



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

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

## PIANO DI LAVORO ANNO 2020 SERVIZIO SMI BROLETTO DI FAMIGLIA NUOVA





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

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

## Firme:

Documento redatto IL 02/03/2020 da: Dott.ssa Giorgia Albani, Dott. Maurizio Mattioni Marchetti

Documento visionato da: A.S. Caspani Gloria. Dott. Gargiuolo Fernando. I.P. Carbone Antonella. Direttore Sanitario Dott. Lanfranconi Mario

Documento verificato da: Dendena Gian Franco  
(Ufficio controllo e qualità)

Firma:

Data: 20 marzo 2020

Documento approvato da:  
Devecchi Mariarosa (Presidente)

Firma:

Data: 27 marzo 2020

## INDICE

1. PREMESSA .....	3
2. ANALISI AZIONI DI MIGLIORAMENTO SVOLTE NEL 2019.....	3
3. ANALISI DI MIGLIORAMENTO PER 2020.....	3
4. EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ASSISTITI : RILEVAZIONE UTENZA ANNO 2019	
5. LE ATTIVITA' DEL SERVIZIO .....	9
6. RILEVAZIONE LIVELLI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA E DEI FAMILIARI: ANNO 2019 .....	11
7. RETI TERRITORIALI.....	13
8. CONSIDERAZIONI STRATEGICHE NEL CONTESTO DELL'ATS BRIANZA .....	13



## **1. PREMESSA**

Il piano annuale del servizio anche quest'anno richiede uno sguardo di miglioramento rispetto al lavoro precedente. Purtroppo 11 anni di sofferenza economica rispetto alle ristrettezze del budget assegnato non corrispondente alla produzione prestazionale, inficia la possibilità di avere risorse per il miglioramento. Nella esperienza della pratica clinica si evidenzia la necessità di investimenti rispetto ad una apertura del servizio sulle 12 ore giornaliere, per venire incontro a tutti i cittadini con impegno lavorativo o scolastico, in modo da facilitare il tempo per la cura con gli impegni obbligatori per l'adeguatezza sociale. Si evidenzia una nuova generazione di utenza giovanile, con problematiche complesse, dal completo disimpegno sociale alla mancanza di strumenti di esame della realtà per comportamenti adeguati. È auspicabile il potenziamento in equipe della figura specialistica dello psichiatra per rispondere adeguatamente all'aumento importante di pazienti con doppia diagnosi. Per cui le azioni intraprese sono lo sforzo di pensare al futuro del servizio, nonostante la mera rendicontazione economica ne richiederebbe il ridimensionamento, a scapito delle richieste prestazionali dei cittadini le quali non seguono logiche della politica.

## **2. ANALISI AZIONI DI MIGLIORAMENTO SVOLTE NEL 2019**

L'azione politica volta ad ottenere l'adeguamento del budget è proseguita attraverso il confronto con altre associazioni all'interno del Com.E e dell'ASAD. Il lavoro di rete ha avuto e continua ad avere una costante interfaccia con la Regione. Ottenendo per il 2019 un aumento di budget di circa 25,000 euro, certo non abbastanza per coprire la produzione, ma si prende atto di una attenzione verso l'utilità del servizio nel sistema pubblico dei servizi essenziali.

L'inserimento della figura dello psichiatra ha migliorato l'offerta prestazionale aumentando le competenze nel lavoro d'equipe, con risposte maggiormente specialistiche nell'intervento di cura.

È stata predisposta l'assunzione da parte dell'organizzazione la gestione diretta dell'infermiere, chiudendo la collaborazione con ASSISTUDIO, questo ha caratterizzato l'intervento ed il lavoro d'equipe con un migliorato spirito di appartenenza alla mission della cooperativa.

## **3. ANALISI DI MIGLIORAMENTO PER 2020**

Si evidenzia nell'analisi delle customer un generale apprezzamento del servizio, permangono criticità nell'area sanitaria in particolare nella somministrazione del sostitutivo, dove si evidenzia maggiore criticità nell'attivazione di reazioni conflittuali. Si era già individuata la soluzione nel predisporre l'attività di somministrazione con affiancata una attività educativa congiunta all'infermiere. Per questioni di budget tale soluzione non è ancora stata implementata. Si rileva che la regolazione dell'assunzione del farmaco sostitutivo ha di per se delle criticità in quanto gli assistiti hanno la tendenza a non seguire le prescrizioni date dal medico, per cui si provvederà a continuare anche per il 2020 una formazione sulla gestione del conflitto con il paziente e le modalità di linguaggio nel spiegare le procedure in atto al servizio (umanizzazione delle cure).

AZIONI	RESPONSABILITÀ	TEMPI
Formazione sulla gestione del conflitto e umanizzazione delle cure, in particolare utilizzo del linguaggio non violento di Rosenberg.	Ufficio formazione	Entro 2020
Assunzione educatore da affiancare all'infermiere.	Direzione	Entro 2020 se verrà riconosciuta la produzione del servizio con incremento del budget
Rimodulazione architettonica della sala attesa più spazio somministrazione per migliorare l'accoglienza dei Pazienti e famiglie.	Direzione	Entro 2020 se si verificano possibilità di aumento budget.

#### 4. EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DI SOGGETTI ASSISTITI : RILEVAZIONE UTENZA ANNO 2019

Nel corso dell'anno **2019** il numero totale dei soggetti assistiti è stato pari a 235; si distingue nel dato un 35% di soggetti, che rappresenta la numerosità delle "nuove prese in carico" mentre il 16% rappresenta i "rientrati" in cura .

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, si è mantenuta stabile.

Anche per quanto la distribuzione della popolazione assistita suddivisa per sesso, non si rilevano sostanziali difformità dalla rilevazione dell'anno precedente: si evince infatti che l'80% della popolazione è di sesso maschile e il 20 % di sesso femminile

Sesso	Numero grezzo soggetti
F	46
M	189

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).

La **distribuzione territoriale** dell'utenza è principalmente afferente al bacino dell'ATS Monza Brianza, rappresentata nel 75% dei casi trattati. Il servizio risponde quindi principalmente al bisogno del territorio.

L'area limitrofa ovvero i territori della ATS della Montagna (8%), dell'ATS dell'Insubria (6%) e dell'ATS Città Metropolitana (5%), rappresentano un totale del 19%. Il 4% ATS Bergamo. infine un 1% distribuito in casi isolati sulle ATS Pavia e Val Padana.

Tali casi isolati sono per lo più espressione di rapporti di relazione forte con l'organizzazione Famiglia Nuova (soprattutto per strutture terapeutiche residenziali).

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

il 73% dei soggetti è di stato civile celibe/nubile; il 12% coniugato/a; l'8% convivente; il 4% divorziato/a, il 2% separato/a e l'1% vedovo/a

il 97% degli assistiti ha una dimora stabile; l'1% è senza fissa dimora, circa il 2% vive in istituto

il 12% della popolazione assistita ha figli minori e di questi il 56% vive con i figli

con chi vivono i soggetti assistiti: il 21% dei soggetti vive da solo, il 45% con i genitori; il 15% con partner, il 13% con partner e figli; il 2% da solo con figli.

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.

Per quanto il livello di istruzione, il 53% dei soggetti ha conseguito la licenza media inferiore; il 22% un diploma superiore, il 20% un diploma professionale, l'1% un diploma universitario, il 1% una laurea, permane un 3% 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.

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 46% della popolazione totale degli assistiti si colloca nel range di età dai 15 ai 34 anni.

Più nello specifico della **distribuzione dei soggetti assistiti suddivisi per fasce di età** si rileva che l'11% dei soggetti assistiti è nella fascia di età 15-19 anni; il 9% si colloca nella fascia di



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

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

età 20-24 anni; il 11% nella fascia di età 25-29 anni ; il 15% nella fascia di età 30-34 anni ; il 14% dei soggetti nella fascia 35-39 anni ; il 10% nella fascia dei 40-44 anni; la fascia 45-49 anni è rappresentata dall'11% dei soggetti mentre quella 50-54 anni dall' 11% , il 4% dei soggetti si colloca nella fascia di età 55-59 anni ed infine sempre il 4% nella fascia di età 60-84 .

Esaminando le variazioni nelle fasce di età si rileva che la fascia 15-19 anni si è mantenuta stabile 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).

Si segnala che soprattutto quest'anno il servizio ha avuto un certo numero di invii direttamente dal reparto SPDC dell'Ospedale di Lecco, a seguito di accessi di minori e in condizioni di cortocircuito comportamentale e con sintomi psichiatrici riconducibili a uso di sostanze talvolta non identificate nelle consuete sostanze.

Presenti anche assistiti nella fascia di età di soggetti sopra i 54 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
0-14	—
15-19	14
20-24	33
25-29	26
30-34	36
35-39	32
40-44	25
45-49	24
50-54	26
>55	19
<b>Totale</b>	<b>235</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 7% 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).



Assenti prese in carico su invio della prefettura di Lecco, dato che potrebbe mutare nel corso dell'anno 2020.

## **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.

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 34% dell'utenza chiede un trattamento per consumo cocaina, mentre il 32% per consumo primario di eroina.

Come si evince le due sostanze si equivalgono per percentuale segnalando la ormai più frequentemente osservata polidipendenza.

L'alcol è rappresentato nel 16% delle prese in carico.

Il 18% delle domande di cura sono relative all'uso di cannabis.

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



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

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

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 7% 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).

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 62% dei trattamenti erogati al servizio in regime ambulatoriale sono stati dedicati alla dipendenza da sostanze; mentre l'11% all' alcolismo, il 7% alla dipendenza da gioco

I trattamenti per dipendenza da alcol e sostanze di tipo **residenziale sono rappresentati nel 19%**: il dato in linea con l'anno precedente, è espressione della valorizzazione parte del servizio 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.

**Entrando nello specifico dei trattamenti:**

Il 25% 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 2019 il 10 % 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, poichè 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 2019 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 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 emparse 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 comorbilità.

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 viene gestito in equipe multidimensionale integrata il caso, distribuita la responsabilità sul caso (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.



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

di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale

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 2019**

La rilevazione indica un complessivo apprezzamento delle modalità di erogazione delle prestazioni, con uno scostamento peggiorativo rispetto alla sala d'attesa, situazione già rilevata nell'anno precedente. Si è pervenuti con la direzione della cooperativa alla formulazione di un progetto sia di cambiamento architettonico, sia di strategia di accoglienza (affiancando all'infermiere la figura dell'educatore). La progettualità ha bisogno di un finanziamento per essere attuata, finanziamento che al momento non è stato possibile reperire.

Emerge l'apprezzamento nel coinvolgimento della famiglia nel processo di cura dell'assistito, rendendo più stabili gli accessi ed il flusso informativo per l'elaborazione della storia biografica in funzione della cura.

Emerge un apprezzamento rispetto alla continuità assistenziale tra regime residenziale e intervento ambulatoriale.

S. M. I. Broletto (Servizio Multidisciplinare Integrato)		Risposte Date	Giudizi positivi	Giudizi negativi	Media	Indice efficacia	Scostamento
<b>GLOBALE</b>		<b>629</b>	<b>489</b>	<b>140</b>	<b>3,17</b>	<b>78%</b>	<b>- 30%</b>
1. Come valuti la chiarezza/completezza delle informazioni all'atto dell'accesso al servizio?		37	30	07	3,19	81%	- 19%
2. Come valuti la gentilezza e disponibilità degli operatori?		37	31	06	3,30	84%	- 16%
3. Come valuti la fascia oraria di apertura del servizio?		37	28	09	3,30	76%	- 24%
4. Come valuti la completezza/chiarzza delle informazioni sulla documentazione da portare?		37	32	05	3,32	86%	- 14%
5. Come valuti la disponibilità del personale a dare informazioni e spiegazioni ?		37	28	09	3,19	76%	- 24%
6. Come valuti la capacità del personale di mettere a proprio agio e tranquillizzare?		37	28	09	3,19	76%	- 24%
7. Come valuti la disponibilità degli operatori all'ascolto?		37	31	06	3,35	84%	- 16%
8. Come valuti la completezza e chiarezza delle informazioni fornite?		37	28	09	3,16	76%	- 24%
9. Come valuti la presenza di adeguata segnaletica interna?		37	29	08	3,19	78%	- 22%
10. Come valuti il tempo di attesa tra orario dell'appuntamento ed effettuazione della prestazione?		37	21	16	2,76	57%	- 43%
11. Come valuti il comfort della sala di attesa dell'ambulatorio?		37	28	09	2,86	76%	- 24%
12. Come valuti la pulizia degli ambienti?		37	33	04	3,35	89%	- 11%
13. Come valuti la disponibilità, gentilezza e attenzione da parte del personale medico, infermieristico e tecnico?		37	31	06	3,38	84%	- 16%
14. Disponibilità al dialogo e colloquio del medico o personale sanitario?		37	28	09	3,19	76%	- 24%
15. Chiarezza/completezza informazioni su diagnosi e condizioni di salute?		37	28	09	3,03	76%	- 24%
16. Chiarezza/completezza informazioni su terapie/comportamenti a casa?		37	29	08	3,14	78%	- 22%
17. Rispetto della riservatezza e dignità personale?		37	26	11	2,97	70%	- 30%
		0	00				
<b>GLOBALE</b>		<b>629</b>	<b>489</b>	<b>140</b>	<b>3,17</b>	<b>78%</b>	<b>- 22%</b>
<b>MEDIA VALUTAZIONE GLOBALE (G)</b>				<b>3,17</b>			

1. Come valuti la chiarezza/completezza delle informazioni all'atto dell'accesso al servizio?	78%
2. Come valuti la gentilezza e disponibilità degli operatori?	81%
3. Come valuti la fascia oraria di apertura del servizio?	84%
4. Come valuti la completezza/chiarzza delle informazioni sulla documentazione da portare?	76%
5. Come valuti la disponibilità del personale a dare informazioni e spiegazioni ?	86%
6. Come valuti la capacità del personale di mettere a proprio agio e tranquillizzare?	76%
7. Come valuti la disponibilità degli operatori all'ascolto?	76%
8. Come valuti la completezza e chiarezza delle informazioni fornite?	84%
9. Come valuti la presenza di adeguata segnaletica interna?	76%
10. Come valuti il tempo di attesa tra orario dell'appuntamento ed effettuazione della prestazione?	78%
11. Come valuti il comfort della sala di attesa dell'ambulatorio?	57%
12. Come valuti la pulizia degli ambienti?	76%
13. Come valuti la disponibilità, gentilezza e attenzione da parte del personale medico, infermieristico e tecnico?	89%
14. Disponibilità al dialogo e colloquio del medico o personale sanitario?	84%
15. Chiarezza/completezza informazioni su diagnosi e condizioni di salute?	76%
16. Chiarezza/completezza informazioni su terapie/comportamenti a casa?	76%
17. Rispetto della riservatezza e dignità personale?	78%
<b>MEDIA</b>	<b>78%</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

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**

Mel 2019 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.