



Associazione Fa.C.E.D. - Famiglie Contro l'Emarginazione e la Droga ETS

iscritta al RUNTS con il numero di repertorio 40771 dal 21/07/2022

"Il Noce" - Comunità Terapeutica a carattere pedagogico-riabilitativa  
per il recupero dalle dipendenze patologiche

Mail: [comunitailnoce@gmail.com](mailto:comunitailnoce@gmail.com) - Pec: [ilnoce.termoli@pec.it](mailto:ilnoce.termoli@pec.it)

● 375.5582595 tel. e fax 0875-751885

### RA 01 REPORT ANNUALE 2025 E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2026

Edizione n.04 del 19/12/2025	Redatto dal Responsabile qualità Dott. MARCO CATALDO	Approvato dal Direttore Sanitario Dott.sa MARIACHIARA D'AMORE

#### INDICE

	DOCUMENTO	P.
1	MONITORAGGIO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI	3
2	MONITORAGGIO e AZIONI MIGLIORATIVE PER LA QUALITA' DEI PROCESSI, DELL'ORGANIZZAZIONE, DELLE RESPONSABILITA' E DEL SISTEMA DI DELEGA	5
3	MONITORAGGIO QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI E DEL MATERIALE INFORMATIVO	7
4	RILEVAZIONE GRADO DI SODDISFAZIONE (UTENTI, FAMILIARI/CAREGIVER) - GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI	9
5	TRACCIABILITÀ DELLE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E DI PRESA IN CARICO	10
6	MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DEI PROCESSI, PROTOCOLLI E LINEE GUIDA PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E IL COORDINAMENTO DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	12
7	APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA, DELLE PROCEDURE E DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO-PEDAGOGICO	13
8	RISCHIO CLINICO	14
9	IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUENTI DELL'EVENTO "ABBANDONO VOLONTARIO E PREMATURO DEL PERCORSO COMUNITARIO"	15
10	RIVALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI REGOLAMENTI INTERNI E DELLE LINEE GUIDA EBM	17
11	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI PER LA QUALITÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO-PEDAGOGICO	19
12	IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE SPECIFICHE NELL'ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI	19
13	MONITORAGGIO E VERIFICA AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE AREE A RISCHIO E DEI PROCESSI	21
14	PARTECIPAZIONE AL FLUSSO DI SEGNALAZIONE PREVISTO DALLA NORMATIVA NAZIONALE	22
15	APPLICAZIONE DI LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE, RACCOMANDAZIONI E STRUMENTI PER LA SICUREZZA	22
16	COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI NEI PROCESSI DI SOCIALIZZAZIONE DEGLI UTENTI	23
17	EVENTI AVVERSI CHE HANNO RICHIESTO COMUNICAZIONE E SUPPORTO	24
18	MONITORAGGI DELL'APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO E GESTIONE EVENTI AVVERSI	26
19	MONITORAGGIO SUL COINVOLGIMENTO DI UTENTI E FAMILIARI/CAREGIVER NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	27



20	ANALISI RETROSPETTIVA SU EVENTI AVVERSI, INCIDENTI E NEAR MISS	28
21	RIVALUTAZIONE BIENNALE DELLE AREE A RISCHIO E DEI PROCESSI	30
22	APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI ICF-Recovery NEL PTRI	31
23	ATTIVITA' ASSISTENZIALE E RIABILITATIVE	32
24	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	34
25	MONITORAGGIO ECONOMICO E GESTIONALE (verifica costi/Budget)	34
26	VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELLA SICUREZZA DEI DATO	35
27	MONITORAGGIO DEI DISSERVIZI E DELLA COMUNICAZIONE ESTERNA	37
28	VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DEL PROGRAMMA DI GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE E DEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO	40
29	MONITORAGGIO DELL'IMPLEMENTAZIONE E DELLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE	43
30	VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DEI PROGRAMMI DI ORIENTAMENTO E INSERIMENTO DEL PERSONALE	44
31	INNOVAZIONE TECNICO-PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVA	48
32	VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI RITENZIONE E DI COMPLETAMENTO DEI PIANI TERAPEUTICI	48
33	REVISIONE E AZIONI MIGLIORATIVE PIANO ANNUALE ACCESSIBILITA'-ACCOGLIENZA	50
34	DISPONIBILITÀ CONTINUA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E SOCIO-ASSISTENZIALE AGLI OPERATORI	51
35	TABELLA – AZIONI DELLA DIREZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA E VERIFICA DELL'EFFICACIA 2025	51
36	MONITORAGGIO 2025 DELL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI COMUNICAZIONE INTERNA	52
37	VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE E DELL'ESPERIENZA DI PAZIENTI E CAREGIVER	54
38	VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI PROCESSI DI COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE DI PAZIENTI E CAREGIVER	56

## 1. MONITORAGGIO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI

Il presente report sintetizza i risultati del monitoraggio annuale dei programmi dedicati allo sviluppo delle reti assistenziali tra la comunità residenziale e i servizi territoriali (Ser.D., Servizi Sociali, CSM, MMG, enti del terzo settore). L'obiettivo è valutare l'efficacia dei collegamenti funzionali, la qualità della comunicazione inter-servizio e la continuità assistenziale garantita agli utenti.

### 1.2. Indicatori monitorati

#### 1.2.1 Indicatori quantitativi

Indicatore	Risultato
Riunioni inter-servizio realizzate	11 su 12 previste (92%)
Comunicazioni formali inviate ai servizi	148 comunicazioni
Aggiornamenti PTRI condivisi	90% dei casi
Eventi critici gestiti congiuntamente	83%
Follow-up post-dimissione effettuati	78%

#### 1.2.2 Indicatori qualitativi

Area valutata	Esito
Tempestività comunicazioni	Buona
Completezza documentazione	Molto buona
Coerenza PTRI–linee guida territoriali	90%
Collaborazione Ser.D.–Comunità	Elevata
Collaborazione con SS/CSM	Discreta
Soddisfazione servizi partner	Buona (feedback qualitativi)

### 1.3. Analisi dei risultati

#### 1.3.1 Punti di forza

- Comunicazione costante e strutturata con il Ser.D.
- Buon livello di integrazione nelle fasi di ingresso, monitoraggio e dimissione.
- Documentazione completa e condivisa in modo regolare.
- Partecipazione attiva dei servizi territoriali alle riunioni inter-servizio.
- Buona gestione congiunta delle criticità comportamentali.

#### 1.3.2 Criticità rilevate

- Alcuni ritardi nelle comunicazioni tra servizi.
- Follow-up post-dimissione non sempre completati (78%).
- Collaborazione con CSM non uniforme nei casi di comorbilità psichiatrica.
- Necessità di maggiore standardizzazione dei report mensili.
- Variabilità nella qualità delle informazioni trasmesse dai servizi partner.

### 1.4. Valutazione complessiva

Il sistema di rete assistenziale risulta complessivamente efficace, con un buon livello di integrazione e continuità assistenziale. Le criticità emerse riguardano principalmente:

- la gestione dei casi complessi (doppia diagnosi);
- la continuità post-dimissione;
- la standardizzazione dei flussi informativi.

Questi aspetti richiedono azioni di miglioramento mirate.

## **1.5. Azioni di miglioramento proposte**

### **1.5.1 Miglioramento della comunicazione inter-servizio**

- Introduzione di un format unico per i report mensili.
- Definizione di tempi standard di risposta (max 48 ore).
- Utilizzo sistematico di PEC.
- Formazione interna sulla comunicazione professionale.

### **1.5.2 Rafforzamento della collaborazione con il Servizi**

- Riunioni inter-servizio ogni 30 giorni per i casi complessi.
- Condivisione obbligatoria delle valutazioni.
- Supervisione clinica congiunta Ser.D.–Comunità ogni 3 mesi.

### **1.5.3 Potenziamento della collaborazione con CSM**

- Creazione di un protocollo specifico per doppia diagnosi.
- Incontri trimestrali dedicati ai casi condivisi.
- Definizione di un referente CSM per la comunità.

### **1.5.4 Miglioramento del follow-up post-dimissione**

- Pianificazione del follow-up già 30 giorni prima della dimissione.
- Scheda di follow-up condivisa tra comunità e Ser.D.
- Coinvolgimento di enti del terzo settore per reinserimento sociale.
- Obiettivo: portare il follow-up al 90%.

### **1.5.5 Sviluppo della rete territoriale**

- Mappatura annuale delle risorse territoriali.
- Attivazione di nuove collaborazioni (housing, formazione, lavoro).
- Partecipazione a tavoli interistituzionali.
- Creazione di un registro dei partner territoriali.

### **1.5.6 Standardizzazione dei processi**

- Aggiornamento del Protocollo di Continuità Assistenziale.
- Introduzione di checklist operative per:
  - ingresso,
  - monitoraggio,
  - gestione crisi,
  - dimissione.
- Audit semestrale sulla qualità della rete.

## **1.6. Obiettivi per l'anno 2026**

<b>Area</b>	<b>Obiettivo</b>
Riunioni inter-servizio	100% realizzate

<b>Area</b>	<b>Obiettivo</b>
Follow-up post-dimissione	≥ 90%
Coerenza PTRI–linee guida	≥ 95%
Comunicazioni tempestive	95% entro 48 ore
Collaborazione CSM	Attivazione in 100% dei casi di doppia diagnosi

### **1.7. Revisione del programma**

Il programma per lo sviluppo delle reti assistenziali viene:

- rivisto annualmente dal Responsabile Qualità;
- aggiornato in base ai risultati del monitoraggio;
- approvato dalla Direzione;
- diffuso a tutto il personale e ai servizi partner.

### **Conclusioni**

Il monitoraggio evidenzia un sistema di rete assistenziale solido, con buoni livelli di integrazione e comunicazione. Le azioni di miglioramento proposte mirano a:

- rafforzare la continuità assistenziale;
- migliorare la gestione dei casi complessi;
- aumentare la qualità e la tempestività delle comunicazioni;
- ampliare la rete territoriale;
- consolidare la collaborazione con Ser.D., CSM, Servizi ed Enti coinvolti.

---

## **1. MONITORAGGIO e AZIONI MIGLIORATIVE**

**per la qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega**

### **2.1. Analisi dei risultati annuali**

Nel corso dell'anno 2025 sono stati monitorati:

- andamento dei processi educativi e riabilitativi,
- qualità della presa in carico e del PTRI,
- gestione delle crisi,
- continuità assistenziale con Ser.D. e servizi territoriali,
- funzionamento dell'équipe,
- efficacia delle deleghe e delle responsabilità,
- aggiornamento della documentazione interna.

### **Sintesi dei risultati principali**

- Miglioramento della qualità delle osservazioni educative (+18% completezza).
- Riduzione degli episodi critici gestiti con escalation (+22% gestione interna).
- Aumento della partecipazione alle riunioni d'équipe (media 92%).
- Aggiornamento di 4 procedure operative (accoglienza, crisi, dimissione, comunicazioni).
- Buona collaborazione con Ser.D. e CSM (valutazione positiva in 87% dei casi).

## **2.2. Valutazione dell'organizzazione**

### **Punti di forza**

- Struttura di governo chiara e stabile.
- gestione quotidiana efficace.
- Buona integrazione tra area educativa e psicologica.
- Comunicazione interna migliorata rispetto all'anno precedente.

### **Criticità rilevate**

- Sovraccarico del responsabile di programma in alcune fasi operative.
- Necessità di aggiornare alcune responsabilità non più coerenti con i compiti attuali.
- Documentazione amministrativa non sempre tempestiva.
- Necessità di formalizzare meglio la delega per la gestione delle emergenze serali.

Esito: Parzialmente efficace

## **2.3. Valutazione delle responsabilità**

### **Esiti principali**

- Le responsabilità educative risultano chiare e ben distribuite.
- La figura del responsabile organizzativo, ma necessita di maggiore supporto formativo.
- Alcune responsabilità cliniche (monitoraggio terapie) richiedono una revisione dei flussi informativi.
- Le responsabilità amministrative risultano adeguate ma necessitano di maggiore standardizzazione.

Esito: Efficace con necessità di aggiornamento Responsabilità

## **2.4. Valutazione degli strumenti di delega**

### **Analisi**

- Responsabilità: 80% aggiornate; 20% da rivedere.
- Registro Deleghe: aggiornato ma necessita di maggiore dettaglio.
- Deleghe formali: coerenti ma non sempre comunicate tempestivamente.

Esito: Parzialmente efficace

## **2.5. Valutazione della comunicazione interna**

### **Risultati**

- Riunione plenaria svolta regolarmente.
- Riunioni d'équipe settimanali con verbali completi.
- Necessità di migliorare la comunicazione tra area educativa e amministrativa.

Esito: Efficace

## **2.6. Priorità individuate dalla Direzione per il 2026**

1. Aggiornamento completo delle Responsabilità.
2. Revisione del Registro Deleghe con maggiore dettaglio operativo.
3. Introduzione di una delega specifica per la gestione delle emergenze serali.
4. Formazione interna su:
  - gestione documentale,
  - comunicazione interprofessionale,
  - gestione casi complessi.
5. Potenziamento della comunicazione tra area educativa e amministrativa.

## **2.7. Azioni di miglioramento**

Azione	Responsabile	Scadenza	Stato
Aggiornamento Responsabilità	Direzione	31/03/2026	In corso
Revisione Registro Deleghe	Direzione	15/03/2026	Programmata
Nuova delega emergenze serali	Direzione	01/03/2026	Programmata
Formazione interna	Responsabile Qualità	30/06/2026	Programmata
Miglioramento comunicazione interna	Responsabile di programma	Continuo	In corso

## 2.8. Verifica dell'efficacia delle azioni intraprese

La Direzione controllerà:

- completezza Responsabilità aggiornate,
- utilizzo effettivo delle deleghe,
- miglioramento della comunicazione interna,
- riduzione delle criticità operative,
- qualità della documentazione,
- feedback dell'équipe.

Prossima verifica programmata: 15/07/2026

## 2.9. Conclusioni della Direzione

*La Direzione ritiene che l'organizzazione sia complessivamente efficace, con alcune aree che richiedono miglioramento. Le azioni individuate sono state definite in modo chiaro e verranno monitorate nei prossimi mesi per verificarne l'impatto sui processi e sulla qualità dei servizi erogati.*

## 3. MONITORAGGIO QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI E DEL MATERIALE INFORMATIVO

La Direzione ha rivalutato:

### 3.2.1 Qualità dei contenuti del documento informativo

- chiarezza del linguaggio
- completezza delle informazioni
- aggiornamento dei contenuti
- leggibilità e accessibilità

### 3.2.2 Qualità del materiale informativo multilingua

- accuratezza delle traduzioni
- comprensibilità
- adeguatezza culturale
- disponibilità in formato cartaceo e digitale

### 3.2.3 Modalità di diffusione e distribuzione

- consegna in fase di accoglienza
- disponibilità in bacheca

- pubblicazione sul sito web
- accessibilità tramite QR-code
- distribuzione durante incontri informativi

### **3.3. Modalità della rivalutazione**

#### **3.3.1 Riunione annuale con le associazioni di tutela**

La rivalutazione è stata effettuata durante la riunione del:

Data: 12/12/2025; Verbale di riferimento: *Verbale Riunione Tutela Utenti – 12/12/2025*

Partecipanti:

- Direzione
- Responsabile Qualità
- Associazione Incontrarsi
- Rappresentanti del volontariato socio-sanitario

#### **3.3.2 Strumenti utilizzati**

- analisi del documento informativo C.S.01 – revisione n.05 del 18/02/2025
- revisione del materiale multilingua
- analisi dei reclami e delle segnalazioni
- risultati customer satisfaction
- osservazioni delle associazioni

### **3.4. Risultati della rivalutazione**

#### **3.4.1 Punti di forza rilevati**

- documento informativo chiaro e completo
- buona leggibilità e struttura grafica
- materiale multilingua adeguato
- modalità di distribuzione efficaci
- apprezzamento per il QR-code introdotto

#### **3.4.2 Criticità emerse**

- alcune sezioni risultano troppo lunghe per utenti con fragilità cognitive
- suggerimento di introdurre un video informativo multilingua

#### **3.4.3 Proposte delle associazioni**

- creare una versione semplificata del documento informativo

### **3.5. Azioni di miglioramento attivate**

<b>Azione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Scadenza</b>
Redazione versione semplificata del documento informativo	Resp. Qualità	12/2026

### **3.6. Verifica dell'efficacia delle azioni intraprese**

La Direzione ha definito indicatori di verifica:

#### **Indicatori quantitativi**

- % utenti che dichiarano di aver compreso il documento
- richieste di chiarimento
- accessi tramite QR-code

#### **Indicatori qualitativi**

- feedback positivi delle associazioni:

- miglioramento percezione chiarezza:
- maggiore utilizzo del materiale multilingua

### 3.8. Conclusioni

L'organizzazione ha effettuato una rivalutazione periodica, strutturata e partecipata della qualità delle informazioni fornite agli utenti, del materiale informativo e delle modalità di diffusione.

La rivalutazione, svolta con il contributo delle associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, ha portato all'attivazione di azioni di miglioramento verificabili.

---

## 4. RILEVAZIONE GRADO DI SODDISFAZIONE (UTENTI, FAMILIARI/CAREGIVER) GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI

### Reclami e segnalazioni

- Reclami formali ricevuti: 0
- Segnalazioni informali: 1
- Tematiche principali:
  - richieste di chiarimento su aspetti educativi

**Tempi medi di risposta:** 48 ore **Azioni correttive già attivate:** miglioramento comunicazione, revisione turni attività.

### Azioni migliorative proposte

#### 4.1.1 Potenziamento della comunicazione educativa

- Aggiornamento periodico tramite bacheca digitale o gruppo informativo (WhatsApp/Telegram)
- Introduzione di un colloquio educativo programmato ogni 30 giorni

#### 4.1.2 Rafforzamento del sistema di segnalazione

- Diffusione più capillare del Modulo Segnalazioni Utenti/Familiari
- Installazione di una cassetta segnalazioni anonime in area comune
- Promozione attiva del diritto alla segnalazione durante gli incontri familiari

#### 4.1.3 Riduzione dei tempi di risposta

- Obiettivo 2026: risposta entro 24 ore

### Customer satisfaction – Pazienti

- Soddisfazione generale: 4,5/5
- Comunicazione con l'équipe: 4,4/5
- Partecipazione al percorso: 4,2/5
- Esperienza complessiva: 4,5/5

**Punti di forza:** clima sereno, disponibilità operatori **Criticità:** richiesta di più attività fisiche e ricreative

### Azioni migliorative proposte

#### 4.2.1 Potenziamento attività fisiche

- Introduzione di un programma fitness leggero (camminate, stretching, ginnastica dolce)
- Convenzione con strutture sportive locali (palestra, piscina)
- Attività outdoor settimanali (trekking, bici, giochi di squadra)

#### 4.2.2 Ampliamento attività ricreative

- Laboratori creativi (musica, teatro, cucina, art-therapy)

- Serate tematiche (cinema, giochi di gruppo, musica)
- Attività culturali esterne (musei, eventi locali)

#### 4.2.3 Maggiore coinvolgimento nel percorso

- Co-costruzione del PTRI con l'utente
- Diario settimanale delle attività con feedback dell'utente
- Gruppi di empowerment e auto-valutazione del percorso

#### Customer satisfaction – Caregiver

- Soddisfazione generale: 4,3/5
- Chiarezza informazioni: 4,3/5
- Partecipazione agli incontri PAI: 4,1/5

**Criticità:** difficoltà a partecipare agli incontri in orario mattutino

#### Azioni migliorative proposte

##### 4.3.1 Flessibilità oraria

- Introduzione di incontri PAI anche nel tardo pomeriggio
- Possibilità di colloqui online (videochiamata)
- Programmazione degli incontri con preavviso minimo di 10 giorni

##### 4.3.2 Miglioramento della comunicazione con i caregiver

- Canale informativo dedicato (WhatsApp broadcast o email)

##### 4.3.3 Maggiore coinvolgimento nei processi educativi

- Incontri tematici su:
  - gestione delle emozioni
  - comunicazione efficace
  - supporto al reinserimento
- Coinvolgimento in attività comunitarie aperte (feste, laboratori, giornate a tema)

Obiettivi 2026

Obiettivo	Target	Scadenza
Ridurre tempi risposta segnalazioni	≤ 24 ore	Dic 2026
Aumentare attività fisiche/ricreative	+30%	Giu 2026
Aumentare partecipazione caregiver agli incontri	≥ 80%	Dic 2026
Incrementare soddisfazione partecipazione percorso	da 4,2 a ≥ 4,4	Dic 2026
Aumentare segnalazioni costruttive	+50%	Dic 2026

## 5. TRACCIABILITÀ DELLE ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E DI PRESA IN CARICO

La verifica ha riguardato la tracciabilità, all'interno della documentazione sanitaria e socio-assistenziale, delle seguenti attività:

#### Attività di valutazione iniziale

- Colloquio di accoglienza
- Raccolta anamnestica sanitaria e psicosociale
- Valutazione psicologica iniziale

- Valutazione educativa e funzionale
- Compilazione della documentazione di ingresso
- Definizione del Case Manager e degli operatori di riferimento

### Attività di presa in carico

- Redazione del PTRI
- Definizione degli obiettivi terapeutici, riabilitativi e pedagogici
- Programmazione delle attività individuali e di gruppo
- Monitoraggio periodico del percorso
- Aggiornamento della documentazione clinica, educativa e amministrativa
- Comunicazioni con i servizi invianti (Ser.D., CSM, Servizi Sociali)

### Metodologia della verifica

Strumento utilizzato	Note
Audit interno documentale	Verificate 9 cartelle utenti
Verifica doc. accoglienza	100% compilati
Verifica PTRI	93% aggiornati nei tempi
Verifica report giornaliero	Completezza 88%
Verifica documentazione sanitaria	100% firmata e datata
Osservazione diretta dei processi	Accoglienza e riunioni d'équipe

### Risultati della verifica

#### Tracciabilità delle attività di valutazione iniziale

- Tutte le cartelle contengono la documentazione prevista (accoglienza, anamnesi, valutazioni).
- Le firme degli operatori sono presenti e leggibili.
- La valutazione psicologica è presente nel 93% dei casi (in 2 casi effettuata con ritardo).
- La nomina del Case Manager è sempre comunicata.

Esito: Efficace

#### Tracciabilità delle attività di presa in carico

- Il PTRI è presente e aggiornato nella quasi totalità dei casi.
- Le attività risultano coerenti con gli obiettivi del PTRI.
- Le revisioni periodiche del PTRI sono tracciate nel 90% dei casi.
- Le comunicazioni con i servizi invianti sono congrue.
- La documentazione sanitaria (visite, terapie, note cliniche) è completa e firmata.

Esito: Efficace con lievi criticità

#### Criticità rilevate

- Ritardi nella valutazione psicologica iniziale in 2 casi.
- Alcune annotazioni non riportano l'intervento completo.
- La revisione trimestrale del PTRI non è sempre formalizzata.

#### Azioni di miglioramento

AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA
--------	--------------	----------

Ridurre tempi valutazione psicologica	Psicologo	30/06/2026
Standardizzare annotazioni	RQ	31/05/2026
Formalizzare revisione PTRI	Direzione	31/05/2026
Aggiornare procedura accoglienza	RQ	31/05/2026

---

## 6. MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DI PROCESSI, PROTOCOLLI E LINEE GUIDA PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E IL COORDINAMENTO DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

### Oggetto

Il monitoraggio ha riguardato l'applicazione:

1. dei processi di continuità assistenziale,
2. dei protocolli e linee guida relativi a: o trasferimenti, o dimissioni, o follow-up,
3. delle procedure di coordinamento delle cure con i servizi territoriali (Ser.D., CSM, MMG, Servizi Sociali).

### Documenti di riferimento monitorati

Protocollo Continuità Assistenziale  
Linee Guida Trasferimenti-Dimissioni-Follow-Up  
Procedura Individuazione Utenti Follow-Up  
Protocollo Collegamenti Funzionali con Servizi Territoriali  
Procedura Passaggi di Consegn e Trasferimento Informazioni

### Metodologia del monitoraggio

Strumento utilizzato: Audit interno documentale, Osservazione diretta dei processi, Relazioni di dimissione, Verifica Registro Follow-Up, Colloqui con operatori, Verifica comunicazioni ai servizi

### Risultati del monitoraggio

**Appropriatezza dei trasferimenti:** Tutti i trasferimenti verificati risultano motivazioni cliniche o organizzative documentate; Comunicazioni ai servizi riceventi tracciate. Esito: Efficace

**Appropriatezza delle dimissioni:** Le dimissioni sono state programmate e condivise con l'utente e la data è presente in tutte le cartelle; La Relazione Finale Multidisciplinare è completa nel 92% dei casi (in 1 caso inviata con ritardo); Comunicazioni ai servizi territoriali sempre registrate. Esito: Efficace con lievi criticità

**Follow-up:** Gli utenti individuati per follow-up rispettano i criteri della procedura; Il Registro Follow-Up è aggiornato e completo; I contatti programmati (30-60-90 giorni) risultano tracciati. Esito: Efficace

**Coordinamento delle cure:** Comunicazioni periodiche con Ser.D. e CSM documentate; Partecipazione ai tavoli di rete registrata; Il Case Manager garantisce il raccordo tra area educativa, clinica e servizi esterni; Le informazioni cliniche ed educative sono trasferite in modo strutturato. Esito: Efficace

**Azioni di miglioramento:** Migliorare tempistiche invio Relazioni Finali → Responsabile Case Manager → Scadenza 05/05/2026

## 7. APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA, DELLE PROCEDURE E DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO-PEDAGOGICO

### Oggetto della verifica

La verifica ha riguardato:

1. Applicazione delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale degli utenti, inclusi: o colloquio di accoglienza, o raccolta anamnestica, o valutazione clinica e psicologica, o valutazione educativa e funzionale, o compilazione della documentazione iniziale.
2. Applicazione dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, con particolare attenzione a: integrazione tra area educativa, clinica e amministrativa, o definizione dei referenti di caso, o comunicazione con Ser.D., CSM e servizi sociali.
3. Applicazione del programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico, verificando: o coerenza tra PTRI e attività svolte, o monitoraggio degli obiettivi, o aggiornamento periodico del percorso, o partecipazione dell'utente.

### 7.2. Metodologia della verifica

#### Strumento utilizzato

Audit interno documentale  
Osservazione diretta dei processi  
Colloqui con operatori  
Analisi PTRI  
Verifica protocolli

#### Note

Verificate 9 cartelle utenti  
Accoglienza e riunioni d'équipe  
Operatori, psicologa, medici esterni  
100% dei PTRI aggiornati  
Tutti applicati correttamente

### Risultati della verifica

#### Valutazione iniziale degli utenti

Le procedure risultano applicate correttamente nel 92% dei casi.

La documentazione iniziale è completa e firmata.

- Necessità di migliorare la tempestività della valutazione psicologica.

Esito: Efficace con lievi criticità

#### Presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale

- Le riunioni d'équipe multidisciplinari sono state svolte regolarmente.
- Il referente di caso è sempre individuato e comunicato.
- Buona integrazione tra area educativa e clinica.
- Necessità di migliorare la comunicazione con l'amministrazione per la gestione delle pratiche sociali.

Esito: Efficace

#### Programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico

- Il PTRI è aggiornato nel 95% dei casi.
- Le attività educative e riabilitative risultano coerenti con gli obiettivi.
- Buona partecipazione degli utenti ai colloqui psicologici.
- Necessità di formalizzare meglio la revisione trimestrale/semestrale del PTRI.

Esito: Efficace con margini di miglioramento

#### Azioni di miglioramento individuate

AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA
Ridurre i tempi di valutazione psicologica iniziale	Psicologa	30/06/2026
Migliorare flussi comunicativi con amministrazione	Case manager	31/05/2026
Formalizzare revisione PTRI	Direzione + RQ	31/05/2026
Aggiornare procedura accoglienza	RQ	31/05/2026

---

## 8. RISCHIO CLINICO

L'Associazione Fa.C.E.D., per la gestione delle proprie attività all'interno del Centro comunitario residenziale "Il Noce", ha definito l'assetto organizzativo che definisce responsabilità e funzioni all'interno del sistema stesso, coerentemente con la propria Mission e Vision per il conseguimento degli obiettivi stabiliti annualmente.

In particolare, per quanto attiene alla gestione del rischio, sono definite le funzioni di monitoraggio in capo al responsabile del rischio clinico che ha il compito di: raccogliere e analizzare i dati sugli eventi avversi, gli esiti sulle verifiche/audit effettuati; rendicontare annualmente le azioni svolte; proporre percorsi di formazione per l'accrescimento delle capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per l'individuazione dei rischi e la prevenzione degli eventi avversi.

La gestione della sicurezza e del rischio clinico all'interno della struttura è da considerarsi aspetto di particolare complessità dovuto ai diversi livelli di gestione all'interno, alla multi-problematicità dell'utenza, all'integrazione coi Servizi e agli aspetti strutturali. Ciò presuppone un approccio sempre più integrato finalizzato a sviluppare un contesto in cui, tenendo conto delle risorse disponibili, tutte le figure operanti sono coinvolte nel miglioramento dei processi organizzativi attuati per garantire la qualità delle prestazioni mediante la prevenzione di errori attraverso la definizione di procedure, di cambiamenti organizzativi e della predisposizione di ambienti funzionali.

### ANALISI DEI DATI E DELLE CRITICITA'

TIPOLOGIA EVENTO	N. CASI
INFETTIVO_ virus SARS CoV-2	1
FARMACOVIGILANZA	0
CONDOTTE AGGRESSIVE	1
SUICIDI/AUTOLESIONISMO	0
ABBANDONI	5
FUGHE	1
INTRODUZIONE SOSTANZE STUPEFACENTI	2

Si è accertata una positività al virus SARS CoV-2 nel mese di dicembre: l'ospite, di rientro da una verifica periodica, ha manifestato sintomatologia simil-influenzale. Tempestivamente il personale ha effettuato test rapido antigenico adottando quindi tutte le precauzioni previste per tale rischio per tutti i residenti. È rimasto infatti un caso isolato.



Per quanto riguarda i 5 casi di abbandono del percorso comunitario, seppur messe in atto una serie di procedure per facilitare la riflessione delle persone rispetto alle motivazioni che le hanno portate a desistere dall'impegno preso all'inizio del programma comunitario, non si sono ottenuti gli effetti desiderati. In 3 soggetti che hanno deciso volontariamente di interrompere il percorso si è rilevata la presenza persistente di craving non gestibile con il solo contenimento comunitario. Nei restanti due si erano raggiunti risultati soddisfacenti dal punto di vista della dipendenza.

L'evento fuga ha riguardato un ospite che ha abbandonato la struttura durante la fascia serale/notturna.

L'introduzione di sostanze stupefacenti, nello specifico cocaina, è stata rilevata tramite drug test a sorpresa in seguito all'osservazione del personale attenta e puntuale rispetto agli ospiti e si sono rispettate tutte le procedure del modello organizzativo. Quindi le misure adottate hanno compreso una perquisizione completa degli spazi della struttura (interni ed esterni) e l'informazione dell'accaduto al Servizio inviante e, in un caso, allo psichiatra di riferimento che ha monitorato la situazione con consulenze e ricalibrato la terapia per l'ospite.

L'unico caso di condotta aggressiva – escalation verbale - che ha richiesto l'intervento del personale ha riguardato un ospite noto per scarsa gestione degli impulsi e recente episodio di craving.

---

## **9. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUENTI DELL'EVENTO "ABBANDONO VOLONTARIO E PREMATURO DEL PERCORSO COMUNITARIO"**

### **9.1. Oggetto**

- l'analisi retrospettiva degli abbandoni volontari e prematuri registrati nel 2025 (totale: 5 casi);
- l'identificazione dei fattori causali e contribuenti attraverso metodologia di Audit Clinico;
- il coinvolgimento multidisciplinare e multiprofessionale dell'équipe;
- la definizione di piani di azione e indicatori di monitoraggio per la prevenzione del fenomeno.

### **9.2. Metodologia utilizzata**

L'analisi è stata condotta secondo il modello di Audit Clinico in tre fasi:

#### **9.2.1 Fase 1 – Identificazione del problema**

- Evento analizzato: abbandono volontario e prematuro del percorso comunitario.
- Numero casi 2025: 5.
- Impatto: interruzione del percorso terapeutico, rischio di ricaduta, fallimento degli obiettivi riabilitativi.

#### **9.2.2 Fase 2 – Raccolta e analisi dei dati**

Fonti utilizzate:

- Registro Eventi Avversi 2025
- PTRI degli utenti coinvolti
- Colloqui clinici ed educativi
- Verbali équipe
- Indice di rischio BIS-11
- Comunicazioni SerD/CSM

#### **9.2.3 Fase 3 – Discussione multidisciplinare**

Ha partecipato l'intera équipe.

La discussione ha seguito il modello Root Cause Analysis (RCA).

### 9.3. Fattori causali e contribuenti identificati

#### 9.3.1 Fattori individuali dell'utente

- Bassa motivazione al cambiamento (4 casi su 5).
- Craving elevato e difficoltà nella gestione delle emozioni.
- Conflitti familiari non risolti.
- Scarsa tolleranza alle regole comunitarie.
- Precedenti abbandoni in altri percorsi (2 casi).

#### 9.3.2 Fattori clinici

- Presenza di comorbilità psichiatriche non pienamente stabilizzate.
- Difficoltà nell'aderenza ai colloqui psicologici programmati.

#### 9.3.3 Fattori educativi e relazionali

- Difficoltà nella relazione educativa con il gruppo (2 casi).
- Episodi di conflitto con altri utenti (1 caso).
- Percezione di "scarsa utilità" delle attività proposte.

#### 9.3.4 Fattori organizzativi

- Necessità di maggiore supervisione nelle ore serali.
- Comunicazione non sempre tempestiva con i servizi inviati.
- Carenza di interventi motivazionali intensivi nelle prime settimane.

#### 9.3.5 Fattori ambientali

- Presenza di utenti con elevata instabilità emotiva che ha aumentato la tensione del gruppo.
- Momenti di sovraffollamento negli spazi comuni.

### 9.4. Sintesi dei risultati dell'Audit

L'audit ha evidenziato che l'abbandono volontario è un fenomeno multifattoriale, con prevalenza di:

- fattori motivazionali
- fattori relazionali
- fattori organizzativi

Il fenomeno è considerato parzialmente prevenibile attraverso interventi mirati.

### 9.5. Piano di azione conseguente all'indagine

#### 9.5.1 Azioni correttive

Azione	Responsabile	Scadenza
Introduzione colloqui motivazionali intensivi nelle prime 4 settimane	Psicologo	31/03/2026
Creazione di un protocollo anti-drop-out	RQ	31/03/20

Azione	Responsabile	Scadenza
Rafforzamento supervisione educativa nelle ore serali	Direzione	26 31/04/20
Attivazione gruppo motivazionale settimanale	Operatori + Psicologo	26 15/04/20
Revisione comunicazione Servizi	Assistente sociale	26 31/03/20
Formazione operatori su motivational interviewing	RQ	26 30/06/20

## 9.6. Indicatori di monitoraggio

Indicatore	Target 2026	Frequenza monitoraggio
Numero abbandoni annuali	≤ 3	Annuale
Utenti che completano il primo mese di trattamento	≥ 90%	Trimestrale
Partecipazione ai colloqui motivazionali	≥ 85%	Mensile
Segnalazioni servizi tempestive	100%	Trimestrale

## 9.7. Conclusioni

L'analisi retrospettiva e l'audit clinico hanno permesso di:

- identificare con chiarezza i fattori causali e contribuenti dell'abbandono prematuro;
- coinvolgere l'intera équipe in un processo di riflessione multidisciplinare;
- definire un piano di azione strutturato, con indicatori misurabili;
- rafforzare la cultura della sicurezza e del miglioramento continuo.

L'organizzazione si impegna a monitorare costantemente l'andamento degli abbandoni e a valutare l'efficacia delle azioni implementate nel corso del 2026.

## 10. RIVALUTAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI REGOLAMENTI INTERNI E DELLE LINEE GUIDA EBM

### 10.1. Oggetto

Il DS, in collaborazione con il RQ e l'équipe multidisciplinare, ha:

- rivalutato i Regolamenti Interni,
- aggiornato le Linee Guida e i Protocolli Operativi,
- integrato le evidenze cliniche più recenti,
- adeguato i documenti ai modelli ICF e Recovery,
- garantito la coerenza con le normative vigenti e le buone pratiche.

**10.2. Documenti oggetto di rivalutazione:** regolamento interno struttura, linee guida PTRI- ICF-Recovery, Protocollo valutazione ICF, Procedura obiettivi ICF, Procedura Recovery nel PTRI, Protocollo co-progettazione, Linee guida revisione PTRI

### 10.3. Fonti utilizzate per l'aggiornamento

La revisione è stata effettuata sulla base di:

- nuove evidenze cliniche pubblicate da ISS, OMS, NICE, Ministero della Salute;
- aggiornamenti del modello ICF (OMS);
- letteratura recente sul Recovery Model;
- buone pratiche regionali e nazionali;
- risultati degli audit interni 2025;
- feedback degli utenti e dell'équipe.

### 10.4. Modalità di rivalutazione

La rivalutazione è avvenuta attraverso:

#### 10.4.1 Riunioni multidisciplinari

- 3 incontri dedicati
- partecipazione di tutte le figure professionali
- analisi criticità e proposte di aggiornamento

#### 10.4.2 Analisi delle evidenze cliniche

- confronto con linee guida internazionali
- verifica coerenza con modelli ICF e Recovery
- aggiornamento indicatori di esito e processo

#### 10.4.3 Revisione documentale

- aggiornamento formale dei documenti
- validazione da parte della Direzione
- pubblicazione nella cartella condivisa

### 10.5. Risultati della rivalutazione

La revisione ha confermato che:

- i protocolli sono coerenti con le linee guida internazionali,
- gli interventi sono basati su evidenze EBM/EBN,
- il modello ICF è applicato correttamente,
- il Recovery Model è integrato in tutte le fasi del PTRI.

### 10.6. Criticità rilevate

- Necessità di aggiornare la formazione interna su ICF-Recovery.

### 10.7. Azioni correttive e di miglioramento

Azione	Responsabile	Scadenza
Formazione interna su ICF-Recovery	Resp. Programma	15/06/2026
Revisione annuale protocolli	Direzione	20/12/2026

### 10.9. Dichiarazione della Direzione

La Direzione attesta che i Regolamenti Interni, le Linee Guida e i Protocolli Operativi sono stati rivalutati e aggiornati sulla base delle più recenti evidenze cliniche disponibili, garantendo coerenza con i modelli ICF e Recovery e con le normative vigenti.

---

## 11. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI PER LA QUALITÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO-PEDAGOGICO

Obiettivi pienamente raggiunti in area presa in carico, relazione educativa, socializzazione, soddisfazione utenti/caregiver

Criticità in:

- attività fisiche/ricreative
- partecipazione caregiver
- abbandoni prematuri
- partecipazione utenti al percorso
- completamento azioni correttive

### Obiettivi di miglioramento 2026 e monitoraggio

Azione	Indicatore	Target 2026	Frequenza
Potenziamento attività fisiche	Numero attività settimanali	≥ 2	Mensile
Flessibilità incontri caregiver	% partecipazione	≥ 70%	Trimestrale
Programma anti-drop-out	Numero abbandoni	≤ 3	Annuale
Coinvolgimento utenti	Valutazione partecipazione	≥ 4,4/5	Semestrale
Monitoraggio azioni correttive	% completamento	≥ 95%	Trimestrale

---

## 12. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE SPECIFICHE NELL'ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI

### 12.1. Finalità del programma

Il programma è stato implementato per:

- sviluppare competenze tecniche e metodologiche negli operatori per l'analisi degli eventi avversi
- promuovere una cultura della sicurezza basata su apprendimento e miglioramento continuo
- garantire che ogni evento sia analizzato con strumenti riconosciuti e standardizzati
- migliorare la capacità dell'équipe di prevenire il ripetersi degli eventi
- rafforzare la qualità del processo assistenziale e riabilitativo

### 12.2. Contenuti del programma formativo

#### 12.2.1 Metodologie di analisi degli eventi avversi

- Root Cause Analysis (RCA)
- Audit clinico e audit di processo
- Classificazione degli eventi:
  - evento avverso
  - near miss

- incidente
- evento sentinella

### **12.2.2 Strumenti operativi**

- Scheda Evento Avverso
- Registro Eventi Avversi e Near Miss
- Checklist di sicurezza
- Schede di valutazione del rischio (drop-out, aggressività, fuga, sostanze)
- PTRI ICF-Recovery aggiornato post-evento

### **12.2.3 Competenze relazionali e comunicative**

- comunicazione post-evento con utenti e familiari
- gestione dell'impatto emotivo sugli operatori
- tecniche di de-escalation
- lavoro multidisciplinare e multiprofessionale

## **12.3. Modalità di implementazione del programma**

### **12.3.1 Formazione interna**

- 4 sessioni formative (marzo, giugno, settembre, novembre 2025)
- condotte da Responsabile Qualità e Psicologo
- partecipazione del 100% degli operatori

### **12.3.2 Supervisione clinica e tecnica**

- 10 incontri di supervisione (mensili)
- discussione di casi reali
- applicazione guidata di RCA e audit clinico

### **12.3.3 Simulazioni e casi studio**

- 3 simulazioni di analisi evento (aggressività, fuga, drop-out)
- esercitazioni su compilazione schede e checklist

### **12.3.4 Audit interni**

- 2 audit semestrali
- verifica dell'applicazione degli strumenti
- valutazione della qualità delle analisi condotte

## **12.4. Risultati dell'implementazione (anno 2025)**

### **12.4.1 Miglioramento delle competenze**

- 100% operatori in grado di condurre una RCA guidata
- 90% operatori in grado di compilare correttamente la Scheda Evento Avverso
- 85% operatori in grado di identificare fattori contribuenti complessi
- 100% operatori formati sulle tecniche di de-escalation

### **12.4.2 Applicazione pratica sugli eventi 2025**

Gli eventi registrati nel 2025 (5 abbandoni, 1 aggressività, 1 fuga, 2 introduzioni sostanze) sono stati analizzati con metodologia strutturata:

- Audit clinico per gli abbandoni
- RCA per aggressività e fuga

- Analisi fattori contribuenti per introduzione sostanze
- Aggiornamento PTRI per gli utenti coinvolti
- Revisione protocolli quando necessario

#### 12.4.3 Miglioramento della qualità delle analisi

- aumento del 40% nella qualità delle analisi RCA (valutazione interna)
- riduzione degli errori di compilazione delle schede evento
- maggiore tempestività nella segnalazione (da 48h a 24h)

#### 12.5. Indicatori di monitoraggio 2026

Indicatore	Targ et	Frequenz a
Analisi eventi completate entro 7 giorni	≥ 95%	Trimestrale
Qualità delle RCA (valutazione interna)	≥ 90%	Semestrale
Partecipazione operatori alla formazione	100%	Annuale
Supervisione clinica effettuata	100%	Mensile
Riduzione eventi ripetitivi	≥ 20%	Annuale

#### 12.7. Conclusioni

L'implementazione del programma, i cui risultati sono diffusi a tutto il personale, ha:

- aumentato significativamente le competenze dell'équipe
- migliorato la qualità e la profondità delle analisi degli eventi avversi
- rafforzato la cultura della sicurezza
- reso più efficace la prevenzione dei rischi
- favorito un approccio multidisciplinare, non colpevolizzante e orientato al miglioramento continuo

Il programma sarà mantenuto e ulteriormente potenziato nel 2026.

### 13. MONITORAGGIO E VERIFICA AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE AREE A RISCHIO E DEI PROCESSI

Analisi dei trend rispetto al 2024

Tipologia	2024	2025	Trend
Abbandoni	3	5	↑ Aumento
Aggressioni	1	1	= Stabile
Fughe	2	1	↓ Calo
Introduzione sostanze	1	2	↑ Aumento

Aree a rischio rivalutate

Area	Rischi principali
Comportamentale	aggressività, fughe, introduzione sostanze
Sanitaria	rischio infettivo
Educativa	abbandoni percorso

### Azioni correttive e di miglioramento 2026

Dai risultati dell'analisi, le azioni migliorative effettuate si valutano nel complesso non sufficienti, quindi si propongono e programmano per l'anno 2026:

Azione	Responsabile	Scadenza
Potenziamento programma anti-drop-out	Psicologo + equipe	30/06/2026
Rafforzamento controlli accessi/rientro uscite	Resp. organizzativo	31/03/2026
Miglioramento valutazione tempistica verifiche esterne da PTRI	Case manager	31/03/2026
Revisione turni serali	Direzione	31/03/2026
Supervisione clinica mensile	Supervisore esterno	30/06/2026

### 14. PARTECIPAZIONE AL FLUSSO DI SEGNALAZIONE PREVISTO DALLA NORMATIVA NAZIONALE

Eventi inviati ai flussi regionali/nazionali\_anno 2025

Tipologia evento	N° eventi	NOTE
Eventi sentinella	0	
Eventi gravi	0	
Eventi moderati	2	Nel report annuale
Near miss	5	Nel report annuale

### 15. APPLICAZIONE DI LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE, RACCOMANDAZIONI E STRUMENTI PER LA SICUREZZA

**Strumenti operativi applicati nel 2025**

#### Checklist di sicurezza

Sono state utilizzate regolarmente:

- Checklist ambientale giornaliera (pulizia, ordine, sicurezza spazi)
- Checklist controllo accessi (ispezione borse, supervisione ingressi)
- Checklist rischio infettivo (DPI, sanificazione, ventilazione)
- Checklist somministrazione farmaci (doppia verifica)
- Checklist rischio comportamentale (aggressività, fuga, drop-out)

#### Strumenti di valutazione clinica ed educativa

- BIS-11
- PTRI con modello ICF-Recovery

#### Strumenti di monitoraggio

- Registro Eventi Avversi
- Registro Near Miss
- Audit
- Riunioni d'équipe settimanali

- Supervisione clinica mensile
- Report Annuale Gestione del Rischio

### **Evidenze dell'applicazione delle buone pratiche nel 2025**

#### **Eventi gestiti secondo linee guida e protocolli**

Nel 2025 sono stati registrati:

- 5 abbandoni del percorso comunitario
- 1 caso di condotta aggressiva
- 1 caso di fuga dalla comunità
- 2 casi di introduzione di sostanze stupefacenti

Tutti gli eventi sono stati:

- segnalati come da protocollo
- analizzati secondo metodologia Root Cause Analysis,
- discussi in équipe multidisciplinare,
- gestiti applicando i protocolli interni e le raccomandazioni nazionali.

#### **Near miss intercettati grazie alle checklist**

- 3 situazioni di conflitto prevenute tramite tecniche di de-escalation

#### **Applicazione delle buone pratiche educative e cliniche**

- Colloqui motivazionali intensivi per utenti a rischio drop-out
- Gruppi di regolazione emotiva
- Supervisione clinica mensile
- Formazione continua su gestione aggressività
- Revisione PTRI dopo ogni evento significativo

#### **Coinvolgimento multidisciplinare e multiprofessionale**

L'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche ha coinvolto:

- Direzione
- Responsabile Qualità
- Equipe multidisciplinare al completo

Ogni evento è stato discusso in équipe, con definizione condivisa delle azioni correttive.

---

## **16. COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI NEI PROCESSI DI SOCIALIZZAZIONE DEGLI UTENTI**

### **Attività di socializzazione che prevedono il coinvolgimento dei familiari**

#### **Incontri strutturati di socializzazione**

- giornate comunitarie aperte ai familiari
- attività ludico-ricreative condivise (laboratori, sport)
- incontri tematici su comunicazione, gestione delle emozioni, supporto reciproco

#### **Colloqui familiari orientati alla socializzazione**

- colloqui educativi per migliorare la relazione utente-famiglia
- definizione di obiettivi condivisi per la socializzazione interna ed esterna
- supporto alla famiglia nella gestione delle dinamiche relazionali

### **Partecipazione a momenti di vita comunitaria**

- partecipazione a feste, ricorrenze, attività culturali
- coinvolgimento in attività di gruppo per favorire la coesione
- osservazione guidata delle dinamiche sociali dell'utente

### **Supporto alla socializzazione esterna**

- accompagnamento familiare in attività territoriali
- collaborazione con servizi invianti (SerD/CSM) per reinserimento sociale
- definizione di obiettivi di socializzazione nel PTRI

### **Monitoraggio 2025 del coinvolgimento dei familiari**

Partecipazione alle attività di socializzazione

<b>Attività</b>	<b>Partecipazione 2025</b>
Giornate comunitarie aperte	62% famiglie
Attività ricreative condivise	30% famiglie
Incontri tematici	20% famiglie
Colloqui familiari programmati	75% famiglie
Attività di socializzazione esterna	50% famiglie

### **Valutazione del grado di partecipazione**

#### **Livello di partecipazione complessivo dei familiari**

**SCARSO (47%)**

Punti di forza:

- buona adesione ai colloqui programmati
- partecipazione agli eventi comunitari

Criticità:

- partecipazione discontinua agli incontri tematici
- difficoltà logistiche (orari, distanza, lavoro)
- coinvolgimento limitato nelle attività esterne

Azioni di miglioramento

<b>Azione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Scadenza</b>
Introduzione "Giornata Famiglia-Comunità" semestrale	Resp. programma	30/06/2026
Potenziamento incontri tematici	Psicologo	30/06/2026
Brochure informativa per familiari	RQ	30/06/2026
Revisione procedura coinvolgimento familiari	RQ	30/06/2026

### **Conclusioni**

La struttura conferma il proprio impegno nel promuovere una socializzazione efficace e sostenuta da una rete familiare attiva e consapevole. Diffonde il report a tutto il personale.

---

## **17. Eventi avversi che hanno richiesto comunicazione e supporto**

Nel 2025 sono stati registrati:

- 5 abbandoni volontari e prematuri del percorso comunitario
- 1 caso di condotta aggressiva
- 1 caso di fuga dalla comunità
- 2 casi di introduzione di sostanze stupefacenti

Per ciascuno di questi eventi, il personale ha applicato le procedure previste.

## **Applicazione delle procedure di comunicazione agli utenti e/o familiari**

### **Modalità applicate**

Il personale ha:

- informato l'utente coinvolto in modo tempestivo, chiaro e rispettoso
- comunicato l'evento ai familiari previa autorizzazione dell'utente, o quando previsto dalla normativa
- documentato ogni comunicazione nella Scheda Evento Avverso, nella cartella utente e nel Registro Eventi Avversi
- attivato, quando necessario, un colloquio di chiarimento con l'utente e/o la famiglia
- condiviso l'evento con i servizi invianti (SerD/CSM) quando previsto

### **Evidenze documentali**

- 5 comunicazioni formali ai familiari per abbandono prematuro
- 1 comunicazione per condotta aggressiva
- 1 comunicazione per fuga
- 2 comunicazioni per introduzione sostanze
- 8 note cliniche/educative in cartella utente

## **.Supporto e sostegno offerto agli utenti e/o familiari**

### **Interventi attivati**

Il personale ha garantito:

- colloqui psicologici di supporto post-evento
- mediazione educativa in caso di conflitti o tensioni
- incontri con i familiari per chiarire dinamiche e rassicurare sul percorso
- revisione del PTRI per gli utenti coinvolti
- attivazione del SerD/CSM quando necessario
- monitoraggio intensificato nei giorni successivi all'evento
- 7 colloqui psicologici post-evento
- 5 revisioni PTRI
- 3 incontri con familiari
- 2 attivazioni SerD/CSM
- 1 gruppo di regolazione emotiva attivato dopo condotta aggressiva

## **Gestione dell'impatto dell'evento avverso sugli operatori**

### **Azioni previste e applicate**

Il personale ha applicato il Protocollo Supporto Operatori Post-Evento, che prevede:

- debriefing immediato entro 24 ore
- supervisione clinica per elaborare l'impatto emotivo
- supporto psicologico individuale su richiesta
- analisi multidisciplinare dell'evento
- assenza di colpevolizzazione, orientamento al miglioramento
- aggiornamento dei protocolli se necessario

### **Evidenze**

- 4 debriefing effettuati (aggressività, fuga, sostanze)

- 2 supervisioni cliniche dedicate
- 1 richiesta di supporto psicologico da parte di operatori

### **Coinvolgimento multidisciplinare e multiprofessionale**

#### **Figure coinvolte**

- Direzione
- Responsabile Qualità
- Equipe multidisciplinare al completo

#### **Modalità di lavoro**

- riunioni d'équipe settimanali
- audit interni
- analisi RCA per eventi significativi
- revisione condivisa dei PTRI
- definizione congiunta delle azioni correttive

## **18. Monitoraggio dell'applicazione degli strumenti di prevenzione del rischio e gestione eventi avversi**

### Frequenza e aderenza alle checklist

<b>Checklist</b>	<b>Frequenza prevista</b>	<b>Aderenza 2025</b>
Sicurezza ambientale	Giornaliera	98%
Controllo accessi	Giornaliera	95%
Rischio comportamentale	Giornaliera	92%
Rischio infettivo	Giornaliera	100%
Somministrazione farmaci	Ad ogni somministrazione	100%
Supervisione educativa	Fasce critiche	90%

### Applicazione degli strumenti clinici ed educativi

<b>Strumento</b>	<b>Applicazione 2025</b>	<b>Note</b>
BIS-11	100%	Utile per valutare rischio aggressività, abbandoni, introduzione sostanze
Raccolta Anamnesi	100%	Utile per valutare rischio aggressività, abbandoni, fughe introduzione sostanze
Comunicazione SERD	85% utenti a rischio	Da potenziare
PTRI ICF-Recovery	100% utenti	Aggiornato dopo ogni evento

### Audit e riunioni d'équipe

<b>Strumento</b>	<b>Frequenza prevista</b>	<b>Frequenza 2025</b>
Audit semestrale	1	1
Riunioni d'équipe	Settimanali	40/52
Supervisione clinica	Mensile	10/12

### **Azioni correttive in base al monitoraggio**



<b>Azione</b>	<b>Strumento collegato</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Scadenza</b>
Prevenire/gestire Rischio comportamentale	Checklist Rischio comportamentale	Case manager	30/04/2026
Comunicazione tempestiva SERD	email	Case manager	30/04/2026
Equipe settimanali	Verbali equipe	RQ	31/03/2026

---

## 19. MONITORAGGIO SUL COINVOLGIMENTO DI UTENTI E FAMILIARI/CAREGIVER NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Data redazione: 28.11.2025

Responsabili: Direzione – Responsabile Qualità –Équipe multidisciplinare

Nel 2025 sono stati registrati:

- 5 abbandoni volontari e prematuri
- 1 condotta aggressiva
- 1 fuga dalla comunità
- 2 introduzioni di sostanze stupefacenti

Per tutti gli eventi:

<b>Attività prevista</b>	<b>Applicazione 2025</b>
Comunicazione all'utente	100%
Comunicazione ai familiari (se autorizzati)	87%
Documentazione in cartella	100%
Attivazione colloquio post-evento	90%
Coinvolgimento SerD/CSM	80%

Partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio

<b>Attività</b>	<b>Partecipazione 2025</b>
Colloqui post-evento	90%
Revisione PTRI	100%
Gruppi educativi sulla sicurezza	75%

Partecipazione dei familiari/caregiver

<b>Attività</b>	<b>Partecipazione 2025</b>
Colloqui informativi post-evento	70%
Incontri periodici sulla sicurezza	65%
Coinvolgimento nella revisione PTRI	60%

## 5. Valutazione del grado di partecipazione

### 5.1 Utenti

**Livello di partecipazione complessivo: BUONO (88%)**

Punti di forza:

- buona adesione ai colloqui post-evento
- partecipazione attiva alla revisione PTRI

Criticità:

- partecipazione discontinua ai gruppi educativi
- difficoltà motivazionali nei soggetti a rischio drop-out

### 5.2 Familiari/Caregiver

## Livello di partecipazione complessivo: DISCRETO (65%)

Punti di forza:

- buona partecipazione ai colloqui post-evento
- collaborazione con SerD/CSM nei casi complessi

Criticità:

- scarsa partecipazione agli incontri informativi
- difficoltà logistiche (distanza, orari, lavoro)

### 6. Criticità emerse dal monitoraggio

- partecipazione familiare non omogenea
- necessità di migliorare la comunicazione preventiva e non solo post-evento
- difficoltà degli utenti a partecipare ai gruppi sulla sicurezza
- necessità di potenziare il supporto motivazionale

### 7. Azioni correttive e preventive attivate

Azione	Responsabile	Scadenza
Introduzione “Incontro Familiari Sicurezza” semestrale	RQ	30/09/2026
Potenziamento gruppi educativi sulla sicurezza	Case manager	30/06/2026
Programma anti-drop-out	Psicologo	30/06/2026

### 8. Indicatori di monitoraggio 2026

Indicatore	Target	Frequenza
Partecipazione utenti ai colloqui post-evento	≥ 95%	Semestrale
Partecipazione familiari agli incontri	≥ 80%	Semestrale
Utilizzo modulo segnalazioni	+50%	Annuale
Partecipazione gruppi sicurezza	≥ 85%	Trimestrale

## 20. ANALISI RETROSPETTIVA SU EVENTI AVVERSI, INCIDENTI E NEAR MISS

I risultati dell'analisi retrospettiva annuale degli eventi avversi, incidenti e near miss verificatisi nel corso del 2025 durante:

- attività di trattamento,
- interventi di cura e assistenza,
- percorsi educativi e riabilitativi.

L'analisi è finalizzata a:

- identificare rischi ricorrenti,
- valutare l'efficacia dei protocolli di sicurezza,
- definire azioni correttive e preventive,
- migliorare la qualità e la sicurezza del servizio.

### Risultati dell'analisi retrospettiva – Anno 2025

#### Eventi avversi registrati

Tipologia evento	Numero casi	Incidenza su 12 posti	Gravità	Note
Abbandoni del	5	41,6%	Moderat	Tutti volontari; 3 utenti già a rischio drop-out

Tipologia evento	Numero casi	Incidenza su 12 posti	Gravità	Note
percorso comunitario			a	
Condotta aggressiva	1	8,3%	Lieve	Episodio verbale con escalation contenuta
Fuga dalla comunità	1	8,3%	Moderata	Utente già valutato a rischio
Introduzione sostanze stupefacenti	2	16,6%	Moderata	Attivati protocolli

Totale eventi significativi: **9**

Incidenza complessiva su 12 posti: **75%**

Gli abbandoni rappresentano l'evento più frequente del 2025.

#### Fattori contribuenti

- bassa motivazione al cambiamento
- difficoltà nella gestione delle emozioni
- craving elevato
- conflitti familiari
- scarsa tolleranza alle regole comunitarie
- precedenti drop-out in altri percorsi

#### Impatto sulla struttura

- riduzione della continuità terapeutica
- instabilità del gruppo
- necessità di riorganizzare attività e PTRI

#### Incidenti

Nel 2025 non sono stati registrati incidenti con danno fisico a utenti o operatori.

#### Near Miss

Tipologia	Numero casi	Descrizione
Situazioni di conflitto prevenute	3	De-escalation efficace da parte degli operatori

Totale near miss 2025: 3

#### Analisi dei fattori contribuenti

##### Fattori individuali degli utenti

- fragilità motivazionale (drop-out),
- difficoltà nella gestione delle emozioni,
- craving e comportamenti di ricerca della sostanza,
- scarsa tolleranza alla frustrazione.

##### Fattori organizzativi

- necessità di maggiore supervisione nelle ore serali,
- necessità di rafforzare i controlli all'ingresso,
- comunicazione non sempre tempestiva tra operatori e servizi inviati.

## Conclusioni

L'analisi retrospettiva 2025 evidenzia:

- una stabilità degli abbandoni e un incremento di introduzione di sostanze;
- una stabilità delle condotte aggressive;
- un calo delle fughe rispetto all'anno precedente;
- un buon livello di intercettazione dei near miss, segno di una cultura della sicurezza in crescita.

L'organizzazione ha attivato azioni correttive e preventive mirate, con l'obiettivo di:

- ridurre i rischi comportamentali,
- migliorare la motivazione degli utenti,
- rafforzare la sicurezza interna,
- aumentare la qualità del percorso riabilitativo.

## 21. RIVALUTAZIONE BIENNALE DELLE AREE A RISCHIO E DEI PROCESSI

### Analisi dei dati del biennio 2024–2025

Eventi avversi registrati

Tipologia evento	Numero casi
Infezione da COVID	1
Abbandoni del percorso comunitario	10
Condotte aggressive	2
Fughe dalla comunità	3
Introduzione di sostanze stupefacenti	3

### Analisi dei trend

- Aumento marcato degli abbandoni (+5 rispetto al biennio precedente).
- Incremento delle fughe (da 1 a 3 casi).
- Incremento dei tentativi di introduzione di sostanze (da 0 a 3 casi).
- Stabilità delle condotte aggressive (da 1 a 2 casi).
- Stabilità del rischio infettivo (1 caso COVID).

. Azioni correttive e di miglioramento

Azione	Responsabile	Scadenza
Potenziamento programma anti-drop-out	Psicologo + equipe	30/06/2026
Rafforzamento controlli accessi/rientro uscite	Resp. organizzativo	31/03/2026
Miglioramento valutazione tempistica verifiche esterne da PTRI	Case manager	31/06/2026
Revisione turni serali	Direzione	31/03/2026
Supervisione clinica mensile	Supervisore esterno	30/06/2026

## Applicazione dei Protocolli ICF-Recovery nel PTRI

### Indicatori ICF – Valutazione multidimensionale

Indicatore	Target	Risultato	Note
Valutazioni ICF completate entro 20 giorni	≥ 95%	92%	1 valutazione tardiva
Completezza sezioni ICF	100%	96%	Mancano codici in 2 schede
Coerenza valutazione ↔ obiettivi PTRI	≥ 95%	93%	1 obiettivo non collegato a dominio ICF

### Indicatori Recovery – Co-progettazione

Indicatore	Target	Risultato	Note
Partecipazione attiva utente	≥ 90%	100%	Tutti gli utenti coinvolti
Obiettivi personali definiti	100%	100%	Coerenza con Recovery
Attività significative scelte dall'utente	≥ 90%	95%	Buona personalizzazione

### Indicatori ICF – Obiettivi e funzionamento

Indicatore	Target	Risultato	Note
Obiettivi SMART	100%	92%	1 obiettivo poco misurabile
Obiettivi collegati a domini ICF	100%	93%	1 obiettivo generico
Progressi nei domini ICF	+20%	+17%	Miglioramento costante

### Indicatori Recovery – Empowerment e partecipazione

Indicatore	Target	Risultato	Note
Empowerment	+20%	+18%	Buon andamento
Partecipazione attività significative	≥ 85%	82%	2 utenti con bassa adesione
Progetto di vita definito	100%	83%	2 utenti in fase iniziale

### Indicatori documentali

Indicatore	Target	Risultato	Note
PTRI completi e firmati	100%	100%	Tutti completi
Schede Revisione PTRI	100%	92%	1 revisione tardiva
Report aggiornato	100%	96%	1 report incompleto

### . Punti di forza

- Ottima partecipazione degli utenti alla co-progettazione.
- Documentazione PTRI completa e ben strutturata.
- Buona integrazione tra area clinica, psicologica ed educativa.
- Interventi coerenti con i domini ICF e con il Recovery Model.
- Empowerment in crescita nella maggior parte degli utenti.

### . Criticità rilevate

- Alcune valutazioni ICF non completate nei tempi previsti.

- Alcuni obiettivi non pienamente SMART o non collegati a domini ICF.
- Partecipazione alle attività significative non uniforme.
- Progetto di vita non ancora definito per alcuni utenti.
- Una revisione PTRI effettuata in ritardo.

. Azioni correttive e di miglioramento

Azione	Responsabile	Scadenza
Formazione interna su obiettivi SMART e domini ICF	Resp. programma	30/05/2026
Revisione scheda valutazione ICF per migliorarne la completezza	RQ	15/06/2026
Potenziamento attività significative personalizzate	Resp. Org.	30/06/2026
Supporto intensivo per definizione progetto di vita	Case Manager	30/06/2026
Reminder automatici per scadenze PTRI	RQ	31/05/2026

### Conclusioni

L'applicazione dei protocolli ICF-Recovery nel PTRI risulta: PARZIALMENTE CONFORME con un buon livello di integrazione metodologica, forte partecipazione degli utenti e alcune aree di miglioramento già identificate e pianificate.

## 23. Attività Assistenziali e Riabilitative

Attività	Responsabili	Obiettivo
Accoglienza e Valutazione multidimensionale	Psicologo, Operatore, Assistente Sociale	Tempi di presa in carico < 30 giorni

### NON RAGGIUNTO

Nel corso del 2025 sono state 28 le richieste di valutazione per l'ingresso in comunità:

a n.5 persone non è stata fornita la disponibilità poiché le condizioni fisiche o psichiche sono state valutate incompatibili con la vita comunitaria;

a n.4 persone è stata fornita disponibilità immediata per offrire contenimento necessario e scongiurare il rischio vita;

a n.2 persone è stata fornita disponibilità immediata per continuità assistenziale (dimissioni SPDC);

1 persona ha rifiutato l'ingresso;

1 persona non è stata accolta per impossibilità di avviare una progettualità condivisa con il Centro diurno del CSM di Termoli (tentativi precedenti fallimentari);

per 1 persona i Servizi preposti hanno ritenuto idoneo il trattamento ambulatoriale;

per n.2 persone sono intercorsi problemi giudiziari.

**Sono state quindi rese 13 disponibilità all'accoglienza con un tempo medio di presa in carico (tempo trascorso tra il primo contatto e la dichiarazione di disponibilità) di 35,5 giorni.** Una disponibilità è stata inviata dopo 7 mesi, tempo di attesa necessario a reperire la documentazione richiesta, e non viene considerata nel calcolo della media.

Per 9 persone il tempo trascorso tra il primo contatto e la dichiarazione di disponibilità è stata inferiore al mese.

12 persone hanno fatto ingresso in CT nel 2025

Equipe

Attività	Responsabili	Obiettivo
Progettazione e revisione PTRI	multidisciplinare	Copertura % con PTRI attivi per utenza con permanenza superiore ai 60 giorni >=(80%)

**RAGGIUNTO**

Nel corso del 2025 gli utenti presenti in comunità sono stati complessivamente 26, per 4 utenti la personalizzazione degli obiettivi del percorso comunitario è avvenuta secondo continuità del programma iniziato negli anni precedenti, 5 utenti hanno avuto una permanenza inferiore ai 60 gg, periodo di osservazione/conoscenza necessario alla stesura del PTRI. la stesura del PTRI e la conseguente revisione e rimodulazione seguendo la metodologia dell'ICF è stata effettuata per tutti i 17 utenti rimanenti (100%).

Interventi psicoterapeutici individuali	psicoterapeuta	frequenza sedute programmate >= 80%
---	----------------	--

**RAGGIUNTO**

Sono stati 3 gli utenti per cui si è valutato un percorso psicoterapeutico individuale:

- per 5 mesi a cadenza settimanale ci si è concentrati sulla gestione funzionale delle emozioni, soprattutto della rabbia, e sull'apprendimento di comportamenti maggiormente adattivi rispetto alle reazioni impulsive;
- per 4 mesi a cadenza settimanale e per 2 mesi a cadenza quindicinale ci si è concentrati sulla gestione funzionale delle emozioni, soprattutto della paura, e sull'apprendimento di comportamenti maggiormente adattivi rispetto alle reazioni psicosomatiche in relazione a sintomi ansiosi;
- per 6 mesi a cadenza settimanale il focus principale dell'intervento è stato modificare schemi di pensiero e strategie di coping disfunzionali.
- Gli utenti coinvolti hanno aderito agli obiettivi, rispettando la calendarizzazione degli incontri.

Gruppi socio-educativi	Psicologi, Educatori	40 annui (almeno 1 gruppo a settimana)
------------------------	----------------------	---

**RAGGIUNTO**

Non si segnalano persone con comportamenti oppositivi, tutto il gruppo utenti ha sempre partecipato alle riunioni programmate; Si segnalano n.5 gruppi programmati direttamente dal responsabile di programma secondo esigenze intercorse.

Attività occupazionali e laboratoriali	operatori	4/settimana
--	-----------	-------------

**RAGGIUNTO**

Attività svolte:

Il riordino e le pulizie degli spazi interni ed esterni, i piccoli lavori di manutenzione della struttura, la lavanderia, la gestione della dispensa -comprensiva della preparazione dei pasti- e dei consumi prevedono il quotidiano coinvolgimento diretto degli ospiti, in una logica abilitativa e riabilitativa, in base alla singole capacità e secondo i tempi e i modi previsti dai programmi individuali di ognuno.

“St’Orto”: progetto sociale e sperimentale e laboratorio di orticoltura svolto da tutti gli utenti, a rotazione, con cadenza settimanale in collaborazioni con operatori, volontari, utenti e beneficiari del centro diurno del CSM di Termoli e del Progetto SAI di Petacciato;

Laboratorio di falegnameria: restauro di mobili/oggettistica o creazione manufatti, cadenza giornaliera con utenza selezionata dall'equipe secondo PTRI

Attività	Responsabili	Obiettivo
Attività socializzanti e uscite	operatore	1/settimana
<b>RAGGIUNTO</b>		
Indicatore rispettato, salvo motivi di salute o incompatibilità con la misura detentiva		
Incontri con famiglie e caregiver	Psicologo, Operatore, Assistente Sociale	incontri effettuati 100% di quelli programmati
<b>NON RAGGIUNTO</b>		
È stato effettuato il 90% degli incontri programmati. Si è riscontrata una difficoltà organizzativa principalmente per motivi di turni lavorativi dei familiari coinvolti.		
Dimissioni programmate e follow-up	Responsabile di programma	attività "fine Programma" (evento di comunità)
Nel 2024 non ci sono state dimissioni per "fine programma"		
Analisi della qualità	Responsabile di programma	Raccolta e valutazione degli "indicatori di qualità"
Per quanto riguarda la valutazione dei questionari di gradimento, in generale la valutazione risulta buona sia tra i famigliari che tra gli utenti, si rimanda a successiva valutazione della direzione la possibilità di implementare un questionario online in modo da facilitare ulteriormente la diffusione di detto strumento		

## 24 Formazione e Aggiornamento del Personale

Le attività programmate sono state rispettate:

- ad esclusione di agosto e dicembre è stata effettuata una supervisione mensile con un professionista esterno, salvo motivi di salute hanno sempre partecipato tutti gli operatori;
- Le riunioni di Equipe sono state mediamente settimanali;
- Sono stati effettuati 3 incontri di autoformazione:

in data 06/02/2024 si è avuto a disposizione circa 3 ore e sono stati trattati:

LE DIPENDENZE PATOLOGICHE DA SOSTANZE E DA COMPORTAMENTI INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI IN COMUNITA'

In data 11/03/2024 si è avuto a disposizione circa 2 ore per:

IDENTIFICAZIONE, GESTIONE, PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

In data 07/05/2025 l'incontro è durato 3 ore su:

LA COMUNICAZIONE EFFICACE PRINCIPI DI NEGOZIAZIONE E GESTIONE DEL CONFLITTO Brainstorming, role playing e studio dei casi sono stati le tecniche e gli strumenti maggiormente utilizzati.

Oltre agli incontri qui citati sono state effettuate autoformazioni specifiche come descritte nei singoli paragrafi di questo report.

## 25 monitoraggio economico e gestionale (verifica costi/Budget)

La direzione ha curato il controllo degli indicatori economico attraverso verifiche programmate, è emerso un dato particolarmente negativo per la gestione del flusso di casa in quanto lo scostamento temporale tra l'emissione delle fatture alle varie Asl e l'incasso effettivo supera, in diversi casi, anche i sei mesi. Un periodo superiore ai sei mesi neutralizza l'effetto positivo delle anticipazioni bancarie che non possono superare i sei

mesi. Tale dato va tenuto costantemente monitorato perché potrebbe portare a difficoltà di liquidità non risolvibili.

---

## **26. Sistemi informativi, sicurezza dei dati, integrità e affidabilità delle informazioni. Valutazione e Miglioramento dei Sistemi Informativi e della Sicurezza dei Dati**

### **26.1. Premessa**

Il presente report documenta le attività di analisi, valutazione e miglioramento svolte dalla Direzione in merito a:

- qualità dei sistemi informativi
- sicurezza nell'accesso ai dati
- integrità, affidabilità, accuratezza e validità dei dati
- gestione dei dati provenienti da fonti interne ed esterne
- conformità alla normativa vigente (GDPR, normativa regionale, linee guida nazionali)

### **26.2. Analisi effettuate**

Nel corso dell'anno sono state condotte le seguenti attività di analisi:

#### **26.2.1 Audit interni sui sistemi informativi**

- Verifica accessi e permessi
- Controllo log di accesso
- Analisi dei backup
- Verifica aggiornamento software

#### **26.2.2 Analisi delle criticità segnalate dal personale**

- difficoltà di accesso ad alcune cartelle condivise
- rallentamenti del sistema informatico
- necessità di maggiore chiarezza nella classificazione dei documenti

#### **26.2.3 Verifica della qualità dei dati**

- controllo coerenza e completezza dei registri
- verifica integrità dei PTRI e documentazione sanitaria/educativa
- confronto tra dati interni e dati provenienti da servizi invianti

#### **26.2.4 Conformità normativa**

- verifica aderenza al GDPR
- controllo procedure privacy
- verifica aggiornamento informative e consensi

### 26.3. Criticità rilevate

Criticità	Impatto	Priorità	Fonte dell'analisi
Accessi non pienamente profilati	Alto	Alta	Audit interno
Backup non verificati mensilmente	Medio	Alta	Verifica File
Documentazione non uniforme	Medio	Media	Segnalazioni personale
Ritardi nell'aggiornamento software	Basso	Media	Segnalazioni personale
Dati provenienti da enti esterni non sempre completi	Medio	Media	Confronto documentale

### 26.4. Valutazione delle priorità da parte della Direzione

La Direzione ha definito come **prioritarie** le seguenti aree:

1. **Sicurezza degli accessi e profilazione utenti**
2. **Backup e continuità operativa**
3. **Uniformità e qualità della documentazione interna**
4. **Verifica dei dati provenienti da fonti esterne**

La priorità è stata determinata sulla base di:

- impatto sulla sicurezza dei dati
- rischio di non conformità normativa
- impatto sulla qualità dell'assistenza
- frequenza delle criticità rilevate

### 26.5. Azioni implementate nel corso del 2025

Azione	Descrizione	Responsabile	Stato
Revisione permessi di accesso	Profilazione per ruolo, rimozione accessi superflui	RQ	Completata
Piano backup aggiornato	Backup giornalieri + verifica mensile	RQ	In corso
Standardizzazione documentale	Nuovi modelli PEI, registri, schede	Responsabile di programma	Completata
Aggiornamento software	Aggiornamento sistema operativo e antivirus	RQ	Completata
Protocollo per dati esterni	Check-list per verifica completezza dati invianti	DS	In corso

### 26.6. Verifica dei risultati

#### 26.6.1 Sicurezza degli accessi

- Tutti gli accessi sono ora profilati per ruolo.
- Eliminati 2 account non più attivi.
- Log di accesso verificati mensilmente.

**Risultato:** miglioramento significativo.

#### 26.6.2 Backup e continuità operativa

- Backup automatici funzionanti.

- Verifica mensile documentata.

**Risultato:** adeguato.

### 26.6.3 Qualità della documentazione

- Riduzione del 40% delle non conformità documentali.
- PTRI più uniformi e completi.

**Risultato:** molto positivo.

### 26.6.4 Dati provenienti da fonti esterne

- Implementata check-list di verifica.
- Riduzione del 30% dei dati incompleti.

**Risultato:** positivo.

---

## 26.7. Conformità normativa

La Direzione attesta che:

- tutte le procedure privacy sono aggiornate
- le informative GDPR sono state riviste
- i consensi sono raccolti e archiviati correttamente
- i sistemi informativi rispettano i requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente
- non sono emerse non conformità gravi

---

## 26.8. Azioni di miglioramento continuo

Per il prossimo anno sono previste:

- formazione del personale su sicurezza informatica e phishing
- introduzione di autenticazione a due fattori (2FA)
- revisione annuale dei modelli documentali
- audit semestrale sulla qualità dei dati

---

## 26.9. Conclusioni della Direzione

La Direzione valuta complessivamente **adeguato e in miglioramento** il livello di qualità dei sistemi informativi, della sicurezza dei dati e della gestione delle informazioni.

Le azioni implementate hanno prodotto risultati concreti e misurabili, e il processo di miglioramento proseguirà in modo continuativo.

---

## 27. Monitoraggio dei Disservizi e della Comunicazione Esterna

### 27.1. Premessa

La Comunità ha implementato un sistema strutturato di monitoraggio dei disservizi e della comunicazione esterna, con l'obiettivo di garantire qualità, trasparenza e miglioramento continuo. Il presente documento si concentra sull'attività di monitoraggio svolta per:

- verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi;
- valutare l'efficacia della strategia di comunicazione esterna.

---

## 27.2. Obiettivi del monitoraggio

- Identificare ricorrenze e pattern nei disservizi interni.
- Valutare la tempestività e la qualità delle comunicazioni verso i servizi invianti e gli stakeholder esterni.
- Individuare aree critiche e definire priorità di intervento.
- Supportare la Direzione nella pianificazione di azioni correttive e preventive.

---

## 27.3. Strumenti utilizzati

- **Registro Disservizi** (digitale)
- **Schede Segnalazione Disservizio**
- **Registro Comunicazioni Esterne** (PEC, email,)
- **Verbali di équipe**
- **Indicatori di qualità**

---

## 27.4. Monitoraggio della frequenza dei disservizi

### 27.4.1 Metodologia

Ogni disservizio registrato viene classificato secondo categorie predefinite:

- comunicazione interna;
- comunicazione esterna;
- documentazione;
- gestione ospiti;
- sicurezza;
- aspetti organizzativi.

La frequenza viene analizzata dal responsabile qualità in stretto accordo con il direttore sanitario.

### 27.4.2 Risultati del monitoraggio (anno 2025)

- **Comunicazione interna:** 12 disservizi
- **Documentazione:** 7 disservizi
- **Comunicazione esterna:** 3 disservizi
- **Gestione ospiti:** 9 disservizi
- **Sicurezza:** 0 disservizi
- **Aspetti organizzativi:** 1 disservizi

### 27.4.3 Analisi

L'analisi ha evidenziato una maggiore ricorrenza nei disservizi legati alla comunicazione interna e alla gestione ospiti. Sono state avviate azioni correttive mirate (vedi Piano di Miglioramento).

---

## 27.5. Monitoraggio dell'efficacia della comunicazione esterna

### 27.5.1 Parametri valutati

- tempestività delle comunicazioni verso SerD, Uepe, mmg, ecc ecc;
- completezza e chiarezza delle informazioni inviate;
- riscontro da parte dei servizi invianti;
- utilizzo di canali sicuri (PEC, Mail);
- tracciabilità delle comunicazioni.

### 27.5.2 Risultati del monitoraggio

- **Tempestività:** 94% delle comunicazioni inviate entro i tempi previsti.
- **Completezza:** 90% dei documenti valutati conformi agli standard.
- **segnalazioni dai servizi invianti:** nessuna.
- **Tracciabilità:** 100% delle comunicazioni registrate nel sistema digitale.

### 27.5.3 Evidenze raccolte

- **Copie PEC inviate**
- **Modulo Segnalazione Disservizio** (cartaceo e digitale)
- **Registro Disservizi**
- **Modulo Reclami e Segnalazioni Ospiti/Familiari**
- **Scheda Osservazione Operatore**
- **Raccolta segnalazioni da servizi (SerD, Comuni, MMG; Uepe)**

---

## 27.6. Azioni correttive e preventive attivate

- Obbligo di utilizzo della PEC per comunicazione a Uepe e FF.OO
- Formazione interna sulla compilazione dei documenti destinati ai servizi invianti.
- Implementazione di un sistema digitale di copia delle mail inviate.

---

## 27.7. Conclusioni

L'organizzazione ha monitorato in modo sistematico:

- la frequenza e la tipologia dei disservizi;
- l'efficacia della comunicazione esterna.

Le evidenze raccolte confermano che il sistema è attivo, tracciabile e orientato al miglioramento continuo.

---

## **28.Valutazione e Miglioramento del Programma di Gestione e Manutenzione delle Attrezzature e dei Programmi di Formazione/Addestramento**

---

### **28.1. Premessa**

Il presente report documenta le attività di:

- analisi dello stato delle attrezzature presenti nella struttura;
- valutazione delle criticità rilevate;
- definizione delle priorità di intervento;
- implementazione di azioni correttive e migliorative;
- verifica dell'efficacia delle azioni intraprese;
- monitoraggio dei programmi di formazione e addestramento del personale sull'uso, la manutenzione e la dismissione delle attrezzature.

Le attività sono svolte nel rispetto della normativa vigente (D.Lgs. 81/08, norme tecniche UNI/CEI, linee guida regionali).

---

### **28.2. Analisi effettuate**

#### **28.2.1 Audit interni sulle attrezzature**

- Verifica funzionale delle attrezzature assistenziali (letti, sollevatori, carrozzine, arredi tecnici).
- Controllo scadenze manutentive.
- Verifica registri manutenzione.
- Controllo integrità e pulizia delle attrezzature.
- Verifica etichettatura e codifica inventariale.

#### **28.2.2 Analisi delle segnalazioni del personale**

- Difficoltà nell'utilizzo di alcune attrezzature.
- Richieste di sostituzione attrezzature obsolete.
- Necessità di formazione aggiuntiva.

#### **28.2.3 Verifica documentale**

- Contratti di manutenzione programmata.
- Certificazioni dei manutentori.
- Registro guasti e interventi.
- Registro formazione/addestramento.

#### 28.2.4 Valutazione dei rischi

- Rischi legati a malfunzionamenti.
- Rischi meccanici.
- Rischi da utilizzo improprio.
- Rischi da mancata manutenzione.

---

#### 28.3. Criticità rilevate

Area	Criticità	Impatto	Priorità	Fonte
Attrezzature laboratori ergoterapia	obsolescenza	Alto	media	Segnalazione utenti
Manutenzione	Ritardi nella manutenzione programmata	Medio	Media	Registro manutenzioni
Formazione	Personale non formato su alcune attrezzature	Alto	Alta	Registro formazione
Dismissione	Procedura non aggiornata	Medio	Media	Verifica documentale

---

#### 28.4. Valutazione delle priorità

La Direzione ha definito come prioritarie:

1. Sostituzione o riparazione delle attrezzature non sicure.
2. Potenziamento della manutenzione programmata.
3. Formazione e addestramento del personale sull'uso e la manutenzione delle attrezzature.
4. Aggiornamento della procedura di dismissione.

La priorità è stata determinata sulla base di:

- rischio per utenti e operatori;
- obblighi normativi;
- frequenza delle criticità;
- impatto sulla continuità assistenziale.

---

#### 28.5. Azioni implementate

Azione	Descrizione	Responsabile	Stato
Sostituzione attrezzature	acquisto	amministrazione	Completata
Revisione manutenzione programmata	Nuovo calendario + verifica trimestrale	Direzione + Manutentore	In corso
Formazione su attrezzature	Addestramento pratico + registro firme	Coordinatore	Completata
Aggiornamento procedura dismissione	Revisione + approvazione Direzione	RSPP + Direzione	In corso

---

#### 28.6. Programma di gestione e manutenzione delle attrezzature

##### 6.1 Manutenzione programmata

- Controlli periodici.

- Verifiche funzionali.
- Registrazione interventi.
- Certificazioni manutentori.

#### **28.6.2 Manutenzione straordinaria**

- Gestione guasti.
- Interventi urgenti.
- Sostituzione parti usurate.

#### **28.6.3 Inventario e codifica**

- Etichettatura attrezzature.
- Registro aggiornato annualmente.

#### **28.6.4 Dismissione attrezzature**

- Criteri di obsolescenza.
- Procedure di smaltimento.
- Tracciabilità.

---

### **28.7. Programma di formazione e addestramento**

#### **28.7.1 Formazione obbligatoria**

- Utilizzo sicuro delle attrezzature.
- Rischi meccanici.
- Pulizia e sanificazione attrezzature.

#### **28.7.2 Addestramento pratico**

- Dimostrazioni operative.
- Prove di utilizzo.
- Affiancamento da parte di personale esperto.

#### **28.7.3 Registrazione formazione**

- Registro presenze.
- Valutazione competenze.
- Aggiornamento annuale.

---

### **28.8. Verifica dell'efficacia delle azioni**

La Direzione ha verificato:

- riduzione del 55% delle segnalazioni di guasti;
- completamento della formazione del 100% del personale coinvolto;
- miglioramento della sicurezza percepita dagli operatori;

- riduzione dei tempi di fermo attrezzature;
- corretta applicazione della nuova procedura di dismissione.

---

### **28.9. Conformità normativa**

La Direzione attesta che:

- tutte le attrezzature sono conformi alle normative vigenti;
- la manutenzione è documentata e verificabile;
- la formazione è coerente con gli obblighi di legge;
- non sono emerse non conformità gravi.

---

### **28.10. Conclusioni**

La Direzione valuta **adeguato e in miglioramento** il livello di qualità ed efficacia:

- del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature;
- dei programmi di formazione e addestramento del personale.

Il processo proseguirà con monitoraggi periodici e aggiornamenti annuali.

---

## **29. MONITORAGGIO DELL'IMPLEMENTAZIONE E DELLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE – ANNO 2025**

### **1. Obiettivo**

Documentare:

- lo stato di attuazione del Piano Formativo 2025
- la valutazione dell'efficacia delle attività svolte
- il livello di soddisfazione del personale
- eventuali azioni correttive o migliorative

### **2. Metodologia di Monitoraggio**

Il monitoraggio è stato effettuato attraverso:

- Registro presenze alle attività formative
- Schede di valutazione dell'apprendimento (test, esercitazioni, osservazione)
- Osservazione sul campo da parte dei responsabili
- Analisi degli incidenti/near miss prima e dopo la formazione
- Questionario di soddisfazione del personale
- Discussione in équipe e supervisioni

### **3. Stato di Attuazione del Piano Formativo 2025**

VEDI p.28 Formazione e Aggiornamento del Personale

### **4. Valutazione dell'Efficacia della Formazione**

#### **4.2 Indicatori Qualitativi**



- Migliorata la capacità del personale di riconoscere precocemente segnali di scompenso psichiatrico.
- Maggiore sicurezza nella gestione delle escalation comportamentali.
- Miglioramento della qualità delle relazioni educative osservate sul campo.
- Aumento della coesione del gruppo di lavoro.

#### 5.2 Commenti Ricorrenti del Personale

- Apprezzata la presenza di casi clinici e simulazioni.
- Richiesta di ulteriori moduli su gestione dei conflitti tra utenti.
- Interesse per approfondimenti su tecniche motivazionali.

#### 6. Criticità Rilevate

- Alcuni operatori hanno segnalato difficoltà a partecipare a tutti gli incontri per sovrapposizione con turni.
- Necessità di programmare con maggiore anticipo la formazione obbligatoria.
- Richiesta di moduli brevi e più frequenti su temi emergenti.

#### 7. Azioni di Miglioramento

- Pianificazione annuale condivisa con anticipo per ridurre sovrapposizioni.
- Introduzione di micro-formazioni da 1 ora durante l'équipe.
- Inserimento nel piano 2026 di un modulo specifico su "Gestione dei conflitti tra utenti".
- Aggiornamento del sistema di Incident Reporting per monitorare meglio gli effetti della formazione.

#### 8. Conclusioni

Il monitoraggio evidenzia che:

- il Piano Formativo 2025 è stato implementato secondo quanto programmato
- gli indicatori mostrano un miglioramento significativo nelle aree critiche
- il personale esprime un elevato livello di soddisfazione
- sono state individuate e pianificate azioni migliorative per il ciclo successivo

---

### 30. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DEI PROGRAMMI DI ORIENTAMENTO E INSERIMENTO DEL PERSONALE

#### Fonti utilizzate per la valutazione

- Schede di addestramento compilate dagli Operatori Esperti
- Schede di valutazione intermedia e finale
- Osservazioni dei Responsabili di Programma
- Esiti del monitoraggio e del riesame previsti dalla procedura
- Criticità emerse durante l'affiancamento
- Feedback dei neo assunti/inseriti
- Eventuali incidenti/near miss correlati a errori procedurali
- Coerenza tra competenze attese e competenze effettivamente acquisite

## Criticità riscontrate

### Criticità organizzative

- Sovrapposizione tra attività di affiancamento e turnazioni complesse
- Tempi di addestramento non sempre omogenei tra operatori esperti
- Necessità di maggiore chiarezza nella comunicazione iniziale dei ruoli

### Criticità operative

- Difficoltà nell'utilizzo della modulistica interna
- Conoscenza non uniforme delle procedure documentate
- Bisogno di maggiore supporto nella gestione delle crisi comportamentali

### Criticità relazionali e comunicative

- Incertezza iniziale nella relazione con l'utenza
- Necessità di rafforzare competenze comunicative e gestione dello stress

## Valutazione delle priorità

Area	Priorità	Motivazione
Standardizzazione dell'affiancamento	Alta	Disomogeneità formativa tra operatori esperti
Formazione su procedure e modulistica	Alta	Impatto sulla qualità documentale e sicurezza
Gestione crisi e relazione educativa	Media	Criticità osservate nei primi mesi
Comunicazione interna	Media	Necessità di maggiore chiarezza iniziale
Supporto emotivo e prevenzione stress	Media	Difficoltà nei primi 30 giorni

## Azioni di miglioramento individuate

Area	Azione di miglioramento	Responsabile	Indicatori misurabili	Modalità di verifica	Esito atteso
Standardizz	Introduzione di un formato	Direzione / Resp. Programma	- Utilizzo diario: 100%	Controllo	Uniformità nella raccolta delle

Area	Azione di miglioramento	Responsabile	Indicatori misurabili	Modalità di verifica	Esito atteso
azioni dell'affiancamento	unico di diario di affiancamento settimanale		- Compilazione corretta: $\geq 90\%$	mensile dei diari	evidenze formative
	Riunione trimestrale con Operatori Esperti per allineamento metodologico	Direzione	- Riunioni svolte: 4/anno - Partecipazione: $\geq 80\%$	Verbali riunioni	Allineamento metodologico tra operatori esperti
	Aggiornamento Scheda di Addestramento con indicatori più chiari	Direzione/RQ	- Scheda aggiornata: 100% - Riduzione errori compilazione: -30% in 6 mesi	Audit interni	Migliore valutazione delle competenze acquisite
Formazioni sulle procedure	Mini-moduli formativi obbligatori su modulistica, gestione documentale e sicurezza	Resp. Qualità / RSPP	Completamento moduli: 100% Test apprendimento: $\geq 80\%$	Registro formazioni e + test	Riduzione errori documentali
	Sessione pratica guidata nella prima settimana	Operatore Esperto	- Sessioni effettuate: 100% - Valutazione positiva: $\geq 90\%$	Scheda di addestramento	Acquisizione rapida competenze operative
Gestione delle crisi	Simulazione obbligatoria entro il primo mese	Psicologo / Resp. Programma	-Partecipazione: 100% - Valutazione competenze: $\geq 80\%$	Scheda simulazione	Maggiore sicurezza nella gestione delle crisi
	Affiancamento diretto dello psicologo nei casi complessi	Psicologo	- Numero affiancamenti - Riduzione criticità: -20% in 6 mesi	Report psicologo	Supporto specialistico tempestivo
Comunicazione inter	Consegna vademecum operativo aggiornato	Direzione / Resp. Qualità	- Consegna: 100% - Feedback comprensibili	Registro consegna +	Chiarezza dei ruoli e delle procedure

Area	Azione di miglioramento	Responsabile	Indicatori misurabili	Modalità di verifica	Esito atteso
na			tà: ≥ 80%	questionario	
	Presentazione formale dell'équipe e dei ruoli	Resp. Programma	- Presentazione effettuata: 100% - Comprensione e ruoli: ≥ 85%	Questionario orientamento	Inserimento più fluido
Supporto emotivo e prevenzione e stress	Colloquio di follow-up psicologico al 30° giorno	Psicologo	- Colloqui effettuati: 100% - Segnalazioni stress: < 10%	Registro colloqui	Prevenzione precoce del disagio
	Supervisione aggiuntiva su richiesta	Psicologo / Direzione	- Richieste evase - Utilità percepita: ≥ 80%	Scheda feedback	Riduzione rischio burnout

### Indicatori Globali di Efficacia

Indicatore globale	Target	Fonte di verifica
Riduzione errori documentali	-30% in 6 mesi	Audit interni
Soddisfazione neo assunti	≥ 85%	Questionario inserimento
Riduzione criticità segnalate dagli Operatori Esperti	-25%	Report Responsabile Programma
Valutazioni finali di addestramento positive	≥ 90%	Schede di addestramento

### Modalità di Verifica Complessiva

Attività di verifica	Frequenza	Responsabile	Output
Audit interni	Semestrale	Resp. Qualità	Report audit
Riesame della Direzione	Annuale	Direzione	Verbale riesame
Analisi feedback neo assunti	Trimestrale	Resp. Programma	Report feedback

<b>Attività di verifica</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Output</b>
Confronto valutazioni intermedie/finali	Ogni inserimento	Operatore Esperto	Schede valutazione

---

## **31. innovazione tecnico-professionale e organizzativa**

### **31. 1. Analisi delle criticità e definizione delle priorità**

La Direzione ha effettuato una valutazione sistematica delle criticità emerse attraverso:

- le équipe periodiche del 2024
- le schede interne di rilevazione del fabbisogno
- la valutazione HTA relativa alla formazione ICFRecovery
- le segnalazioni del personale riguardo strumenti tecnologici non adeguati

Dalle analisi sono emerse due aree prioritarie:

1. Criticità tecnico-professionali: difficoltà nell'applicazione uniforme dei protocolli ICFRecovery, errori di compilazione, necessità di aggiornamento formativo.
2. Criticità tecnologiche: segnalazione da parte del personale di un PC obsoleto, con rallentamenti e incompatibilità con alcuni strumenti digitali utilizzati per la compilazione dei protocolli e per la fruizione dei materiali formativi.

### **31. 2. Azioni implementate per il miglioramento del processo**

#### **31. 2.1 Adozione di una tecnologia formativa certificata**

La Direzione ha selezionato e acquisito il corso "ICFRecovery"

e ha provveduto alla sostituzione del PC obsoleto segnalato dal personale

Le schede di rilevazione del fabbisogno hanno evidenziato la presenza di un PC obsoleto,

La Direzione ha quindi:

- validato la segnalazione come priorità tecnologica
- autorizzato la sostituzione del PC con un dispositivo aggiornato e conforme ai requisiti tecnici e di sicurezza

#### **31. 2.3 Allocazione organizzata delle risorse**

La Direzione ha definito elenco operatori coinvolti, calendario interno, responsabilità del Direttore Sanitario e aggiornamento del Piano Annuale Formativo.

#### **31. 2.4 Introduzione di strumenti operativi migliorativi**

Sono stati introdotti un modello standard per la compilazione dei protocolli ICFRecovery.

### **31. 3. Controllo dei risultati e verifica dell'efficacia delle azioni**

La Direzione ha previsto un sistema di monitoraggio basato su indicatori misurabili: completezza protocolli ICF, errori di compilazione, uniformità valutativa, soddisfazione operatori. Per la sostituzione del PC obsoleto, la verifica dell'efficacia è stata effettuata tramite feedback degli operatori, riduzione dei tempi di compilazione, assenza di nuove segnalazioni e miglioramento della fruizione dei materiali formativi.

### **31. 4. Azioni migliorative**

Per rendere più tempestiva e accurata la raccolta delle segnalazioni da parte del personale, la Direzione introdurrà:

---

## **32. VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI RITENZIONE E DI COMPLETAMENTO DEI PIANI TERAPEUTICI**

### 32.1. Contesto generale

Nel corso del 2025 la struttura ha trattato 26 utenti complessivi.

L'organizzazione ha effettuato una valutazione sistematica della propria capacità di:

- mantenere gli utenti in trattamento (ritenzione)
- portare a termine i piani terapeutici individualizzati (PTRI)
- personalizzare e rimodulare gli obiettivi secondo metodologia ICF

### 32.2. Dati quantitativi 2025

Indicatore	Valore 2025	Interpretazione
Utenti trattati nell'anno	26	Campione significativo
Utenti con continuità del programma iniziato negli anni precedenti	4	Percorsi già avviati e mantenuti
Utenti con permanenza < 60 giorni	5	Criticità nella ritenzione
Utenti con PTRI personalizzato e aggiornato secondo ICF	17	Capacità di completare e aggiornare i piani terapeutici

### 32.3. Valutazione della capacità di ritenzione degli utenti

#### 32.3.1 Analisi dei dati

- 5 utenti su 26 hanno avuto una permanenza inferiore ai 60 giorni.
- Questo dato indica una criticità nella ritenzione, soprattutto nei primi due mesi di trattamento.
- I restanti 21 utenti hanno mantenuto una permanenza sufficiente per la presa in carico strutturata.

#### 32.3.2 Interpretazione

Elemento valutato	Evidenza	Valutazione
Stabilità della permanenza	21 utenti con permanenza adeguata	Buona
Drop-out precoce	5 utenti	Criticità
Continuità dei percorsi già avviati	4 utenti	Positiva
Capacità complessiva di ritenzione	Moderata	Da migliorare

#### 32.3.3 Sintesi

La capacità di ritenzione è adeguata ma con criticità, soprattutto nei casi nuovi o complessi. Il dato dei 5 utenti con permanenza < 60 giorni suggerisce la necessità di:

- potenziare il supporto motivazionale iniziale
- rafforzare la fase di accoglienza
- migliorare la valutazione precoce del rischio di drop-out

### 32.4. Valutazione della capacità di portare a termine i piani terapeutici

#### 32.4.1 Analisi dei dati

- Per 17 utenti è stata effettuata la stesura, revisione e rimodulazione del PTRI secondo metodologia ICF.
- Ciò rappresenta il 100% degli utenti che hanno superato la fase iniziale e hanno avuto una permanenza sufficiente.

#### 32.4.2 Interpretazione

Elemento valutato	Evidenza	Valutazione
Stesura PTRI	Effettuata per tutti i 17 utenti eleggibili	Ottima
Rimodulazione PTRI	Sempre effettuata	Ottima
Aderenza metodologia ICF	Applicata correttamente	Buona
Continuità terapeutica	Garantita per tutti gli utenti con permanenza adeguata	Elevata

Capacità di completare i piani 100% dei PTRI previsti completati Molto buona

### 32.4.3 Sintesi

La capacità dell'organizzazione di portare avanti e completare i piani terapeutici risulta elevata, con piena applicazione della metodologia ICF e continuità del percorso per tutti gli utenti che hanno superato la fase iniziale.

### 32.5. Valutazione integrata

Dimensione	Evidenza 2025	Valutazione complessiva
Ritenzione utenti	5 drop-out precoci su 26	Adeguate con criticità
Completamento PTRI	17 PTRI completati su 16 previsti	Molto efficace
Continuità dei percorsi pregressi	4 utenti	Buona
Capacità organizzativa	Documentazione completa, metodologia ICF applicata	Efficace

### 32.6. Conclusioni

L'organizzazione dimostra:

- una buona capacità di portare a termine i piani terapeutici, con il 100% dei PTRI previsti completati e aggiornati secondo metodologia ICF;
- una capacità di ritenzione moderata, con criticità nei primi 60 giorni di trattamento (5 utenti su 26).

La valutazione complessiva evidenzia un sistema terapeutico-riabilitativo strutturato, coerente e metodologicamente solido, con la necessità di potenziare:

- la fase di accoglienza,
- il supporto motivazionale iniziale,
- la prevenzione del drop-out precoce.

## 33. Revisione e azioni migliorative Piano Annuale Accessibilità–Accoglienza\_Anno 2025

### 33.1 Indicatori di monitoraggio

Indicatore	Target 2025
Valutazione soddisfazione accoglienza	≥ 4,3/5
Materiali informativi aggiornati	100%
Conformità check-list ambientali	≥ 95%
Segnalazioni su privacy	0
Partecipazione caregiver ai colloqui	≥ 70%
Tempi di risposta alle richieste	≤ 24 ore

### 33.2. Evidenze raccolte nel 2025

Area	Evidenza
Accessibilità informativa	Materiali chiari, multilingua, con QR code
Accoglienza	Miglioramento percepito dagli utenti (4,4/5)
Comunicazione	Valutazione caregiver 4,3/5
Comfort ambientale	Check-list conformi al 95%
Privacy	Nessuna violazione segnalata

### 33.3. Valutazione complessiva

Il piano risulta attuato in modo efficace, con alcuni ambiti da consolidare nel 2026 (partecipazione caregiver, potenziamento comunicazione preventiva).

### 34. DISPONIBILITÀ CONTINUA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E SOCIO-ASSISTENZIALE AGLI OPERATORI

La documentazione clinica, socio-assistenziale, educativa e riabilitativa relativa agli utenti è sempre accessibile, in modo completo, aggiornato e tracciabile, a tutto il personale autorizzato nel rispetto delle normative sulla privacy e sulla protezione dei dati personali.

#### Evidenze raccolte 2025

Area verificata	Evidenza 2025
Disponibilità documentazione	Tutte le cartelle cliniche ed educative risultano presenti e consultabili
Accessibilità per operatori	Nessuna segnalazione di difficoltà di accesso durante l'anno
Aggiornamento documentazione	Note e PTRI aggiornati regolarmente
Continuità assistenziale	Documentazione disponibile durante cambi turno e riunioni
Audit interni	Tutti gli operatori hanno confermato la disponibilità continua della documentazione

### 35. TABELLA – AZIONI DELLA DIREZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA E VERIFICA DELL'EFFICACIA 2025

Area	Azione della Direzione	Obiettivo	Modalità di attuazione	Indicatori di efficacia	Modalità di verifica	Risultati attesi
<b>Potenziamento dei canali comunicativi</b>	Aggiornamento bacheca interna e uso sistematico dell'intranet	Migliorare accessibilità e chiarezza delle informazioni	Riorganizzazione sezioni bacheca; pubblicazione documenti su intranet	- Documenti pubblicati: 100% - Consultazione intranet: +20%	Audit interni; controllo periodico bacheca	Maggiore accesso alle informazioni
<b>Sintesi e chiarezza comunicativa</b>	Introduzione bollettino informativo settimanale	Rendere le comunicazioni più sintetiche e fruibili	Invio settimanale via email e pubblicazione in bacheca	- Bollettini inviati: 100% - Feedback positivi: ≥ 80%	Registro comunicazioni; questionari	Comunicazioni più chiare e tempestive
<b>Partecipazione degli operatori</b>	Riunioni d'équipe periodiche con spazio dedicato al confronto	Favorire coinvolgimento e partecipazione attiva	Riunioni programmate con ordine del giorno condiviso	- Partecipazione: ≥ 80% - Proposte raccolte: aumento annuale	Fogli firma; verbali riunioni	Maggiore partecipazione e condivisione

Area	Azione della Direzione	Obiettivo	Modalità di attuazione	Indicatori di efficacia	Modalità di verifica	Risultati attesi
<b>Raccolta feedback</b>	Questionari periodici e momenti di confronto diretto	Rilevare bisogni e criticità comunicative	Questionari anonimi; colloqui informali	- Questionari compilati: $\geq 70\%$ - Criticità rilevate e gestite: 100% - Utilizzo modelli: 100%	Analisi questionari; report Responsabile Programma	Miglioramento o continuo del sistema
<b>Uniformità delle informazioni</b>	Standardizzazione dei modelli di comunicazione interna	Garantire coerenza e uniformità	Creazione modelli unici per avvisi, note, aggiornamenti	- Riduzione errori comunicativi: -30%	Controllo documenti; audit qualità	Comunicazioni più omogenee
<b>Formazione interna</b>	Brevi sessioni formative sull'uso dei canali informativi	Rafforzare competenze comunicative e del personale	Micro-formazioni durante riunioni o online	- Partecipazione: $\geq 90\%$ - Comprensione canali: $\geq 85\%$	Registro formazione; questionari	Migliore utilizzo dei canali informativi
<b>Azioni correttive</b>	Interventi mirati in caso di criticità comunicative	Risolvere problemi e migliorare tempestività	Revisione procedure, chiarimenti, nuove modalità comunicative	- Criticità risolte: 100% - Riduzione segnalazioni: -20%	Riesame Direzione; report qualità	Sistema comunicativo più efficace
<b>Verifica dell'efficacia</b>	Monitoraggio annuale del sistema di comunicazione	Valutare risultati e definire nuove azioni	Analisi indicatori, audit, feedback, riesame	- Indicatori raggiunti: $\geq 90\%$ - Miglioramento rispetto anno precedente	Verbale Riesame Direzione	Miglioramento o continuo e documentato

## 36. MONITORAGGIO 2025 DELL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI COMUNICAZIONE INTERNA

**36. 1** L'obiettivo è verificare che le informazioni strategiche, operative e organizzative siano:

- correttamente diffuse
- tempestivamente comunicate
- comprese dal personale
- accessibili e tracciabili
- coerenti con gli standard di qualità e sicurezza

Il monitoraggio si basa su dati, indicatori, evidenze documentali e feedback raccolti nel corso dell'anno.

### 36. 2. Metodologia di monitoraggio

La Direzione ha utilizzato i seguenti strumenti:

- Analisi dei verbali delle riunioni d'équipe
- Verifica dei report qualità
- Esame delle comunicazioni interne (email, avvisi, bacheca)
- Audit interni sulla tracciabilità delle informazioni
- Verifica della pubblicazione dei documenti su bacheca e intranet

### 36. 3. Risultati del monitoraggio 2025

#### 36. 3.1 Tempestività delle comunicazioni

- Comunicazioni diffuse entro i tempi previsti: **96%**
- Target:  $\geq 95\%$

**Risultato:** raggiunto

La maggior parte delle comunicazioni operative e strategiche è stata trasmessa nei tempi previsti, con un miglioramento rispetto al 2024.

---

### 36. 3.2 Accessibilità dei documenti

- Documenti disponibili a tutto il personale: **100%**
- Target: 100%

**Risultato:** pienamente raggiunto

Tutti i documenti obbligatori (missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi) risultano pubblicati e accessibili.

### 36. 3.3 Partecipazione alle riunioni

- Partecipazione media del personale: **82%**
- Target:  $\geq 80\%$

**Risultato:** raggiunto

La partecipazione è stabile e soddisfacente, con un incremento nelle riunioni dedicate alla qualità.

### 36. 3.4 Comprensibilità delle informazioni

- Feedback positivi del personale: **87%**
- Target:  $\geq 85\%$

**Risultato:** raggiunto

Il personale riferisce una buona comprensione delle comunicazioni

### 36. 3.5 Diffusione dei programmi di miglioramento

- Comunicazioni effettuate e comprese: **100%**
- Target: 100%

**Risultato:** raggiunto

Tutti i programmi di miglioramento sono stati presentati, condivisi e discussi.

### 36. 3.6 Criticità rilevate

Nonostante i risultati positivi, sono emerse alcune criticità:

- Necessità di maggiore uniformità nella comunicazione tra i diversi turni
- Alcuni operatori richiedono comunicazioni più sintetiche
- Occasionalmente le email non vengono lette tempestivamente
- La bacheca fisica non sempre viene consultata con regolarità

### 36. 4. Azioni di miglioramento 2026

La Direzione ha definito le seguenti azioni:

1. **Introduzione di un bollettino settimanale sintetico** con le informazioni principali.
2. **Promemoria automatici** per le comunicazioni urgenti.
3. **Aggiornamento della bacheca** con layout più chiaro e sezioni tematiche.
4. **Breve formazione interna** sull'uso corretto dei canali informativi.

### 36. 5. Conclusioni

Il monitoraggio 2025 evidenzia che il sistema di comunicazione interna è **efficace, strutturato e coerente** con gli standard di qualità.

Gli indicatori mostrano un livello di performance soddisfacente e in miglioramento rispetto all'anno precedente. Le criticità rilevate sono state analizzate e integrate nel piano di miglioramento 2026.

La Direzione conferma il proprio impegno nel garantire un sistema di comunicazione:

- trasparente
- tempestivo
- accessibile
- partecipato
- orientato alla qualità e alla sicurezza

### 37. VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE E DELL'ESPERIENZA DI PAZIENTI E CAREGIVER

#### 37.1. Premessa

La Comunità effettua annualmente un'indagine strutturata di customer satisfaction rivolta a:

- pazienti accolti nella struttura
- familiari/caregiver coinvolti nel percorso

L'indagine è finalizzata a valutare:

- la qualità percepita dei servizi
- l'esperienza complessiva
- il livello di coinvolgimento
- la chiarezza delle informazioni ricevute
- la soddisfazione rispetto al percorso riabilitativo

#### 37.2. Campione coinvolto

**Utenti trattati nel 2025: 26**

##### Risultati complessivi

Area valutata	Valutazione media 2025	Note qualitative
Soddisfazione generale	4,5 / 5	Elevata soddisfazione complessiva
Comunicazione con l'équipe	4,4 / 5	Buona chiarezza e disponibilità
Partecipazione al percorso	4,2 / 5	Da potenziare in alcuni utenti
Esperienza complessiva	4,5 / 5	Clima percepito come sereno e accogliente

##### Punti di forza percepiti dagli utenti

- Clima comunitario sereno
- Disponibilità e ascolto degli operatori
- Buona qualità dei colloqui psicologici
- Sensazione di essere coinvolti nel percorso

##### Criticità segnalate dagli utenti

- Richiesta di più attività fisiche e ricreative
- Alcuni utenti riferiscono difficoltà a mantenere continuità nella partecipazione ai gruppi

#### Soddisfazione ed esperienza dei caregiver

##### Risultati complessivi

Area valutata	Valutazione media 2025	Note qualitative
Soddisfazione generale	4,3 / 5	Buona fiducia nel servizio
Chiarezza delle informazioni	4,3 / 5	Comunicazione percepita come adeguata
Partecipazione agli incontri PTRI	4,1 / 5	Partecipazione limitata da vincoli orari

##### Punti di forza percepiti dai caregiver

- Comunicazione chiara e rispettosa
- Materiale informativo ben strutturato
- Buona collaborazione con l'équipe

##### Criticità segnalate dai caregiver

- Difficoltà a partecipare agli incontri PTRI in orario mattutino
- Necessità di maggiore flessibilità (pomeriggio/online)

#### 37.3. Analisi integrata dell'esperienza 2025

##### Indicatori quantitativi

Indicatore	Valore 2025	Interpretazione
Utenti trattati	26	Campione significativo
Questionari compilati utenti	92%	Buona partecipazione
Questionari compilati caregiver	78%	Partecipazione discreta
Reclami formali	0	Nessun reclamo ufficiale
Segnalazioni informali	1	Richiesta chiarimenti educativi

## Temi ricorrenti emersi

Tema	Provenienza	Frequenza	Sintesi
Attività fisiche/ricreative insufficienti	Utenti	Alta	Richiesta di potenziamento
Difficoltà partecipazione PTRI	Caregiver	Media	Problemi di orario
Comunicazione interna	Utenti e caregiver	Bassa	Generalmente buona
Clima comunitario	Utenti	Alta	Aspetto molto apprezzato

### 37.4. Valutazione complessiva dell'esperienza 2025

Dimensione	Esito	Motivazione
Soddisfazione utenti	Alta	Valori medi > 4,4/5
Soddisfazione caregiver	Buona	Valori medi > 4,2/5
Comunicazione	Efficace	Chiarezza e disponibilità
Partecipazione utenti	Adeguate con margini	Partecipazione 4,2/5
Partecipazione caregiver	Discontinua	Criticità orari
Esperienza complessiva	Molto positiva	Clima sereno e supportivo

### 37.5. Criticità da affrontare nel 2026

Area critica	Impatto	Priorità
Attività fisiche/ricreative insufficienti	Alta	Alta
Partecipazione caregiver agli incontri	Media	Alta
Partecipazione utenti ai gruppi	Media	Media
Comunicazione preventiva	Media	Media

### 37.6. Conclusioni

L'anno 2025 evidenzia:

- un elevato livello di soddisfazione sia per utenti sia per caregiver
- un'esperienza complessiva molto positiva, grazie al clima sereno e alla disponibilità dell'équipe
- criticità circoscritte, soprattutto legate alla partecipazione alle attività e alla flessibilità degli incontri familiari
- un buon livello di fiducia nel servizio, confermato dall'assenza di reclami formali

Il quadro complessivo è positivo, con chiari margini di miglioramento per il 2026.

### 37.7. Azioni di miglioramento 2026

Azione	Responsabile
Introduzione fascia oraria serale per incontri caregiver	Resp. Programma
Varietà attività settimanali	Resp. Organizzativo

## 38. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEI PROCESSI DI COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE DI PAZIENTI E CAREGIVER

Attività	Partecipazione		Obiettivo	Esito
	Partecipazione			
Incontri PTRI pazienti	90%		90%	Raggiunto
Incontri PTRI caregiver	78%		80%	Raggiunto
Colloqui richiesti spontaneamente	+5% rispetto anno precedente		—	Positivo

### Soddisfazione

#### Pazienti

- comprensione del percorso: **4,3/5**
- percezione di coinvolgimento: **4,1/5**
- qualità della comunicazione: **4,4/5**

#### Caregiver

- chiarezza delle informazioni: **4,2/5**
- partecipazione al percorso: **4,0/5**

- supporto ricevuto: **4,3/5**

#### **Analisi delle criticità**

- alcuni caregiver hanno segnalato difficoltà a partecipare agli incontri in orario lavorativo
- richiesta di maggiore frequenza degli aggiornamenti telefonici

Azioni di miglioramento attivate

#### **Azione**

Introduzione fascia oraria serale per incontri caregiver

#### **Responsabile**

Resp. programma

#### **Stato**

Attiva

Aumento aggiornamenti telefonici programmati

Resp. programma

In corso

#### **Valutazione complessiva dell'efficacia**

Dalla valutazione annuale emerge che:

- il coinvolgimento dei pazienti è elevato e stabile
- la partecipazione dei caregiver è in crescita
- la qualità percepita della comunicazione è molto buona
- le azioni di miglioramento hanno prodotto effetti positivi
- il sistema di coinvolgimento è efficace e coerente con gli obiettivi della struttura