni*:

Strutture→ Anni ↓	COD Vallecchio	COD L'Airone	CT Vallecchio	Centro Diurno	Modulo Doppia Diagnosi
2023	15.42	12.75	22.48	7.75	6.00
2024	9,34	12,38	21,69	12,21	8,90
2025	10.96	12.03	17.38	10.82	12.80

Monitorare settimanalmente le presenze medie delle strutture è fondamentale sia per i Responsabili sia per la Direzione e per il Consiglio di amministrazione con l'obiettivo di effettuare eventuali interventi di miglioramento in caso di necessità.

I dati del 2025 nelle varie strutture mostrano che:

- Nel COD di Vallecchio abbiamo assistito a un lieve miglioramento delle presenze.
 - Nel COD L'Airone si è verificato una lieve flessione delle presenze rispetto all'anno precedente.
 - Nella CT di Vallecchio vi è stato una un'importante flessione dovuta alla richiesta di maggiori ingressi nel COD e nel MDD.
 - Nel CD di Rimini si è registrato un aumento delle presenze rispetto al 2024 dovuto principalmente a un maggior numero di casi inviati dalle strutture di Vallecchio e a qualche invio dal Servizio di Rimini.
 - Nel MMD si è registrato un po' più del 100% dei posti letto occupati rispetto ai posti disponibili, per tale motivo entro la fine del 2025 si è cercato di rientrare entro i limiti dei posti letto autorizzati.
- L'obiettivo del rispetto del budget di previsione di inizio anno 2025 è stato rispettato perché nel complesso i dati generali di gestione di tutte le strutture non hanno mostrato significative modifiche.
 - L'obiettivo dell'ulteriore miglioramento della formazione del personale presente nella gestione del sistema qualità è stato mantenuto anche per l'anno 2025, estendendo le formazioni anche al personale di nuova assunzione, favorendo così la progressione della capacità del personale di riorganizzare le modalità procedurali di lavoro, migliorando i documenti stessi della qualità, con conseguente miglioramento del servizio.
 - Valutazione della dimensione generale del rischio all'interno delle strutture da parte della Direzione e attivare azioni correttive e preventive in caso di necessità; sensibilizzazione degli operatori sulla sicurezza delle cure: la valutazione della dimensione del rischio nelle strutture sanitarie implica da parte della Direzione un controllo mirato e continuo sulle strutture con l'obiettivo di migliorare la

qualità delle prestazioni e ridurre gli eventi avversi e sensibilizzare gli operatori sulla sicurezza delle cure.

- La realizzazione del Piano annuale della formazione continua ad essere un elemento fondamentale per identificare soluzioni sempre più adeguate alla complessa casistica trattata.
- Realizzazione di apposite riunioni di ogni struttura per l'aggiornamento e la verifica della conoscenza di tutta la documentazione e delle procedure da parte di tutto il personale, con particolare riguardo a quello di recente assunzione. Per i neo-assunti si specifica che è stata implementata una formazione più strutturata con delle schede apposite.
- La formazione sulla sicurezza (Legge 81/2008) per tutto il personale è delegato nell'attuazione dei corsi già da anni all'ente esterno Mare-A e all'Ente Salconsulting per la formazione antincendio e primo soccorso nel COD L'Airone. L'attuazione di tutti i corsi è monitorato dall'ufficio qualità.
- Anche nel corso dell'anno 2025 nell'applicazione della nuova normativa europea in materia di privacy (Legge 679 del 2016) sono stati controllati/aggiornati i documenti esistenti. L'implementazione ulteriore della documentazione per il ri-accredimento è una prassi continuativa.
- Il mantenimento ed il miglioramento degli ambienti e delle attrezzature nelle strutture è stato mantenuto anche nel 2025, nella consapevolezza della necessità del continuo ammodernamento-cambiamento degli ambienti e delle attrezzature.
- Miglioramento della documentazione riguardante i lavoratori socialmente utili, la messa alla prova, e le nuove assunzioni (vengono considerati lavoratori e formati/addestrati come i nuovi dipendenti (sicurezza): i lavoratori vengono messi a conoscenza dei principali rischi sulla sicurezza, dei comportamenti da adottare e non e dei rischi relativi alla mansione specifica che dovranno svolgere tramite un'apposita documentazione.

Gli obiettivi specifici

Vediamo ora di seguito la tabella degli obiettivi specifici per l'anno 2025, comprensivi dei parametri di valutazione e dell'indicazione delle strutture interessate:

Obiettivi che riguardano la sede operativa di Vallecchio per l'anno 2025								
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONE	INDICATORE/ RISULTATO ATTESO	RISULTATI CONSEGUITI	TEMPI	BUDGET	RESPONSAB.	EVIDENZE	STRUTTURE INTERESSATE
<u>Corso di meditazione</u>	Organizzazione di un corso di meditazione per i pazienti interessati delle strutture di Vallecchio	Numero dei pazienti partecipanti / Totale degli iscritti-interessati dell'utenza del COD CT e MDD	Favorire l'acquisizione di maggiori capacità di consapevolezza e l'osservazione di se stessi	Anno 2025	Nessun costo diretto- uso di personale interno	Resp. delle strutture	Verbale d'equipe educatori/agenda a giri	CT/COD/ MDD
<u>Monitoraggio da parte del Direttore sanitario sulla gestione del rischio clinico e ulteriore sensibilizzazione degli operatori sulla sicurezza delle cure</u>	Analizzare l'interazione tra fattori tecnologici, umani e organizzativi per prevenire eventi avversi e sentinella	Mappatura dei rischi 2025-DVR- Procedure sul rischio clinico- Procedure di emergenza	Numero minore di near miss., eventi sentinella, non conformità	Anno 2025	Nessuno	Direttore sanitario	Schede di Incident reporting e schede non conformità	CT/COD/MDD
<u>Corso di scrittura creativa/professionale</u>	Organizzazione di un corso sulla scrittura creativa e professionale per i pazienti interessati delle strutture di Vallecchio	Numero dei pazienti partecipanti/ Totale degli iscritti-utenti Interessati	Acquisizione delle basi della scrittura professionale e creativa	Luglio/ Agosto 2025	Nessun costo diretto- uso di personale interno	Resp. delle strutture	Verbale d'equipe educatori	COD/COD/ MDD

Corso tai-chi	Organizzazione di un corso di tai- chi per i pazienti interessati delle strutture di Vallecchio	Numero dei pazienti partecipanti/ Totale degli iscritti-interessati dell'utenza COD, CT e MDD	Far acquisire conoscenze di base del tai-chi	Ottobre /novembr e anno 2025	Nessun costo diretto- uso di personale volontario esterno	Resp. delle strutture	Verbale d'equipe educatori	CT/COD/ MDD
Corso di formazione sulle procedure per gli educatori e psicologi	Organizzazione di alcuni incontri per approfondire la conoscenza delle procedure di lavoro	Miglioramento della conoscenza delle procedure e dell'organizzazione e delle strutture	Partecipazione degli educatori e degli psicologi	Anno 2025	Nessun costo diretto	Resp. della struttura	Verbale formazione interna	CT/COD/ MDD
Formazioni periodiche per i tirocinanti e miglioramento della formazione per i neo-assunti attraverso formazioni più strutturate	Organizzazione di incontri periodici con i tirocinanti per approfondire la conoscenza della struttura e degli elementi clinici ed educativi- utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Assicurare ai tirocinanti una sicura conoscenza delle strutture di svolgimento del tirocinio/utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Acquisizione di competenze da parte dei tirocinanti/neo-assunti	Anno 2025	Nessun costo diretto	Coordinatrice degli Educatori/ Tutor/Psicologo formato	Verbale formazione interna/adozione di nuove schede per la formazione dei neo-assunti psicologi-educatori	CT/COD/MDD
Progetto scuola "Io non dipendo"	Organizzazione di incontri periodici nelle scuole superiori di Rimini	Numero dei pazienti partecipanti/ Totale degli iscritti-interessati dell'utenza COD, MDD e della CT	Maggiore conoscenza di se stessi e della propria storia. Aumento del grado di responsabilità individuale	Anno 2025	Nessun costo diretto – uso del personale interno	Resp. della struttura	Verbale d'equipe educatori	COD/CT/ MDD
Progetto di trekking 1 e 2 livello	Organizzazione di passeggiate per i pazienti interessati delle strutture di Vallecchio	Numero dei pazienti partecipanti/ Totale degli iscritti-interessati dell'utenza del COD e della CT	Far acquisire maggiori conoscenze del territorio favorendo l'attività motoria	Diverse uscite durante l'anno 2025	Nessun costo diretto- uso di personale interno	Resp. delle strutture	Verbale d'equipe educatori	CT/COD/ MDD
Formazione specifica sulla violenza di genere	Organizzazione di un percorso di sensibilizzazione sul tema della violenza con personale esperto	Numero dei pazienti partecipanti / Totale degli iscritti-interessati dell'utenza del COD /CT e MDD	Favorire l'acquisizione di maggiore consapevolezza delle dinamiche che sottendono la violenza di genere	Anno 2025	Nessun costo diretto – uso del personale interno	Resp. della struttura	Verbale d'equipe educatori	COD/CT/MDD
Corso ENAIP per l'inclusione attiva e per favorire l'occupabilità	Organizzazione di un progetto di formazione per pazienti selezionati della struttura di Vallecchio	Numero dei pazienti partecipanti/Totale e degli iscritti – interessati dell'utenza del COD/CT/MDD	Migliorare le competenze e l'occupabilità	Anno 2025	Nessun costo	Resp.. Struttura	Verbale d'Equipe	COD/CT/ MDD

Obiettivi che riguardano la struttura CD della Sede di Rimini per l'anno 2025

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONE	INDICATORE/ RISULTATO ATTESO	RISULTATI CONSEGUITI	TEMPI	BUDGET	RESPONSAB.	EVIDENZE	STRUTTURE INTERESSATE
Aumentare la capacità ricettiva dei pazienti nei settori lavorativi del Centro Diurno	Convenzione con Ditta Grabo per il confezionamento di prodotti	Aumento di pazienti presenti nel laboratorio	Aumentato il numero i dei pazienti inseriti nel centro diurno	Progetto avviato a novembre e 2025 in corso	Nessun costo	Resp. Centro Diurno	Bolle e fatture	CD di Rimini
Fornire spunti di riflessione su problematiche inerenti alle dipendenze da discutere poi nel gruppo psicoterapeutico. Creare momenti di condivisione e di socializzazione	Visione di una serie di filmati dal titolo Maide su Netflix. Un episodio ogni mercoledì prima del gruppo	Numero dei pazienti partecipanti/ totale degli utenti del Centro Diurno	Miglioramento nella comunicazione e nel gruppo di psicoterapia	Da novembre e 2025 a febbraio 2026	Nessun costo	Resp. Centro Diurno	Verbale equipe	CD di Rimini

<u>Monitoraggio da parte del Direttore sanitario sulla gestione del rischio clinico e sensibilizzazione ulteriore degli operatori sulla sicurezza delle cure</u>	Analizzare l'interazione tra fattori tecnologici, umani e organizzativi per prevenire eventi avversi e sentinella.	Mappatura dei rischi 2025-DVR- Procedure sul rischio clinico- Procedure di emergenza	Numero minore di near miss., eventi sentinella, non conformità	Anno 2025	Nessuno costo	Direttore sanitario	Schede di Incident reporting e schede non conformità	CD di Rimini
<u>Formazioni periodiche per i tirocinanti e miglioramento della formazione per i neo- assunti attraverso formazioni più strutturate</u>	Organizzazione di incontri periodici con i tirocinanti per approfondire la conoscenza della struttura e degli elementi clinici ed educativi- utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Assicurare ai tirocinanti una sicura conoscenza delle strutture di svolgimento del tirocinio/utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Partecipazione e dei tirocinanti ai previsti incontri/ utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Anno 2025	Nessun costo diretto	Coordinatrice degli Educatori/ Tutor/Psicologo formato	Verbale formazione interna/adozione e di nuove schede per la formazione dei neo-assunti psicologi-educatori	CD di Rimini

Obiettivi che riguardano la struttura COD della Sede di Argenta per l'anno 2025

<u>OBIETTIVI SPECIFICI</u>	<u>AZIONE</u>	<u>INDICATORE/ RISULTATO ATTESO</u>	<u>RISULTATI CONSEGUITI</u>	<u>TEMPI</u>	<u>BUDGET</u>	<u>RESPONSAB.</u>	<u>EVIDENZE</u>	<u>STRUTTURE INTERESSATE</u>
<u>Corso di formazione sulle procedure per gli educatori e psicologi</u>	Organizzazione di alcuni incontri per approfondire la conoscenza delle procedure di lavoro effettuati dalla R. Qualità	Miglioramento della conoscenza delle procedure e dell'organizzazione delle strutture	Partecipazione degli educatori e degli psicologi	Anno 2025	Nessun costo	Resp. della struttura	Verbale formazione interna	COD L'Airone
<u>Monitoraggio da parte del Direttore sanitario sulla gestione del rischio clinico e sensibilizzazione ulteriore degli operatori sulla sicurezza delle cure</u>	Analizzare l'interazione tra fattori tecnologici, umani e organizzativi per prevenire eventi avversi e sentinella	Mappatura dei rischi 2025-DVR- Procedure sul rischio clinico- Procedure di emergenza	Numero minore di near miss., eventi sentinella, non conformità	Anno 2025	Nessun costo	Direttore sanitario	Schede di Incident reporting e schede non conformità	COD L'AIRONE
<u>Cambio degli armadi nelle stanze degli utenti</u>	Montaggio degli armadi nuovi	Ambienti di vita degli utenti più adeguati	Ambienti ammodernati e più fruibili	Anno 2025	2000€	Resp./Coordinatore COD L'Airone	-Verbale d'equipe	COD L'AIRONE
<u>Formazioni periodiche per i tirocinanti e miglioramento della formazione per i neo-assunti attraverso formazioni più strutturate</u>	Organizzazione di incontri periodici con i tirocinanti per approfondire la conoscenza della struttura e degli elementi clinici ed educativi/ utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Assicurare ai tirocinanti una sicura conoscenza delle strutture di svolgimento del tirocinio/utilizzo di schede formative più strutturate per i neo-assunti	Acquisizione di competenze da parte dei tirocinanti/neo-assunti	Anno 2025	Nessun costo	Coordinatrice degli Educatori/ Tutor/Psicologo formato	Verbale formazione interna/adozione di nuove schede per la formazione dei neo-assunti psicologi-educatori	COD L'AIRONE
<u>Migliore sistemazione della documentazione clinica/medica</u>	Acquisto di materiale/raccoglitori	Documenti clinici e medici più ordinate	Suddivisione materiale clinico da quello medico	Settembre 2025	Circa un mese	Resp./Coordinatore COD L'Airone	Verbale del progetto di miglioramento	COD L'Airone
<u>Acquisto del manuale ICD-11 per eseguire le diagnosi e i referti diagnostici</u>	Strutturazione referto diagnostico utilizzo l' ICD 11 per diagnosi	Maggiore chiarezza e specificità diagnostica	Refertazione più corretta	Novembre dicembre 2025	Costo manuale e ICD 11- € 122.50	Resp./Coordinatore COD L'Airone	-Verbale d'equipe	COD L'Airone

Riorganizzazione infermeria	Acquisto cassaforte per sostitutivi	Più ordine e precisione, su ogni flacone c'è scritto il nome il giorno e il dosaggio	Diminuzione degli errori durante l'erogazione	Novembre/dicembre 2025	120 €	Resp./Coordinatore COD L'Airone	-Verbale d'equipe	COD L'Airone
------------------------------------	-------------------------------------	--	---	------------------------	-------	------------------------------------	-------------------	---------------------

Obiettivo che riguarda tutte le strutture terapeutiche nel 2025

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONE	INDICATORE/ RISULTATO ATTESO	RISULTATI CONSEGUITI	TEMPI	BUDGET	RESPONSAB.	EVIDENZE	STRUTTURE INTERESSATE
Prosecuzione dell'implementazione nelle strutture comunitarie dell'uso della scheda progetto della Cooperativa Cento Fiori	Utilizzo della scheda progetto e condivisione della stessa da parte di tutti gli operatori coinvolti	Firma per condivisione del progetto con il paziente e l'ente inviante/invio regolare della scheda progetto da parte del servizio inviante	Presenza della scheda progetto all'interno della documentazione clinica arrivata dal servizio inviante	In continuo divenire per la formazione degli operatori e dei neo-assunti	Non previsto	Responsabile del CD, Responsabile COD, CT e modulo DD Vallecchio, Responsabile COD L'Airone	In allegato alle cartelle cliniche	CT e Modulo DD + COD di Vallecchio + CD + COD L' Airone
Uscita terapeutica in barca a vela per pazienti COD e CT e MDD Vallecchio	Organizzazione di viaggi in barca a vela di più giorni	Numero di pazienti partecipanti/miglioramento delle capacità relazionali dei pazienti	Favorire l'attivazione delle risorse personali dei pazienti	Nei mesi estivi del 2025	Costo noleggio. Imbarcazioni € 4350	Responsabili delle strutture	Verbali equipe COD e CT	CT e COD Vallecchio

Alcuni degli obiettivi specifici si ripetono per più strutture, in particolare:

- **La “Prosecuzione dell'implementazione nelle strutture comunitarie dell'uso della scheda progetto della Cooperativa Cento Fiori”;** il motivo risiede nella continua necessità della condivisione della scheda progetto da parte di tutti gli operatori coinvolti, in collaborazione con i colleghi dei servizi invianti. È risultato necessario continuare anche nel 2025 a prestare attenzione a questo aspetto visto che soprattutto gli invii da fuori regione continuano a richiedere attenzione su questo importante documento, che completa la cartella clinica del paziente con il progetto condiviso e a lui dedicato, affinché venga compilato correttamente ed in modo completo.
- È continuata anche per l'anno 2025, come oramai da tradizione più che consolidata, **l'uscita terapeutica in barca a vela per i pazienti del COD di Vallecchio, della CT di Vallecchio, del Modulo doppia diagnosi e del Centro Diurno**; la forte valenza terapeutica di questa attività, che è oramai una consuetudine da diversi anni, consiste nel favorire l'emergere delle risorse personali dei pazienti in una condizione di setting istituzionale diverso, quello della barca, in cui ciascuno ha un ruolo diverso e maggiore è la responsabilizzazione del paziente.

2. IL PIANO ANNUALE DELLA FORMAZIONE

La formazione clinica

Il processo di evoluzione e sviluppo delle risorse umane è supportato da sempre dalla Cooperativa sociale Cento Fiori con l'obiettivo sia di acquisire nuove competenze tecnico-professionali sia di accrescere ulteriori capacità relazionali, organizzative e manageriali; tutto ciò nell'ottica della formazione continua. La domanda dei nuovi bisogni formativi trova quindi riposta sia a livello interno con l'approfondimento di specifici argomenti/problematiche legati agli ambiti di intervento, sia con la partecipazione a momenti formativi organizzati da Enti esterni.

Le attività terapeutiche ed assistenziali costituiscono le aree principali in cui opera la Cooperativa, e sono perciò anche quelle che richiedono il potenziamento/miglioramento costante della formazione di tutti gli operatori, quindi fa parte degli obiettivi strategici che il nostro Ente si pone ogni anno.

I responsabili delle strutture comunitarie raccolgono personalmente nelle rispettive riunioni d'equipe i bisogni formativi e le eventuali priorità con lo scopo di ascoltare tutto il personale coinvolto nel servizio; tali bisogni vengono successivamente comunicati al responsabile per la formazione, appositamente nominato dalla Cooperativa, e successivamente discussi nelle riunioni del "comitato scientifico" del nostro ente che vede riuniti periodicamente i responsabili dei principali servizi gestiti. Successivamente, le ipotesi di formazione che ne scaturiscono vengono poste alla valutazione del consiglio di amministrazione della cooperativa per l'approvazione.

Gli obiettivi formativi risultanti dagli approfondimenti sui fabbisogni emergenti sono in relazione non solo alle competenze da acquisire ma anche agli obiettivi generali e specifici della Cooperativa. Tali obiettivi sono garantiti dalle ore messe a disposizione e dalle risorse economiche che l'ente impiega e sono misurabili attraverso indicatori di efficacia.

In alcuni casi i bisogni formativi e quindi lo sviluppo di nuove competenze prendono spunto anche dall'analisi delle non conformità riguardanti eventi indesiderati o disservizi.

Le attività formative presentano tutte un approccio tecnico e specializzante molto elevato; affrontano tematiche centrali nel lavoro degli operatori e nei diversi ruoli che ciascuno di loro svolge quotidianamente all'interno dei differenti servizi.

Da diversi anni la cooperativa si affida all'ente DEMETRA, per la "Proposta del Piano Formativo" e per l'organizzazione della formazione insieme alla Responsabile della Formazione di CENTO FIORI. Oltre a quanto programmato e concordato con l'ente DEMETRA, un'altra parte di formazione è definita in base ad eventi proposti dai Ser.T. delle Az. USL di Rimini e Ferrara o anche dalla Regione. In questi casi si tratta di eventi non programmabili nel dettaglio ad inizio anno ma solo con breve anticipo sugli eventi stessi che vengono proposti.

Nella pratica clinica delle strutture gestite il Rischio clinico e la sicurezza del paziente e del personale sono tra i temi più rilevanti, perciò sono oggetto di approfondimento e, laddove necessita, di miglioramento. Tali temi sono costantemente trattati nella supervisione dei casi e perciò presenti ogni anno nel piano della formazione.

Le attività formative si connotano anche come strumento finalizzato ad azioni di miglioramento e a progetti di innovazione. La finalità del Piano formativo è anche quella di continuare ad offrire un'opportunità di crescita professionale e di crescita della capacità della cooperativa di garantire un servizio di qualità e in grado di gestire la complessità crescente dei problemi che deve affrontare.

Le finalità generali del Piano sono quelle di:

- sostenere gli operatori nella gestione quotidiana del paziente in terapia;
- migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione attraverso l'aggiornamento e la formazione specialistica dei suoi operatori.

Le finalità specifiche del Piano sono invece quelle di:

- incrementare le competenze specialistiche degli operatori in riferimento ad alcune tematiche fondamentali;
- omogeneizzare le conoscenze degli operatori in relazione ai temi cardine sui quali si fonda la gestione del paziente sviluppando metodiche e prassi comuni di trattamento delle varie patologie;
- fornire uno spazio per analizzare le variabili fondamentali che influiscono sull'organizzazione della Cooperativa;
- favorire l'acquisizione di competenze nuove relative alle metodologie di miglioramento dei processi lavorativi secondo una logica di qualità del servizio.

Al termine del processo formativo viene effettuata la verifica della soddisfazione e dell'efficacia relative ai vari momenti formativi svolti, per cui i partecipanti sono tenuti a rispondere a un questionario finale ai fini dell'ottenimento dei crediti ECM (ove sono previsti) o dell'attestato di frequenza per le altre figure professionali (almeno il 70% della frequenza) e previo superamento della verifica finale con esito positivo; viene in tal modo valutata la rilevanza degli argomenti trattati, la qualità dell'aggiornamento e l'efficacia dell'evento formativo. Il rilascio dei crediti ECM avviene tramite il Provider regionale Arcade qualificata nel campo della formazione continua in sanità.

In sintesi le modalità di rilevazione dei fabbisogni formativi derivano da:

- Rilevazioni/proposte/criticità delle strutture
- Proposte/criticità della direzione/consiglio d'amministrazione
- Esigenze formative legge 81/2001(in allegato)
- Proposte formative AUSL Romagna e AUSL Ferrara
- Proposte formative Regione Emilia-Romagna

Il Piano annuale della formazione, costituendo la proposta organica dell'offerta formativa aziendale, viene redatto definendo:

- Le modalità di rilevazione dei fabbisogni
- Gli obiettivi formativi in base alle competenze da acquisire e agli obiettivi strategici (generali e/o specifici) dell'ente.
- Le priorità (qualora ce ne siano).
- L'impegno dell'ente e l'allocatione delle risorse.
- Le modalità di valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione

Nel 2025 è stata svolta per tutte le strutture terapeutiche, la supervisione clinica dei casi con un esperto esterno per approfondire e migliorare gli interventi terapeutici, sia riguardo gli interventi sui singoli pazienti e nei gruppi terapeutici, sia riguardo il funzionamento delle équipe di lavoro visto anche l'implementazione del Modulo Doppia Diagnosi. Temi che vengono sempre approfonditi e presi in considerazione riguardano la sicurezza delle cure per pazienti e operatori.

Per questa attività sono state previste 42 ore il cui costo è di € 3570.

Un'altra parte importante della formazione è quella che riguarda la sicurezza ed i requisiti della legge 81/2008. In particolare: - la formazione di tutto il personale sulla sicurezza generale e le responsabilità che prevede; - la formazione sul primo soccorso; - la formazione antincendio; - la formazione HACCP (corso per alimentarista) per gli operatori che svolgono mansioni che comportano competenze alimentari.

Questo tipo di formazioni sono coordinate e organizzate da Enti esterni ed in particolare da Mare-A per le strutture di Rimini e da Salconsulting (solo per la formazione antincendio e primo soccorso) per la struttura COD L’Airone di Argenta (FE). Tali enti si occupano anche della valutazione e della produzione delle certificazioni.

3. LA QUALITÀ TECNICA DEL SERVIZIO

I prodotti delle strutture e l’appropriatezza dei risultati

I prodotti di tipo clinico offerti dalle nostre quattro strutture continuano a dare risultati rispondenti a ciò che è previsto nelle specifiche procedure, confermando in tal modo l’**appropriatezza** dei nostri interventi terapeutici, coerentemente con quanto dichiarato nella carta dei servizi. Gli interventi terapeutici sono validati dall’applicazione di tecniche e metodiche riconosciute dalla comunità scientifica e di cui ne sono esempio:

- la **diagnosi nei COD** che viene redatta seguendo i criteri dell’ICD-10 (secondo l’indicazione regionale);
- l’utilizzo dell’**MMPI-2** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), uno dei più diffusi test per valutare le principali caratteristiche della personalità, come valido supporto per la diagnosi. La struttura ferrarese utilizza anche il CAGE (questionario per indagare l’abuso/dipendenza da alcool), il MAC/E (test per la valutazione della motivazione al cambiamento), l’NHP (questionario che misura la qualità della vita percepita dal paziente), l’AUDIT (questionario di screening sul consumo di alcool);
- i **colloqui clinici**, sia quelli svolti per la valutazione in fase di accoglienza sia quelli svolti nel corso della terapia, che sono condotti da psicologi-psicoterapeuti esperti formati in scuole riconosciute dalla comunità scientifica;
- i **gruppi terapeutici** che sono svolti da psicologi esperti seguendo teorie riconosciute, anche queste, dalla comunità scientifica;
- il **sostegno educativo**, svolto dagli educatori professionali;
- i **trattamenti medico-psichiatrici e infermieristici**, soprattutto per ciò che riguarda le disintossicazioni dai sostitutivi e le stabilizzazioni con i psicofarmaci, sono seguiti da professionisti medici, psichiatri e infermieri esperti nel campo delle dipendenze patologiche;
- Il **trattamento per le coppie** è un prodotto offerto in tutte le strutture comunitarie ed il trattamento è seguito dagli psicologi, alcuni dei quali hanno una formazione sistemico-relazionale;
- il **trattamento dei cocainomani**, per la struttura CT riminese, che prevede l’uso anche di tecniche cognitivo-comportamentali;
- la **tecnica della DBT** (Dialectical Behavior Therapy) utilizzata nelle strutture riminesi da un gruppo di esperti (psicologi ed educatori della Cooperativa sociale Cento Fiori) appositamente formati nel corso organizzato alcuni anni fa dalla regione Emilia-Romagna.

Di seguito vediamo le tabelle, per ciascuna struttura comunitaria, con gli elenchi dei **prodotti erogati**, con i relativi obiettivi, gli indicatori, gli standard stabiliti ed i risultati ottenuti nell’anno 2025:

COD di Vallecchio

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard	Esiti/risultati anno 2025
Accoglienza	Assicurare al paziente una <u>presa in carico</u> il più <u>tempestiva</u> possibile.	Tempo intercorrente tra il primo contatto col paziente ed il primo colloquio di valutazione per l'ingresso in struttura	100% entro una settimana	Standard dichiarato rispettato
Disintossicazione/ stabilizzazione	Garantire ai pazienti la <u>disintossicazione</u> o la stabilizzazione nel rispetto dei tempi personali programmati.	Numero di disintossicazioni o stabilizzazioni ultimate/numero di disintossicazioni iniziate	Almeno il 50%	Standard dichiarato rispettato
Diagnosi	Garantire, attraverso il referto, la <u>diagnosi</u> e le <u>relative indicazioni</u> terapeutiche.	Compilazione del referto diagnostico / tutti gli utenti dimessi (dopo almeno due mesi di osservazione)	100% dei dimessi con referto diagnostico	Standard dichiarato rispettato
Psicodiagnostica	Garantire l' <u>approfondimento diagnostico</u> 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	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psichiatrico	Assicurare al paziente la <u>possibilità di un</u> <u>trattamento psico-farmacologico</u> .	Numero di utenti trattati psico-farmacologicamente/ numero di utenti entrati con trattamento psicofarmacologico	Trattamento del 100% dei pazienti con terapia psico-farmacologica	Standard dichiarato rispettato
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l' <u>assistenza infermieristica</u>	Cartelle medico-infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psicologico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il <u>trattamento individuale</u>	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana	Standard dichiarato rispettato
Sostegno pedagogico individuale	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le tematiche dell'autonomia, della responsabilità o altro attraverso il <u>sostegno pedagogico individuale</u>	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana	Standard dichiarato rispettato
Trattamento di coppia	Assicurare alle <u>coppie</u> la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso <u>questo tipo di</u> <u>trattamento</u>	Effettuazione dei colloqui di coppia stabiliti registrati in cartella	Almeno un colloquio al mese	Standard dichiarato rispettato
Trattamento familiare	Offrire al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il <u>trattamento psicoterapico familiare</u>	Partecipazione alle sedute familiari organizzate registrati in cartella	100 % di presenze alle sedute familiari effettuate	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psicoterapico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il <u>trattamento psicoterapico di gruppo</u> .	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	Almeno il 50% di presenze	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media oltre il 75%
Trattamento psicoterapico di gruppo sulla sessualità e sull'affettività	Assicurare ai pazienti la <u>possibilità di comprendere e migliorare le specifiche problematiche sessuali e affettive</u> attraverso il <u>trattamento psicoterapico di gruppo</u> .	Partecipazione alle sedute di gruppo appositamente programmate	Almeno il 50% di presenze	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media prossima al 100%
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	Assicurare al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative alla relazionalità, alla responsabilità o altro attraverso il <u>trattamento psicopedagogico di gruppo</u> .	Partecipazione alle sedute di gruppo settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze	Standard dichiarato rispettato
Trattamento integrato medico-psico-pedagogico	Garantire l' <u>integrazione degli interventi effettuati da tutte le professionalità della struttura</u>	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate	Standard dichiarato rispettato
Trattamento di gruppo con tecnica DBT	Stimolare i pazienti a modificare condotte inappropriate in favore di <u>comportamenti più adeguati</u>	Partecipazione alle sedute di gruppi settimanali previste e riportate sui verbali	100% di presenze	Standard dichiarato rispettato
Dimissione	Garantire la <u>refertazione della dimissione</u> 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	Standard dichiarato rispettato

COD L'Airone

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard	Esiti/risultati anno 2025
Accoglienza	Assicurare al paziente una <u>presa in carico</u> il più <u>tempestiva</u> possibile.	Tempo intercorrente tra il primo contatto col paziente ed il primo colloquio di valutazione per l'ingresso in struttura	100% entro una settimana	Standard dichiarato rispettato
Disintossicazione/ stabilizzazione	Garantire ai pazienti la <u>disintossicazione</u> o la stabilizzazione nel rispetto dei tempi personali programmati.	Numero di disintossicazioni o stabilizzazioni ultimate/numero di disintossicazioni iniziate	Almeno il 50%	Standard dichiarato rispettato, con il 58,82% di stabilizzazioni o disintossicazioni

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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l'assistenza infermieristica	Cartelle medico- infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media oltre il 90%
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%	Standard dichiarato rispettato
Trattamento integrato medico-psico-pedagogico	Garantire l'integrazione degli interventi effettuati da tutte le professionalità della struttura	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato

CT di Vallecchio

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard	Esiti/risultati anno 2025
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra il primo contatto col paziente ed il primo colloquio di valutazione per l'ingresso in struttura	100% entro una settimana	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato e superato con la media di un colloquio ogni due-tre settimane
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media oltre il 70%
Trattamento psicoterapico di gruppo sulla sessualità e sull'affettività	Assicurare ai pazienti la possibilità di comprendere e migliorare le specifiche problematiche sessuali e affettive attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo appositamente programmate	Almeno il 50% di presenze	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media prossima al 100%
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%	Standard dichiarato rispettato

Trattamento integrato medico-psico-pedagogico	Garantire l'integrazione degli interventi effettuati da tutte le professionalità della struttura	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato

Modulo Doppia Diagnosi della CT di Vallecchio

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard	Esiti/risultati anno 2025
Accoglienza	Assicurare al paziente una presa in carico il più tempestiva possibile.	Tempo intercorrente tra il primo contatto col paziente ed il primo colloquio di valutazione per l'ingresso in struttura	100% entro una settimana	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
Trattamento infermieristico	Assicurare al paziente l'assistenza infermieristica	Cartelle medico-infermieristiche correttamente compilate/ totale dei pazienti con cartella aperta	100% dei pazienti	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato e superato con la media di un colloquio ogni due-tre settimane
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media oltre il 70%
Trattamento psicoterapico di gruppo sulla sessualità e sull'affettività	Assicurare ai pazienti la possibilità di comprendere e migliorare le specifiche problematiche sessuali e affettive attraverso il trattamento psicoterapico di gruppo.	Partecipazione alle sedute di gruppo appositamente programmate	Almeno il 50% di presenze	Standard dichiarato rispettato e superato con una presenza media prossima al 100%
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%	Standard dichiarato rispettato
Trattamento integrato medico-psico-pedagogico	Garantire l'integrazione degli interventi effettuati da tutte le professionalità della struttura	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato
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	Standard dichiarato rispettato

Centro Diurno di Rimini

Prodotti	Obiettivi concordati	Indicatori	Standard	Esiti/risultati anno 2025
Accoglienza	<u>Assicurare</u> al paziente una <u>presa in carico</u> il più <u>tempestiva</u> possibile.	Tempo intercorrente tra il primo contatto col paziente ed il primo colloquio di valutazione per l'ingresso in struttura	100% entro una settimana	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psicologico individuale	<u>Assicurare</u> al paziente la possibilità di approfondire le problematiche personali attraverso il <u>trattamento individuale</u>	Colloqui psicologici registrati in cartella clinica	Almeno un colloquio la settimana	Standard dichiarato rispettato
Consulenza psichiatrica	<u>Garantire ai pazienti</u> che ne hanno necessità la <u>consulenza per la terapia psicofarmacologica</u>	Consulenze registrate nella cartella medica	Effettuazione del 100% delle consulenze richieste	Standard dichiarato rispettato
Sostegno pedagogico individuale	<u>Assicurare</u> all'utente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il <u>sostegno pedagogico individuale</u>	Spazi colloquiali di verifica/sostegno registrati in cartella clinica	Almeno una verifica/sostegno la settimana	Standard dichiarato rispettato
Trattamento di coppia	<u>Assicurare</u> alla coppia la possibilità di approfondire e comprendere le dinamiche relazionali attraverso il <u>trattamento di coppia</u>	Registrazione in cartella dei colloqui di coppia attivati	<u>Attivazione del prodotto</u> secondo i casi, <u>al bisogno</u>	Standard dichiarato rispettato
Trattamento familiare	<u>Offrire</u> al paziente la possibilità di migliorare la relazionalità nella propria famiglia, con il <u>trattamento psicoterapico familiare</u>	Registrazione in cartella dei colloqui familiari attivati	<u>Attivazione del prodotto</u> secondo i casi, <u>al bisogno</u>	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psicoterapico di gruppo	<u>Assicurare</u> al paziente la possibilità di comprendere e migliorare le problematiche relazionali attraverso il <u>trattamento psicoterapico di gruppo</u> .	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze alle sedute effettuate	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psico-pedagogico di gruppo	<u>Assicurare</u> al paziente la possibilità di approfondire le problematiche relative all'autonomia e alla responsabilità attraverso il <u>trattamento psicopedagogico di gruppo</u> .	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	100% di presenze alle sedute effettuate	Standard dichiarato rispettato
Trattamento psicoterapico multifamiliare	<u>Offrire ai pazienti e alle loro famiglie uno spazio di elaborazione delle problematiche inerenti la comunicazione</u>	Registrazione sui verbali dalle sedute di gruppo settimanali previste	Almeno l'80% di presenze alle sedute effettuate	Standard dichiarato rispettato
Trattamento di gruppo (assembleare) per i familiari 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'50% di presenze alle sedute effettuate	Standard dichiarato rispettato e spesso superato
Trattamento integrato medico-psico-pedagogico	<u>Garantire l'integrazione degli interventi effettuati da tutte le professionalità della struttura</u>	Corretta compilazione e aggiornamento delle cartelle cliniche e mediche	100% delle cartelle correttamente compilate e aggiornate	Standard dichiarato rispettato
Dimissione	<u>Garantire la refertazione della dimissione</u> 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	Standard dichiarato rispettato
Avvio al reinserimento	<u>Offrire il percorso di reinserimento residenziale socio-lavorativo</u> ai pazienti che lo chiedono e ne hanno reale necessità	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	Standard dichiarato rispettato

- Anche per il 2024 nei COD le **disintossicazioni** ultimate e le **stabilizzazioni** della terapia sono state assimilate in un'unica categoria; infatti tutti i pazienti che portano a termine il percorso COD, anche quando per qualche motivo non concludono le disintossicazioni, vengono comunque stabilizzati con la terapia prima di essere dimessi e/o trasferiti alla successiva struttura comunitaria. A tal proposito il raggiungimento dell'obiettivo della stabilizzazione (comprendente o meno la disintossicazione completa da sostitutivi o da farmaci) è da considerare tra gli elementi più rilevanti nei progetti personalizzati.

- Le **diagnosi effettuate**, con relativo referto diagnostico, continuano a riguardare sempre il 100% dei dimessi in entrambi i COD.

- La **psicodiagnostica** è sempre garantita al 100% dei pazienti con permanenza di almeno 60 giorni nei due COD attraverso la somministrazione a tutti del test MMPI-2 e di altri eventuali test di approfondimento quando ritenuti utili.

- Il **trattamento psichiatrico/psicofarmacologico** nei COD è garantito per il 100% dei dimessi entrati con un trattamento già in corso.

- Il **trattamento psicologico individuale** è costituito dal colloquio con lo psicologo che è attuato periodicamente (mediamente uno ogni settimana) in tutte le strutture comunitarie.

- Il **trattamento di coppia** viene attuato per tutte le coppie di pazienti entrati nelle strutture, secondo gli accordi presi con i diretti interessati e con una periodicità variabile da struttura a struttura di una seduta ogni due/tre settimane o, come nel caso del Centro Diurno, secondo necessità.
- Il **trattamento familiare** è realizzato in tutte le strutture, in accordo con i servizi invianti, secondo le necessità del caso e secondo la scelta e la possibilità di partecipazione da parte dei familiari dei pazienti.
- Il **trattamento psicoterapico di gruppo** è uno strumento clinico fondamentale in tutte le strutture ed è attuato da anni con la modalità della libera scelta del paziente nella partecipazione, perciò anche per il 2024, (la motivazione della libera scelta sta nel fatto che chi partecipa liberamente in genere è maggiormente interessato al cambiamento) e fa registrare risultati diversi secondo le strutture considerate; e, visto che da anni almeno il 50% di presenze viene raggiunto in tutte le strutture, tale numero percentuale è stabilito da tempo come standard minimo per tutte le strutture. I risultati riguardanti questo prodotto nelle strutture residenziali sono soddisfacenti perché in tutte viene raggiunto almeno il 70%, ben superiore allo standard minimo; ciò ha rappresentato un vero miglioramento rispetto al passato, miglioramento ottenuto grazie al lavoro fatto sia a livello individuale nei colloqui sia nei gruppi psicopedagogici, dove i pazienti sono sempre tutti presenti. Nel Centro Diurno, diversamente dalle strutture residenziali, il trattamento psicoterapico di gruppo ha riguardato il 100% dei pazienti.
- Il **trattamento psico-pedagogico di gruppo** registra sempre la partecipazione del 100% dei pazienti in tutte le strutture; il motivo risiede nel fatto che, come da regolamento, questa parte del trattamento prevede l'obbligo di partecipazione alle assemblee organizzative.
- Il **sostegno pedagogico individuale** è garantito in tutte le strutture, come il trattamento psicologico individuale, dal colloquio periodico (solitamente settimanale) con l'educatore di riferimento del paziente.
- Il trattamento psicoterapico di gruppo per le donne è stato sostituito nel corso del 2024 dal **trattamento psicoterapico di gruppo sulla sessualità e sull'affettività**, destinato a tutti gli utenti del COD, della CT e del MDD di Vallecchio per approfondire queste specifiche problematiche; consiste in un gruppo trasversale ed è l'unico che vede la partecipazione contemporanea dei pazienti di tutte le strutture.
- Il **trattamento psico-pedagogico integrato** consiste nell'attuazione dei trattamenti psicologico e pedagogico concordati e formalizzati nella compilazione delle cartelle cliniche; ciò avviene di prassi nel 100% dei casi in tutte le strutture.
- La partecipazione ai **gruppi** condotti con la tecnica **DBT** registra l'adesione del 100% dei pazienti e viene attuata nelle strutture residenziali COD e CT di Vallecchio e nel MDD.
- Anche la partecipazione agli appositi **colloqui** predisposti **per i cocainomani** nella CT di Vallecchio registra la presenza di questi ultimi nel 100% dei casi.
- Riguardo le **dimissioni**, il **referto** viene prodotto nel 100% dei dimessi in tutte le strutture.

I dati di gestione delle strutture

Nella tabella che segue vediamo l'andamento dei dati degli ultimi anni in relazione agli esiti nei percorsi comunitari e alle presenze medie negli stessi.

Esiti e presenze medie:

<u>Struttura</u>	<u>Anno</u>	<u>**Dimissioni per termine programma</u>	<u>Durata media trattamento dimessi termine programma</u>	<u>*Trasferiti</u>	<u>Dimissioni concordate</u>	<u>Durata media trattamento dimissioni concordate</u>	<u>**Auto-dimissioni</u>	<u>Fughe/Espulsioni/decessi</u>	<u>Totale pazienti esitati</u>
COD Vallecchio	2023	23 > 51,1%	199,6 gg.	4 (2 in carc.) > 8,88%	----	----	18 (2 esp.) > 40%	----	45
	2024	18 > 52,94%	92,44 gg.	3 > 8,82%	----	----	13 (4 esp.) > 38,23%	----	34
	2025	17 > 38,6%	178gg	3 trasf. definitivi presso altra struttura + 2 trasf. in carcere > 11,3	/	/	16 > 36,3%	3 fughe+3 espulsioni > 13,6%	44
COD L'Airone	2023	29 > 54,71%	83 gg.	2 > 3,77%	----	----	22 (6 esp.) > 41,50%	----	53
	2024	34 > 66,66%	80,76 gg	2 > 3,92%	----	----	15 > 29,41%	----	51
	2025	26 > 56,5%	112gg	1 Trasf. provv. > 1,6%	6 > 13%	47gg	9 > 19,5%	4 espulsioni > 8,6%	46
CT Vallecchio	2023	15 > 71,42 %	306,1 gg.	2 > 9,5	----	----	4 > 19,04%	----	21
	2024	19 > 59,37%	151,93 gg.	5 (2 in carc. > 15,62%	----	----	8 > 25%	----	32
	2025	13 > 59,1%	138gg	1 trasf. carcere > 4,5%	4 > 18,1%	94gg	3 > 13,6%	1 espulsione > 4,5%	22
Modulo DD della CT di Vallecchio	2023	-	50 gg.	1 > 25%	----	----	3 > 75%	----	4
	2024	4 > 26,66%	132,25 gg.	----	----	----	11 > 73,33%	----	15
	2025	4 > 25%	137.25	2 trasf. in Carcere + 1 trasf. def. presso altra struttura > 18,7%	1 > 6,2%	176 gg	2 > 12,5%	1 esp./ 1 decesso/ 4 fughe > 37,5%	16
Centro Diurno	2023	11 > 76,92%	91 gg.	----	----	----	2 (1 esp) > 13,33	----	13
	2024	7 > 53,84%	83,85%	4 > 30,76%	----	----	2 (1 esp.) > 15,38%	----	13
	2025	16 > 94,1%	63 gg	1 trasf. def. presso altra struttura > 5,8%	----	----	----	----	17

* I trasferimenti fanno parte dei percorsi studiati per attuare la **continuità assistenziale** (nei percorsi interni alle diverse strutture dell'Ente Cento Fiori o esterni) con quei casi che altrimenti, per vari motivi personali o familiari o territoriali, correrebbero il rischio di non completare il percorso terapeutico.

** **Dal 2025, in seguito alle procedure di ri-accreditamento, è stato deciso di suddividere le dimissioni in dimissioni per termine programma e dimissioni concordate. Così pure è stato deciso di dividere le auto-dimissioni dalle fughe/espulsioni.**

I dati principali sugli esiti del 2025, tenuto conto del cambiamento sulle suddivisioni delle dimissioni (in dimissioni per termine programma e dimissioni concordate) e delle auto-dimissioni (separate dalle fughe/espulsioni), rispetto al 2024 evidenziano alcuni cambiamenti.

Riguardo il totale dei pazienti che sono stati presenti durante il 2025 e che hanno comunque raggiunto un esito vediamo che:

- nel COD di Vallecchio c'è stato un aumento consistente di pazienti presenti rispetto al 2024, con un ritorno ai valori del 2023;
- nel COD L'Airone si è registrato invece un calo di cinque presenze rispetto all'anno precedente;
- anche nella CT di Vallecchio si è visto un calo di dieci pazienti rispetto al 2024 ed un ritorno ai valori del 2023;
- nel MDD della CT di Vallecchio invece il dato delle presenze è rimasto pressoché stabile, con l'incremento di un solo paziente, rispetto al 2024;
- nel CD di Rimini le presenze del 2025 sono cresciute di quattro unità rispetto ai due anni precedenti.

Riguardo i pazienti dimessi per termine programma e la durata media del loro percorso nel 2025 (novità rispetto agli anni precedenti in cui le dimissioni includevano sia il fine programma sia le dimissioni concordate) si evidenzia che:

- nel COD di Vallecchio la percentuale dei dimessi diminuisce da poco oltre il 50% del 2024 a poco meno del 40%, mentre la durata media nel 2025 si attesta su circa cinque mesi di durata, aumentando di due mesi rispetto all'anno precedente;
- nel COD L'Airone, i tempi medi di permanenza aumentano, rispetto ai due anni precedenti, a poco meno di quattro mesi;
- nella CT di Vallecchio i tempi di permanenza dei dimessi diminuisce dai precedenti cinque mesi del 2024 ai quattro mesi e mezzo del 2025.
- nel MDD della CT di Vallecchio la durata media del trattamento dei dimessi nel 2025 si è mantenuto su valori simili all'anno precedente;
- nel Centro Diurno i tempi medi di presenza dei dimessi nel 2025 si attesta su poco più di due mesi e sono un po' diminuiti rispetto all'anno precedente. Ciò conferma, come già osservato nell'anno 2024 che i tempi per la valutazione dei pazienti prima del passaggio nel Gruppo Appartamento, che è di tre mesi, favoriscono una diminuzione sostanziale del tempo medio di permanenza in programma.

Riguardo la durata media del percorso dei pazienti che hanno fatto le dimissioni concordate nel 2025, novità rispetto agli anni precedenti, si evidenzia che:

- nel COD di Vallecchio non ci sono state dimissioni concordate nel 2025;
- nel COD L'Airone le dimissioni concordate nel 2025 hanno riguardato il 13% degli esiti, con una durata media del trattamento di 47 gg.;
- nella CT di Vallecchio le dimissioni concordate nel 2025 hanno riguardato il 18,1% degli esiti, con una durata media del trattamento di 94 gg.;
- nel MDD della CT di Vallecchio le dimissioni concordate nel 2025 hanno riguardato un solo caso su 16, con una durata media del trattamento di 176 gg.;
- nel Centro Diurno non ci sono state dimissioni concordate durante il 2025.

Riguardo le auto-dimissioni nel 2025, vediamo che:

- nel COD di Vallecchio gli auto-dimessi sono stati il 36,3%, in diminuzione rispetto ai due anni precedenti;
- nel COD L'Airone le auto-dimissioni rappresentano il 19,5% degli esiti, in forte diminuzione rispetto all'anno precedente;
- anche nella CT di Vallecchio gli auto-dimessi, il 13,6% degli esiti, sono in notevole calo rispetto al 2024;
- nel MDD della CT di Vallecchio abbiamo il 12,5% di auto-dimissioni sul totale degli esiti, in forte calo rispetto al 2024;
- nel Centro Diurno non ci sono state auto-dimissioni durante il 2025.

Riguardo il dato dei trasferimenti durante il 2025, nel COD L’Airone, nel Centro Diurno e nella CT di Vallecchio il dato è stato esiguo e rappresentato da un solo caso per ciascuna struttura; nel COD e ne MDD di Vallecchio invece c’è stato qualche trasferimento in più, comunque con percentuali sotto il 20%.

Riguardo il dato delle fughe/espulsioni/decessi durante il 2025 è emerso che:

- nel COD di Vallecchio ha riguardato il 13,6% degli esiti, con 3 fughe e 3 espulsioni;
- nel COD L’Airone si sono registrate 4 espulsioni, l’8,6% degli esiti;
- nella CT di Vallecchio c’è stata una sola espulsione;
- nel MDD ci si sono registrate 4 fughe, un’espulsione ed un decesso, confermando la maggiore problematicità dei casi trattati in tale modulo;
- nel Centro diurno invece non si è registrato nessun dato di fughe, espulsioni o decessi.

Un dato che non si desume dalla tabella degli esiti ma che comunque rileviamo dalle presenze settimanali nelle strutture conferma che la maggioranza dei casi che terminano il programma del COD di Vallecchio accedono poi all’omonima e vicina struttura CT, mentre i dimessi dal COD L’Airone vengono inviati nelle comunità terapeutiche territorialmente limitrofe (soprattutto nel ferrarese e nel bolognese) e solo una piccola parte effettua l’ingresso nella CT di Vallecchio.

Gli indicatori di risultato richiesti e l’efficacia dei trattamenti

Mentre l’appropriatezza dei nostri interventi nelle strutture comunitarie è sottolineata dagli indicatori dei prodotti appena visti, l’efficacia dei risultati dei trattamenti è evidenziata dagli indicatori di risultato. Come anche richiesto dalla RER, nella tabella seguente vediamo i dati (e relativi indicatori) riguardanti la valutazione dei risultati degli ultimi due anni:

DEFINIZIONE	CALCOLO elementi del numeratore/denominatore	RAZIONALE	STANDARD O RISULTATO ATTESO	ESITO	STRUTTURA DI APPARTENENZA
<u>Valutazione diagnostica multidisciplinare</u>	N° utenti che hanno ricevuto una valutazione di almeno due professionisti di discipline differenti (di cui 1 medico)/ totale degli utenti	Garanzia della valutazione multidisciplinare registrata in cartella clinica	>90%	98,03 % degli utenti nel 2024	COD L’Airone
				97,8 % degli utenti nel 2025	
<u>Valutazione diagnostica multidisciplinare</u>	N° utenti che hanno ricevuto una valutazione di almeno due professionisti di discipline differenti (di cui 1 medico)/ totale degli utenti	Garanzia della valutazione multidisciplinare registrata in cartella clinica	>90%	97,95 % degli utenti nel 2024	COD Vallecchio
				93,5% degli utenti nel 2025	
<u>Valutazione dei risultati dei trattamenti: - referti diagnostici prodotti*</u>	N° di referti diagnostici compilati e completi di indicazioni terapeutiche/ totale degli utenti dimessi	Garanzia della refertazione della diagnosi e della indicazione terapeutica	100%	Il 94,5% degli utenti nel 2024	COD L’Airone
				Il 90 % degli utenti nel 2025	
<u>Valutazione dei risultati dei trattamenti: - referti diagnostici prodotti*</u>	N° di referti diagnostici compilati e completi di indicazioni terapeutiche/ totale degli utenti dimessi	Garanzia della refertazione della diagnosi e della indicazione terapeutica	100%	100 % di utenti dimessi nel 2024 con referto diagnostico	COD Vallecchio
				100 % di utenti dimessi nel 2025 con referto diagnostico	
<u>Adeguatezza dei tempi di valutazione</u>	N° trattamenti di durata > 2 mesi e < 3 mesi/ totale trattamenti	Indica l’adeguatezza dei tempi per la definizione della diagnosi	>20%	Durata trattamenti da due a tre mesi il 31,37 % nel 2024	COD L’Airone
				Durata trattamenti da due a tre mesi il 23,9 % nel 2025	
<u>Adeguatezza dei tempi di valutazione</u>	N° trattamenti di durata > 2 mesi e < 3 mesi/ totale trattamenti	Indica l’adeguatezza dei tempi per la definizione della diagnosi	>20%	Durata trattamenti da due a tre mesi il 32,35 % nel 2024	COD Vallecchio
				Durata trattamenti da due a tre mesi il 29,4 % nel 2025	
<u>Tasso di utilizzo dei posti letto</u>	Giorni totali di presenza nel COD/ posti disponibili nell’anno	Indicazione del tasso di utilizzo della struttura	>80%	82,53 % nell’anno 2024	COD L’Airone
				82 % nell’anno 2025	
<u>Tasso di utilizzo dei posti letto</u>	Giorni totali di presenza nel COD/ posti disponibili nell’anno	Indicazione del tasso di utilizzo della struttura	>80%	120,5 % nell’anno 2024	CT Vallecchio
				96,5 % nell’anno 2025	
			>80%	111,87 % nell’anno 2024	

Tasso di utilizzo dei posti letto	Giorni totali di presenza nel MDD/ posti disponibili nell'anno	Indicazione del tasso di utilizzo della struttura		160 % nell'anno 2025	MDD della CT di Vallecchio
Tasso di utilizzo dei posti letto	Giorni totali di presenza in CT/ posti disponibili nell'anno	Indicazione del tasso di utilizzo della struttura	>80%	46,7 % nell'anno 2024 54,8 % nell'anno 2025	COD Vallecchio
Tasso di utilizzo dei posti	Giorni totali di presenza nel CD/ posti disponibili nell'anno	Indicazione del tasso di utilizzo della struttura	>50%	81,4 % nell'anno 2024 72,1 % nell'anno 2025	CD Rimini
Efficacia del trattamento	N° utenti che hanno concluso il programma positivamente/ totale degli utenti accolti nello stesso periodo	Indicazione dell'efficacia della struttura	>30%	59,25% nell'anno 2024 59,1% nell'anno 2025	CT Vallecchio
Efficacia del trattamento	N° utenti che hanno concluso il programma positivamente/ totale degli utenti accolti nello stesso periodo	Indicazione dell'efficacia della struttura	30%	63,63 % nell'anno 2024 94,1% nell'anno 2025	CD Rimini
Valutazione dei risultati dei trattamenti: - ritenzione al trattamento a tre mesi	N° utenti che hanno effettuato il trattamento per almeno tre mesi/ totale degli inserimenti	Garanzia del raggiungimento degli obiettivi di base del progetto personalizzato	>60%	Il 70,58 % in trattamento per più di tre mesi nel 2024 Il 54,5 % in trattamento per più di tre mesi nel 2024	CT Vallecchio
Valutazione dei risultati dei trattamenti: - ritenzione al trattamento a tre mesi	N° utenti che hanno effettuato il trattamento per almeno tre mesi/ totale degli inserimenti	Garanzia del raggiungimento degli obiettivi di base del progetto personalizzato	>60%	Il 66,66 % in trattamento per più di tre mesi nel 2024 Il 41,1 % in trattamento per più di tre mesi nel 2025	CD Rimini
Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni	Adozione audit	Modalità di rilevazione dei fattori che influiscono sull'efficacia e continuità del trattamento	Almeno un audit ogni anno	Audit 2024 effettuato Audit 2025 effettuato	MDD della CT di Vallecchio
Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni	Adozione audit	Modalità di rilevazione dei fattori che influiscono sull'efficacia e continuità del trattamento	Almeno un audit ogni anno	Audit 2024 effettuato Audit 2025 effettuato	CD Rimini

In tabella vediamo che la **valutazione diagnostica multidisciplinare**, cioè la percentuale di pazienti che ricevono la valutazione registrata nella cartella clinica di almeno due professionisti di discipline differenti di cui uno medico, per il 2025 registra in entrambi i COD delle percentuali superiori agli standard attesi, con variazioni poco rilevanti rispetto all'anno precedente.

Per la **valutazione dei risultati dei trattamenti** attraverso i referti diagnostici prodotti, vediamo che lo standard del 100% nel 2025 è stato rispettato nel COD di Vallecchio; nel COD L'Airone, pur rimanendo su percentuali alte, per alcuni casi che hanno completato il percorso non è stato possibile formulare e refertare la diagnosi per i tempi eccessivamente brevi di osservazione e/o di permanenza, pur trattandosi di percorsi concordati con i servizi invianti; di fatto si è trattato di casi con obiettivi limitati ed in cui il progetto era indirizzato alla stabilizzazione temporanea e non finalizzato alla diagnosi.

Scorrendo i dati osserviamo che, rispetto a quanto richiesto/prescritto dalla regione, per ciò che riguarda l'**adeguatezza dei tempi di valutazione**, cioè i pazienti che rimangono in trattamento tra i 60 ed i 90 giorni, in entrambi i COD le percentuali nel 2025 sono equivalenti e superiori allo standard minimo atteso anche se in diminuzione rispetto al 2024; tali risultati sono determinati dalla necessità di tempi di valutazione e/o disintossicazione spesso più lunghi per via della complessità/gravità dei casi. In ogni caso questi tempi vengono sempre concordati con i servizi invianti.

Un altro dato importante è il **tasso di utilizzo dei posti** che per l'anno 2024 è diversificato secondo le strutture considerate: nel COD L'Airone la percentuale rimane superiore allo standard minimo dell'80%; nel COD di Vallecchio invece la percentuale è bassa rispetto allo standard anche se in lieve aumento rispetto all'anno precedente, il motivo va ricercato nella presenza dell'adiacente MDD che assorbe una parte degli invii che in precedenza confluivano nel COD; Il modulo doppia diagnosi ha raggiunto percentuali molto elevate, superiori allo standard e alla capienza massima per l'eccesso di domanda ma al termine del 2025 si è cercato di rientrare entro i limiti della capienza; nella CT di Vallecchio, al contrario dell'omonimo COD, la percentuale è superiore allo standard e in diminuzione rispetto al 2024; il Centro Diurno ha registrato una lieve diminuzione rispetto al 2024, pur rimanendo ben sopra lo standard atteso. **L'efficacia dei trattamenti**, indicatore che riguarda la CT di Vallecchio ed il Centro Diurno di Rimini, definisce la percentuale di pazienti che riesce a concludere il percorso terapeutico. Le dimissioni dai programmi durante l'anno 2025 nella CT sono rimaste quasi invariate rispetto al 2024, sfiorando quasi il 60%, mentre nel CD la percentuale dei dimessi è molto buona e di molto superiore allo standard minimo previsto, salendo dal 63,63% del 2024 al 94,5% del 2025. Si tratta di dati molto soddisfacenti sia per la CT sia per il CD.

Riguardo la **ritenzione a tre mesi** abbiamo valori un po' al di sotto dello standard minimo prefissato sia nella CT sia nel Centro Diurno e comunque inferiori rispetto ai dati del 2024; questo dato deriva anche dalla riduzione dei tempi dei trattamenti concordati con i servizi invianti.

Infine, gli **Audit sugli abbandoni** sono stati regolarmente realizzati per l'anno 2025 come tutti gli anni sia nella CT sia nel CD. Per una nostra prassi, tali audit vengono realizzati ogni anno anche nelle nostre strutture COD e nel MDD, infatti riteniamo importante analizzare il fenomeno degli abbandoni in tutte le strutture per cercare di comprenderne le cause e tenerle il più possibile sotto controllo.

Gli audit

A conclusione di ogni anno vengono attuati degli audit in cui vengono valutati i risultati del nostro lavoro clinico. Si tratta di audit clinici interni, in cui vengono analizzati i dati dell'anno appena concluso e confrontati con i dati degli anni precedenti, verificando gli eventuali scostamenti e valutandone le eventuali motivazioni.

Nella tabella soprastante vediamo indicati solo gli **audit sugli abbandoni** per la CT e per il CD come richiesto dagli standard regionali, perché per le altre strutture sono richiesti altri indicatori più specifici. In realtà l'audit sugli abbandoni viene attuato in tutte le nostre strutture. A questo audit aggiungiamo, tutti gli anni e/o secondo necessità in ogni specifica struttura, **l'audit sugli esiti**, **l'audit sul rischio clinico** e **l'audit sulle non conformità**; si tratta di momenti molto importanti, ai fini della verifica dei dati di attività e delle conseguenti scelte di governo delle nostre strutture comunitarie.

Il fenomeno degli abbandoni si verifica con una certa regolarità negli anni perché è insito nelle caratteristiche comportamentali che i nostri pazienti possono attuare e perciò è sempre oggetto di attenta valutazione in ciascuna delle nostre strutture attraverso l'apposito audit: la valutazione non avviene solo in termini quantitativi ma anche e soprattutto in termini qualitativi. In tali audit vengono valutati sia i sintomi ricorrenti che presentano i pazienti che abbandonano i programmi sia le loro caratteristiche di personalità. L'analisi di tali aspetti nelle nostre strutture è molto importante per decidere successivamente gli ambiti e le modalità per le azioni di miglioramento nelle varie strutture.

I dati analizzati in ciascuna struttura per ciascuno degli audit citati sono riportati negli appositi verbali; una parte di tali dati sono già contenuti nelle tabelle precedenti ed in particolare negli indicatori già visti.

4. LA QUALITÀ PERCEPITA

La qualità percepita dai pazienti

Le modalità di rilevazione della qualità percepita dagli utenti

Il questionario di gradimento è tuttora lo strumento principale per valutare la qualità percepita dall'utenza rispetto ai servizi offerti nelle strutture.

Il questionario che la cooperativa Cento Fiori utilizza per monitorare i livelli della qualità dei servizi nelle proprie strutture comunitarie prevede la possibilità di valutare l'organizzazione delle attività, dei servizi offerti dalla struttura e dei momenti clinico-terapeutici (compresa la professionalità del personale) e prevede anche la possibilità di fare osservazioni e/o dare suggerimenti.

Tale questionario viene proposto nelle strutture dopo una permanenza dell'utente di almeno tre mesi, cioè prima che termini il programma (che dura almeno tre mesi in tutte le strutture) e comunque dopo un periodo che garantisca una buona conoscenza della struttura.

Una forma meno strutturata del questionario, comunque importante come feed-back da parte degli utenti sul funzionamento e gradimento dell'organizzazione della struttura, è rappresentato da sempre dalle riunioni settimanali di tipo organizzativo (di cui viene regolarmente tenuto il verbale) ed in cui spesso vengono discusse questioni o situazioni che richiedono una modifica e/o un miglioramento del servizio.

La strutturazione del questionario

Il questionario propone una scala di valutazione con quattro possibilità che vanno dall'insufficiente all'ottimo.

La valutazione riguarda la percezione del servizio (il reperimento delle informazioni, l'accesso, l'idoneità della struttura fisica, i pasti e l'igiene), le attività svolte (modalità di accoglienza, organizzazione delle attività e del tempo libero), gli aspetti della terapia (la professionalità del personale e l'utilità dei vari momenti clinici/organizzativi) e le modalità delle relazioni (gentilezza verso i pazienti ed i familiari, chiarezza delle informazioni date, disponibilità del personale e rispetto della privacy).

Le valutazioni dei pazienti attraverso il questionario di gradimento

Di seguito vediamo i risultati delle valutazioni fatte dai pazienti sui questionari distribuiti durante l'anno 2025.

CT di Vallecchio (7 questionari)

riguardo il servizio:

- *il reperimento delle informazioni è valutato: 57% BUONO - 43% SUFFICIENTE;*
- *sui tempi di attesa per avere risposta sull'ingresso le valutazioni sono: 43% OTTIMO - 43% BUONO - 14% SUFFICIENTE;*
- *sul comfort dei locali le valutazioni sono: 71% BUONO - 29% SUFFICIENTE;*
- *l'idoneità degli ambienti è valutata: 57% BUONO - 43% SUFFICIENTE;*
- *la qualità dei pasti viene valutata: 29% BUONO - 71% SUFFICIENTE;*
- *l'igiene e la pulizia della struttura sono valutate: 29% BUONO - 71% SUFFICIENTE;*

riguardo alle attività:

- *l'accoglienza all'ingresso è valutata: 40% OTTIMO - 60% BUONO;*
- *l'organizzazione giornaliera è valutata dall'utenza 20% BUONO - 60% SUFFICIENTE - 20% INSUFFICIENTE;*
- *l'organizzazione delle attività lavorative ha ricevuto valutazioni: 20% OTTIMO - 40% BUONO - 40% SUFFICIENTE;*
- *le attività di tempo libero e di socializzazione hanno ricevuto valutazioni: 20% BUONO - 80% SUFFICIENTE;*

riguardo la terapia:

- la professionalità degli educatori è valutata: **14% OTTIMO - 57% BUONO - 29% SUFFICIENTE;**
- la professionalità degli psichiatri è valutata: **43% OTTIMO - 29% BUONO - 28% SUFFICIENTE;**
- la professionalità degli psicologi è valutata: **71% BUONO - 29% BUONO;**
- l'utilità dei gruppi terapeutici è valutata: **43% OTTIMO - 43% BUONO - 14% SUFFICIENTE;**
- i colloqui individuali sono stati valutati: **83% OTTIMO - 17% BUONO;**
- gli incontri familiari sono valutati: **67% OTTIMO - 33% SUFFICIENTE;**
- il risultato generale del percorso terapeutico è valutato: **14% OTTIMO - 57% BUONO - 29% SUFFICIENTE;**
- l'utilità dell'assistenza medico-farmacologica è valutata: **67% BUONO - 33% SUFFICIENTE;**
- le attività lavorative sono valutate: **17% OTTIMO - 50% BUONO - 33% SUFFICIENTE;**

riguardo la relazione:

- il nostro atteggiamento verso i pazienti e i loro familiari è percepito: **57% OTTIMO - 43% BUONO;**
- la chiarezza delle informazioni che abbiamo fornito sulla struttura sono valutate: **14% OTTIMO - 43% BUONO - 43% SUFFICIENTE;**
- l'attenzione e la disponibilità del personale è percepito: **12% OTTIMO - 29% BUONO - 57% SUFFICIENTE - 2% NON RISPOSTE;**
- la qualità della relazione con gli operatori viene valutata: **43% OTTIMO - 28% BUONO - 29% SUFFICIENTE;**
- il rispetto della privacy da parte della struttura è valutata: **57% OTTIMO - 14% BUONO - 20% SUFFICIENTE - 9% NON RISPOSTO;**

Modulo Doppia Diagnosi della CT di Vallecchio (9 questionari)

riguardo il servizio:

- il reperimento delle informazioni è valutato: **33% OTTIMO - 56% BUONO - 11% SUFFICIENTE**
- i tempi di attesa per avere risposta sull'ingresso le valutazioni sono: **75% OTTIMO - 25% BUONO;**
- il comfort dei locali viene valutato: **22% OTTIMO - 67% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- l'idoneità degli ambienti è valutata: **44% OTTIMO - 44% BUONO - 12% SUFFICIENTE;**
- sulla qualità dei pasti le valutazioni sono: **22% OTTIMO - 67% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- l'igiene e la pulizia della struttura sono valutate: **33% OTTIMO - 33% BUONO - 22% SUFFICIENTE - 12% INSUFFICIENTE;**

riguardo alle attività:

- l'accoglienza all'ingresso è valutata: **67% OTTIMO - 22% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- l'organizzazione giornaliera è valutata dall'utenza: **22% OTTIMO - 45% BUONO - 22% SUFFICIENTE - 11% NON RISPOSTO;**
- l'organizzazione delle attività lavorative ha ricevuto valutazioni: **33% OTTIMO - 56% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- le attività di tempo libero e di socializzazione hanno ricevuto valutazioni: **11% OTTIMO - 44% BUONO - 22% SUFFICIENTE - 23% INSUFFICIENTE;**

riguardo la terapia:

- la professionalità degli educatori vengono valutate: **33% OTTIMO - 34% BUONO - 22% SUFFICIENTE - 11% NON RISPOSTO**
- la professionalità degli psichiatri è valutata: **33% OTTIMO - 44% BUONO - 22% SUFFICIENTE;**
- la professionalità degli psicologi è valutata: **44% OTTIMO - 33% BUONO - 22% SUFFICIENTE;**
- l'utilità dei gruppi terapeutici è valutata: **22% OTTIMO - 33% BUONO - 22% SUFFICIENTE - 23% NON RISPOSTO;**
- i colloqui individuali sono stati valutati: **44% OTTIMO - 56% BUONO;**
- gli incontri familiari sono valutati: **44% OTTIMO - 33% BUONO - 10% SUFFICIENTE - 13% NON RISPOSTO**
- il risultato generale del percorso terapeutico è valutato: **33% OTTIMO - 56% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**

- l'utilità dell'assistenza medico-farmacologica è valutata: **30% OTTIMO - 20% BUONO - 30% SUFFICIENTE- 10% INSUFFICIENTE - 10% NON RISPOSTO;**
- le attività lavorative sono valutate: **56% OTTIMO - 22% BUONO - 22% SUFFICIENTE;**

riguardo la relazione:

- il nostro atteggiamento verso i pazienti e i loro familiari è percepito: **78% OTTIMO - 11% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- la chiarezza delle informazioni che abbiamo fornito sulla struttura sono valutate: **44% OTTIMO - 22% BUONO 34% SUFFICIENTE;**
- l'attenzione e la disponibilità del personale è percepito: **67% OTTIMO - 22% SUFFICIENTE - 11% INSUFFICIENTE;**
- la qualità della relazione con gli operatori viene valutata: **44% OTTIMO - 45% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- il rispetto della privacy da parte della struttura è valutata: **56% OTTIMO - 22% BUONO - 22% SUFFICIENTE;**

COD di Vallecchio (9 questionari)

riguardo il servizio:

- il reperimento delle informazioni sui nostri servizi è valutato: **33% OTTIMO - 33% BUONO - 34% SUFFICIENTE;**
- i tempi di attesa per avere risposta sull'ingresso le valutazioni sono: **45% OTTIMO- 33% BUONO-22% SUFFICIENTE;**
- sul comfort dei locali i pazienti le valutazioni sono: **22% OTTIMO - 67% BUONO - 11% SUFFICIENTE;**
- l'idoneità degli ambienti è valutata: **11% OTTIMO- 67% BUONO - 11% SUFFICIENTE - 11% INSUFFICIENTE**
- per la qualità dei pasti le valutazioni sono: **33% OTTIMO-56% BUONO-11% SUFFICIENTE;**
- l'igiene e la pulizia della struttura è giudicata: **11% OTTIMO - 33% BUONO - 56% SUFFICIENTE;**

riguardo alle attività:

- l'accoglienza all'ingresso è valutata: **45% OTTIMO-27% - BUONO- 10% SUFFICIENTE- 18% NON RISPOSTO;**
- l'organizzazione giornaliera è valutata: **27% OTTIMO-37%BUONO-18%INSUFFICIENTE -18% NON RISPOSTO;**
- l'organizzazione delle attività lavorative è valutata: **18% OTTIMO - 36% BUONO - 18% SUFFICIENTE 18% INSUFFICIENTE - 10% NON RISPOSTO;**
- le attività di tempo libero sono valutate: **- 64% BUONO - 18% INSUFFICIENTE - 18% NON RISPOSTO;**

riguardo alla terapia:

- la professionalità degli educatori è valutata: **44% OTTIMO - 33% BUONO-11% SUFFICIENTE;**
- la professionalità degli psichiatri è valutata: **67% OTTIMO - 11% BUONO - 11% SUFFICIENTE - 11% INSUFFICIENTE;**
- la professionalità degli psicologi è valutata: **67% OTTIMO-33%BUONO;**
- l'utilità dei gruppi terapeutici è valutata: **11% OTTIMO - 45% BUONO - 44% SUFFICIENTE;**
- i colloqui individuali sono valutati: **50% OTTIMO-40% BUONO -10% NON RISPOSTO;**
- gli incontri familiari sono valutati: **20% OTTIMO - 50% BUONO - 20% SUFFICIENTI - 10% INSUFFICIENTI**
- il risultato generale del percorso terapeutico è valutato: **50% BUONO - 20% SUFFICIENTE - 10% INSUFFICIENTE- 20% NON RISPOSTO**
- l'utilità dell'assistenza medico-farmacologica è valutata: **74% OTTIMO-13% BUONO-13% SUFFICIENTE;**
- l'utilità delle attività lavorativa è valutata: **22% OTTIMO-56%BUONO-11% SUFFICIENTE- 11% NON RISPOSTO**

riguardo la relazione:

- il nostro atteggiamento verso i pazienti e i loro familiari è percepito come: **67% OTTIMO - 11% BUONO-22% SUFFICIENTE**
- la chiarezza delle informazioni che vengono fornite ai pazienti è valutata: **54% OTTIMO- 33% BUONO 11% SUFFICIENTE**
- l'attenzione e la disponibilità del personale è percepito come: **28% OTTIMO - 44% BUONO-17% SUFFICIENTE**
- la qualità della relazione con gli operatori viene valutata: **57% OTTIMO - 43% BUONO**

- il rispetto della privacy da parte della struttura è percepito: 56% OTTIMO- 22% BUONO - 22% SUFFICIENTE

COD L'Airone (13 questionari)

riguardo il servizio:

- il reperimento delle informazioni è valutato: 67% OTTIMO – 33% BUONO
- i tempi di attesa per avere risposta sull'ingresso le valutazioni sono: 67% OTTIMO-17%BUONO-16% SUFFICIENTE
- sul comfort dei locali le valutazioni sono: 50% OTTIMO - 25% BUONO- 25% SUFFICIENTE
- l'idoneità degli ambienti è valutata: 58% OTTIMO-25%BUONO - 17% SUFFICIENTE
- sulla qualità dei pasti le valutazioni sono: 69% OTTIMO – 31% BUONO
- l'igiene e la pulizia della struttura è valutata: 39% OTTIMO- 46% BUONO- 15% SUFFICIENTE

riguardo alle attività:

- l'accoglienza all'ingresso è valutata: 75% OTTIMO-25% BUONO
- l'organizzazione giornaliera è valutata dall'utenza: 45% OTTIMO -45% BUONO -10% SUFFICIENTE
- l'organizzazione delle attività lavorative ha ricevuto valutazioni: 50% OTTIMO-30% BUONO-20% SUFFICIENTE
- le attività di tempo libero e di socializzazione hanno ricevuto valutazioni: 56% OTTIMO-22% BUONO-22% SUFFICIENTE

riguardo la terapia:

- sulla professionalità degli educatori i giudizi sono: 80% OTTIMO – 20% BUONO
- la professionalità degli psichiatri è valutata: 36% OTTIMO- 36% BUONO -28% SUFFICIENTE
- la professionalità degli psicologi è valutata: 70% OTTIMO-10% BUONO-20% SUFFICIENTE
- l'utilità dei gruppi terapeutici è valutata: 56% OTTIMO-33% BUONO -11% SUFFICIENTE
- i colloqui individuali son valutati: 30% OTTIMO-50% BUONO-20% SUFFICIENTE
- gli incontri familiari sono valutati: 40% OTTIMO - 40% BUONO - 10% INSUFFICIENTE - 10% NON RISPOSTO
- il risultato generale del percorso terapeutico è valutato: 50% OTTIMO-50% BUONO
- l'utilità dell'assistenza medico-farmacologica è valutata: 55% OTTIMO-36% BUONO -9% SUFFICIENTE
- le attività lavorative sono valutate: 44% OTTIMO-44% BUONO-12% SUFFICIENTE

riguardo la relazione:

- il nostro atteggiamento verso i pazienti e i loro familiari è percepito: 47% OTTIMO-53% BUONO
- la chiarezza delle informazioni che abbiamo fornito sulla struttura sono valutate:62% OTTIMO-38% BUONO
- l'attenzione e la disponibilità del personale è percepito: 70% OTTIMO- 30% BUONO
- la qualità della relazione con gli operatori è percepita come: 78% OTTIMO - 22% BUONO
- il rispetto della privacy da parte della struttura le valutazioni sono: 64% OTTIMO-27% BUONO-9% SUFFICIENTE

Centro Diurno di Rimini (8 QUESTIONARI)

riguardo il servizio:

- il reperimento delle informazioni è valutato: 12% OTTIMO– 88% BUONO
- i tempi di attesa per avere risposta sull'ingresso le valutazioni sono: 37% OTTIMO – 38% BUONO – 25% SUFFICIENTE
- sul comfort dei locali le valutazioni sono: 50% OTTIMO – 50% BUONO
- l'idoneità degli ambienti è valutata: 50 % OTTIMO – 50% BUONO
- la qualità dei pasti è valutata: 63% OTTIMO – 12% BUONO – 25% SUFFICIENTE
- l'igiene e la pulizia della struttura è valutata: 50% OTTIMO- 25% BUONO- 25% SUFFICIENTE

riguardo alle attività:

- *l'accoglienza all'ingresso è valutata: 100% OTTIMO*
- *l'organizzazione giornaliera è valutata dall'utenza: 25% OTTIMO - 75% BUONO*
- *l'organizzazione delle attività lavorative ha ricevuto valutazioni: 57% OTTIMO - 43% BUONO*
- *le attività di tempo libero e di socializzazione hanno ricevuto valutazioni: 63% BUONO – 37% SUFFICIENTE*

riguardo la terapia:

- *la professionalità degli educatori è valutata: 100% OTTIMO*
- *la professionalità degli psichiatri è valutata: 83% OTTIMO – 17% BUONO*
- *la professionalità degli psicologi è valutata: 100% OTTIMO*
- *l'utilità dei gruppi terapeutici è valutata: 50% OTTIMO – 50% BUONO*
- *i colloqui individuali sono stati valutati: 50% OTTIMO – 17% BUONO – 17% INSUFFICIENTE - 16% NON RISPOSTO*
- *gli incontri familiari sono valutati: 17% BUONO – 33% SUFFICIENTE – 50% INSUFFICIENTE (questo dato è totalmente difforme rispetto alle precedenti valutazioni, perciò occorre verificare se si ripeterà nelle prossime somministrazioni del questionario prima di intraprendere qualsiasi azione)*
- *il risultato generale del percorso terapeutico è valutato: 33% OTTIMO - 50% BUONO- 17% SUFFICIENTE*
- *l'utilità dell'assistenza medico-farmacologica è valutata: 33% OTTIMO – 67 % BUONO*
- *le attività lavorative sono valutate: 50% OTTIMO – 50% BUONO*

riguardo la relazione:

- *il nostro atteggiamento verso i pazienti e i loro familiari è percepito: 80% OTTIMO – 20% BUONO*
- *la chiarezza delle informazioni che abbiamo fornito sulla struttura sono valutate: 40 % OTTIMO – 60% BUONO*
- *l'attenzione e la disponibilità del personale è percepito: 50% OTTIMO – 50% BUONO*
- *la qualità della relazione con gli operatori viene percepita come: 67 % OTTIMO – 33% BUONO*
- *il rispetto della privacy da parte della struttura viene valutata: 67% OTTIMO – 16% BUONO – 17% SUFFICIENTE*

Considerazioni conclusive sulla somministrazione del questionario di gradimento

L'esito della somministrazione del questionario di gradimento per l'anno 2025 ha dato risultati diversi per ciascuna struttura e diversi rispetto agli anni precedenti.

Non si sono evidenziate criticità molto rilevanti (intese come valutazioni negative percentualmente elevate) o tali da richiedere particolari interventi o appositi progetti di miglioramento; *l'unico dato rilevante è la valutazione data come insufficiente dal 50% dell'utenza del Centro Diurno sugli incontri familiari e, come già commentato, essendo un risultato isolato rispetto agli anni passati e rispetto anche alle altre strutture, occorre verificare se il fenomeno si ripeterà ancora in futuro prima di valutare di intraprendere un'azione di miglioramento.*

Gli item dove sono state rilevate valutazioni negative riguardano comunque numeri esigui e perciò poco significativi. Nella maggioranza dei casi si è trattato, come molto frequentemente rilevato anche nei gruppi terapeutici, di valutazioni condizionate dalle variazioni d'umore che frequentemente caratterizzano diverse tipologie di nostri pazienti. Altrettanto frequentemente accade che alcuni questionari presentano delle non risposte ai quesiti proposti: ciò ha a che fare frequentemente con la capacità di attenzione e concentrazione, a volte fluttuante, in alcuni dei nostri pazienti.

5. LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ ED IL MIGLIORAMENTO

La non conformità come strumento di miglioramento

La rilevazione delle azioni che risultano errate o inadeguate rispetto alle procedure per la gestione delle strutture comunitarie gestite dal nostro ente avviene attraverso lo strumento delle non conformità; tale strumento rappresenta una delle modalità principali per la gestione delle azioni correttive, preventive e di miglioramento.

Lo scopo principale di questo strumento è assicurare che vengano attuate le azioni opportune, ogni volta che se ne manifesti la necessità, per prevenire la ripetizione di situazioni critiche o non conformi, intervenendo sulle cause.

A volte possono prospettarsi non conformità solo potenziali, che non si sono ancora verificate ma che potrebbero manifestarsi, e per cui occorre agire preventivamente sulle cause.

In ogni caso si tratta di situazioni che richiedono un intervento che può prevedere dal semplice riportare la situazione alla conformità fino ad arrivare all'implementazione di un progetto di miglioramento.

L'uso delle non conformità è fondamentale ai fini della decisione di intraprendere azioni opportune, soprattutto quando serve per prevenire il ripetersi di situazioni critiche.

Tipologie di non conformità

La maggioranza delle azioni non conformi e riguardanti i processi di gestione della struttura, descritti nelle procedure e/o nelle istruzioni operative che le dettagliano, sono risolvibili con semplici correzioni e rappresentano la formalizzazione di un procedimento che fa parte delle modalità operative tipiche di tutte le strutture terapeutiche. Il procedimento consiste nel confronto in equipe tra i colleghi interessati alle criticità rilevate nell'organizzazione della struttura o nella gestione del programma terapeutico dei pazienti; le azioni non conformi che hanno a che fare con il rischio clinico (ad esempio quando riguardano la gestione dei medicinali), pur essendo comunque delle non conformità, quando sono di una certa rilevanza si configurano come "incident reporting" (identificato nella scheda per la gestione del rischio clinico).

È necessario sottolineare che per loro specifica caratteristica le strutture comunitarie (nell'ambito delle dipendenze patologiche) hanno a che fare costantemente con pazienti in cui una caratteristica sintomatologica ricorrente è la trasgressione alle regole, cioè la manifestazione della non conformità rispetto alla situazione (regola di comunità) a cui viene chiesto di conformarsi a scopo terapeutico. Per tale motivo le equipe terapeutiche, già da molto tempo (diversi anni prima dell'introduzione dei sistemi di gestione della qualità), sono costantemente impegnate nello studio di strategie sempre nuove per risolvere le varie situazioni non conformi prodotte dai pazienti; spesso lo sviluppo della strategia vede coinvolto lo stesso utente direttamente interessato, quando ciò è valutato terapeutico e/o educativo per lui.

Lo strumento delle non conformità, nonostante in uso da diversi anni, è spesso utilizzato con una certa discontinuità a causa della vecchia (e necessaria) modalità operativa caratterizzata dal discutere durante le riunioni d'equipe tutte le problematiche relative alla gestione dell'utenza. In ogni caso la discussione periodica permette di recepire e comprendere il significato della condivisione dell'informazione anche su ciò che non va, oltre a dare la certezza che in tal modo rimane traccia (nel verbale d'equipe) di ciò che è stato deciso di fare per correggere un errore o per migliorare una data situazione.

Gli ambiti prevalenti d'uso delle non conformità

Come oramai consuetudine da anni, le non conformità raccolte nel corso del 2025 sono state classificate secondo gli ambiti principali di utilizzo, per ciascuna delle strutture comunitarie; le categorie più frequentemente riscontrate, divise per strutture, sono state le seguenti:

COD di Vallecchio

- Eventi riguardanti i test tossicologici non effettuati: sono il 5,8% delle non conformità e riguardano la non esecuzione delle consegne scritte in agenda e risolte rapidamente con azioni correttive.
 - eventi non conformi che riguardano la gestione della documentazione: si tratta del 29.4 % degli episodi di non conformità e si riferiscono a documenti mal riposti o involontariamente occultati oppure con registrazioni mancanti o non corrette; solitamente questo tipo di episodi si risolvono con semplici azioni correttive o con azioni preventive (quando viene usata una diversa modalità nell'uso dei documenti);
 - eventi che riguardano l'infermeria: riguardano il 64,7% delle non conformità e consistono nella maggioranza dei casi nella non apposizione della firma o nella errata registrazione durante la consegna dei farmaci di auto-somministrazione o, ancora, nella errata riposizione di un farmaco; episodi risolti in massima parte rapidamente con azioni correttive e/o discutendone in equipe.
- Oltre alle non conformità vengono compilate anche le schede di Incident Reporting. Questi eventi, che in genere consistono in non conformità con un rischio clinico più consistente, sono trattati sia nell'audit sul rischio clinico sia nell'audit sulle non conformità.

CT di Vallecchio

- eventi che riguardano la gestione della documentazione; costituiscono il 25% delle non conformità e si tratta di documenti mal riposti o smarriti e che riguardano direttamente o indirettamente anche la privacy; eventi discussi e risolti parlandone nelle riunioni d'equipe;
 - eventi che rappresentano la mancata o errata attuazione di alcune procedure o prassi; costituiscono il 35% delle non conformità e riguardano in massima parte di comunicazioni errate od omesse ai servizi oppure la non effettuazione del test tossicologico programmato e risolte parlandone alla prima riunione d'equipe utile;
 - eventi che riguardano l'infermeria: riguardano il 35% delle non conformità e consistono nella maggioranza dei casi nella non apposizione della firma o nella errata registrazione durante la consegna dei farmaci di auto-somministrazione. Solitamente questo tipo di episodi si risolvono in massima parte rapidamente con azioni correttive e/o discutendone in equipe.
- Anche nella CT oltre alle non conformità vengono compilate anche le schede di Incident Reporting. Anche nell'ambito della CT questi eventi consistono in non conformità con un rischio clinico più consistente e vengono trattati sia nell'audit sul rischio clinico sia nell'audit sulle non conformità.

Modulo Doppia Diagnosi della CT di Vallecchio

- azioni non corrette o mancate nella gestione dei farmaci: riguardano il 22,7% delle non conformità; esempi di azioni non conformi sono stati la mancata o errata registrazione dei farmaci, oppure l'errata riposizione di un farmaco o, anche, la mancata assunzione di un farmaco. Tutte non conformità risolte in massima parte rapidamente con azioni correttive e/o discutendone in equipe.
- test tossicologici non effettuati: riguardano il 18,1% delle non conformità; riguardano la non esecuzione delle consegne scritte in agenda e sono tutte state risolte rapidamente con azioni correttive.

- il resto delle non conformità si riferiscono alla gestione dei documenti e delle cartelle cliniche; riguardano il 45,45% e riguardano la compilazione non corretta delle cartelle cliniche o i documenti mal riposti o smarriti; eventi discussi e risolti parlandone nelle riunioni d'equipe;
- Nel Modulo Doppia Diagnosi sono state compilate anche alcune schede di Incident Reporting; molte di queste riguardano delle non conformità che rappresentano eventi più importanti/critici dal punto di vista del rischio clinico. Tutti eventi discussi durante l'audit sulle non conformità ed anche nell'audit sul rischio clinico: esempi ne sono stati una mancata assunzione della terapia, un mancato rispetto dell'istruzione operativa sullo smaltimento di un sostitutivo, un'ingestione di un detergente non correttamente custodito.

COD L'Airone

- eventi non conformi nella gestione della documentazione; riguardano il 10% degli episodi di non conformità e si riferiscono all'uso della scheda movimento. Le azioni adottate in tali casi sono consistite nel parlarne durante la riunione d'equipe e richiedere agli operatori di correggere/sistemare le schede che ne necessitavano;
- azioni non corrette o mancate nella gestione dell'infermeria e dei farmaci; riguardano circa il 90% delle non conformità e, direttamente o indirettamente, possono avere a che fare col rischio clinico. Esempi di azioni non conformi, con un rischio clinico indiretto e che hanno permesso delle correzioni prima che si verificassero conseguenze negative, sono state gli errori nell'uso del bidone dei rifiuti speciali. Esempi di azioni non conformi con un rischio clinico potenziale diretto sono stati gli errori nel conteggio dei sostitutivi con conseguente errore nello scarico degli stessi.
- Oltre alle non conformità sono state compilate anche diverse schede di Incident Reporting, molte delle quali riguardano delle non conformità con un rischio clinico maggiore. Questi eventi sono stati analizzati, secondo la tipologia, in parte durante l'audit sulle non conformità ed in parte anche nell'audit sul rischio clinico. In particolare, su un totale di 11 Incident Reporting, 4 riguardavano episodi di aggressività da parte dell'utenza, 3 riguardavano l'uso di sostanze, 3 riguardavano la terapia non somministrata o somministrata due volte, 1 riguardava uno scompenso di tipo psichiatrico.

Centro Diurno di Rimini

- eventi che riguardano il mancato aggiornamento delle cartelle cliniche; hanno riguardato il 28,5% delle non conformità, risolte facilmente con l'aggiornamento dei documenti;
- eventi che riguardano problemi nell'uso e nella gestione dei verbali; rappresentano il 57,1% delle non conformità e di queste la maggior parte riguardano la mancanza di firme o la mancanza del documento stesso perché non richiesto per tempo.
- eventi che riguardano il non invio di documenti; rappresentano il 14,2% delle non conformità, risolte con l'invio successivo dei documenti.
- Nel Centro Diurno, durante il 2025, non si sono verificati episodi richiedenti l'uso della scheda di Incident Reporting.

6. I NUOVI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

I progetti di miglioramento e le azioni che ne conseguono possono derivare dalle principali tipologie di non conformità come quelle sopra descritte o, più frequentemente, in conseguenza di situazioni organizzative verificate in riunione d'equipe, dalla necessità di adeguare/riadeguare una determinata

procedura o documento in conseguenza di modalità operative che richiedono una modifica o di eventuali nuove normative.

Durante le riunioni delle equipe terapeutiche le nuove necessità operative e le non conformità occupano diversi spazi di discussione, con la conseguente organizzazione di momenti successivi per progettare le necessarie azioni correttive, preventive o di miglioramento.

Anche alcuni obiettivi generali e/o specifici, in alcuni casi trasversali a tutte le strutture terapeutiche, richiedono frequentemente progetti di miglioramento. Nell'anno 2025 ci sono stati diversi progetti di miglioramento nelle varie strutture gestite.

Più in dettaglio i progetti di miglioramento attuati o messi a regime nel corso del 2025 sono stati:

- Il Progetto per la "Formazione sulle sostanze, sugli psicofarmaci e sulle patologie psichiatriche", richiesto da tutte le strutture (COD, CT e MDD) della sede operativa di Vallecchio. L'esigenza era quella di migliorare le conoscenze di tutti gli operatori sugli argomenti citati nel titolo del progetto. (Formazione interna)
- Formazione del personale sugli aspetti legali: l'obiettivo è migliorare le conoscenze di tutto il personale delle strutture (COD-CT-MDD) sugli aspetti legali per una migliore gestione del paziente sottoposto a misura detentiva.
- Formazione interna sul rischio clinico-non conformità' richiesta dalla Responsabile per tutte e tre le strutture della sede operativa di Vallecchio visto i nuovi operatori. La formazione è stata eseguita dalla Responsabile Qualità.
- Creazione al Centro Diurno di uno strumento quello del Cineforum, che permetta di far riflettere maggiormente i pazienti su problematiche molto vicine a loro.
- Implementazione di ulteriori strumenti diagnostici nella struttura COD L'AIRONE: in seguito ad una riunione del comitato di programma di Ferrara a marzo 2025, è stata richiesta la somministrazione dei test PID-5 e SCL-90 per i pazienti provenienti dal Sert di Ferrara.
- Formazione interna sul rischio clinico-non conformità' richiesta dalla Responsabile per la struttura COD AIRONE visto i nuovi operatori. La formazione è stata eseguita dalla Responsabile Qualità.

7. CONCLUSIONI E PREVISIONI

Sintesi delle attività formative svolte nell'anno 2025 nella cooperativa sociale Cento Fioriqv

Da diversi anni la cooperativa si affida all'ente DEMETRA, per l'organizzazione della formazione. Per l'anno 2025, essendosi concluso il piano 2023-2024 e non essendo possibile riprogrammare subito il successivo biennio (per un problema di tempi legati al bando europeo), si è deciso di effettuare per il 2025 la supervisione con un docente esterno per tutte le strutture della Cooperativa sociale Cento Fiori in attesa di partecipare al nuovo bando nel 2026.

Le attività formative si connotano come strumento finalizzato ad azioni di miglioramento e a progetti di innovazione. La finalità del Piano formativo è anche quella di continuare ad offrire un'opportunità di crescita professionale e di crescita della capacità della cooperativa di garantire un servizio di qualità e in grado di gestire la complessità crescente dei problemi che deve affrontare.

Cambiamenti nelle strutture e della loro gestione da parte della cooperativa Cento Fiori

In riferimento al personale delle strutture ci sono stati alcuni cambiamenti durante il 2025. Nel COD L'Airone c'è stato un ricambio di personale. Invece nel COD e nella CT di Vallecchio e nel MDD si sono verificati alcuni cambiamenti con particolare riferimento agli Educatori con un importante turnover. Nel Centro Diurno invece la situazione del personale è rimasta stabile per tutto il corso dell'anno.