



PROCEDURA	ASL LATINA	VERS. 1	Pag. 1 di
	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri	data	

PROCEDURA ORGANIZZATIVA

COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SSOCIALE NELL'AMBITO DEL TSMREE

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
data 28/03/2023	Dirigente Assistente Sociale dott.ssa Gerarda Molinaro <i>Gerarda Molinaro</i>	Dipartimento di Salute Mentale Direttore dott. ssa Anna Di Lelio <i>Anna Di Lelio</i>	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri dott Valentino Coppola <i>Valentino Coppola</i>	1 Anno
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X	X	X	X
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		riunioni
	X	X		X



PROCEDURE DI LAVORO ASSISTENTI SOCIALI TSMREE

Gruppo di lavoro (GDL):

COGNOME	NOME	SERVIZIO	FIRMA
CARDARELLO	ANDREA	T.S.R.M.E.E. CISTERNA DI LATINA	<i>Andrea Cardarello</i>
COLELLA	GABRIELLA	T.S.R.M.E.E. FORMIA/GAETA	<i>Colella Gabriella</i>
DI NOLA	JESSICA	T.S.R.M.E.E. FONDI/PRIVERNO	<i>Jessica Di Nola</i>
DI TRAPANO	DANIELA	T.S.R.M.E.E. APRILIA	<i>Daniela Di Trapano</i>
NICOLINI	SABRINA	T.S.R.M.E.E. LATINA	<i>Sabrina Nicolini</i>
RENZELLI	PATRIZIA	T.S.R.M.E.E. TERRACINA	<i>Patrizia Renzi</i>

La UOC Rischio Clinico è referente della implementazione della procedura.



INDICE

PREMESSA.....	4
1. - SCOPO ED OBIETTIVI.....	5
1.1. Oggetto	5
1.2. Obiettivi	5
1.3. Target	
2. AMBITO DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI	5
2.1. Il servizio di tutela salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva (TSMREE).....	6
2.2. Modalità di accesso al servizio	8
2.3. La fase di accoglienza	8
2.4. La consulenza sociale.....	9
2.5. Il Lavoro d'équipe.....	9
2.6. Il Lavoro di Rete.....	9
2.7. La Diagnosi Sociale	10
2.8. La Presa in Carico	11
2.9. La segnalazione.....	11
2.10. Attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM)	11
2.11. Case Manager.....	12
2.12. Monitoraggio.....	12
2.13. Follow up.....	12
3. - MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	12
3.1. Schema matrice.....	12
4. - INDICATORI.....	13
4.1. Presa in carico e Autonomia Professionale.....	13
5. - VALUTAZIONE DEL RISCHIO E ITER PROCEDURALE DIFFUSIONE.....	14
6. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI.....	16
6.1. Terminologia di Settore	16
6.2. Abbreviazioni.....	17
6.3 Definizioni.....	19
7. - BIBLIOGRAFIA.....	20
8. - RIFERIMENTI NORMATIVI.....	21
9. - ALLEGATI.....	22
1) Scheda di primo accesso	
2) Assessment Sociale -Scheda di valutazione dei bisogni della famiglia del minorenni	



PREMESSA

L'evoluzione delle politiche sociali e sanitarie nel nostro paese, la progressiva razionalizzazione delle risorse disponibili, il quadro internazionale di instabilità socio-politica e di crisi economica amplificata dalla situazione emergenziale determinata dal Covid, hanno aumentato in maniera esponenziale il rischio sociale e sociosanitario di consistenti fasce vulnerabili della popolazione.

I **<<determinanti sociali>>** della salute, relativi alle condizioni socio-familiari, economiche e culturali intervengono non solo nell'evolversi della malattia ma anche nella gestione del percorso di cura, condizionata in modo più o meno favorevole dall'incidenza di fattori quali le condizioni di vita personale e di relazione, la presenza di risorse familiari e di reti di supporto sociale.

La **dimensione sociale** è quindi una componente fondamentale dello stato di benessere della persona ed influisce sulla malattia, sui percorsi di prevenzione e di cura sul mantenimento delle condizioni di benessere delle situazioni di vulnerabilità, fragilità e cronicità, avendo un ruolo considerevole per quanto concerne l'accesso alle informazioni, la fruibilità delle cure, la capacità di incidere e mitigare le conseguenze della malattia e di ridurre i fattori di rischio.

Per fare ciò è necessario oggi più che mai, perseguire i principi di universalità, uguaglianza ed equità, come affermato dalla L. 833/1978 e il passaggio da un sistema sanitario specificatamente incentrato sulla malattia ad un **sistema sanitario e sociosanitario integrato ed inclusivo vicino alla comunità**.

L'emanazione della riforma sanitaria ter Decreto D. lgs n. 229/99 e della legge di riforma del Sistema Integrato dei Servizi Sociali n. 328/2000, recepita dalla Legge regionale 11/2016 e dalla DGR 149/2018, hanno introdotto una modalità programmatica e di realizzazione del sistema integrato degli interventi in una logica di rete sempre più partecipata dalla comunità.

Inoltre la Riforma del terzo settore (D. lgs. 117/2017), che ha dato ulteriore impulso ad un sistema di collaborazione tra istituzioni pubbliche e mondo dell'associazionismo e della cooperazione, ha individuato nella co-programmazione e nella co-progettazione gli strumenti per un welfare maggiormente inclusivo. Il PNRR, infine, ha avviato processi complementari di trasformazione organizzativa a supporto di persone fragili, disabili, minori volto a superare la frammentazione dei servizi. In questo scenario appare evidente come il ruolo dell'Assistente Sociale in Sanità, rivesta uno snodo strategico tra sistema sanitario e sistema sociale, garantendo quel necessario apporto e collaborazione tra i diversi livelli dell'integrazione sociosanitaria (istituzionale, gestionale e professionale).

Il Servizio Sociale in Sanità e la professione dell'Assistente Sociale che si integra con l'équipe sanitaria, deve contribuire oggi, in un periodo di grandi e repentini cambiamenti a **rimodulare l'attuale sistema dei servizi sanitari** (TSMREE, CSM etc..) verso modelli di **welfare generativo** più efficaci ed efficienti, per attivare risposte rapide per i cittadini e per rafforzare la dimensione comunitaria di prossimità con le altre istituzioni (enti locali, terzo settore, volontariato etc.). Utilizzare un **"approccio outreach"** ossia **"incontrare i bisogni delle persone laddove nascono"**¹, fare lavoro di comunità, promuovere ed attivare risorse sociali per restituire al territorio, la responsabilità della cura dei soggetti fragili, operare nel territorio costruendo reti, creando legami, connessioni, partnership con enti pubblici e/o privati, con il privato sociale ed il volontariato, in una logica di **co-progettazione partecipata**. E' infatti, proprio dalla valorizzazione delle risorse, umane e ambientali, anche dei singoli soggetti che sono parte di una comunità (ad esempio i *caregivers*) che può attivarsi un processo di promozione della salute che **superi il concetto di "cura" (cure) per passare a quello del "prendersi cura" (care)**.

¹ Allegri E. (2015), *Il Servizio sociale di comunità*; a cura di Carocci Editore, pag. 16;

1. SCOPO ED OBIETTIVI

1.1. Oggetto

L'oggetto del presente documento è quello di disciplinare attraverso la procedura le attività dell'Assistente Sociale all'interno del servizio specialistico del DSM/TSMREE.

1.2. Obiettivi

- 1) Uniformare attraverso la procedura le attività degli Assistenti Sociali nel servizio di appartenenza TSMREE attivo in tutti i Distretti sanitari dell'ASL Latina;
- 2) Definire i livelli di responsabilità dell'Assistente Sociale nel servizio di appartenenza TSMREE
- 3) Favorire l'integrazione professionale con l'équipe del servizio TSMREE ;
- 4) Garantire la presa in carico della persona - minore e famiglia – secondo una visione olistica e multidimensionale/multiprofessionale;
- 5) Individuare ove ritenuto necessario anche la figura dell'Assistente Sociale come *Case Manager*;
- 6) Favorire la collaborazione interdisciplinare tra i professionisti dei servizi sociali territoriali, sociosanitari e sanitari PUA, CSM, SERD etc.

1.3. Target

I minori (0-18 anni) che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

2.1 Il Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE)

Il TSMREE "è una struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) residenti nel territorio di riferimento che tratta un insieme complesso di interventi rivolti a bambini e adolescenti e alle loro famiglie svolgendo funzione di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale"².

Possono rivolgersi al servizio i **minori (0-18 anni)** che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico sociale, quando determinano situazioni di rischio psicopatologico.

Il Servizio TSMREE assicura, attraverso **équipe multiprofessionale** (*Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Terapista della Riabilitazione, Assistente Sociale, Infermiera*) un **percorso diagnostico-valutativo e di follow up** anche con l'ausilio di test validati a cura dell'équipe.

In tale ambito vengono quindi offerti al soggetto in età evolutiva in situazione di disabilità e di disagio ma anche alla sua famiglia, interventi di identificazione precoce del disturbo, **valutazione diagnostica multidisciplinare e presa in carico globale integrata** da parte di équipe multidisciplinari, la definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'Autorità Giudiziaria, nonché, il coordinamento con i centri e le strutture di riabilitazione territoriale.

Il servizio TSMREE garantisce la **continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti** presi in carico in raccordo con i PLS e i MMG, i Consultori familiari, le UO di Neuropsichiatria infantile della rete ospedaliera, i reparti ospedalieri di Pediatria, i CSM, i SERD, le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, incluse quelle afferenti all'area sociale, educativa e giudiziaria.

² Regione Lazio, Piano Regionale di Azioni per la salute mentale 2022 – 2024, Anno 2022, pag. 21;

Aree di intervento specifiche del servizio TSMREE³ a cura dell'equipe multiprofessionale sono:

- Trattamento dei disturbi del neurosviluppo
- Trattamento della disabilità intellettiva
- Trattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio
- Trattamento dei disturbi del movimento e da tic
- Trattamento dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)
- Trattamento dei Disturbi dello spettro autistico (ASD)
- Trattamento dei disturbi da Deficit dell'attenzione e iperattività
- Trattamento dei disturbi neurologici e neuromotori
- Disturbi psicopatologici ad esordio tipico in età evolutiva
- Ritiro sociale e stati mentali a rischio
- Disturbo del comportamento alimentare

Le prestazioni fornite dai TSMREE previste dai LEA⁴ sono gratuite e sono tese all'attuazione di un programma terapeutico individualizzato (PTI) di seguito riportate:

- Accoglienza da parte dell'Assistente Sociale
- Prima visita Neuropsichiatrica e/o Psicologica
- Visite specialistiche neuropsichiatriche
- Prescrizione e monitoraggio di terapie farmacologiche
- Prescrizione di ausili e presidi
- Avvio e monitoraggio dei progetti riabilitativi presso i Centri Convenzionati Ex art. 26
- Valutazioni psicologiche e psicodiagnostiche secondo un protocollo condiviso con l'ausilio di test dedicati e specifici scientificamente validati
- Sostegno psicologico
- Parent training / Interventi psicoeducativi brevi alla coppia genitoriale
- Valutazioni psicomotorie, prassico-motorie, della comunicazione, del linguaggio e degli apprendimenti secondo un protocollo condiviso con l'ausilio di test dedicati e specifici scientificamente validati
- Abilitazione e/o riabilitazione (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo delle autonomie in relazione alla compromissione delle funzioni motorie, neurologiche, sensoriali, comunicative, cognitive e psichiche, mediante impiego di metodi basati sulle evidenze scientifiche.
- Collaborazione con le Istituzioni Scolastiche per l'inserimento e inclusione degli alunni disabili nelle scuole di ogni ordine e grado nel rispetto della L.104/92 che prevede: certificazioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione di alunni con disabilità ai sensi della L. 104/92, certificazioni per gli alunni con Disturbi settoriali dell'apprendimento e/o con Esigenze Educative Speciali ai sensi della L.170/10.
- Partecipazione ai GLI e ai GLO
- Progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale e delle dipendenze patologiche per i minori con comorbidità, e per favorire il percorso di continuità assistenziale dei minori prossimi al 18esimo anno di età.
- Progetti individualizzati, (residenziali, semiresidenziali, diurni, educativi territoriali ecc..), per i minori con disabilità, con problematiche di tipo psichiatrico o in condizione di tutela.

3 TSMREE – Servizio Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in età evolutiva

4 Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale (SSN), allo scopo di garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale



- Presa in carico delle situazioni con disagio psicosociale in accordo e integrazione con Comuni di riferimento, nonché la collaborazione con il Tribunale per i minorenni e Ordinario ove richiesto.
- Certificazioni ai fini medico-legali ai sensi della L.104/92
- Certificazioni diagnostiche e relazioni cliniche

La rete dei servizi TSMREE afferenti al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) presenti sul territorio dell'ASL Latina sono n. 7 e n. 1 Centro di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza struttura di II° livello a Priverno come rappresentato dalla seguente tabella⁵:

Distretto Sanitario LT1	TSMREE di Cisterna di Latina TSMREE di Aprilia
Distretto Sanitario LT2	TSMREE di Latina
Distretto Sanitario LT3	Centro di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza struttura di II° livello
Distretto Sanitario LT4	TSMREE di Terracina TSMREE di Fondi
Distretto Sanitario LT5	TSMREE di Formia TSMREE di Gaeta

L'Assistente Sociale del Servizio TSMREE garantisce nell'ambito delle competenze tecnico-professionale:

- **promozione della salute e del benessere dei cittadini del territorio**, della tutela della persona e del rispetto dei diritti, in particolare mettendo in relazione i professionisti dei servizi sanitari aziendali con i professionisti dei servizi sociali territoriali e dei servizi sociosanitari oltre che con le realtà del terzo settore. In questo ambito contribuisce a promuovere la realizzazione di progetti di welfare comunitario, coinvolgendo i servizi sanitari di volta in volta competenti;
- **focalizzazione sui determinanti sociali della salute**, al fine di prevenire, rimuovere o ridurre i fattori di deprivazione ambientale, socio-economica e familiare che incidono sull'evolvere e sul decorso della malattia;
- **attività di segretariato sociale**, interventi di accoglienza ed orientamento, quali esperti della rete e delle risorse del territorio, volti a fornire informazioni/indicazioni rispetto alle esigenze individuate
- **consulenza professionale**, colloqui di consulenza e sostegno finalizzati al chiarimento ed alla definizione delle problematiche esposte, alla crescita della persona e della sua famiglia;
- **assessment e presa in carico della persona**, finalizzati alla condivisione di progetti individualizzati e degli obiettivi di benessere della stessa;
- **continuità di setting e di cura**, un sistema socio-sanitario integrato presuppone garanzia di continuità nella presa in carico del cittadino, in particolare nelle situazioni di passaggio tra un setting di cura e l'altro (dall'ospedale ai servizi territoriali), tra una tipologia di bisogno e l'altro (dal sanitario al socio-sanitario, dal socio-sanitario al socio-assistenziale), tra un target di età e quello successivo (dai servizi per minori a quelli per adulti, dai servizi per adulti a quelli per anziani);
- **integrazione socio-sanitaria** in particolare nell'ambito dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM) e multiprofessionale, modalità di lavoro integrato fondato sulla necessità

5 Carta dei Servizi, https://www.ausl.latina.it/attachments/article/183/CARTA%20ASL%206%C2%B0%20Rev%202020_1.pdf;



di realizzare progetti sempre più personalizzati (ad es: percorsi di dimissione protetta, passaggi nella presa in carico tra servizi per minori e servizi per adulti con la rivalutazione congiunta del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA -);

➤ analisi dei bisogni e obiettivi strategici, raccolta ed analisi sistematica dei dati relativi la popolazione target del TSMREE sia per i bisogni sociosanitari espressi sia per gli interventi erogati dal territorio di riferimento;

➤ autonomizzazione ed empowerment, nei percorsi di inclusione sociale, come per l'integrazione scolastica (art. 13 L.104/92)⁶ e inserimento nelle strutture terapeutiche riabilitative,

➤ co-progettazione sociale condivisa con l'equipe del Distretto Socio-sanitario

2.2 Modalità di accesso al servizio

Nei TSMREE della Asl di Latina, la modalità di accesso può essere diretta, mediata, con consulenza in Pronto Soccorso (P.S.) e in emergenza come da PDTA⁷.

➤ su richiesta del genitore che esercita la responsabilità genitoriale e/o legale rappresentante (curatore, tutore, AdS);

➤ presentazione da parte dell'utente della richiesta con impegnativa del MMG/PLS (necessaria solo per Centro di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza struttura di II° livello);

➤ richiesta da parte dei Servizi Sociali territoriali

➤ segnalazione da parte delle istituzioni scolastiche

➤ richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria (nel caso di pregiudizio per il minore)

➤ richiesta da parte della Azienda Ospedaliera di III° livello (es: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Umberto I ecc).

2.3 La Fase di accoglienza

L'accoglienza è da intendersi *“non come fase isolata, ma come parte di un processo più ampio, che si svilupperà in un percorso, finalizzato alla conoscenza reciproca tra operatore/i e utente/i, dove si pongono le basi per un rapporto centrato sulla “domanda-offerta” e su una relazione di aiuto.”*⁸

Caratteristica principale dell'accoglienza a cura dell'Assistente Sociale è: ascolto attivo, analisi e decodifica del bisogno sociale e sociosanitario, approccio empatico e collaborativo, attraverso lo strumento del colloquio sociale.

L'Assistente Sociale, attraverso la fase dell'accoglienza, crea il presupposto per la presa in carico del minore compilando la scheda di primo accesso (allegato 1) si allega alla cartella clinica del servizio.

Se nel corso dell'accoglienza si rileva una situazione sociale complessa si utilizzano: la scheda di assessment dei bisogni della famiglia (allegato 2), la scheda di assessment dei bisogni del minore (allegato 3).

“La relazione con la persona, anche in presenza di asimmetria informativa, si fonda sulla fiducia e si esprime attraverso un comportamento professionale trasparente e cooperativo, teso a valorizzare tutte le risorse presenti e la capacità di autodeterminazione degli individui. La professione è

6 Legge 104 del /92 art. 13 sancisce il diritto all'istruzione e all'educazione nelle sezioni e classi comuni per tutte le persone in situazione handicap precisando che “l'esercizio di tale diritto non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap”

7 PDTA ASL Latina, pag. 63, 64,65

8 M. Dal Pra Ponticelli (2011) – *Dizionario di servizio sociale*, AA.VV., Carocci Faber, pag. 31



dinamica e riflessiva; il professionista si impegna con le persone affinché esse possano raggiungere il miglior livello di benessere possibile, tenuto conto dell'evoluzione del concetto di qualità della vita".⁹

2.4. La Consulenza sociale

La **consulenza sociale**, si effettua generalmente nel primo colloquio di accoglienza, si fonda su un'attenta valutazione della persona (storia, contesto socio-ambientale, motivazioni, vissuti, risorse etc.), al fine di valutare, le strategie, le tecniche, gli interventi. È un colloquio complesso che assolve a molte funzioni:

- dare e ricevere informazioni;
- decodificare la domanda;

È importante che durante l'incontro si insaturi un rapporto di fiducia basato sull'assenza di giudizio. *"Durante il primo colloquio, in particolare, emerge la competenza dell'assistente sociale quale esperto della globalità, che ha per sua natura la capacità di fare collegamenti e connessioni fra i vari aspetti di un problema"¹⁰.*

2.5. Il Lavoro d'équipe

Si intende *"un lavoro di gruppo sostenuto da operatori (psichiatri, assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, infermieri...) con diverse professionalità, diversi ruoli, diversi ambiti di competenza che sono tra loro integrati e svolgono un'attività continuativa nel tempo"*¹¹

Il lavoro d'équipe interdisciplinare è necessario per il raggiungimento del benessere della persona, attraverso una presa in carico globale del nucleo familiare.

L'Assistente Sociale partecipa in maniera attiva al lavoro di équipe e contribuisce a valutare e costruire un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

2.6. Il Lavoro di Rete

Il lavoro di rete è un modello di intervento utilizzato dall'Assistente Sociale, consiste nella creazione di legami, sinergie, connessioni tra varie risorse formali, informali, primarie e secondarie al fine di promuovere il benessere della persona e della collettività. Il lavoro di rete citato sia nella legge 328/00¹² sia dal Codice Deontologico¹³.

L'Assistente Sociale, nei percorsi assistenziali, segue le fasi metodologiche del "processo di aiuto"¹⁴, promuove interventi di coordinamento tra servizi e reti informali al fine di evitare sovrapposizioni e disfunzioni, agendo così tra persona, ambiente, organizzazione e dimensione comunitaria¹⁵.

9 CNOAS, *Nuovo Codice deontologico degli Assistenti Sociali*, preambolo, pag. 6;

10 Campanini, *Servizio Sociale e modello sistemico*. Carocci Editori, 1998 pag. 54

11 Pirfo E., *Il Lavoro d'équipe con il paziente grave: integrazione tra professionalità, specificità/competenza, strumenti di case management*, 1999 <https://slideplayer.it/slide/3073917/>

12 Legge 328 del 2000 "Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali"

13 art. 38 "l'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato"

14 A. Bartolomei, A. L. Passera (2005), *"L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale"* CieRre, Roma, Le fasi metodologiche del "processo di aiuto di servizio sociale" prevedono: valutazione preliminare del problema ed enucleazione degli obiettivi dell'intervento; elaborazione del progetto e contratto; attuazione del progetto; verifica e valutazione dei risultati; conclusione del processo di aiuto o riformulazione del progetto pag. 50;

15 Bonifazi L., Giacconi B., *"L'Abilitazione per l'Assistente Sociale e l'Assistente sociale specialista"*, Maggioli Editore p. 84 e Rovai B., Zilianti A. (2007), *"Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale"*, ed. Carocci;

Nel TSMREE, in definitiva, si individuano le reti che sono attive o possono essere attivate sia per il minore che per il suo nucleo familiare secondo una prospettiva **ecosistemica**. L'A.S. se individuato come *case manager* coordina e monitora in lavoro all'interno della rete valutando periodicamente gli obiettivi raggiunti e la funzionalità delle reti stesse¹⁶.

RAPPRESENTAZIONE ECOSISTEMICA DELLE RETI DEL MINORE E DELLA FAMIGLIA ¹⁷



2.7. Diagnosi sociale

La **diagnosi sociale**¹⁸ consiste nella ricerca e studio degli elementi che caratterizzano la situazione della persona. La presa in carico si caratterizza quindi nella definizione della situazione reale della persona cui consegue la realizzazione di un progetto socio-assistenziale che si sviluppa in un determinato tempo. La diagnosi sociale, è parte integrante del processo metodologico in quanto costituisce il parere tecnico-professionale che dà senso all'intervento nei confronti del singolo.

2.8. La Presa in Carico

Per presa in carico si intende *"definire e programmare un processo di aiuto con e per i cittadini e la loro comunità sociale"*¹⁹. L'Assistente sociale, componente dell'èquipe partecipa all'elaborazione del Piano di Trattamento Individuale (PTI), può essere individuato come **Case manager** del minore

¹⁶ Bortoli B. in Folgheraiter F. (2003), *"La liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà"*, Erickson, p.159 *"va oltre i tradizionali impegni terapeutici o di erogazione "diretta" di specifiche prestazioni valorizzando le responsabilità e le competenze manageriali al livello dell'utenza per una gestione integrata e individualizzata dei bisogni"*

¹⁷ P.I.P.P.I. Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione nasce a fine 2010, risultato di una collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, le 10 Città italiane (riservatarie del fondo della Legge 285/1997) e i servizi sociali, e di protezione e tutela minori nello specifico, come le cooperative del privato sociale, le scuole, le Aziende che gestiscono i servizi sanitari degli enti locali coinvolti.

¹⁸ Edda Samory "L'autonomia Tecnica Professionale"

¹⁹ Ducci D.V. 1995, *La Presa in carico dell'utenza del servizio sociale ieri e oggi*, in "Rassegna del Servizio sociale", n. 4;



e/o del nucleo familiare. Attraverso la presa in carico si prende cura del minore utente del servizio TSMRE, studia il contesto socio-ambiente nel quale il minore/famiglia è inserito, i legami interni ed esterni al nucleo. Si fa carico del “caring” evitando parcellizzazioni e frammentazioni del percorso attivato che ha come obiettivo la possibile risoluzione delle multi-problematicità valutate in occasione dell'accoglienza.

PRESA IN CARICO



2.9. Segnalazione

L'A.S del servizio TSMREE, in situazioni particolari, dopo una attenta indagine sociale, anche attraverso la visita domiciliare²⁰, per situazioni a rischio sociale e/o di pregiudizio per il minore è tenuto a segnalare al Servizio Sociale territoriale e/o al Tribunale per i Minorenni (TpM) presso la Procura della Repubblica

2.10. Attivazione dell' Unità Valutativa Multidimensionale (UVM)

Il ricorso alla valutazione multidimensionale è previsto in modo esplicito dal DPCM 12 gennaio 2017²¹. Lo scopo della valutazione multidimensionale è quello di conseguire una conoscenza globale della condizione della persona. Nella gestione di casi di minori con bisogni socio-sanitari di tipo complesso si può richiedere al PUA-D l'attivazione (UVM). L'UVM elabora il PAI con il quale si definiscono gli interventi più idonei al minore.

2.11. Case Manager

L'Assistente Sociale del servizio TSMREE, individuato quale case manager, sovrintende tutti i processi di co-costruzione e co-gestione che si realizzano intra istituzionalmente e inter istituzionalmente, tra pubblico e privato. Assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione. Valuta la qualità dei servizi offerti attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi.

2.12. Monitoraggio

²⁰ Definizione Dizionario SS. *Strumento operativo attraverso cui l'Assistente Sociale effettua un colloquio presso il domicilio dell'utente, al fine di conoscere ed esplorare il contesto ambientale.*

²¹ DPCM del 12/1/2017 art 21 comma 4, si recita: *“i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale”*



L'Assistente Sociale effettua un monitoraggio su tre livelli: valutazione²² ex ante, valutazione in itinere e valutazione ex post. I tre livelli sono funzionali all'efficacia e all'efficienza delle azioni messe in campo nella gestione del caso.

2.13. Follow up

Il **Follow-Up** prevede la rivalutazione a distanza di un tempo prefissato del mantenimento dei risultati raggiunti in termini di efficacia ed efficienza ed eventualmente la progettazione di azioni utili per la ridefinizione del progetto.

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

3.1 - Schema matrice

ATTIVITA'	CHI							
Primo accesso Accoglienza	NPI R	AS A	PSI I	TNPEE I	LOGO I	FISIO I	EP I	IP I
I visita Pianificazione percorso diagnostico	A	C	C	I	I	I	I	I
Realizzazione percorso diagnostico	A	R	R	C	C	C	C	I
Equipe Diagnosi, relazione, certi- ficazione, Pai, inserimenti in Struttura, GLO, rap- porti con Autorità Giudi- ziaria, rapporti con reti formali/informali restituzioni	A	A	A	C	C	C	C	I
Monitoraggio Follow Up	A	R	R	C	C	C	C	I
Archiviazione documenta- zione Gestione cartelle Gestione lista d'attesa Gestione copia cartelle Gestione appuntamenti	A	C	C	C	C	C	C	R

Legenda

- R = RESPONSABILE DELL'AZIONE CHE GARANTISCE IL CORRETTO SVOLGIMENTO DEL LAVORO
- A= ATTORE CHE ASSUME, APPROVA ED EVENTUALMENTE REALIZZA L'AZIONE SE E' SIA R CHE A
- C= COLLABORATORI CHE CONTRIBUISCONO AL CORRETTO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ'
- I= AGENTI CHE SARANNO INFORMATI DELL'ANDAMENTO DELLE AZIONI SENZA NECESSARIAMENTE AGIRE

²² U. De Ambrogio - *L'Assistente Sociale e la valutazione*

**4. INDICATORI****4.1. - Presa in Carico e Autonomia Professionale**

<u>PRESA IN CARICO</u>²³ ASSISTENTI SOCIALI DEL TSMREE E <u>AUTONOMIA PROFESSIONALE</u>²⁴			
Dimensioni	Attività	Strumenti	Indicatori
Inizio della relazione di aiuto	Accoglienza	Scheda di primo accesso e colloquio	n. schede di primo accesso e di colloqui nell'anno
Capacità di analisi	Valutazione/diagnosi sociale (Assessment sociale)	Scheda assessment dei bisogni del minore e della famiglia	n. schede di assessment di minori e delle famiglie nell'anno
Sviluppo del progetto integrato	Ipotesi diagnostica sociale e sanitaria	Lavoro d'équipe e apertura cartella clinica NPI	n. apertura cartelle cliniche
Coordinamento del progetto di aiuto assistenziale e sanitario	Intervento	Calendario degli appuntamenti al servizio	n. riunioni d'équipe con i professionisti sanitari del servizio
Management del caso	Monitoraggio	Elaborazione Piano di monitoraggio Carta di percorso	n. colloqui al servizio della persona, relazioni, valutazioni etc.
Follow up	Valutazione finale del progetto di aiuto e risultati attesi	Lavoro d'équipe	n. riunioni d'équipe, documentazione professionale, verbali

5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO E DIFFUSIONE

Di seguito il **piano dei rischi della procedura** e il relativo **piano di mitigazione/risposta** della procedura.

RISCHI	Mitigazione/risposta
	La ASL stimola attraverso le sue figure apicali lo scambio

²³ La presa in carico: una definizione concettuale di Tommaso Vitale - "processo in cui un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa, ma comunque sulla base di un mandato istituzionale, progetta uno o più interventi rivolti a una persona o a un nucleo di convivenza, mantenendo con essa (esso) un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo. Questa definizione insiste sul fatto che la "presa in carico" non sia impersonale e di responsabilità generica di un servizio, ma abbia responsabilità precise all'interno del servizio con l'attribuzione un ruolo a un singolo professionista, titolato a stabilire e mantenere una relazione di aiuto personalizzata".

²⁴ art.1 della legge 84/1993 - l'Assistente Sociale "opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. L'Assistente Sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione ed alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali".



1	Rischio 1: Scarso riconoscimento del ruolo dell'Assistente Sociale nel servizio TSMREE	interprofessionale dell'équipe del TSMREE tra le professioni sanitarie (NPI, psicologo, infermiere, TNPEE, logopedista...) e gli Assistenti Sociali per la condivisione della procedura e delle loro mansioni.
2	Rischio 2: Sovrapposizione di figure nelle fasi della presa in carico	La procedura è propedeutica all'aggiornamento del PDTA dell'ASL Latina e al suo inserimento dopo l'approvazione dei dirigenti. Il presente atto si pone nell'ottica di valorizzazione degli Assistenti Sociali e di riconoscimento del loro ruolo ed eviterà sovrapposizioni di altre figure professionali all'interno del servizio nello svolgimento della presa in carico. La procedura fungerà da volano e da strumento di motivazione anche per gli anni successive e l'affermazione degli Assistenti Sociali nel sistema di gestione complessivo dei servizi specialistici ASL.
3	Rischio 3: Scarsa integrazione sociosanitaria	L'Assistente Sociale all'interno dell'équipe del TSMREE mantiene "viva" la rete dei contatti esterni con gli altri servizi (servizi sociali comunali, centri diurni, strutture residenziali e semiresidenziali...). La sua priorità sarà mantenere una comunicazione fluida e circolare tra tutti i servizi del sistema sociale integrato dei servizi sociali ed eviterà le frammentazioni e parcellizzazione di interventi.
4	Rischio 4: Scarsa organizzazione nella gestione del caso	L'Assistente Sociale del TSMREE fungerà da facilitatore nell'organizzazione degli interventi previsti nel PTI evitando sovrapposizioni di appuntamenti all'interno del servizio, ma anche raccordando gli altri servizi specialistici che hanno in carico, rispettivamente per le proprie competenze, gli altri membri del nucleo familiare.
5	Rischio 5: Cambiamenti d'équipe	Garantire la continuità della procedura mediante la conoscenza della procedura ad eventuali nuovi membri dell'équipe attraverso il coinvolgimento dei dirigenti.
6	Rischio 6: Problemi di riconoscimento della procedura all'interno dell'équipe che possono	I membri dell'équipe se si dovessero verificare problemi di riconoscimento della procedura, potranno essere risolti sulla base di un confronto costruttivo. In caso contrario è auspicabile un intervento dei dirigenti.



rallentare il lavoro		
7	Rischio 7: Limitata diffusione della procedura	Si prevede di implementare un piano di disseminazione e capitalizzazione intensivo con un approccio strategico la cui priorità sarà non solo l'inserimento della procedura nel PDTA, ma anche il coinvolgimento dei vari responsabili dei dipartimenti, degli operatori sociali e sanitari e in modo più allargato anche alla rete dei servizi locali.

La procedura verrà pubblicata nell'albo pretorio aziendale (consultabile sul sito) con delibera che la renderà fruibile, scaricabile e nota a tutto il personale aziendale

6. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

6.2. Abbreviazioni

ASL	Aziende Sanitaria Locale
CD	Centro Diurno
CSM	Centro di Salute Mentale
DCA	Decreto del Commissario ad Acta
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
MMG	Medico di medicina generale
PLS	Pediatra libera scelta
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PTI	Piano Terapeutico o di Trattamento Individuale
PTRI	Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PPA	Piano personalizzato di Assistenza
SR	Struttura Residenziale
UOC	Unità Operativa Complessa
UVM	Unità Valutativa Multidisciplinare
AS	Assistente Sociale
NPI	Neuropsichiatra Infantile
PSI	Psicologo
TNPEE	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva



LOGO	Logopedista
FISIO	Fisioterapista
EP	Educatore Professionale
IP	Infermiere Professionale
PUA	Punto Unico d'Accesso
PUA-D	Punto Unico d'Accesso distrettuale
SER.d	Servizio Dipendenze
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
GLO	Gruppo di Lavoro Operativo
GLI	Gruppo di Lavoro per l'Inclusione
ADS	Amministratore di Sostegno
P.I.P.P.I.	Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

6.3. Terminologia di settore e definizioni

Le fonti utilizzate per la terminologia di settore e le definizioni sono Dizionario di Servizio Sociale - Maria Dal Pra Ponticelli e il testo di A. Bartolomei e A. L. Passera - ed Cierre L'Assistente Sociale - manuale di Servizio Sociale professionale -

Accettazione in Servizio Sociale	Con tale termine si indica la considerazione positiva dell'altro in quanto tale, la disponibilità ad entrare in relazione positiva e costruttiva con lo stesso. Il termine implica, nel servizio sociale professionale, l'accoglienza non giudicante e la valorizzazione della persona, delle sue risorse, delle sue esperienze e delle sue potenzialità in funzione dell'implementazione efficace dei percorsi di cambiamento richiesti dalle situazioni, dai problemi che danno luogo alla relazione d'aiuto.
Accoglienza (a) in Servizio Sociale	Elemento fondamentale del processo di aiuto; costituisce un principio fondamentale dell'agire professionale. Si deve intendere non come fase isolata, ma come parte di un processo più ampio, dove si realizza la conoscenza reciproca cittadino-servizio-assistente sociale e la prima raccolta e trasmissione di informazioni, dove si pongono le basi per la relazione fra persona e servizio e per l'eventuale avvio del processo di aiuto. Lo stile relazionale dell'a., la capacità di ascolto dell'operatore, la comunicazione non verbale determinano il clima che consentirà (o no) di creare con l'operatore e con il servizio quella vicinanza capace di favorire la costruzione della fiducia necessaria a dare spazio all'intenzionalità risolutiva delle persone e alle loro sofferenze e difficoltà (Processo di aiuto).
Advocacy	Il significato letterale di questo termine è tutela dei diritti delle fasce deboli di popolazione. Così intesa, l'advocacy favorisce il cambiamento sociale intervenendo sui decision maker per modificare la loro percezione o comprensione del problema, o per influenzare il loro comportamento
Approccio Outreach	: "raggiungere fuori" approccio del lavoro di comunità.
Ascolto	La capacità di ascolto rappresenta un aspetto fondamentale e cardine delle relazioni interpersonali; significa non solo capire ciò che il/la nostro interlocutore sta dicendo con le parole, ma anche riuscire a cogliere ulteriori aspetti, come una



	sofferenza emotiva o un bisogno, che non vengono espressi in maniera diretta. Nella prima fase di presa in carico è importante che l'operatore mantenga un atteggiamento di "ascolto attivo" per comprendere i problemi dal punto di vista dei soggetti coinvolti accogliendo il loro bisogno di portare la propria versione dei fatti, senza entrare nel merito delle questioni spinose che vengono sollevate. La creazione di un'atmosfera accogliente dipende soprattutto dall'atteggiamento del/la conduttore, che dovrebbe essere caratterizzato da empatia e disponibilità all'ascolto non solo dei contenuti verbalmente espressi, ma anche dai segnali non verbali inviati dall'altro.
Assessment	L'assessment rappresenta una delle competenze più importanti esercitate dal servizio sociale professionale. Col termine assessment ci si riferisce alla raccolta di informazioni ed alle analisi effettuate dall'operatore sociale rispetto alla situazione di una singola persona o di una famiglia. La traduzione italiana più vicina al significato del termine anglosassone è "valutazione del bisogno"; trattasi quindi della valutazione iniziale, dell'accertamento di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale, e di una presa di decisione ponderata. Particolarmente pregnante è l'accezione di "accertamento". L'assessment consiste infatti nella raccolta e nell'analisi delle informazioni volte ad accertare una situazione; riguarda anzitutto fatti rilevabili in maniera il più possibile oggettiva. Accanto a questi dati, per un accertamento è necessario sondare anche il punto di vista delle persone: degli/delle utenti rispetto a se stessi e alla propria situazione. Mettendo insieme questi due ordini di informazioni, l'operatore (o meglio, l'équipe multidisciplinare) dispone di dati per elaborare un giudizio professionale e maturare decisioni informate circa la situazione da affrontare.
Assistente Sociale	L'assistente sociale, è il professionista che agisce secondo l'ordinamento professionale che ha delineato il profilo e le funzioni professionali, legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale". <i>Art. 1 Professione di assistente sociale</i> <i>1. L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative.</i> <i>2. L'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.</i> <i>3. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato.</i> <i>4. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale</i> L'Assistente Sociale è il/la professionista che agisce il Servizio Sociale e in quanto professione intellettuale esprime prima di proporre o concorrere ad interventi, una valutazione o diagnosi sociale del caso in esame, la partecipa al soggetto per una verifica e condivisione, per procedere alle prestazioni professionali di assistenza sociale e all'accesso a risorse e servizi. Il suo scopo è di porre in atto, interventi – unitari, globali, integrati e concertati di aiuto, di affiancamento, di accompagnamento, caratterizzati da logica processuale e progettuale, personalizzati e individualizzati, cioè soggettivamente validi ed efficaci, a favore di persone, gruppi e comunità. Il sostegno che l'assistente sociale fornisce a tali soggetti consiste in percorsi responsabilmente partecipati, individuati e definiti di superamento autonomo dei problemi e dei bisogni, o degli stati di disagio, di esclusione, di marginalità che limitano e condizionano il processo emancipativo degli stessi, mediante il corretto ed efficace utilizzo delle competenze e risorse di cui sono portatori. La relazione persona/ambiente/istituzioni costituisce, pertanto oggetto e bersaglio dell'azione professionale. La complessità dei bisogni e dei problemi oggetto di intervento, la prospettiva unitaria e globale dell'azione di aiuto a fronte di problemi non segmentabili secondo logiche riduttive e semplificative, ha consolidato la consapevolezza che l'assistente sociale è un professionista che agisce e si coordina con altri professionisti per rendere



	concretamente esigibili i diritti di cittadinanza da parte di ogni soggetto a prescindere dallo stato, o condizione, di utente dei servizi costituenti il sistema di sicurezza sociale.
Autonomia Tecnico Professionale	L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento (L.84/93). Come indicato nel Codice Deontologico dell'Assistente Sociale nel Titolo III – 18) "L'assistente sociale afferma e difende la propria autonomia di giudizio, tecnica ed intellettuale da pressioni e condizionamenti di qualunque natura in tutte le proprie azioni e interventi. Strumento della relazione di aiuto utilizzato nei confronti del "disagio adulto" e/o nelle condizioni di povertà estrema, quando si intende contrastare un percorso di emarginazione o un rischio di esclusione sociale. L'azione di a. trova il suo fondamento nei principi del servizio sociale, laddove si fa riferimento all'individualizzazione dell'intervento e alla autodeterminazione del soggetto. L'azione di a. trova altresì riferimenti nelle attività educative e in particolare nei principi dell'"educazione degli adulti"; riferimenti all'azione di a. sono rilevabili nel lavoro di "mediazione", sistematizzando in particolare negli studi relativi all'integrazione lavorativa delle fasce deboli e delle persone disabili in specifico. Autodeterminazione, nel servizio sociale è uno dei principi fondanti della professione.
Bersaglio dell'intervento	Nella fase della valutazione della situazione/problema avviene l'individuazione dell'elemento o degli elementi che costituiscono il "fulcro del cambiamento" verso il quale saranno orientate le strategie e le risorse dell'intervento.
Bisogno	Nel Servizio Sociale il bisogno viene preso in considerazione come espressione della condizione umana individuale e collettiva, soggettiva ed oggettiva, in relazione alla domanda espressa o implicita, come attivatore di comportamenti positivi autodeterminati, quindi non nell'accezione negativa di mancanza di qualcosa, ma in relazione alle capacità di soddisfacimento autonomo.
Cambiamento	Nel servizio sociale è l'azione promossa dall'intervento professionale orientata ad aiutare l'utente, soggetto di cambiamento, a modificare la propria situazione di disagio, attraverso l'acquisizione di una migliore conoscenza e consapevolezza di sé e la sperimentazione di comportamenti nuovi e più efficaci per la risoluzione dei propri problemi.
Coesione Sociale	Indica l'insieme dei comportamenti e dei legami di affinità e solidarietà tra individui o comunità. Tali comportamenti devono tendere ad attenuare in senso costruttivo disparità legate a situazioni sociali, economiche, culturali, etniche. Il ruolo delle organizzazioni del Terzo Settore per mantenere o rafforzare la coesione sociale è particolarmente importante: grazie alle attività vengono realizzati servizi in grado di rispondere alle esigenze delle persone e delle comunità.
Comunicazione Sociale	Strumento di conoscenza e di persuasione utilizzato da soggetti pubblici e privati per coinvolgere la persona (cittadino, consumatore, donatore) e spingerla all'azione rendendola partecipe dei problemi ma anche delle possibili soluzioni. Tra i principali obiettivi della comunicazione sociale vi sono: modificare pregiudizi e preconcetti, proporre nuovi modelli di comportamento, stimolare azioni concrete per contribuire alla soluzione di un problema sociale.
Co-Progettazione Sociale	modalità di relazione tra enti pubblici e Terzo settore ispirate al principio di collaborazione per raggiungere il benessere delle persone.
Casa Management	Definisce la strategia centrale degli interventi di community care. Il termine sta ad indicare una modalità di organizzare e condurre il processo di aiuto attraverso il quale l'operatore, rispettando le fasi metodologiche dello stesso, si rende "garante" del coordinamento dei diversi interventi, all'interno della rete di servizi e risorse, della partecipazione dell'utente al processo di aiuto complesso, della valorizzazione delle risorse a disposizione. I diversi orientamenti ed approcci mettono l'accento sulla valenza "imprenditoriale" della strategia operativa, oppure sull'intermediazione compiuta dal professionista, oppure sull'oggetto del coordinamento: servizi, risorse e professionalità.
Il colloquio professionale di	È il principale strumento professionale che l'assistente sociale utilizza nel suo



servizio sociale (s.s.)	intervento operativo per conseguire obiettivi di cambiamento. Il colloquio può essere richiesto: - dall'utente all'assistente sociale - dall'assistente sociale all'utente - dall'assistente sociale ad altre persone da coinvolgere nel processo di aiuto - dall'assistente sociale ad altri soggetti, operatori, professionisti, ecc - da altre persone implicate, direttamente o indirettamente nella situazione problematica dell'utente, all'assistente sociale Il colloquio può essere, altresì, previsto da apposite procedure nel quadro di specifica normativa. Il colloquio di servizio sociale, è un colloquio di aiuto e per l'aiuto e, come tale, presenta gradi di complessità e problematicità. Nel colloquio l'assistente sociale persegue generalmente due tipi di scopi: gli obiettivi di aiuto e di cambiamento e gli obiettivi propri di ogni fase del processo di aiuto. Il colloquio viene, utilizzato per scopi diversi, ad es: la presa in carico dell'utente, l'analisi del bisogno o problema, la valutazione di una situazione o di risultati ottenuti, la verifica dei cambiamenti prodotti con un intervento o progetto di aiuto, la definizione del contratto, l'assegnazione dei compiti, ecc. Il colloquio di s.s. è, una tipica relazione dialogica finalizzata alla promozione di percorsi, condivisi per la soluzione e/o il cambiamento di problemi e bisogni, in virtù delle conoscenze tecniche dell' assistente sociale, delle motivazioni e delle risorse dell'utenza e di quelle disponibili a livello istituzionale ed ambientale. Il colloquio professionale, è ascolto, osservazione, riflessione, silenzio, cioè relazione attenta e empatica. Di particolare rilevanza è il "primo colloquio" (o i primi colloqui) diretto con l'utente, rappresenta l'avvio di un processo di conoscenza reciproca. L'efficacia del primo colloquio dà forma e contenuto alle fasi successive. In questo colloquio l'assistente sociale deve verificare, insieme all'utente, il livello di consapevolezza ed il significato del problema, nonché il grado di motivazione al cambiamento; in particolare deve analizzare la natura del problema e definire gli aspetti più urgenti a cui dare priorità, enucleare gli elementi che hanno determinato l'insorgenza, o l'aggravamento o la precipitazione della situazione, evidenziare le cose fatte dall'utente per risolvere il problema. Nel primo colloquio il professionista deve ridurre i suoi interventi e porsi in ascolto, capire, riflettere; deve contenere l'ansia del "fare" in funzione dell'accoglienza, della disponibilità, della comprensione. Il colloquio professionale non dovrebbe superare i 50/55 minuti, considerato che si tratta di una relazione comunicativa d'aiuto in cui si ha generalmente un avvio, uno scambio di informazioni, un processo di chiarificazione e di restituzione, una definizione di compiti ed azioni successive, una ricapitolazione ed una conclusione. <u>Il colloquio nel processo di aiuto non è:</u> - una conversazione (scambio di opinioni) - una discussione (rispondere a delle obiezioni) - un'intervista - un interrogatorio (non è una situazione di "indagine") - un discorso informativo da parte dell'operatore - una confessione <u>Il colloquio di s.s. può essere:</u> informativo, valutativo, operativo-terapeutico. Si sviluppa secondo momenti specifici: - l'accoglienza (o fase sociale) - lo scambio informativo (o fase di indagine), - l'analisi dei diversi aspetti (o fase interattiva, - la definizione delle attività in rapporto ai risultati attesi (o fase operativa) Il colloquio può essere realizzato con l'utente singolo, con la coppia, con il gruppo familiare, ossia con contesti relazionali di dimensione diversa. In ogni caso è di fondamentale importanza avere chiaro l'obiettivo, condurre il colloquio con metodo, e fare riferimento ad un modello teorico.
Competenza	E' possibile definire in modo sintetico, il concetto di competenza professionale come «da combinazione, specifica per ciascun individuo, del sapere, de saper



	apprendere, saper essere, saper fare, saper agire» (Alberici, Serreri 2002) Nel linguaggio corrente, si confondono i diversi significati delle parole «competenza», «capacità» e «abilità». Competenza, capacità e abilità insite nella professione si armonizzano attraverso un'adeguata integrazione e gestione anche delle emozioni, modalità che influenza la costruzione dell'identità personale e professionale di ogni singolo individuo. Competenze professionali che identificano il lavoro dell'assistente sociale si articolano su diverse dimensioni: metodologiche e strumentali, di gestione del ruolo istituzionale e organizzativo, di gestione della relazione di aiuto, di azioni per il cambiamento di tutti i livelli del sapere, che ritroviamo nella lettura; nell'interpretazione della realtà sociale; nella ricerca e analisi dei bisogni manifesti e non; nell'accoglienza delle domande di aiuto con particolare attenzione al disagio e ai possibili fattori che lo possono determinare; nella gestione delle relazioni interpersonali finalizzate all'individuazione, all'attivazione e utilizzazione di reti sociali di sostegno; nella progettazione di interventi attraverso l'adozione di metodologie operative, la definizione di azioni tecnico-professionali, la programmazione, organizzazione e gestione delle risorse; nell'autoriflessività sulla natura e sui limiti degli interventi messi in atto e di quelli ancora possibili
Compito	Attività finalizzata ad uno scopo, prescritta da altri o dall'esecutore stesso; nel servizio sociale è stato elaborato il modello di intervento "centrato sul compito"
Contesto	Il complesso delle circostanze e delle condizioni (ambientali, fisiche, sociali, comunicativo-relazionali, normative, istituzionali, ecc) in cui nasce, si svolge e si sviluppa un determinato fatto, fenomeno, problema, comportamento.
Contratto	Nel servizio sociale è un esplicito accordo tra due (o più) parti, relativo allo sviluppo dell'intervento; il contratto si colloca all'interno del "processo di aiuto" come fase/strumento del progetto, rappresenta, tra utente ed operatore, l'impegno ad attivarsi verso una direzione condivisa e comune, permette un reciproco e legittimo controllo, assume valenza di contenimento, di definizione di possibilità e limiti per entrambi; all'utente vengono richieste, e riconosciute, capacità e soggettività, viene offerta la possibilità di sperimentarsi nel cambiamento all'interno della relazione di aiuto.
Disagio	Mancanza, situazione negativa legata fattori soggettivi e/di un intervento di aiuto può trovarsi a vivere uno stato oggettivo; ma anche in relazione alle proprie aspettative verso se stesso e l'esterno, alle capacità di affrontare i problemi, alla percezione soggettiva della realtà, alle risorse dell'ambiente.
Documentazione professionale nel servizio sociale	La documentazione costituisce, un mezzo di tutela per l'assistente sociale e per l'utenza, in quanto strumento di registrazione delle attività sia sotto il profilo tecnico-professionale, sia sotto quello amministrativo-procedurale. <u>La documentazione professionale è funzionale:</u> - all'intervento professionale - allo sviluppo disciplinare della professione - alla qualità dei servizi alla persona e delle prestazioni istituzionali <u>Tipologia della documentazione:</u> generale, tecnica e professionale, per informazioni a terzi, in entrata e in uscita, interna, di processo, sommaria, valutativa. <u>La documentazione ed il processo di aiuto</u>, in linea prevalente concerne il processo di aiuto, le fasi dello stesso e gli adempimenti tecnico procedurali connessi, per questo motivo i contenuti della stessa si riferiscono a: - insieme delle informazioni raccolte e degli elementi conoscitivi ritenuti utili in merito alla situazione della presa in esame - gli scopi iniziali dell'intervento e quelli definiti successivamente (medio e lungo termine) con la persona - le risorse esistenti e/o attivabili (interne ed esterne al servizio) - la definizione del progetto e la formulazione del contratto (orale o scritto) - la determinazione dei compiti dell'assistente sociale, di altre figure professionali (interne al servizio o di altri servizi e/o istituzioni), dell'utente, dei suoi familiari, di altri soggetti del contesto significativo per l'utente e per il suo percorso di



	cambiamento - le attività concretamente realizzate, le prestazioni erogate direttamente dall'ente o da altre istituzioni - le attività eventualmente realizzate con altri servizi (tipo di rapporto e livello di formalizzazione, obiettivo delle attività, modalità di realizzazione, professionalità coinvolte, ecc) ed i risultati delle stesse - gli ostacoli che hanno eventualmente interferito nella relazione con la persona, con gli altri soggetti del sistema aiuto, o con l'effettiva attuazione del programma - la verifica e la valutazione dei risultati raggiunti e, la definizione di ulteriori scopi e compiti correlati Gli strumenti documentativi più utilizzati dall'assistente sociale sono: il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione dei colloqui, la relazione sociale, il verbale di riunioni (équipe, di gruppo, gruppo di lavoro, ecc), il contratto scritto.
Domanda	Far saper ciò di cui si ha bisogno, o che si desidera, a qualcuno; richiesta di beni materiali; "interrogazione" in ordine ad aspettative. La domanda può essere diretta o indiretta, spontanea o costretta, individuale o collettiva, espressa o latente, esplicita o implicita: La domanda è un'azione che comporta una risposta. Nel Servizio Sociale la domanda (sia essa diretta/indiretta, esplicita/implicita, individuale/comunitaria, ecc) rappresenta l'input che promuove l'intervento a partire dall'analisi della stessa.
Domanda Sociale	E' la richiesta presentata alle istituzioni da soggetti diversi che, prendendo coscienza del bisogno, del disagio, del problema, che li accomuna, li socializzano, li elaborano e li trasformano in istanze collettive in cui ognuno si riconosce nel rapporto con gli altri.
Dovere	L'azione che è conforme ad un ordine razionale o ad una norma. Nel Servizio sociale considerare il cittadino - utente portatore non solo di diritti, ma anche di doveri, corrisponde al principio dell'autodeterminazione e di libertà e restituisce alla persona ruolo attivo nella relazione di aiuto.
Efficacia	Capacità di produrre un risultato adeguato e vantaggioso sia rispetto alla qualità, sia rispetto alla quantità delle risorse utilizzate.
Efficienza	Capacità di produrre risultati significativi sul piano quantitativo, indipendentemente dai costi che tali risultati comportano.
Emarginazione	Indica il processo di allontanamento dal centro, la mancata integrazione nel tessuto sociale di soggetti che, per ragioni etniche, economiche o comportamentali, sono discriminati ed esclusi dai normali circuiti che veicolano le relazioni sociali.
Emarginazione Sociale	L'emarginazione sociale è rappresentata da «ogni situazione in cui un individuo o un gruppo di individui viene a trovarsi "ai margini" della collettività. Condizione di chi è escluso dalla partecipazione delle decisioni che governano il sistema sociale e dalla fruizione dei beni, delle garanzie che il sistema offre ai suoi membri. Per tali motivi il termine emarginazione sociale è assimilabile al termine esclusione sociale.
Empowerment	processo intenzionale, continuo, centrato sulla persona mediante il quale esse possono raggiungere la consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita politica e sociale.
Empatia	Comprensione dei sentimenti della persona utente dal "di dentro". Sentire la confusione, o la timidezza, la rabbia o il sentimento di impotenza come se fossero propri; senza tuttavia, che l'insicurezza, la paura o il sospetto si confondano fino a rendere improduttiva la relazione di aiuto.
Equipe	Gruppo di lavoro prevalentemente pluridisciplinare, con funzioni di analisi, valutazione e presa in carico.
Esclusione sociale	Lasciare fuori dal contesto socio-relazionale, dal contesto di vita e di significati, dall'esercizio dei ruoli sociali.
Funzione	Contributo particolare oggettivamente fornito da un processo o da una componente strutturale -per es: un ruolo, un'istituzione, una norma, un gruppo, un tipo di azione sociale -al mantenimento o al conseguimento di uno stato specifico di un determinato sistema sociale o di una sua parte o sottosistema. Nel servizio sociale la conoscenza e la consapevolezza delle funzioni professionali che si



	esercitano nel rispetto del triplice mandato, permettono di delineare le competenze, possibilità e limiti dell'intervento.
Identità	Nel servizio sociale il riconoscimento e il rispetto dell'identità personale, culturale e sociale sono il fondamento della personalizzazione dell'intervento e rappresentano un ambito di elaborazione dell'auto riconoscimento e della consapevolezza di sé da parte del soggetto dell'intervento.
Inclusione sociale	Inserire, far entrare in un gruppo, in una società, portare dentro; inserimento stabile o funzionale
Indicatore	In senso generale si intende uno strumento (materiale o concettuale) per la misurazione/ponderazione di fenomeni diversi, costruito ad hoc in coerenza con i fenomeni stessi oggetto di misurazione, loro natura, loro funzioni, ecc..., destinato a fornire dati specifici ai fini di orientamento o di una valutazione conveniente degli stessi. Nel servizio sociale indicatori di rischio, di verifica, di valutazione, ecc, sono elementi del progetto nelle fasi di analisi, valutazione iniziale e finale. L'indicatore è una variabile quantitativa o qualitativa che rileva e descrive con semplicità fenomeni anche complessi. Questa attività di misurazione serve a definire obiettivi strategici per monitorare i risultati raggiunti e confrontarli nel tempo. Gli indicatori possono essere semplici o composti (se derivano dalla combinazione di due o più indicatori semplici). Nel caso di fenomeni sociali particolarmente complessi, per esempio, non è sempre possibile misurare il cambiamento attraverso indicatori semplici.
Indicatore Sociale	Nelle scienze sociali, non tutti i fenomeni oggetto di indagine sono immediatamente osservabili e in grado di suggerire una definizione operativa adeguata che guidi nelle fasi di rilevazione empirica mediante strumenti di tipo strutturato direttivo. In questi casi si fa riferimento agli indicatori, cioè a concetti che si assumono come "indizi" della presenza del fenomeno di interesse. Il termine di i.s. si riferisce ad un particolare tipo di indicatori: quelle variabili di tipo ecologico, normalmente disponibili sotto forma di statistiche ufficiali, che permettono di studiare - in un'ottica prevalentemente comparata - processi sociali, o stati della struttura, di una istituzione o di una rete territoriale.
Integrazione Sociosanitaria Prestazioni sociosanitarie	Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'art. 3 septies del Decreto Lgs 229/99 e dall'art. 3 del DPCM 14/2/2001 quali "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale e in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la comunità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione" Si distinguono in: - Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite; - Prestazioni sociali a rilevanza sanitarie, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni. Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale; inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria-.



Mandato	Nel servizio sociale il “mandato” legittima l'azione degli assistenti sociali nei confronti della collettività, impegna il singolo professionista all'interno delle istituzioni e delle agenzie di sicurezza sociale e di aiuto ad attuare le politiche poste in atto in funzione della esigibilità dei diritti di cittadinanza, identifica gli impegni dello stesso nei confronti della professione e della comunità professionale. Nel servizio sociale, pertanto, in rapporto con quanto precede e si deve parlare di una pluralità convergente di mandati: dall'istituzione, dalla professione, dall'utenza individuale e/o collettiva.
Mandato Istituzionale	Identifica il complesso delle funzioni che un professionista è incaricato e, pertanto, tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica che informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere del suo operato; indica le competenze, i contenuti, le modalità attraverso i quali può e deve operare a favore dei fruitori del servizio che eroga; il mandato istituzionale è interagente con il mandato professionale e con il mandato sociale.
Mandato Professionale	Identifica il complesso delle funzioni e dei compiti della professione storicamente definiti dalla comunità professionale di riferimento nelle sue diverse espressioni (comunità scientifica, associazioni, gruppi organizzati per finalità sindacali, ordine professionale, ecc) sulla base dei principi, dei valori, della metodologia e dei modelli di riferimento, dei livelli di competenza, della deontologia, quali si sono andati consolidando nel tempo e in relazione al modificarsi delle istanze sociali. Il mandato professionale interagisce con il mandato istituzionale ed il mandato sociale.
Mandato Sociale	Rappresenta le istanze, gli orientamenti e le attese della società, che attraverso le domande (esplicithe o implicite, sociali, e politiche), funzionali al benessere dei propri componenti, impegna il legislatore a porre in essere le misure atte a soddisfarle. (...). Il Mandato sociale è strettamente correlato al mandato professionale ed a quello istituzionale, con i quali si può affermare che costituisca un vero e proprio sistema che orienta ed impegna le funzioni dei professionisti implicati.
Metodo	L'utilizzo del metodo nella professione dell'assistente sociale garantisce l'intenzionalità rispetto alla provvisorietà, la coerenza rispetto all'improvvisazione, la verificabilità rispetto all'arbitrarietà.
Metodologia	Il servizio sociale opera secondo una metodologia scientifica, tratta dalle scienze umano-sociali, le cui fasi sono sostanzialmente: la conoscenza ed analisi della situazione, la formulazione degli obiettivi e delle ipotesi operative, la realizzazione dell'intervento, la verifica e valutazione sia dei risultati che del percorso compiuto.
Modello	Nelle scienze sociali il modello è inteso come “schema di riferimento” per l'analisi e valutazione dei fenomeni sociali. Nel servizio sociale rappresenta uno strumento per l'osservazione, l'analisi, la descrizione e l'interpretazione della realtà, da parte e come riferimento teorico nell'organizzazione delle azioni che compongono l'intervento, ivi compresa la valutazione dell'intervento stesso. L'azione professionale complessiva, quindi, viene orientata dal modello e realizzata secondo il metodo. Nel servizio sociale possiamo definire il modello come schema concettuale teorico/operativo di riferimento per esercitare delle funzioni professionali in un ottica scientifica, che superi i limiti dell'azione quotidiana, spesso legata al solo buon senso e guidata dalle buone intenzioni. Il modello, è lo strumento indispensabile per un lavoro scientifico, verificabile, socializzabile, controllabile, trasmissibile in funzione dell'accumulazione del “sapere” per il “fare”. <u>Alcuni principali modelli teorici del servizio sociale</u> Problem Solving (H. Perlam), la fase di analisi/chiarificazione è già trattamento, intervento di aiuto Modello psico-sociale (F. Hollis), il ruolo dell'ente sfuma completamente, perché prevale l'aspetto del rapporto interpersonale, ma occorre sottolineare l'interesse posto “all'individuo in situazione” cioè la persona non separata dal suo ambiente, soprattutto per quanto concerne la fase diagnostica Modello centrato sul compito (W. Reid, L. Epstein), si caratterizza per la finalizzazione (sperimentare ed apprendere), per il mezzo (compito), per la durata



	(breve), per la "direttività" dell'intervento (contratto), per l'attenzione posta alle relazioni sistemiche (familiari, ambientali, ecc), senza, però, intervento terapeutico sulle stesse Modello Esistenziale (C. Germain), si caratterizza per la prospettiva eco-sistemica e per il ruolo attribuito alle reti sociali. Si introduce il concetto di ambiente "nutritivo" e di relazioni positive. Modello unitario (Goldstein), in questo modello si supera la concezione molecolare della persona, che si può conoscere soltanto in relazione ai ruoli sociali della stessa agiti (visione ecologico-sistemica) Modello Integrato (A. Pincus, A. Minahan), l'ente acquista una importanza notevole giacché è questo che in forza del mandato istituzionale investe l'assistente sociale del ruolo di "sistema agente di cambiamento" Modelli di Rete (diversi autori ed orientamenti teorico-operativi), operano nella prospettiva della valorizzazione delle risorse personali, istituzionali e comunitarie, mediante interventi a livello di relazioni sociali, funzionali al sostegno di costruttiva e responsabile soggettività e solidarietà, costituiscono una modalità operativa di elevata specificità, non riduttiva della complessità, ma orientata alla globalità ed unitarietà degli interventi stessi.
Multidimensionalità	L'elemento caratterizzante il servizio sociale è dato dal suo rifarsi a una pluralità di dimensioni, con le quali l'A.S. si confronta sia su un piano cognitivo, sia nell'esercizio della sua specifica operatività. Infatti la m. viene spesso posta in relazione ai termini quali "intervento", "azione sociale" e "processo di aiuto". Ricorrente è inoltre l'accostamento della m. ai concetti di plurifunzionalità e multidisciplinarietà, per rafforzare la connotazione dell'assistente sociale quale professionista delle pluralità, sempre teso a comprendere e ricomprendere cognitivamente e operativamente le complessità delle situazioni sociali e di quelle individuali in esse inscrite. L'assistente Sociale lavora, quindi, sulle interdipendenze tra utenti (e sulla pluridimensionalità dei suoi bisogni, nonché sui rapporti con i soggetti a lui/lei prossimi che compongono il suo ambiente di vita), struttura assistenziale (o ente istituzionale o organizzazione) e comunità (o territorio). L'operatori è chiamato a ricomporre la complessità delle relazioni esistenti tra questi, (ri)costruendo un contesto di significato nell'ambito del quale orientare il processo di aiuto attivato. Della Valle (1995) elenca le seguenti funzioni del servizio sociale: la presa in carico dell'utenza; la promozione e l'organizzazione delle risorse, istituzionali, formali e informali; lo studio dei problemi e delle risorse del territorio e la programmazione degli interventi, all'interno del progetto globale. Dal Pra Ponticelli (2000) parla, con riferimento alle specifiche caratteristiche di pluridimensionalità, di "ottica trifocale", cioè della "capacità di integrare in una visione di insieme l'intervento di aiuto alla persona-famiglia, la progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e strutture quali risorse indispensabili per l'intervento di aiuto alla persona, lo sviluppo e l'integrazione di risorse di "mondi vitali" al fine di costruire un sistema integrato di prestazioni e servizi"
Obiettivo	L'obiettivo rappresenta la direzione che orienta l'attenzione conoscitiva od operativa. nella progettazione dell'intervento di servizio sociale la determinazione degli obiettivi, preceduta dalle fasi di analisi e valutazione degli interventi, deve essere effettuata in base ad una precisa e realistica valutazione della situazione oggetto dell'intervento stesso. nell'azione professionale, quindi, gli obiettivi, accanto al connotato teorico di "aspirazione", assumono la valenza di "fattibilità". nel servizio sociale possiamo, quindi, parlare di obiettivo-risultato atteso ed il medesimo dovrà essere individuato secondo criteri di attinenza e pertinenza rispetto al problema, dovrà essere descritto e definito chiaramente, dovrà essere fondato su analisi realistiche di realizzabilità, dovrà essere condiviso in modo chiaro, non ambiguo, dovrà essere valutabile, è necessario cioè individuare contestualmente gli strumenti atti a misurarlo, vale a dire gli indicatori che proveranno che sia stato raggiunto ed in grado di raggiungimento dello stesso in termini di efficacia ed efficienza.
Pianificazione	Individuazione di azioni complesse da intraprendere rispetto a finalità generali, a lungo termine (annuale o pluriennale) attraverso la realizzazione di programmi



	specifici, riguardanti obiettivi di medio e breve periodo.
Presa in carico	Assunzione di responsabilità. È la capacità dell'insieme dei soggetti istituzionali e sociali, di arrivare gradualmente a condividere responsabilità e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate in grado di favorire processi di promozione, prevenzione, benessere, a favore dei cittadini. Nel servizio sociale, con presa in carico si intende l'atto formale-amministrativo rispetto alla verificata competenza dell'istituzione ad assumersi la responsabilità dei percorsi di aiuto. Nel processo di aiuto si caratterizza, oltre che per la dimensione conoscitiva-relazionale, come assunzione di responsabilità professionale, individuale e collettiva (del singolo operatore, dell'équipe, del servizio verso il singolo, il gruppo, la comunità in rapporto e risposta ad una domanda, esplicita/implicita, diretta/indiretta, d'intervento). Nello specifico del Servizio Sociale p.c. può essere "leggera, complessa, preventiva, riparativa". Conseguentemente, per p.c. complessa si intende un percorso che incontra una problematicità elevata e interagisce con essa in presenza di un alto grado di gravità socioambientale e a volte di forte multiproblematicità.
Problema	Nel servizio sociale rappresenta l'oggetto dell'intervento, è l'elemento intorno al quale si sviluppa il processo di aiuto; una delle fasi della progettazione dell'intervento è dedicata alla chiarificazione ed emulazione del problema, sulla base di dati qualitativamente rilevanti ed efficaci per la valutazione dello stesso, per la verifica della pertinenza con il mandato ed il ruolo di chi deve affrontarlo, e definito mediante il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati.
Processo metodologico	Nel servizio sociale rappresenta l'articolazione e la specificazione del metodo.
Processo di aiuto	Nel servizio sociale si può definire come la capacità di attivare, a fronte dei problemi e dei bisogni dell'utenza singola e/o associata, percorsi di risposta articolati e spesso complessi in cui il soggetto, o i soggetti, portatore/i del bisogno e/o del problema assumono un ruolo assolutamente centrale e protagonista e la relazione professionale d'aiuto costituisce il tessuto connettivo del processo stesso nelle sue diverse fasi, interrelazioni e componenti. <u>I soggetti implicati, con ruoli e funzioni differenti nel processo di aiuto sono:</u> ✓ l'utente (pone il problema, chiede l'intervento, definisce le soluzioni e le linee operative sostenute dall'azione professionale dell'assistente sociale) ✓ l'assistente sociale (accoglie, ascolta, sostiene, informa, chiarifica, restituisce, accompagna, ecc, ed attiva l'incontro, progettato e finalizzato alla specificità della persona e del suo problema, tra l'utente e le risorse istituzionali e non). ✓ il servizio (offre risorse e modalità amministrative per l'uso delle stesse). ✓ l'ambiente di vita della persona nel suo complesso e per ambiti significativi (in forma a volte diretta a volte indiretta a seconda delle diverse situazioni problematiche e/o rischio). ✓ la comunità sociale (in quanto legittimamente il mandato sociale dell'assistente sociale e "sede" delle risorse organizzative e di terzo settore). <u>Le fasi metodologiche del processo di aiuto:</u> - a) individuazione del problema e presa in carico (avvio del processo di aiuto) - b) analisi del problema (sue componenti, variabili, ecc) e delle risorse - c) valutazione preliminare del problema ed enucleazione degli obiettivi dell'intervento (in rapporto ai risultati ipotizzati) - d) elaborazione del progetto di intervento e contratto - e) attuazione del progetto di intervento - f) verifica e valutazione dei risultati ottenuti (in itinere e finale)



	- g) conclusioni del processo di aiuto (o eventuale riformulazione del progetto o formulazione di un nuovo progetto)
Relazione professionale = <i>relazione di aiuto</i>	Nel servizio sociale la relazione professionale si definisce come <i>relazione di aiuto</i> . Questa rappresenta una forma specifica di relazione, specifica ma non esclusiva; costituisce un rapporto "attivante" di potenzialità e di risorse in senso lato e mirato. La relazione di aiuto si instaura intenzionalmente tra l'utenza ed il professionista, anche se in un contesto più ampio di relazioni (istituzione/organizzazione, comunità/territorio), a seguito di una domanda implicita o esplicita, diretta o indiretta, allo scopo di produrre un cambiamento rispetto ad una situazione percepita come negativa, come generatrice di malessere. Il professionista, infatti, non può promuovere e sostenere una soluzione efficace del problema se non coinvolgendo altri soggetti, altre risposte professionali e non, altre realtà istituzionali e sociali. Per l'assistente sociale la relazione di aiuto, svolta nel rispetto del <i>setting</i> , fondata su sapere teorici e abilità operative ed agita nel rispetto dei principi e dei valori della professione, è lo strumento fondamentale per la realizzazione del processo di aiuto.
Responsabilità Professionale	è quella che attiene ai comportamenti e alle azioni che il professionista agisce nella sfera e nel sistema di relazione professionale. È determinata, oltre che dal bagaglio personale, anche del bagaglio di cultura, valori, regole e visione del mondo condiviso dalla specifica professione. Ne consegue che ogni volta che la responsabilità professionale entra in conflitto con quella personale o con gli altri livelli emerge una questione che il professionista deve governare. Nel servizio sociale la relazione professionale che promuove autonomia e autodeterminazione è fondata sul riconoscimento della responsabilità del soggetto, nella sua consapevolezza/capacità/intenzionalità (attuale o potenziale) nel "rispondere a...", "nel rispondere di...", di esercitare la propria libertà.
Restituzione	Nelle relazioni professionali fondate sui modelli orientati all'autodeterminazione e alla responsabilità dell'utenza, la restituzione si colloca nelle dimensioni della chiarificazione, della verifica e della valutazione, partecipate, del percorso che si sta compiendo. L'intervento di "restituzione" (di emozioni, di informazioni, di contenuti a valenza reciproca) non è collocabile in un'unica fase cronologica, quanto piuttosto deve corrispondere all'esigenza periodica, di verificare, insieme professionista ed utente, quanto fin lì acquisito, compreso, elaborato, non solo attraverso un'esplicita verbalizzazione, ma anche attraverso la comunicazione e la metacomunicazione; con queste stesse caratteristiche la restituzione finale si colloca, questa sì in una precisa fase, quella conclusiva, dell'intervento, nella quale i contenuti informativi, affettivi, emotivi elaborati nel processo di aiuto diventeranno patrimonio definitivo ed acquisito della relazione.
Rete	Nel lavoro sociale si parla di reti sociali, intendendo con tale dizione l'insieme di risposte e/o risorse umane ed istituzionali che si legano con rapporti/relazioni stabili in funzioni di percorsi di aiuto. Le reti possono essere primarie, secondarie formali e secondarie informali. La rete primaria, per antonomasia, è la famiglia perché in questo gruppo, naturale primario, che i suoi membri trovano e si danno reciprocamente aiuto, cura, sostegno emotivo, ecc. Oltre al gruppo familiare anche i gruppi amicali ed i cosiddetti gruppi dei pari, costituiscono reti primarie per i membri degli stessi. Le reti primarie si caratterizzano, pertanto, per i contenuti di affettività e/o affinità e per il senso di appartenenza e svolgono una funzione protettiva e di sostegno e sviluppo dell'identità dei singoli e del gruppo stesso. Le reti secondarie formali comprendono le istituzioni che in forza, o in ottemperanza, di apposite norme, assicurano servizi alle persone in risposta ai bisogni individuali e sociali. In queste reti i rapporti, le relazioni sono di tipo asimmetrico ed il loro contenuto è di tipo professionale. Le reti secondarie informali sono costituite da associazioni, dal volontariato, da gruppi che si sono sviluppati per far fronte a determinati bisogni delle persone, ecc. Nel lavoro sociale è necessario analizzare le reti sociali per valutare la portata, il significato, la funzionalità utilizzando variabili diverse, vale a dire variabili



	interazionali, cioè che riguardano l'intensità delle relazioni ed il significato che rivestono per la persona, e variabili strutturali, relative cioè alle forme ed alle caratteristiche strutturali della rete.
Risorsa	Nel servizio sociale si prendono in considerazione le risorse disponibili, da potenziare e/o da attivare, nell'utente, nel suo contesto di vita, nella comunità di riferimento, nel sistema dei servizi, nell'istituzione specifica, nell'operatore.
Ruolo	L'insieme delle norme e delle aspettative che convergono su un individuo in quanto occupa una determinata posizione in una, più o meno strutturata, rete di relazioni sociali, ovvero in un sistema sociale. Ogni persona può ricoprire più ruoli a seconda del sistema sociale di riferimento ed, inoltre la stessa agisce in modi diversi, ma relativamente prevedibili, quando occupa una determinata posizione sociale e "gioca" un ruolo anziché un altro.
Segnalazione	E' un'attività attraverso la quale uno o più soggetti sottopongono all'attenzione di altri soggetti, competenti e/o interessati nella materia in questione, informazioni e notizie intorno a un problema, un fenomeno, una situazione, una persona, una famiglia. E' un atto comunicativo e, come tale, è un processo di interazione che genera una relazione fra soggetti coinvolti. Nel Servizio Sociale è una fase di un percorso di comunicazione bidirezionale che si realizza nella trasmissione e nella ricezione, e si attua nel rapporto tra cittadino-servizio, territorio-servizio, servizio-altri servizi, tra figure professionali diverse, tra il servizio e altri enti, istituzioni e organizzazioni. Attraverso la s. aumenta la gamma di informazioni, opportunità e risorse utilizzabili, oltre quelle già disponibili in una determinata struttura organizzativa. Si distinguono s. da cittadini e s. anonima, che hanno la caratteristica di essere unidirezionale verso il servizio; s. fra organizzazione e s. da e per l'autorità giudiziaria, che invece sono bidirezionali. Recepita la s. dopo averne valutato la competenza e l'eventuale presa in carico, occorre interrogarsi non solo sul contenuto della s. stessa, ma in merito a: chi segnala e chi è il/i soggetto/i della s.; quale informazione ha il soggetto segnalato; quale rapporto c'è tra segnalante e segnalato; quali sono la posizione e il ruolo del segnalante. I quesiti posti chiariranno: di chi è il problema portato; qual è il livello di consapevolezza ed il coinvolgimento dell'interessato sulla propria situazione; qual è l'intenzione del segnalante. Solo dopo aver chiarito e messo in correlazione tutte le informazioni, è possibile individuare le strategie operative. Se la s. è relativa a un problema collettivo, ci si riferirà alle indicazioni metodologiche previste nel lavoro di territorio e nel lavoro di rete.
Salute	Stato di benessere fisico, psichico, e sociale (OMS). Da questa definizione deriva la rilevanza che ha uno stile di vita sano in senso globale, non soltanto fisico quindi, ma anche psichico e relazionale. Con tale espressione si intende, inoltre, sia l'insieme dei comportamenti e delle condizioni tese al benessere, cioè all'equilibrio tra fattori psico-fisici e socio-relazionali, sia la costruzione di un progetto personale di vita, che accompagnandosi con la cura di sé stessi, renda capace il soggetto di affrontare coerentemente ed efficacemente le situazioni, i problemi e le trasformazioni che la vita, l'ambiente, i processi evolutivi personali e sociali, implicano.
Stakeholder	La prima definizione del termine si riferisce a organizzazioni, gruppi o individui che possono influire o essere influenzati dal raggiungimento degli obiettivi di un'impresa. Il coinvolgimento degli stakeholder rappresenta uno dei pilastri fondamentali della di un'organizzazione, anche se oggi diventa sempre più importante l'avvio di ulteriori e più innovativi processi di partnership che vadano oltre il coinvolgimento e prevedano una reciproca assunzione di responsabilità.
Setting	Nelle relazioni professionali il setting assume valore di contesto caratterizzato, nella dimensione temporale e fisico-spaziale, da regole, procedure, modalità (anche esteriori), definite ed osservate per favorire la relazione, per controllare le variabili, per rappresentare anche simbolicamente lo stile professionale, i valori, i contenuti e le aspettative.
Servizio Sociale	Il Servizio Sociale in Sanità focalizza la sua azione sui determinanti sociali della salute al fine di prevenire, rimuovere o ridurre i fattori di deprivazione ambientale,



socio-economica e familiare che incidono sull'evolvere e sul decorso della malattia. Sono obiettivi del Servizio Sociale:

- Tutelare gli aspetti sociali della persona/famiglia che accede al sistema sanitario;
- Garantire unitarietà, equità di accesso e la fruizione dei diritti esigibili;
- Favorire lo snodo e l'integrazione degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale e le connessioni tra le diverse tipologie di servizi e prestazioni (sanitarie, socio-sanitarie e sociali)
- Attivare percorsi di empowerment della persona/famiglia e della Comunità
- Prevenire e ridurre il disagio sociale promuovendo progetti di inclusione sociale, lavorativa, di formazione e di supporto all'abitare
- Garantire la continuità assistenziale delle persone fragili che necessitano congiuntamente di interventi sanitari e azioni di protezione sociale
- Promuovere progettazioni di sistemi di benessere locale, integrazione tra i vari ambiti operativi, tra mondi vitali delle persone e terzo settore

“È evidente che la presenza del Servizio Sociale in Sanità (...) ha ricadute positive in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza degli interventi in quanto:

- consente di attuare una lettura olistica precoce dei bisogni della persona e del suo contesto di vita, evitando l'avvio di progetti assistenziali che possano rivelarsi, in itinere, inefficaci per le persone e diseconomici per il sistema, per l'incidenza di determinanti sociali sfavorevoli, non valutati inizialmente;
- contribuisce a impostare a monte programmi e piani operativi con finalità di prevenzione, trattamento e cura che tengano conto degli obiettivi, di integrazione degli aspetti sanitari con quelli socio-sanitari e sociali evitando frammentazione, sovrapposizione di interventi e duplicazioni improprie di risorse;
- esplora le risorse, le fragilità, le criticità socio-economiche, culturali, territoriali e relazionali che possono condizionare i percorsi di cura e concorre, all'interno dell'equipe/team multiprofessionale, alla definizione di progetti di salute e PAI sostenibili ed appropriati, non solo rispetto al quadro clinico assistenziale, ma anche a quello socio familiare e relazionale.
- intercetta e riconosce i fattori di rischio sociale, al di là della complessità clinica, per mettere l'equipe nelle condizioni di operare le scelte più opportune, anche rispetto a eventuali obblighi di legge e di segnalazione all'autorità giudiziaria;
- entra in relazione con la persona, la sua famiglia e il suo contesto di vita, considerando tutti gli elementi socio-relazionali utili alla valutazione della domanda ed alla definizione del progetto di salute e, in seguito, connette il complesso del bisogno espresso con le possibilità di risposta che il sistema di welfare locale mette a disposizione.

In questo senso, esplora e attiva anche reti “nascoste” o informali, grazie alle quali possono essere praticabili e sostenibili percorsi assistenziali o terapeutici riabilitativi non ipotizzabili altrimenti, anche nelle situazioni di fragilità e crisi improvvise, causate dalla malattia:

- orienta e sostiene la persona e la famiglia nella scelta delle risorse proprie o della rete dei servizi pubblici e privati da attivare, relazionandosi con il sistema dei servizi socioassistenziali quando necessario

Il Servizio Sociale in Sanità, in forza dell'approccio globale alla persona e al contesto proprio dell'intervento professionale:

- agisce nei confronti del sistema di welfare nel suo complesso, in particolare nei processi tesi ad assicurare la continuità dei percorsi assistenziali tra setting diversi e nei nodi del sistema a rete o nei punti di accesso per facilitare le connessioni e su-



	perare la frammentazione che, spesso, genera percorsi interrotti, duplicazioni d'interventi, dispersione di risorse; - promuove la partecipazione delle loro famiglie/personone – eventualmente anche facendosi portavoce – alla formazione del percorso di cura, con particolare riferimento alla condivisione delle scelte e dei progetti assistenziali, anche ai fini dell'aumento della compliance; - sviluppa e mantiene le relazioni tra le reti di sostegno alle fragilità, con una specifica attenzione professionale al lavoro con le comunità e con i soggetti del Terzo Settore e del Quarto Settore". (CNOAS 2021) - propone, partecipa e organizza con altre figure professionali la formazione continua dell'Azienda Sanitaria. Il Servizio Sociale in Sanità, per le funzioni assunte in questi anni, riveste una configurazione di snodo strategico tra sistema sanitario e sistema sociale, garantendo quel necessario livello di collaborazione tra i diversi ambiti (istituzionale, gestionale e professionale). Gli scopi operativi del servizio sociale sono: - sostenere i processi di autonomia dell'individuo, di gruppi delle comunità - favorire processi di socializzazione "nutritiva" e significativa per l'identità individuale e sociale, nel rispetto delle norme vigenti - aiutare individui e gruppi ad identificare, risolvere o ridurre i problemi e/o bisogni di carattere personale, relazionale, ecc - documentare la rispondenza dei servizi e delle risorse sociali ai problemi che si presentano ed ai bisogni emergenti, ricercando, analizzando e correlando, in collaborazione con altri professionisti, le variabili che li determinano in funzione della più coerente ed efficace implementazione di risposte - concorrere all'attivazione, organizzazione e gestione di servizi quantitativamente e qualitativamente rispondenti ai bisogni e/o problemi evidenziati - contribuire all'elaborazione di indirizzi di politica sociale, in particolare a livello territoriale, atti a prevenire i problemi ed a porre in essere condizioni per l'equilibrato sviluppo umano e comunitario, che tengano conto delle esigenze globali delle persone, delle famiglie, della comunità
Servizio Sociale e salute mentale	La malattia mentale e il disagio psichico sono da sempre stati contraddistinti da implicazioni e da gravi riflessi sulla sfera sociale delle persone che ne sono affette, sia per i problemi che spesso ne stanno all'origine, sia per le ricadute sul piano della vita sociale e relazionale, nonché, infine, per le necessità implicite del processo di cura e di sostegno. Si può definire pertanto il servizio sociale nell'ambito della salute mentale come il complesso di azioni professionali specifiche che, all'interno di programmi indirizzati al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone/gruppi sofferenti di disturbi psichici, concorrono ai progetti globali di salute individuali e collettivi, utilizzando le competenze proprie del servizio sociale in tutti i livelli nei quali si articola il processo di aiuto. Le attività del servizio sociale in questo settore, pur realizzate in vari tipi di servizi, si esplicano in modo pieno e continuativo in un rapporto funzionale e stabile con il servizio sanitario e il suo assetto organizzativo relativo all'area specifica (DSM e le sue articolazioni), la cui peculiarità operativa complessa è contraddistinta dal lavoro interdisciplinare integrato. In generale il Servizio Sociale si pone come obiettivi prioritari: 1) contribuire con strumenti propri di analisi, progettuali, e operativi, a prevenire l'aggravamento e le ricadute individuanti del disagio psichico nella sua complessità bio-psico-sociale con interventi precoci e nelle situazioni e nelle situazioni a rischio di marginalizzazione ed esclusione sociale. 2) individuare strategie di intervento che contrastino i processi di definizione e cronicizzazione della malattia mentale e/o Istituzionalizzazione, attraverso l'attivazione di programmi personalizzati finalizzati al reinserimento e/o al mantenimento della persona utente nel proprio ambiente.



	3) contrastare l'emarginazione e lo stigma favorendo l'inclusione nella realtà sociale della persona, cercando di elevare il grado di comprensione e di accettazione sociale dei disturbi mentali, potenziando il sistema di rete intorno alla stessa, sostenendo e supportando le famiglie. 4) favorire l'emancipazione dal bisogno e dalla dipendenza attraverso interventi riabilitativi e di raccordo della persona paziente psichiatrico e la sua famiglia con il contesto sociale, e di aiuto al recepimento e nell'utilizzazione delle risorse formali ed informali disponibili sul territorio, mirate alla migliore possibile qualità della vita della persona utente. 5) la complessità dei bisogni e la loro interdipendenza danno luogo a programmi articolati riguardo la risocializzazione, la riabilitazione psico-sociale per l'individuazione e/o il recupero di abilità sociali e di autonomie, percorsi preformativi di inserimento lavorativo mirato, promozione di sostegno assistenziale, economico, di appoggio domestico, in concorso con i servizi territoriali, ecc. La specificità della funzione e del ruolo dell'assistente sociale si sviluppa nei confronti: della persona, del servizio o dei servizi di cura, del territorio e dell'ambiente, innescando processi di emancipazione e di cambiamento in grado di ri-valutare le risorse e le potenzialità della persona inibite o ridotte dalla dipendenza dalla malattia mentale. L'individuazione, il reperimento, la costruzione di risorse esterne connesse ai bisogni e la promozione di reciproche relazioni in un ottica di rete, costituiscono le fasi in cui si articola il processo di intervento del servizio sociale. Esso si inserisce nel progetto terapeutico-riabilitativo complessivo, nel rispetto delle diverse competenze professionali, facilitando l'integrazione degli interventi e la presa in carico globale delle situazioni.
Soggetto	Nel servizio sociale il soggetto (singolo o collettivo) è protagonista dell'intervento insieme all'operatore e l'essere "soggetto" comporta assunzione/riconoscimento di responsabilità, capacità di autodeterminazione, autonomia, titolarità di ruoli e funzioni di diritti e di doveri, riconoscimento di individualità/specificità (di bisogni, vissuti, desideri, potenzialità, risorse, scelte).
Strumento	Gli strumenti nelle professioni di aiuto sono sostanzialmente strumenti relazionali, comuni o analoghi, che acquistano specificità in quanto orientati, finalizzati ed agiti in base ai principi fondanti l'azione professionale ed all'organizzazione metodologica, complessivamente aggiornati e modulati in base alle valutazioni di risultato e di processo, all'interno dell'applicazione del metodo. <u>Strumenti per l'aiuto nel servizio sociale:</u> il colloquio, la visita domiciliare, il lavoro di gruppo, il lavoro di rete, il lavoro di rete con la persona, le reti sociali e l'intervento sociale, ecc. <u>La documentazione professionale:</u> il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione del colloquio, la relazione sociale, il verbale, il contratto scritto.
Supervisione	Il termine designa una particolare attività formativa, di guida, di direzione e di controllo/valutazione condotta da esperti (istituzionali o liberi professionisti) della professione e formati appositamente allo svolgimento della stessa, nei confronti di studenti tirocinanti, di professionisti inseriti in specifici contesti lavorativi. La peculiarità della supervisione consiste nell'accompagnamento ed affiancamento graduale e sistematico dello studente o del professionista nel processo di analisi, di elaborazione e di sintesi delle diverse componenti la professionalità in funzione della crescita consapevole della stessa a garanzia dell'efficacia dell'azione professionale. Nelle professioni di aiuto, quale quella dell'assistente sociale, la supervisione costituisce un momento ed uno strumento fondamentale sia sul piano della crescita delle competenze professionali, sullo sviluppo delle capacità di gestione, controllo ed utilizzo della dimensione affettivo-emotiva da parte del professionista, aspetto questo di vitale importanza, date le profonde implicazioni emotive, anche di natura inconscia, che comportano o possono sollecitare. La supervisione può essere individuale, di gruppo, di équipe, per progetti.
Territorio	Il concetto di t. per il servizio sociale riassume in se concetti quali ambiente, comunità, contesto, presenti nel servizio sociale sin dalle origini. Ambiente inteso



	non solo come natura, ambito geografico, ma come ambiente sociale, culturale, affettivo, relazionale. Ambiente come contesto dove si collocano i problemi della persona in relazione alla sua storia (in senso micro), ma anche i problemi riferiti a fasce di età, a categorie di persone, a gruppi (in senso macro). Per il servizio sociale è sempre stato prioritario mantenere la persona nel suo ambiente di vita, facendo leva sia sulla comunità familiare, sia sulla comunità allargata in un'ottica preventiva per superare la logica dell'istituzionalizzazione e della settorialità degli interventi, in capo a servizi specialistici slegati dal contesto territoriale. Nel lavoro sociale «al termine t. si attribuiscono significati diversi, non sempre alternativi, poiché riferiti ad aspetti e componenti differenti, che possono essere posti in risalto in relazione alla tematica affrontata. Il t. può essere inteso come bacino di utenza del servizio o sistema dei servizi; ancora, come l'insieme di tutte le componenti e dei soggetti collettivi che ne fanno parte (Ferrario1992). Il servizio sociale: 1. deve sviluppare la conoscenza del t., della sua soggettività, dei bisogni e delle risorse, della cultura e dei valori, identificando le diversità e la molteplicità come una ricchezza da salvaguardare e da difendere. 2. può e deve contribuire a promuovere il benessere degli individui e a rafforzare i legami sociali, creando integrazione e aggancio con la collettività, sollecitando le risorse dei soggetti del t. (giovani, famiglie, associazionismo, volontariato) 3. Diventa risorsa rilevante nel portare al «tavolo della pianificazione integrata» la propria cultura, e cioè il complesso dei valori e principi della professione, l'unitarietà dell'approccio che vede la complessità dei problemi in un'ottica multidimensionale, una lettura della società come «società reticolare» dalla quale far emergere i nodi e le connessioni tra i diversi sistemi.
Tirocinio	Il tirocinio nel servizio sociale può essere definito come un "processo di apprendimento a un ruolo professionale (conoscenze e capacità) svolto in un percorso teorico pratico, attraverso una relazione formativa significativa all'interno di un contesto di lavoro, in un sistema di formazione organizzato". Il tirocinio è luogo di integrazione teorico-pratica, intesa sia come riflessione su "fare", sia, più in generale, come possibilità di confronto e circolarità fra teorie formali acquisite e lettura di fenomeni reali così come si manifestano; si tratta di un'esperienza guidata, in cui cioè assume un ruolo fondamentale la supervisione di un esperto, quale garante dei processi di apprendimento. Nel caso del servizio sociale il tirocinio, inserito all'interno del curriculum universitario e svolto contemporaneamente alla formazione di base, è parte integrante di un disegno formativo complessivo e richiede pertanto l'allestimento di risorse anche di tipo organizzativo.
Trattamento	Il termine "trattamento" nel significato più generale, si riferisce all'"applicazione di metodi e procedimenti variamente determinabili, allo scopo di conseguire particolari effetti" e quindi di produrre un cambiamento. Il servizio sociale ha cercato di stabilire delle tipologie di diagnosi sociale e di sistematizzare i trattamenti e le cure più opportune. All'interno della scuola diagnostica del servizio sociale, sviluppatasi in America intorno agli anni trenta, si inserisce il modello psicosociale che ha come esponente F. Hollis: Dal Pra Ponticelli individua il trattamento come un processo fluido, nel quale i contenuti e le procedure devono essere soggetti a continua revisione in quanto i processi relativi alle persone si trasformano e si rivelano in modi sempre nuovi; il trattamento è finalizzato ad alleviare il disagio della persona e a diminuire la disfunzionalità del sistema persona-situazione. (es: il modello Unitario centrato sul compito; il modello sistemico-relazionale, l'intervento/trattamento si pone come obiettivi la modificazione e la riorganizzazione di una situazione disfunzionante).
Utente	Colui che usufruisce di un bene collettivo per soddisfare un bisogno in base ad un diritto
Valutazione	Determinazione di un valore di un qualcosa secondo criteri di positività, efficacia, funzionalità, rispetto ad una classificazione, rispetto alla definizione di azioni successive, conseguenti o correlate. Può essere definita come "una attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su di



	un'azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali che segue procedure rigorose e codificabili". Questa definizione sottolinea il carattere della valutazione come prassi scientificamente fondata, distinguendola così dalla corrente attività di espressione del giudizio, che caratterizza l'agire umano consapevole. La valutazione nel processo di aiuto significa attribuire senso e significato alle informazioni raccolte e ai risultati ottenuti, in modo congiunto tra operatori e utente. La v. ha inizio prima dell'intervento, quando, a partire dall'analisi della domanda, e una volta raccolte le informazioni necessarie per la conoscenza e la comprensione del problema, si formulano ipotesi sulla situazione per la definizione della diagnosi psicosociale. L'azione valutativa continua poi durante l'attuazione del progetto operativo, attraverso il monitoraggio necessario a verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti precedentemente. La v. nel processo di aiuto è necessaria per conoscere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del processo costruito con l'utente, in relazione ai suoi bisogni. Il senso della valutazione è dare un metodo all'osservazione ancorandola a dati di realtà; fronteggiare la complessità; individuare e governare le priorità d'azione con scelte e decisioni argomentate; generare condizioni per nuovi modelli e prassi di intervento. I principali compiti valutativi dell'AS Valutare i BISOGNI-RISORSE (qual è il problema? Quali le possibili risorse Personali Ambientali?); Valutare il PROCESSO DI AIUTO (quali le migliori modalità per rispettare i principi e per ottenere buoni risultati?); Valutare gli ESITI (miglioramento? mantenimento? rallentamento? peggioramento?) La Valutazione deve fare i conti con moltissime variabili come gli aspetti oggettivi, ma anche la soggettività (intenzionalità...) e la complessità ambientale (organizzativa, territoriale...)
Welfare	Si tratta di un anglicismo utilizzato per rappresentare un sistema in grado di garantire a tutti i cittadini la fruizione dei servizi sociali ritenuti indispensabili; viene utilizzato anche come sinonimo di benessere sociale. Sono note soprattutto due locuzioni: welfare economics (economia del benessere) e welfare state (tradotta spesso con stato assistenziale con una sfumatura negativa o stato sociale, espressione più neutra)



8. BIBLIOGRAFIA

- Allegri E. (2015), *Il Servizio sociale di comunità*, a cura di Carocci Editore;
- Regione Lazio, Piano Regionale per la Salute Mentale 2022-2024 Anno 2022;
- Bartolomei A., Passera L. (2005), *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*, Cierre;
- Bonifazi L., Giacconi B. (2013), *"L'Abilitazione per l'Assistente Sociale e l'Assistente sociale specialista"*, Maggioli Editore;
- Bortoli B. in Folgheraiter F. (2003), *"La liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà"*, Erickson;
- CNOAS, *Nuovo Codice deontologico degli Assistenti Sociali*, Febbraio 2021 <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>
- Ducci D.V. (1995), *La Presa in carico dell'utenza del servizio sociale ieri e oggi*, in "Rassegna del Servizio sociale", n. 4
- Luppi., Campanini. (1988), *Servizio sociale e modello sistemico. Una nuova prospettiva per la pratica quotidiana*, Carocci Editore;
- M. Dal Pra Ponticelli (2011) – *Dizionario di servizio sociale*, AA.VV., Carocci Faber
- Pirfo E. (1999), *Il Lavoro d'équipe con il paziente grave: integrazione tra professionalità, specificità/competenza, strumenti di case management* <https://slideplayer.it/slide/3073917/>
- PDTA – *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*, a cura di Asl Latina <https://www.ausl.latina.it/14-approfondimenti/2092-percorsi-assistenziali>
- Rovai B., Ziliani A. (2007), *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*, Carocci Editore.
- Edda Samory "L'autonomia Tecnica Professionale"
- U. De Ambrogio "L'Assistente Sociale e la Valutazione"

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario)
- D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)
- D. Lgs. 3 luglio 2017, n. 117, *Codice del Terzo settore*, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00128) (GU Serie Generale n.179 del 02-08-2017 - Suppl. Ordinario n. 43)

LEGGE 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. (GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Suppl. Ordinario n. 186)

Regione Lazio: Legge Regionale 10 Agosto 2016, n. 11, *Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio*

Regione Lazio: *Piano Regionale di Azioni per la salute mentale 2022 – 2024, Anno 2022;*

DPCM 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15

Regione Lazio: *Deliberazione Giunta Regionale 2 marzo 2018 n. 149* Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2. *"Linee Guida per l'integrazione socio-sanitaria nella Regione Lazio"*

Legge 5 febbraio 1992, n.104, *"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"*.

10. MODULISTICA

Allegato 1

SCHEDA DI PRIMO ACCESSO		
DATA DELLA RICHIESTA:		ASSISTENTE SOCIALE:
PROT.:		
MODALITÀ DI ACCESSO E/O INVIANTE		
☐ DIRETTO INTERESSATO		
☐ FAMILIARE/PARENTE (Indicare nominativo, parentela e tel.):		
☐ MEDICO DI MEDICINA GENERALE (Indicare nominativo e tel.):		
☐ OPERATORI DEI SERVIZI SOCIALI (Indicare nominativo e tel.):		
☐ OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI (Indicare nominativo e tel.):		
☐ INTERLOCUTORI ISTITUZIONALI / TERZO SETTORE (Indicare nominativo e tel.):		
☐ SCUOLA (Indicare nominativo e tel.)		
☐ ALTRO (specificare): (ad es. contatto telefonico, e-mail, accesso diretto etc.)		
DATI ACCESSO		
☐ Primo accesso TSMREE territoriale		
☐ Già preso in carico (se è stato seguito da altro TSMREE specificare dove e gli interventi effettuati e allegare documentazione socio-sanitaria in possesso		
Annotazione varie		
DATI ANAGRAFICI DEL MINORE		
COGNOME:	NOME:	
DATA DI NASCITA:	LUOGO DI NASCITA:	
CITTADINANZA:	C.F.:	
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	COMUNE DI:	
DOMICILIO:	COMUNE DI:	
SCUOLA FREQUENTATA	NOME E INDIRIZZO:	
☐ Nessuna scuola		



☐ Asilo Nido ☐ Scuola dell'Infanzia ☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria di I grado ☐ Scuola secondaria di II grado	
MMG:	Indirizzo studio (comune e via) _____ Tel./Cell: _____
Pediatra:	Indirizzo studio (comune e via) _____ Tel./Cell: _____
CONTATTI GENITORI E/O ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE	
Madre:	Tel./Cell: _____ E-mail: _____
Padre:	Tel./Cell: _____ E-mail: _____
Tutore (allegare decreto)	Tel./Cell: _____ E-Mail: _____
Amministratore di Sostegno (allegare decreto) :	Tel./Cell: _____ E-mail: _____
Curatore (allegare decreto):	Tel./Cell: _____ E-mail: _____
Il padre/la madre è al corrente della richiesta al nostro servizio ☐ Si ☐ No (se NO va richiesta l'autorizzazione e il consenso firmato con copia documento d'identità dell'altro genitore)	
RICHIESTA ESPRESSA DELL'UTENTE/PERSONA	
A ☐ Prima visita Neuropsichiatrica Infantile (NPI) B ☐ Richiesta di Certificato di integrazione scolastica (CIS) C ☐ Richiesta certificato NPI D ☐ Richiesta certificato per Disturbi di apprendimento in ambito scolastico (L. 8 ottobre 2010, n. 170) E ☐ Richiesta valutazione psicodiagnostica su richiesta dell'A.G. (allegare decreto) F ☐ Altro (es. <i>supporto psicologico, logopedico, neuropsicomotorio etc...</i>)	
Breve descrizione problema/bisogno _____ _____ _____	



Rilevare se:
☐ Problema a rilevanza sociale _____
☐ Problema a rilevanza sanitaria: _____
☐ CASO URGENTE _____
☐ Altro: _____
ESORDIO DELLA PROBLEMATICIA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (SPECIFICARE)

BREVE SINTESI DEL CASO E ANNOTAZIONI



Allegato 2

ASSESSMENT SOCIALE SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI DELLA FAMIGLIA DEL MINORE	
ASSISTENTE SOCIALE:	
Data Valutazione:	
DESTINATARIO DEL SERVIZIO (minore)	Nome _____ Cognome _____
DATA PRIMO ACCESSO	
TITOLARI DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE	
☐ Entrambi i genitori	
☐ Un solo genitore (specificare) _____	
☐ Sospesa	
☐ Decaduta	
☐ Tutela a _____ parenti o _____ altri soggetti (specificare) _____	
☐ Curatela	

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE					
CONVIVENTI (nello stato di famiglia)					
☐ UNIPERSONALE ☐ COPPIA SENZA FIGLI ☐ NUCLEARE ☐ MONOGENITORIALE ☐ ALLARGATA					
(padre, madre e figli) (un genitore con figli) (nonni, genitori, figli, compagni)					
Nome e Cognome	Età e Data di Nascita	Grado di parentela	Recapito Tel.	E-mail	Stato Civile ²⁵

²⁵ Nubile, celibe, convivente, coniugato/a, separato/a, divorziata/o, vedova/o



EVENTUALI ULTERIORI PERSONE CONVIVENTI CON IL BENEFICIARIO. SE DIFFERENTI O IN AGGIUNTA AL NUCLEO FAMILIARE COMPILARE LA TABELLA SEGUENTE

Nome e Cognome	Età e Data di Nascita	Grado di parentela	Recapito Tel.	E-mail	Stato Civile

Annotazioni _____

SITUAZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Padre: Nome _____ Cognome _____

☐ occupato: ☐ pensionato ☐ disoccupato ☐ Altro _____

Padre: Nome _____ Cognome _____

GRADO DI ISTRUZIONE:

PROFESSIONE:

Madre: Nome _____ Cognome _____

☐ occupato: ☐ pensionato ☐ disoccupato ☐ Altro _____

GRADO DI ISTRUZIONE:

PROFESSIONE:

ALTRE INFORMAZIONI SULLE FIGURE GENITORIALI

Condizioni personali genitori (*invalidità, certificazione Legge 104/1992, etc*)

Condizione lavorativa ed economica e istruzione (*studente, occupato, inoccupato, disoccupato, inabile al lavoro, etc.,*



eventuali provvidenze economiche come RdC, Naspi, Bonus energia e gas, titolo di studio, iscrizione al CPI etc.)

Eventuali interventi e prestazioni di cui usufruisce attualmente il nucleo erogati dal servizio sociale comunale, dal privato sociale, dai servizi specialistici ASL sanitari o socio-sanitari

Problematiche vita di relazione - problematiche legate alla salute mentale e/o all'umore, problematiche legate ad abuso e dipendenze (alcol, sostanze, gioco d'azzardo ...), Problematiche di violenza/maltrattamento e/o *stalking* (compresa violenza assistita se minori), problematiche giudiziarie a carico dei genitori

SITUAZIONE ABITATIVA

☐ PROPRIETÀ DIMORA ☐ AFFITTO ☐ CASA POPOLARE ☐ PRECARIA (OSPITE, ABUSIVO) ☐ SENZA FISSA

RISORSE SOCIALI ATTIVE O ATTIVABILI

TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	RECAPITI	NOTE
Amici/Vicini			



Volontariato			
Associazioni			
Altro			

BISOGNI MANIFESTATI DALLA FAMIGLIA

VALUTAZIONE DEL BISOGNO RILEVATO DALL'ASSISTENTE SOCIALE

Allegato 3



ASSESSMENT SOCIALE SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI DEL MINORE

ASSISTENTE SOCIALE:	Data Valutazione:
DESTINATARIO DEL SERVIZIO	Nome _____ Cognome _____
DATA PRIMO ACCESSO	
DATI ANAGRAFICI DEL/DELLA MINORE	
COGNOME:	NOME:
DATA DI NASCITA:	LUOGI DI NASCITA:
CODICE FISCALE:	CITTADINANZA:
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	COMUNE DI:
DOMICILIO DI RESIDENZA:	COMUNE DI:
SCUOLA FREQUENTATA ☐ Nessuna scuola ☐ Asilo Nido ☐ Scuola dell'Infanzia ☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria di I grado ☐ Scuola secondaria di II grado	NOME E INDIRIZZO: _____ _____ _____ _____ _____
MMG	Indirizzo studio (comune e via) _____ Tel./Cell: _____
Pediatra:	Indirizzo studio (comune e via) _____ Tel./Cell: _____
EVENTUALI PROVVEDIMENTI DI TUTELA A CARICO DEL MINORE	
Area civile e tutela ☐ Richiesta di indagine socio-ambientale dei servizi sociali ☐ Vigilanza e sostegno ☐ Affidamento etero-familiare ☐ Affidamento ad un genitore in separazione ☐ Affidamento al servizio sociale ☐ Affidamento al servizio sociale con limitazione della responsabilità genitoriale ☐ Affidamento a parenti ☐ Tutela del sindaco ☐ Tutela a terzi ☐ Vigilanza post-adozione ☐ Allontanamento d'emergenza del minore ☐ Adottabilità ☐ Adozione nazionale ☐ Adozione internazionale	Area persone di minore età Penale a carico ☐ Messa alla prova ☐ Misure cautelari in carcere ☐ Misure alternative
AREA AUTONOMIA PERSONALE (INCLUDE GLI ASPETTI DI AUTONOMIA, MOBILITÀ, CURA DELLA PERSONA E DELLA CASA, SALUTE DEL MINORE.)	

ACC/INPS) Invalidità/disabilità	Invalidità Sì ☐ _____ % ricorso ☐ aggravamento ☐ No ☐ in corso di certificazione ☐			
	Legge 104/92 no/sì: Art.3 c.1 ☐ Art.3 c.3 ☐ Art. 12 ☐ Art. 13 ☐			
	Indennità di accompagnamento sì ☐ no ☐			
	In caso di invalidità/disabilità, specificarne la tipologia o Fisica _____ o Psicica _____ o Sensoriale _____ o Plurima _____			
	Certificazione Neuropsichiatria Infantile (NPI) sì ☐ no ☐ Annotazioni _____			
	Eventuali sostegni economici destinati al supporto della persona di minore età: Indennità di frequenza sì/no o domanda in corso dal _____ Altre indennità _____ Annotazioni _____ _____ _____			

Stato di Salute	Presenza di patologie sì ☐ no ☐ Specificare _____ _____ _____ _____			
	Per ogni patologia indicata segnalare: - eventuale diagnosi _____ - cronicità sì o no ☐ - livello di gravità lieve o moderato o grave ☐ - livello di compromissione dell'autonomia/autosufficienza alto ☐ medio ☐ basso ☐ - trattamenti terapeutici _____ _____ Annotazioni _____ _____ _____			
	Se necessità di cure sanitarie alta o media, indicare medici di riferimento e/o che hanno in carico il minore			
	Specialità	Nome	Ente	Recapito
Autonomie personali (igiene personale, vestirsi, uso WC, continenza, alimentazione, andare a letto e rialzarsi) _____				



Linguaggio, comunicazione e relazioni sociali in rapporto all'età			
Eventuali servizi già attivi			
Servizi	Ore settimanali	Recapiti/Contatti	Note
tem per analizzare la situazione del minore (dal Questionario del Il Mondo del Bambino Programma P.I.P.P.I)			
Aree di valutazione		Valutazione Assistente Sociale	
Le risorse dell'Ambiente (famiglia allargata e rete, abitazione, lavoro e condizione economica, risorse del territorio e senso di appartenenza)			
I bisogni di sviluppo del bambino (Salute; Sviluppo fisico; Competenze linguistiche e comunicative; Competenze socio-emotive e comportamentali; Identità, autostima e immagine di sé; Autonomia Relazioni con i familiari; Relazioni con i pari; Relazioni con un altro adulto significativo; Abilità di comprensione, ragionamento e problem solving; partecipazione a scuola e negli apprendimenti, progressi e risultati, aspirazioni)			
La capacità dei genitori (Cura di base; sicurezza e protezione; Calore, affetto e stabilità emotiva; Guida, regole e limiti; Gioco e divertimenti; stimolo e incoraggiamento; Rapporto e integrazione con la scuola e le altre risorse educative; Orientamenti valoriali e culturali.)			