



**S.M.I. Broletto** (Servizio Multidisciplinare Integrato)

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

**PIANO DI LAVORO ANNO 2022  
SERVIZIO SMI BROLETTO  
DI FAMIGLIA NUOVA**





## Firme:

Documento redatto IL 02/03/2022 da: Dott.ssa Giorgia Albani, Dott. Maurizio Mattioni Marchetti

Documento visionato da: A.S. Lanfranchi Elisa. I.P. Carbone Antonella. Direttore Sanitario Dott. Fernando Gargiuolo

Documento verificato da:

Alessandra Gandelli (Ufficio controllo e qualità)

Firma:

Data: 20 marzo 2022

Documento approvato da:

Devecchi Mariarosa (Presidente)

Firma:

Data: 27 marzo 2022

## INDICE

1. Premessa .....	3
2. Analisi azioni di miglioramento svolte nel 2021 .....	3
3. Analisi di miglioramento per 2022 .....	3
4. Epidemiologia della popolazione di soggetti assistiti : rilevazione utenza anno 2021.....	4
5. Le attività del Servizio .....	9
6. Rilevazione livelli di soddisfazione dell'utenza e dei familiari: anno 2021.....	11
7. Reti territoriali .....	12
8. Considerazioni strategiche nel contesto dell'ats brianza .....	13

## 1. PREMESSA

Il 2021 è stato caratterizzato dalla continuazione della condizione pandemica da infezione COVID-19. Tale condizione, che potremmo definire *traumatica* in quanto evento implicante la messa in discussione della salute e della sopravvivenza, ha richiesto l'attivazione di risorse sia di tipo psicologico, che sociale, organizzativo ed economico nel gruppo di lavoro.

Si è quindi assistito ad uno sforzo ingente sia nel fronteggiamento emotivo della situazione dominata da precarietà, insicurezza, confusione sia in quello più prettamente pratico con l'approvvigionamento dei dispositivi di sicurezza, sia individuali che ambientali.

Trattandosi di Servizio essenziale si è mantenuto la reimpostazione dell'attività con un maggior sforzo di pianificazione puntuale degli accessi al Servizio, tenendo conto del bisogno di continuità assistenziale ma anche della necessità di risposta ad un bisogno di accoglienza dato anche dalla condizione di stress ambientale in essere.

Si è mantenuto la rimodulazione dell'orario del Servizio al fine di aumentare la riorganizzazione degli accessi introducendo differenziazioni maggiori di orario (ad esempio comprendendo la mattina del giovedì e introducendo il sabato).

Si è inoltre implementata per i soggetti più competenti, la modalità on line di consultazione che tuttora in essere è diventata più "confidenziale" anche per gli operatori stessi.

Consideriamo tale necessità di riadattamento imposta da motivi di sicurezza sanitaria, una conquistata modalità "moderna" e più contemporanea di per sé positiva.

## 2. ANALISI AZIONI DI MIGLIORAMENTO SVOLTE NEL 2021

L'azione politica volta ad ottenere l'adeguamento del budget è proseguita attraverso il confronto con altre associazioni all'interno dell'ASAD. Il lavoro di rete ha avuto e continua ad avere una costante interfaccia con ATS Brianza.

L'inserimento della figura dello psichiatra fino a metà 2021 ha migliorato l'offerta prestazionale aumentando le competenze nel lavoro d'equipe, con risposte maggiormente specialistiche nell'intervento di cura. Situazione che non ha più potuto continuare per mancanza di personale specializzato disponibile sul mercato del lavoro.

## 3. ANALISI DI MIGLIORAMENTO PER 2022

L'analisi dei dati non pone grosse criticità in quanto l'esito è al di sopra della media, permangono criticità nell'insieme dei dati rispetto ai tempi d'attesa e la reception già evidenziati nella rendicontazione dell'anno scorso e nell'anno prima. Anche quest'anno la gestione delle misure procedurali d'accesso per contenere la diffusione dell'infezione da Covid-19, ha esasperato le modalità di accesso. Si rileva che per la natura comportamentale dei pazienti tossicodipendenti, anche se ingaggiati obbligatoriamente all'accesso per

appuntamento per la somministrazione terapia, tali appuntamenti concordati non vengono rispettati provocando rischi di assembramento. Si rinnova la necessità di affiancare in sala d'attesa e somministrazione terapia una figura educativa, già indicata nei precedenti anni ma poi vanificata per mancanza di budget. Si ritiene, visto anche la particolarità dei cambiamenti di strategia di accesso al Servizio dovuti alla pandemia, di riproporre la revisione della postazione reception e sala d'attesa con l'aggiunta di una figura educativa.

AZIONI	RESPONSABILITÀ	TEMPI
Assunzione a tempo parziale di una figura professionale educativa da affiancare nella somministrazione terapia all'infermiera con gestione della sala d'attesa e appuntamenti.	Direzione	Maggio 2022
Riqualificazione reception e sala d'attesa	Direzione	Non definito perché dipendente dalla possibilità del reperimento del budget.

#### 4. EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ASSISTITI: RILEVAZIONE UTENZA ANNO 2021

Nel corso dell'anno **2021** il numero totale dei soggetti assistiti è stato pari a 272 utenti; 112 soggetti di questi (pari al 41 %), rappresentano la numerosità delle "nuove prese in carico".

Rispetto al dato dell'anno precedente si registra un aumento dei casi nuovi all'interno della numerosità totale della attività del Servizio che, in linea con l'anno precedente, ha avuto un incremento, nonostante l'anno 2021 sia stato segnato dalla condizione di emergenza legata alla pandemia da infezione COVID-19, con le conseguenti misure mai ad oggi vissute e sperimentate nel nostro paese di contenimento dell'infezione a livello nazionale che hanno determinato la chiusura ambientale e sociale totale per alcuni mesi della popolazione.

Per quanto la analisi della **distribuzione della popolazione assistita suddivisa per sesso**, non si rilevano sostanziali difformità dalla rilevazione dell'anno precedente: si evince infatti che l'82% della popolazione è di sesso maschile e il 18 % di sesso femminile.

Sesso	Numero grezzo soggetti
F	50
M	222

Veniamo alla rilevazione dei dati socio-demografici dell'utenza in carico nel corso del 2021:

per quanto **l'area territoriale** dell'utenza è principalmente rappresentata dal bacino afferente all'ATS Monza Brianza, (nel 78% dei casi trattati). Il Servizio risponde quindi principalmente al bisogno del territorio.

L'area limitrofa ovvero i territori della ATS della Montagna (4%), dell'ATS dell'Insubria (4%) e dell'ATS Città Metropolitana (6 %), rappresentano un totale del 14%. Il 4% ATS Bergamo. infine un 2% distribuito in casi isolati sulle altre ATS Regionali.

### **Alcuni dati sociali relativi all'utenza:**

il 72% dei soggetti è di stato civile celibe/nubile; il 14% coniugato/a; l'8% convivente; il 4 % divorziato/a, il 4% separato/a e l'2% vedovo/a

il 95% degli assistiti ha una dimora stabile; l'3% è senza fissa dimora, circa il 2% vive in istituto

il 19% della popolazione assistita ha figli minori e di questi il 59% vive con i figli

con chi vivono i soggetti assistiti: il 21% dei soggetti vive da solo, il 42% con i genitori; il 15% con partner, il 13% con partner e figli; il 2% da solo con figli; 7% on amici o altre figure.

nella nostra popolazione si rileva come la maggior parte della popolazione viva quindi nella famiglia di origine e come "l'ambito" della famiglia possa essere centrale nella cura e/o nel mantenimento della condizione patologica; tale ambito di lavoro permane faticoso .

Per quanto il livello di istruzione, il 60% dei soggetti ha conseguito la licenza media inferiore; il 22% un diploma superiore, il 13% un diploma professionale, l'1,5% un diploma universitario, il 1,5% una laurea, permane un 2% dei soggetti che ha conseguito solo la licenza elementare.

Il livello di scolarizzazione è basso nella popolazione generale degli assistiti. più specificatamente nella popolazione di soggetti minorenni o di età giovane si rileva condizione di abbandono scolastico, inoccupazione come elementi indice di gravità che produce una condizione di vuoto esistenziale e progettuale. La situazione ambientale nella società che non ci abitua più alla gestione della frustrazione, in assenza riferimenti di autorità, con la enorme disponibilità e facilità di acquisizione della sostanze, la ricerca di risposte rapide e immediate senza mentalizzazione ma basata su processi primari di funzionamento. Non a caso anche il piano psicopatologico è cambiato con disturbi dello spettro della antisociale, del narcisismo, della disorganizzazione .

Per quanto lo stato occupazionale: il 60% della popolazione assistita è disoccupato; mentre il 40% è occupato, di questi il 30% ha lavori temporanei.

Più nello specifico esaminando le professioni, il 57% degli occupati fa l'operaio, il 26% ha un lavoro autonomo come artigiano o libero professionista, il 9% fa l'impiegato; il 6% fa l'imprenditore e il 2% è dirigente.

Per quanto la condizione di disoccupazione, questa è distribuita in tutte le fasce di età.

### **Veniamo alla distribuzione di età:**

**Il 50% della popolazione totale degli assistiti si colloca nel range di età dai 15 ai 34 anni.**

Si rileva, anche per quest'anno per quanto le nuove prese in carico, l'abbassamento dell'età di accesso ai servizi ma con livelli di gravità già di grado elevato, in relazione alla precocità di iniziazione dell'uso e alla presenza di quadri comorbili. Le implicazioni dell'uso precoce di sostanze stupefacenti sia sul piano dello sviluppo cerebrale che dello sviluppo cognitivo emozionale del soggetto è dato acquisito che si interseca con la natura sociale del contesto di vita attuale.

È indubbio che viviamo in una società additiva, una società che promuove attivamente lo sviluppo della dipendenza (si pensi al gioco patologico dove è davvero evidente tale aspetto).

Più nello specifico della **distribuzione dei soggetti assistiti suddivisi per fasce di età** si rileva che l'14% dei soggetti assistiti è nella fascia di età 14-19 anni; il 36% si colloca nella fascia di età 20-34 anni; il 26% nella fascia di età 35-44 anni; il 10% dei soggetti nella fascia 45-54 anni, il 14% dei soggetti si colloca nella fascia di età >55 anni.

Esaminando le variazioni nelle fasce di età si rileva che la fascia 15-19 anni si è incrementata come numero di soggetti assistiti (gli invii sono per lo più diretti, mediati dai familiari e sulle fasce minori anche attraverso il canale di invio nell'area penale o servizi di tutela minori).

Sempre più consolidata l'area penale minorile.

Presenti anche assistiti nella fascia di età di soggetti sopra i 55 anni, per età definibili "cronici" (19 soggetti), questo dato attribuibile anche a prese in carico per disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Fasce di età	Numero grezzo soggetti
14-19	38
20-24	25
25-29	37
30-34	36
35-39	32
40-44	37
45-49	27
50-54	22
>55	18
<b>Totale</b>	<b>272</b>

### Condizione legale:

Il 9% della popolazione assistita presenta una condizione di presa in carico come persona sottoposta a misura alternativa alla detenzione.

Non vi sono prese in carico di soggetti sottoposti a misure di sicurezza.



Il 10% della popolazione di soggetti assistiti ha attiva una presa in carico contestualmente ad una MAP (di questo dato l'80% è rappresentato da minori inseriti in comunità educativa Don Guanella (LC), circuito penale minorile).

Dato stabile nella popolazione generale. Si sottolinea tuttavia come siano presenti profili di reato in ambito minorile molto seri afferenti all'area del quadri di narcisismo maligno e profili antisociali. Del resto i quadri psicopatologici stanno cambiando con un aumento di incidenza di tali profili in ambiti minorile e nella popolazione adulta anche in relazione al contesto sociale -culturale e economico attuale dominato dalla velocità, dalla fruizione immediata di piacere, dall'assenza di riferimenti di autorità.

Si rileva il rientro di prese in carico su invio della prefettura: 4% dei casi trattati.

### **Condizione sanitaria HIV e HCV della popolazione:**

la numerosità dei pazienti che presentano una condizione HCV è pari al 30% dei soggetti trattati;

mentre la condizione HIV è presente nel 5%. Il 30% dei soggetti riferiscono invece di non sapere se abbiano fatto vaccino epatite B.

Il Servizio non rileva MST anche sia per la scarsa compliance dei soggetti sia per la assenza di centro specialistico sul territorio.

Al fine di migliorare la compliance dei soggetti assistiti a sottoporsi agli accertamenti sanitari, il Servizio da tempo vincola l'avvio della terapia sostitutiva proprio alla acquisizione degli esiti di accertamenti prescritti ad eccezione di condizioni di urgenza (donne in gravidanza ad esempio).

Inoltre per quanto l'HIV il Servizio si è dotato di test di screening rapido al fine di facilitare l'accesso all'accertamento infettivologico.

Segnaliamo del resto un aumento nella popolazione giovane con condizione di dipendenza da oppiacei e cocaina, della modalità d'uso EV che per quanto ancora inferiore a quella fumata, tuttavia si è osservata nella nostra popolazione.

### **AREA ADDICTION**

La **distribuzione delle sostanze d'abuso** (analisi sostanza primaria) è la seguente:

il 32% dell'utenza chiede un trattamento per consumo cocaina, mentre il 27% per consumo primario di eroina.

L'alcol è rappresentato nel 14% delle prese in carico.

Il 27% delle domande di cura sono relative all'uso di cannabis, un dato correlato alla presa in carico di giovani o minorenni.

Segnaliamo tuttavia casi isolati di dipendenza esclusiva in quanto per lo più presente polidipendenza.

Analizzando la distribuzione delle sostanze secondarie, si rileva il 35% dei soggetti presenta uso di cocaina concomitante, il 33% di cannabis, il 17% di oppioidi e il 15% di alcol.

Per quanto la via di assunzione della sostanza: la modalità di uso fumata è rappresentata nel 49% mentre la modalità sniffata nel 17%, la modalità inalata nel 6%. La modalità endovenosa nell'11% dei consumatori. Si segnaliamo quindi comunque la presenza in aumento di tale dato rispetto alla rilevazione dell'anno precedente.

La sostanza di iniziazione nella nostra popolazione è nel 75% dei casi la cannabis, segue l'alcol nel 11% dei soggetti, nell'8% la cocaina, nel 5% di soggetti l'eroina, e nell'1% MDMA /Ketamina

L'Onset con le sostanze è precoce: sotto i 14 anni si colloca il 70% della popolazione, tra i 14 e i 25 anni il 20% circa e oltre i 25 anni il 10%.

L'uso di tabacco è presente nel 90% dei casi presi in carico.

Il consumo di alcol tra le condotte di addiction è rappresentato nel 30% dei casi (soggetti che hanno dichiarato consumo problematico, quindi dato sottostimato). La rilevazione delle condotte di addiction comprese gioco o internet, risente della "normalizzazione" delle condotte stesse nella cultura della popolazione trattata e pertanto riflette una assente rappresentazione di tali condotte come problematiche.

Per quanto le dipendenze senza sostanza, il 10% dei soggetti porta una domanda di cura per gioco d'azzardo: il dato evidenzia un incremento rispetto all'anno precedente (rimane critica la conoscenza del Servizio sul territorio rispetto ad altri centri di cura territoriali più consolidati da politiche di sensibilizzazione e di pubblicizzazione. Gli accessi in questa popolazione sono stati mediati dal passaparola di altri soggetti che conoscevano il Servizio o da altri servizi, soprattutto la psichiatria anche in linea con la modalità di lavoro del Servizio flessibile e personalizzata). Si sottolinea però un lavoro di maggior integrazione ad opera di ATS che ha portato il Servizio ad essere inserito nel programma GAP.

Riteniamo sotto stimato il potenziale del Servizio soprattutto per quanto concerne l'aspetto organizzativo dell'orario che lo rende fruibile ad una popolazione di utenza integrata sul piano sociale.

Venendo alla analisi della tipologia dei trattamenti erogati:

Il 78 % dei trattamenti erogati al Servizio in regime ambulatoriale sono stati dedicati alla dipendenza da sostanze; mentre l'12 % all' alcolismo, il 10 % alla dipendenza da gioco

I trattamenti per dipendenza da alcol e sostanze di tipo **residenziale sono rappresentati nel 21%** .

Permane centrale infatti, per il Servizio, la valorizzazione della strategia terapeutica di tipo residenziale sempre più declinata su progetti personalizzati. La comunità come dispositivo educativo e favorente l'apprendimento di nuovi stili di vita e di esperienze quanto mai necessarie per la popolazione soprattutto giovanile come quella attuale connotata da vuoto e da assenza di progettualità esistenziale.

I trattamenti per soggetti affetti da gioco sono per lo più trattamenti a lungo termine, con presa in carico psicologica, presentando infatti nella totalità quadri comorbili.



Si sottolinea l'avvio della sperimentazione del trattamento residenziale per la casistica GAP con buon esito ( sono stati inseriti 2 soggetti in strutture specialistiche dedicate a tale dipendenza )

## Entrando nello specifico dei trattamenti:

Il 23% dei soggetti in trattamento ha in essere un trattamento farmacologico sostitutivo (metadone, e/o buprenorfina). Si è rilevato un significativo bisogno di approfondimento diagnostico e terapeutico di stampo psichiatrico nella nostra popolazione, per cui il Servizio si è dotato di un medico specialista psichiatra. Nel corso del 2021, il 18 % dei soggetti in cura ha in essere un trattamento psicofarmacologico.

I trattamenti anche con prevalenza di presa in carico sanitaria ad es. per soggetti cronici, pluri trattati e poco complianti, sono comunque accompagnati da interventi minimi di counselling socioeducativo: il Servizio infatti richiede come modalità di presa in carico, l'accesso dei pazienti anche alle figure psicosocioeducative ovviamente declinando intensità e specificità di intervento a seconda del caso clinico e della finalità progettuale perseguita.

**Appare sempre più chiaro come la manifestazione attuali rendano la dipendenza concettualizzabile come doppia diagnosi. Il Servizio si trova a fronteggiare situazioni sempre più complesse e variegate, poiché le dipendenze patologiche attraversano la società intera e le diverse fasce di età, non solo particolari categorie e quindi richiedono interventi sempre più tagliati su misura di bisogni differenziati. È emersa nella nostra popolazione una chiara esigenza di approfondimento psichiatrico tanto che il Servizio si è orientato verso l'implementazione di tale figura.**

## Analisi prestazioni erogate: prima lettura degli interventi del Servizio.

Si tratta di una analisi grezza relativa all'esame della attività del Servizio al fine di valutare l'effettivo orientamento in relazione alla mission del Servizio e alla forte impronta psicosociale, basandosi sulla cultura della accoglienza e dell'approccio biopsicosociale della dipendenza con connotazione del Servizio più sbilanciata su interventi psicopedagogici. Tale analisi iniziata l'anno precedente ci dovrebbe mostrare la fisionomia del Servizio.

Dal computo totale delle prestazioni erogate, si rileva che: il 60% delle prestazioni fanno capo alla figura professionale dell'infermiere; il 10 % sono prestazioni eseguite dal medico; il 31% sono prestazioni afferibili alle figure psicologico, sociali ed educative, il 9% sono prestazioni di tipo organizzativo (relazioni, riunioni etc).

Si evince come le prestazioni di tipo infermieristico (soggetti che assumono quotidianamente la terapia) sono rappresentate nella percentuale maggiore.

Come si evince dal computo prestazionale gli interventi di tipo psico socio educativo rappresentano per tre volte di più quelli che fanno capo al medico.

Va da sé che anche l'impianto organizzativo e progettuale del Servizio diventa selettivo sulla popolazione afferente, ritenendo quindi alto il livello di richiesta al singolo soggetto assistito.

## **5. LE ATTIVITA' DEL SERVIZIO**

### **a. La multidisciplinarietà e l'integrazione professionale**



Ormai piuttosto consolidata la cultura multidisciplinare del Servizio che si traduce a livello operativo nella presa in carico integrata tra le varie figure professionali.

Il Servizio non è di stampo medicocentrico nella sua progettualità identitaria.

Nel corso del 2021 in relazione alla valutazione di complessità della dipendenza e della inevitabile definizione di doppia diagnosi, il Servizio si è dotato della figura specialista dello psichiatra al fine di migliorare le capacità di diagnosi e di trattamento nella presa in carico dei soggetti assistiti.

Tale consulenza si è poi tradotta nella piena implementazione della figura specialistica nella gestione del ruolo anche di direttore sanitario del Servizio.

La relazione con tutti i soggetti afferenti al Servizio rimane il principale obiettivo del Servizio, perseguito come condizione di lavoro essenziale.

#### **b. Attenzione alle famiglie e alla presa in carico di referenti familiari**

Il Servizio continua a declinare la propria progettualità di cura integrando la presa in carico familiare, aspetto tuttavia non di facile realizzazione.

Si può trarre evidenza di tale attenzione nella analisi prestazionale.

Le famiglie portano una grande sofferenza ed empasse nel fronteggiamento dell'addiction e della patologia.

Si assiste nelle fasce giovani ad una espressione patologica di vuoto e di noia, unita ad isolamento sociale se non inseriti in gruppi devianti. Si è rilevato abbassamento delle età di accesso al Servizio e la presenza di quadri comorbili e disturbi gravi del comportamento con condizione di resa delle famiglie di fronte ai figli dichiarati "ingestibili".

#### **c. Riorganizzazione della accoglienza al Servizio**

Il Servizio sta ancora progettando una riorganizzazione della presa in carico di tutta l'utenza a partire dal primo contatto privilegiando, ai primi accessi, contatto con figure non sanitarie, finalizzato a fornire una presentazione del Servizio fortemente focalizzata sugli aspetti sociali e psicologici del soggetto e della sua dipendenza.

Al fine di migliorare il Servizio di accoglienza, l'infermeria è stata collocata nella parte di ingresso del Servizio.

#### **d. Minori**

Il Servizio ha consolidato l'operatività sulla area minori intersecandosi con servizi della tutela minori (tutela minori area Como e Lecco) con la comunità socio-educativa (Don Guanella di Lecco) e con USSM di Milano (area penale minorile).

La presa in carico è primariamente psicologica e socio-educativa e la figura sanitaria interviene solo se necessario sul piano clinico non come primo intervento ad es. se rilevati indicatori di comorbidità.

La presa in carico di soggetti minori richiede particolare attenzione alla famiglia ritenuta risorsa indispensabile per il progetto di cura.

Si è assistito ad un aumento di accessi di famiglie con situazioni di vera e propria “ingestibilità” dei figli con impossibilità di intercettazione di tali soggetti. **andrebbe riconosciuto tale lavoro che per il Servizio spesso non è rendicontato dato anche il mancato riconoscimento economico del Servizio.**

#### e. Equipe

L'equipe non ha modificato lo stile di relazione tra professionisti che prevede un confronto continuo (quotidiano) anche informale: è ormai prassi consolidata al Servizio l'esistenza di un dialogo tra figure professionali diverse, con la possibilità di valutare anche gli errori possibili sotto la leadership tenuta dal responsabile del Servizio. In tale senso il caso viene gestito in equipe multidimensionale integrata, distribuita la responsabilità (data anche la fenomenologia a doppia diagnosi), favorita la gestione di conflitti e/o di sentimenti di attaccamento eccessivo o al polo opposto di tipo espulsivo e giudicante.

L'introduzione della figura medica dello specialista psichiatra ha risposto ad una esigenza di maggior professionalizzazione e sviluppo di competenze sia nella diagnosi che nel trattamento delle persone che accedono al Servizio.

## 6. RILEVAZIONE LIVELLI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA E DEI FAMILIARI: ANNO 2021

L'analisi dei dati non pone grosse criticità in quanto l'esito è al di sopra della media, permangono criticità nell'insieme dei dati rispetto ad i tempi d'attesa e la reception già evidenziati nella rendicontazione dell'anno scorso. Quest'anno la gestione delle misure procedurali d'accesso per contenere la diffusione dell'infezione da Covid-19, ha esasperato le modalità di accesso. Si rileva che per la natura comportamentale dei pazienti tossicodipendenti, anche se ingaggiati obbligatoriamente all'accesso per appuntamento per la somministrazione terapia, tali appuntamenti concordati non vengono rispettati provocando rischi di assembramento. Si rileva la necessità di affiancare in sala d'attesa e somministrazione terapia una figura educativa, già indicata nel precedente anno ma poi vanificata per mancanza di budget. Si ritiene visto anche la particolarità dei cambiamenti di strategia di accesso al Servizio dovuti alla pandemia di riproporre la revisione della postazione reception e sala d'attesa con l'aggiunta di una figura educativa

## Rilevazione customer 2021

Quesiti	Indice efficacia
1. Come valuti la chiarezza/completezza delle informazioni all'atto dell'accesso al servizio?	96%
2. Come valuti la gentilezza e disponibilità degli operatori?	100%
3. Come valuti la fascia oraria di apertura del servizio?	98%
4. Come valuti la completezza/chiarzza delle informazioni sulla documentazione da portare?	87%
5. Come valuti la disponibilità del personale a dare informazioni e spiegazioni ?	96%
6. Come valuti la capacità del personale di mettere a proprio agio e tranquillizzare?	100%
7. Come valuti la disponibilità degli operatori all'ascolto?	100%
8. Come valuti la completezza e chiarezza delle informazioni fornite?	100%
9. Come valuti la presenza di adeguata segnaletica interna?	100%
10. Come valuti il tempo di attesa tra orario dell'appuntamento ed effettuazione della prestazione?	91%
11. Come valuti il comfort della sala di attesa dell'ambulatorio?	89%
12. Come valuti la pulizia degli ambienti?	84%
13. Come valuti la disponibilità, gentilezza e attenzione da parte del personale medico, infermieristico e tecnico?	98%
14. Disponibilità al dialogo e colloquio del medico o personale sanitario?	98%
15. Chiarezza/completezza informazioni su diagnosi e condizioni di salute?	98%
16. Chiarezza/completezza informazioni su terapie/comportamenti a casa?	100%
17. Rispetto della riservatezza e dignità personale?	100%
<b>MEDIA</b>	<b>96%</b>

## 7. RETI TERRITORIALI

Il Servizio prosegue la costruzione di legami attraverso la collaborazione tra operatori su casi clinici.

Si è pertanto lavorato nella logica di integrazione tra servizi del sistema di cura consolidando i rapporti con:

- Caritas di Lecco
- Centri di accoglienza per migranti (di Maggianico in particolare) e Pronta Accoglienza migranti di Lecco
- Comuni del territorio
- Equipe tutela minori del territorio
- Comunità educativa Don Guanella di Lecco
- Comunità terapeutiche del territorio: Il Gabbiano e CAL
- Psichiatria
- Auto-aiuto



**S.M.I. Broletto** (Servizio Multidisciplinare Integrato)

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

- ASFAT

Sono stati attivati progetti con Gabbiano come partner e Caritas Lecco sulla marginalità e ASST per adolescenti e GAP.

#### **8. CONSIDERAZIONI STRATEGICHE NEL CONTESTO DELL'ATS BRIANZA**

Nel 2021 si è partecipato a tutti i tavoli di coordinamento messi in essere da ATS Brianza, compreso i corsi di formazione e di miglioramento sul campo. Dal lavoro sono emerse strategie di risposta all'utenza coerenti con la lettura del DATO epidemiologico del territorio. Il nostro Servizio ha adottato una flessibilità nella risposta incontrando l'utenza giovanile emergente, e con particolare gravosità rispetto alla sofferenza psichica.

Rispetto al GAP si è aumentata la risposta come richiesto da ATS Brianza.