PROCEDURA ORGANIZZATIVA

COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA ASL LATINA

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Data 28/03/2023	Dirigente Assistente Sociale *dott.ssa Gerarda Molinaro*	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Rete Ospedaliera *dott.ssa Roberta Biaggi*	Direttore Sanitario ASL Latina *dott. Sergio Parrocchia*	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

La UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri e Dirigente Assistente Sociale è referente della implementazione della procedura organizzativa.

Gruppo di lavoro:

COGNOME	NOME	SERVIZIO	FIRMA
ARZANO	IRIS	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "DONO SVIZZERO" - FORMIA	
IANNUCCI	SILVIA	DAY SERVICE MULTIDISCIPLINARE - GAETA	
TRABACCHIN	SOFIA	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "S.M. GORETTI" - LATINA	
IAZZI	ANTONELLA	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "S.M. GORETTI" - LATINA	
CICCONE	ROBERTA	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "S.M. GORETTI" - LATINA	
FANTIGROSSI	IRENE	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "A. FIORINI" - TERRACINA	
LAMESI	VALERIA	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE P.O. "S. GIOVANNI di DIO" - FONDI	

La UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri e Dirigente Assistente Sociale è referente della implementazione della procedura organizzativa.

INDICE

CAPITOLO	PAG
PREMESSA Contesto di riferimento	
1. SCOPO ED OBIETTIVI	
1.1. Oggetto 1.2. Scopo 1.3 Obiettivi 1.3.1 Obiettivi Generali 1.3.2 Obiettivi Specifici	
2. AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI	
2.1 Modalità di accesso al servizio 2.2 Contatti 2.3 Attivazione SSO 2.2 - Consulenza Sociale 2.3 - Attività di équipe 2.4 - Lavoro di rete 2.5 - Presa in carico 2.6 - Diagnosi sociale 2.7 - Valutazione in unità di valutazione multidimensionale – U.V.M. 2.8 - Piano Terapeutico Individualizzato – P.T.I. 2.9 - Case manager 2.10 - Follow-Up 2.11 - Monitoraggio ALLEGATO 1 ALLEGATO 2	

PREMESSA

I cambiamenti demografici, degli ultimi decenni, hanno influenzato fortemente le scelte delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie ponendosi l'obiettivo fondamentale di individuare la giusta risposta a problematiche sociali e sanitarie sempre più emergenti.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone. In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

La concezione di salute sta rapidamente evolvendo nel contesto internazionale verso nuovi significati e prospettive. Nel passaggio dal concetto di sanità a quello di salute vanno implementate strategie di pianificazione capaci di pensare la salute in modo integrato con le politiche sociali, sviluppando un insieme di azioni che determinino la promozione della salute dell'individuo e della comunità.[1] La Carta dei servizi 2021

Contesto di riferimento

La configurazione dell'Azienda Sanitaria Locale Latina, di seguito denominata "Azienda", è un ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

L'Atto aziendale, adottato nel rispetto dei principi e criteri indicati nell'atto di indirizzo emanato dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 259 del 06 agosto 2014 rappresenta lo strumento di diritto privato diretto a formalizzare l'autonomia imprenditoriale ed organizzativa dell'Azienda per la realizzazione delle proprie finalità, nel rispetto dei principi, criteri e vincoli contenuti nella normativa emanata dalla Regione.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall'Atto aziendale, nonché dai regolamenti e dagli altri atti organizzativi emanati in conformità ai criteri e principi sanciti dall'Atto stesso e nel rispetto della vigente normativa. L'Azienda, nell'esercizio della propria autonomia imprenditoriale, opera, ai sensi dell'art. 3, comma 1 ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, mediante atti di diritto privato ed esercita i poteri di diritto pubblico ad essa direttamente attribuiti dalla legge mediante procedimenti ed atti di diritto amministrativo assoggettati alla normativa prevista dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.

L'Azienda si è costituita il 1° luglio 1994, mediante l'accorpamento di n. 6 Unità Sanitarie Locali della Provincia di Latina ai sensi della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18, e successive modificazioni e integrazioni e della deliberazione del Consiglio regionale n. 907 del 02/03/1994. 2.

La sede legale e la legale rappresentanza La sede legale dell'Azienda è in viale Pier Luigi Nervi – Complesso Latina Fiori Torre 2G - Latina. Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore generale pro-tempore, il quale ha la propria sede in Latina presso la sopracitata sede legale.

L'ambito territoriale e la popolazione di riferimento

La provincia di Latina si estende per 2.250 kmq, è costituita da 33 comuni e una popolazione residente di 576.655 abitanti (Maschi 285.153 e Femmine 291.502).

Il territorio, diviso tra aree collinari, montuose e piane costiere comprende anche le isole dell'arcipelago pontino. La provincia di Latina si caratterizza per una popolazione giovane con un'età media di 44,7 anni e un indice di vecchiaia (i.v.) pari a 160,5: il più basso del Lazio. Seppur

1 Carta dei servizi 2022

più lento rispetto alle altre province laziali, è comunque emergente il progressivo invecchiamento della popolazione dovuto alla diminuzione del tasso di natalità e al contemporaneo aumento della sopravvivenza e speranza di vita.

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Latina è organizzato in **5 Distretti Sanitari.**

Il Distretto 1 si caratterizza per un territorio prevalentemente pianeggiante, una popolazione giovane e una elevata presenza di stranieri.

Il Distretto 2, anch'esso prevalentemente pianeggiante è il più popoloso e presenta il maggior numero di stranieri residenti.

Nel Distretto 3, prevalentemente collinare, si osserva un'inversione di tendenza, in quanto l'apporto di popolazione immigrata straniera giovane ha ridotto il peso relativo della popolazione anziana.

Il Distretto 4, prevalentemente pianeggiante, si colloca al terzo posto per numero di abitanti.

Al Distretto 5 che ha un territorio prevalentemente collinare, appartengono le isole di Ponza e Ventotene, presenta la popolazione più anziana.

L'analisi rappresentata non considera, tuttavia, la significativa quota di immigrati irregolari che è difficilmente quantificabile. Dal punto di vista epidemiologico, all'invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluripatologie cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche che impongono alla ASL la necessità di riorientare l'attuale modello assistenziale basato sulla risposta al singolo evento acuto, verso un modello basato invece sulla presa in carico della persona con patologia cronica .[2]

- **l'integrazione fra ospedale e territorio** al fine di rafforzare la rete integrata di produzione/erogazione dei servizi sanitari e di garantire una ottimale continuità assistenziale la cui priorità è un principio affermato negli atti di programmazione regionale;

- **l'integrazione socio sanitaria** quale momento di raccordo tra le funzioni svolte dai Distretti dell'Azienda e le funzioni di assistenza sociale degli Enti locali che, avvalendosi di una programmazione socio-sanitaria integrata, responsabilizzi entrambi i soggetti istituzionali e sia uno strumento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità di intervento socio sanitario, tale da consentire di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multiprofessionale.

Nella Rete territoriale , insistono **n. 4 Ospedali**, di seguito declinati:

- "S.M. Goretti" di Latina: sede di DEA II;
- "A. Fiorini" di Terracina: sede di P.S.;
- "S. Giovanni di Dio" di Fondi: sede di P.S.;
- "Dono Svizzero" di Formia: sede di DEA I

Il Servizio Sociale Ospedaliero, fa capo alla UOC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di appartenenza.

1. - SCOPO ED OBIETTIVI

1.1. Oggetto Procedura di attivazione del Servizio Sociale Ospedaliero dei Presidi S.M. Goretti " DEA II di Latina, Presidio " Dono Svizzero" di Formia, "A. Fiorini" di Terracina, S. Giovanni di Dio" di Fondi

Con il presente documento si intendono formulare indicazioni dirette a focalizzare in modo più preciso gli ambiti di intervento e le modalità operative nonché il ruolo del Servizio sociale all'interno dell'Ospedale, anche in funzione di una efficace realizzazione dei processi di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria. In questo contesto emerge la rilevanza della figura professionale dell'Assistente Sociale, ossia del professionista che, grazie anche ai particolari contenuti del proprio percorso formativo, è chiamato a svolgere un ruolo centrale nel garantire le indispensabili connessioni tra le diverse componenti del sistema di welfare , in funzione di una risposta integrata e sinergica ai bisogni espressi dalla popolazione che rientrano nell'ambito delle competenze proprie dell'azienda sanitaria.

Il Servizio Sociale Ospedaliero svolge un'azione di supporto, ovvero si stretta collaborazione, nei confronti del complesso dell'organizzazione sanitaria, in perfetta sintonia con il fine ultimo dell'Azienda Ospedale che è costituito dalla produzione o dal ripristino della salute dei cittadini[3].

In Italia le prime esperienze di servizio sociale ospedaliero sono quelle dell'Ospedale Gaslini di Genova nel 1945, dove si ci preoccupava di dare "conforto morale" al paziente soprattutto durante le lunghe degenze e ci si occupava dei sui problemi familiari, di quelli derivanti dall'interruzione del lavoro, delle previdenze, delle dimissioni e degli aspetti ricreativi durante il ricovero. Il riconoscimento legislativo della presenza dell'Assistente Sociale nel contesto ospedaliero attiva solo nel 1968 con la legge n. 132 " *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*". All'Art. 22 viene riconosciuto il servizio di assistenza sociale come facente parte dell'Ospedale e all'art 39 relativamente al personale, vengono individuate le assistenti sociali nell'organico.

Negli anni successivi il ruolo dell'Ospedale della rete dei servizi sanitari si modifica e, in particolare, con la Legge Quadro n. 328/2000 viene data la priorità agli interventi di cura e di assistenza effettuati a domicilio, la casa diventa il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e, nei casi in cui è possibile, recuperare l'autosufficienza.

Inoltre il decreto sui livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. 29/11/2001) poi convertito in legge 405/2001, rafforza la tendenza dell'atto di indirizzo di ricondurre la totale competenza sanitaria solo nell'acuzie e post-acuzie, relegando nell'area delle prestazioni sociosanitarie gli interventi in tutte le situazioni di criticità e non autosufficienza.

Questi cambiamenti incido notevolmente sull'operatività dell'Assistente Sociale ospedaliero che deve "curare", il collegamento tra il luogo di cura istituzionale, L'Ospedale, ed il territorio, contribuendo a garantire un passaggio "protetto" da un contesto all'altro per il paziente e per i suoi familiari, la cosiddetta dimissione protetta.[4]

1.2 – **Scopo**:

La Repubblica Italiana Tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti (art. 32 Costituzione Italiana), pertanto si potrebbe affermare che lo scopo è quello di promuovere, mantenere e restituire al malato la sua dignità di persona che sovente la malattia e la degenza violano.

Dare risposte a situazioni di bisogno o a problemi originati dai rapporti interpersonali tra persone e organizzazioni e da rapporti intrapersonali mediante l'utilizzo e/o la promozione di risorse in senso lato e tenendo conto dei valori assoluti per il lavoro sociale, in primis la dignità e libertà della persona.

---

3 Organizzazione Qualità nel servizio Sociale Ospedaliero, Phoenix C.C. , n: M.pag 9

4 Organizzazione di Servizi pag. 294

1.3 - Obiettivi

Il Servizio Sociale Professionale Ospedaliero promuove azioni finalizzate al sostegno, recupero e valorizzazione delle risorse della persona degente e della sua famiglia per affrontare le situazioni di bisogno e disagio legate all'evento malattia e a problematiche familiari/sociali, giudiziarie complesse e a rischio di marginalità. Interviene a favore di tutti i cittadini (minori e adulti in difficoltà, anziani, disabili, persone con disagio psichico e con problemi di dipendenze, stranieri e senza fissa dimora) ricoverati; ciò avviene attraverso l'analisi della situazione, la definizione del bisogno, l'eventuale presa in carico della persona, la partecipazione al percorso di dimissione protetta nell'ottica dell'integrazione e della continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso la predisposizione/realizzazione del piano di intervento individuale da attivare in previsione della dimissione.

L'assistente sociale intervenire per:

- Intercettare e prendere in carico situazioni fragili e ad alto rischio di esclusione sociale, spesso non conosciute dai Servizi Sociali e Sanitari Territoriali, attivando gli opportuni interventi di protezione e tutela (es: minori, donne, senza fissa dimora ecc.).
- Allentare la pressione sui reparti, derivante dalla gestione degli aspetti soci-assistenziali, favorendo un utilizzo più pertinente delle risorse sia interne che esterne alla struttura ospedaliera.
- La realizzazione della dimissione protetta intesa nella sua accezione più ampia, come l'insieme delle azioni che costituiscono il passaggio organizzato da un setting di cura all'altro, al fine di facilitare la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute tramite interventi coordinati
- Promuovere strategie di razionalizzazione e di integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma stabile e continuativa, con i reparti ospedalieri, le risorse territoriali, quali i servizi territoriali pubblici sia sanitari , che sociali, gli Organi Giudiziari, le forme di associazionismo, le risorse di volontariato e le reti informali.
- Sostenere le persone ricoverate, le loro famiglie durante il percorso ospedaliero, orientare rispetto ai servizi e ai percorsi, concorda un progetto assistenziale definito ed organizzato in vista della dimissione, sia in caso di rientro al domicilio ché attraverso l'erogazione di altri servizi della rete sociale, sanitaria e sociosanitaria.
- Applicazione informatica collegata al programma di Pronto Soccorso "*GIPSEWEB*" in grado di fornire informazioni sullo stato del percorso al suo *caregiver,* in collaborazione con la CCOT di riferimento.

2. - AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

2.1 – Modalità di accesso:

- Richiesta diretta: della persona degente/ familiare;
- Richiesta da parte del P.S. Pronto Soccorso e/o reparto;
- Richiesta su istanza della direzione sanitaria aziendale o direzione sanitaria del presidio ospedaliero;
- Richiesta di attivazione da parte dei servizi territoriali;
- Segnalazioni provenienti dal terzo settore;

2.2 – Contatti:

A. **Servizio Sociale Ospedaliero**"S.M. Goretti", DEA II livello di Latina.

Sede: c/o Palazzina direzionale DEA II, via Scaravelli snc, Piano Terra, stanza n°16;

Assistenti Sociali:

Dott.ssa Roberta Ciccone;

Dott.ssa Antonelli Iazzi;

Dott.ssa Sofia Trabacchin;

Orario lavorativo: Dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 15:12, con colloqui programmati e/o da definirsi sulla base delle emergenzialità;

Contatti:

Mail aziendale: serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it;Telefono aziendale: 0773/6553477;

B. **Servizio Sociale Ospedaliero "Dono Svizzero"DEA I di Formia.**

Sede: c/o Palazzina direzionale DEA I , via Appia lato sud snc - Formia

Assistente Sociale:

Dott.ssa Iris Arzano

Orario lavorativo: Dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 15:12, con colloqui programmati e/o da definirsi sulla base delle emergenzialità;

Contatti:

Mail aziendale: serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it;

Telefono aziendale: 0771/779539;

C. **Servizio Sociale Ospedaliero** "A. Fiorini" di Terracina .

Sede: c/o Punto Unico d'Accesso (PUA), via Firenze snc, Piano Terra;

Assistente Sociale:

Dott.ssa Irene Fantigrossi.

Orario lavorativo: Dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 15:12, con colloqui programmati e/o da definirsi sulla base delle emergenzialità;

Contatti:

Mail aziendale: serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it;

Telefono aziendale: 0773/708983;

D. **Servizio Sociale Ospedaliero** "S.G. di Dio" di Fondi.

Sede: c/o Palazzina direzionale DEA II, via San Magno snc , 4°Piano, stanza n°9;

Assistente Sociale:

Dott.ssa Valeria Lamesi

Orario lavorativo: Dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 15:12, con colloqui programmati e/o da definirsi sulla base delle emergenzialità;

Contatti:

Mail aziendale: serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it;

Telefono aziendale: 0773/505980;

2.3 ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO (S.S.O.) :

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE del S.S.O.	
Segnalazione/ richiesta attivata dall'Ospedale DEA II	Le Unità Operative (es. Medico ospedaliero/ coordinatore ecc.) ove è ricoverata la persona richiedono al S.S.O. la **"Consulenza Sociale"** specificando il motivo della richiesta, tramite e-mail allegando anche la "Scheda di triage sociale" (compilata dall'infermiere che effettua il triage), nonché allegando documentazione utile ad avvalorare tale richiesta, come i documenti identificativi, se disponibili a seconda dell'Ospedale di pertinenza al servizio sociale ospedaliero all'e-mail: **serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it;** **serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it;** **serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it;** **serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it;**
Segnalazione/ richiesta attivata da persona degente/famiglia/legale rappresentante	La persona degente/famiglia/legale rappresentante richiedono al S.S.O. la **"Consulenza Sociale"** direttamente oppure tramite e-mail, a seconda del presidio ospedaliero di pertinenza all'e-mail qui di seguito elencate: **serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it;** **serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it;** **serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it;** **serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it;** specificando il motivo della richiesta, nonché allegando documentazione utile.
Segnalazione attivata da Autorità Giudiziaria, Medici di Medicina Generale (M.M.G.) e/o Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.) e da Ente locale (E.L.)	L'Autorità Giudiziaria, i M.M.G./P.L.S. segnalano al S.S.O. alla PEC aziendale: amministrazione@pec.ausl.latina.it; e a seconda del presidio ospedaliero di pertinenza all' e-mail: **serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it;** **serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it;** **serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it;** **serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it;** specificando il motivo della richiesta, nonché allegando documentazione utile ad avvalorare tale richiesta.
Segnalazione attivata da Enti del III Settore	Gli Enti del III Settore segnalano al S.S.O. a seconda del presidio ospedaliero di pertinenza all'e-mail: **serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it;** **serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it;** **serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it;** **serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it;** specificando il motivo della richiesta, e allegando tutta la documentazione utile ad avvalorare tale richiesta e l'Assistente Sociale che ha in carico il caso ed i relativi contatti.

CONFERMA DI AVVENUTA RICEZIONE	
Tutti i richiedenti di cui sopra (interni ed esterni all'azienda)	Si invia email di risposta con dicitura di *"conferma di avvenuta ricezione della richiesta"* e la specifica dell'intervento in itinere e effettuato;
INTERVENTO TECNICO - PROFESSIONALE	
Consulenza e valutazione sociale	L'intervento consiste nell'espletare l'analisi del bisogno della persona, mediante colloqui di definizione e chiarimento, collegando le informazioni raccolte proveniente da: la persona, la famiglia/ caregiver, il soggetto inviante, l'equipe ospedaliera, la rete formale/informale dei servizi coinvolti, per procedere all'elaborazione delle progettualità/interventi da attuare in favore della persona, al fine di favorire una presa in carico integrata che dia continuità agli interventi ospedale-territorio. Fornendo inoltre informazione ed orientamento, nonché promuovendo e sensibilizzando l'interlocutore su: -diritti/doveri previsti dalla normativa vigente; -orientamento e/o informazione ai servizi e/o risorse attivabili nei diversi contesti istituzionali e/o del terzo settore; La valutazione consente inoltre di verificare la pertinenza della richiesta e decidere la prosecuzione dell'intervento di competenza sociale.
Presa in carico	Segnalazione ai servizi territorialmente competenti con conseguente valutazione nell'ambito l'U.V.M.O. (Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera) ospedaliera e/o territoriale) e/o back office territoriale; avvio procedure dimissione protetta, condivisione e redazione P.T.I., accompagnamento per la presa in carico presso i servizi sociali, socio-assistenziali e/o socio-sanitari nei diversi contesti territoriali. Le attività espletate sono : gestione e aggiornamento banca dati, registrazione della consulenza sulla cartella clinica della persona degente, compilazione data base registrazione attività, aggiornamento cartella sociale, lavoro di rete, definizione dell'intervento, attivazione percorsi di sostegno durante il ricovero, partecipazione UVM e/o incontri di back office al fine della valutazione della presa in carico, attivazione percorsi post dimissione (PDTA, altro), accompagnamento per la presa in carico presso i servizi sociali, socio-assistenziali, socio-sanitari nei diversi contesti del territorio.
Intervento non espletabile	L'Assistente Sociale incaricata, riferirà per iscritto il motivo per il quale non è stato possibile espletare l'intervento (es- rifiuto della persona, allontanamento volontario, dimissione già espletata, ecc)

2.3 - Attività di équipe

La metodologia di lavoro implica che in ogni fase della presa in carico sia presente una dinamica di:

- coinvolgimento del paziente e della rete familiare/amicale per l'analisi del bisogno, la valutazione delle possibili risorse, la predisposizione e realizzazione del progetto assistenziale individuale;

- collaborazione con il personale sanitario ospedaliero, nell'ottica di una costante integrazione sociosanitaria, attraverso la partecipazione attiva all' UVMO, lavoro di équipe multiprofessionale e multidisciplinare;

- scambio e confronto professionale con i servizi sociosanitari territoriali per garantire la continuità assistenziale.

2.4 - Lavoro di rete

Il Servizio Sociale in ambito ospedaliero ricopre essenzialmente un ruolo di collegamento di integrazione tra L'Ente Ospedale e il Territorio per la risoluzione dello stato di bisogno dell'utenza ricoverata e, in tal senso, di "**attivatore**"del sistema organizzato dei servizi e del sistema sociale generale, intesi sia come risorse fruibili dal paziente, che come ricettori della singola problematica. La partecipazione alla rete dei servizi, di fatto, risulta l'unico modo per affrontare e tentare di risolvere gli stati di bisogno dei cittadini-malati, anche attraverso la sinergia che si crea negli interventi integrati.

Le problematiche che il Servizio Sociale in Ospedale affronta ordinariamente nascono nel Territorio e trovano la loro risoluzione o comunque il loro contenimento, proprio nel Territorio che le ha viste generarsi, in quell'intreccio di reti primarie e secondarie che lo costituiscono e che lo rendono, a tempo stesso, espressione di di bisogni e fonte di risorse[5]

2.7 - Valutazione in unità di valutazione multidimensionale – U.V.M.

La Valutazione Multidimensionale rappresenta una funzione valutativa esercitata da un insieme di professionisti di area sanitaria e sociale, finalizzata alla individuazione dei problemi di salute di natura fisica, psichica e sensoriale nonché delle caratteristiche socio e economiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica (Rubenstein, 1984), nonché alla definizione del setting assistenziale adeguato al bisogno individuato, al fine di favorire al contempo un appropriato utilizzo dei servizi (appropriatezza organizzativa) e 'efficacia delle azioni clinico assistenziali (appropriatezza clinica); l'analisi dei problemi attivi secondo vari punti di vista (medico geriatrico, infermieristico e sociale) e le loro sintesi sono l'elemento fondante della valutazione multidimensionale, già da anni utilizzata a livello distrettuale.

Con deliberazione aziendale n°1051 del 30/11/2018, è stata istituita l'U.V.M. presso l'Ospedale "S.M. Goretti" di Latina con competenza sui soggetti ricoverati presso l'Ospedale che all'art. 1 prevede che la stessa si relazioni con la U.V.M. territoriale in tutti i casi in cui ravvisi la necessità, al fine di favorire l'integrazione tra ospedale e territorio.

Nella fattispecie si seguito vengono indicate le tipologie di valutazione che potrebbero essere svolte:

-ADI;

- Hospice;

-Strutture riabilitattive ex. Art. 26;

-RSA;

-Riabilitazione in ambiente ospedaliero;

2.8 - Altri interventi aziendali : TOH

Di introduzione recente (Delibera del Direttore Generale – ASL di Latina, n. 0001414 del 30/12/2022), del *team* di *flow management* infermieristico che facilita i percorsi e i flussi dei pazienti ed effettua, in collaborazione con il *team* della CCOT e la UVMO già esistente, una valutazione precoce dei pazienti per il conferimento precoce a *setting* assistenziali successivi. Collabora attivamente con il *Bed Manager*, collaborando altresì con il TOH, la CCOT nell'individuazione precoci della possibilità di conferimento a setting assistenziale successivo territoriale o domiciliare. Di fondamentale importanza l'intervento dell'UVMO per la valutazione precoce di pazienti con problematiche sociali o di altra natura.

5C. Caprini, N. Marini, Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, ed Phoenix, 2001, pag. 20.

METODOLOGIA DI PRESA IN CARICO

La gestione complessiva del processo è in carico al TOH nelle sue varie componenti. Individuare, ove possibile, altri *setting* assistenziali (*day service*/ambulatori, pdta, adi/cad, rsa, *hospice*), con la collaborazione, in presenza, della CCOT e/o dell'Assistente Sociale, i quali gestiranno la corretta compilazione ed invio delle relative modulistiche.

CAMBIO SETTING

In prossimità delle dimissioni verrà inviato un aggiornamento al *team* della CCOT. Quest'ultima valuterà nuovamente il caso con i professionisti coinvolti nel percorso di cura anche attivando l'UVMO al fine di individuare un nuovo setting appropriato. Tale richiesta, con dimissione verso il territorio viene gestita dalla CCOT che provvede alla richiesta delle disponibilità di PL ed all'assegnazione delle strutture rispondenti, con relative comunicazioni ai PUA di riferimento ed ai MMG dei pazienti.

3. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - Abbreviazioni

S.S.O	Servizio Sociale Ospedaliero
TOH	Team Operativo Ospedaliero
UVMO	Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera
COT	Centrale operativa Territoriale
MMG/ P.L.S	Medico Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta
PUA	Unto Unico di Accesso
PL	Posto Letto
ADI	Assistenza domiciliare Integrata
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
P.T.I	Piano Terapeutico Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
DEA	Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione
P.S.	Pronto Soccorso
D.P.C.M	Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri
I .V.	Indice di Vecchiaia
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale S.S.N.

3.2 - Terminologia di settore – Definizioni

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).
Aiuto	Azione di sostegno nei confronti di persone in stato di difficoltà o di pericolo, in senso professionale, azione finalizzata al recupero di risorse e capacità autonome per la risoluzione dei problemi delle persone; soprattutto in determinate circostanze operative, la funzione di aiuto si accompagna ad una funzione di controllo (es: negli interventi di tutela a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, nelle attività di vigilanza nei procedimenti penali minorili e per adulti).
Ascolto	La capacità di ascolto rappresenta un aspetto fondamentale e cardine delle relazioni interpersonali; significa non solo capire ciò che il/la nostrə interlocutorə 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'operatorə mantenga un atteggiamento di "ascolto attivo" per comprendere i problemi dal punto di vista dei soggetti coinvoltə 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 conduttorə, che dovrebbe essere caratterizzato da empatia e disponibilità all'ascolto non solo dei contenuti verbalmente espressi, ma anche dai segnali non verbali inviati dall'altrə.
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'operatorə 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 stessə e alla propria situazione. Mettendo insieme questi due ordini di informazioni, l'operatorə (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 professionale, legge 23 marzo 1993, n. 84 *"Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale".* *Art. 1 Professione di assistente sociale* *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.* *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.* *3. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato.* *4. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico- professionale* 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 si 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 autoderminazione 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. Autoderminazione, 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.
Case Management	Definisce la strategia centrale degli interventi di comunity 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 servizio sociale (s.s.)	È il principale strumento professionale che l'assistente sociale utilizza nel suo 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 «la 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 oggettivi; 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 figura 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.
Equipe	Gruppo di lavoro prevalentemente pluridisciplinare, con funzioni di analisi, valutazione e presa in carico.
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.
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.
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 selle 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 dal 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 mel lungo periodo, la comunità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*" Si distinguono in: a) 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; b) 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 piò 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 (esplicite 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 inserite. L'assistente Sociale lavora, quindi, sulle interdipendenze tra utente (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'operatore 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 socio-ambientale 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 sostenuto dall'azione professionale dell'assistente sociale9 ✓ 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) conclusine del processo di aiuto (o eventuale riformulazione del progetto o formulazione di un nuovo progetto)
Relazione professionale = *relazione di aiuto*	Nel servizio sociale la relazione professionale si definisce come *relazione di aiuto*. 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 *setting*, 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	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.
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, sociosanitarie 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 sociosanitari 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 superare la frammentazione che, spesso, genera percorsi interrotti, duplicazioni d'interventi, dispersione di risorse;

- promuove la partecipazione delle loro famiglie/persone – eventualmente anche facendosene 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 significante 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
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.
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 operatore 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 datidi 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 princìpi 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…)

4. - INDICATORI

Gli indicatori[6] sono strumenti in grado di mostrare (misurare) l'andamento di un fenomeno che si ritiene rappresentativo per l'analisi e sono utilizzati per monitorare o valutare il grado di successo, oppure l'adeguatezza delle attività implementate. Gli indicatori devono avere una validità e cioè devono misurare effettivamente ciò che si intende misurare, devono essere controllabili.

6 Gli indicatori - Qualità PA http://qualitapa.gov.it

4.1 - Autonomia professionale e Presa in Carico

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ TECNICO PROFESSIONALI			
Dimensioni	**Attività**	**Strumenti**	**Indicatori**
Autonomia Tecnico Professionale	Formazione continua; Supervisione periodica; Formazione didattica per tirocinio;	Report periodici; Relazione e segnalazione;	Efficacia dell'intervento; Autonomia decisionale; Numero invii effettuati;
Presa in carico	Compilazione documentazione; Sistematizzare e ordinare, in forma scritta, la documentazione; Registrazione colloqui e incontri;	U.V.M. ospedaliera e territoriale Colloquio; Mappatura del territorio e rete dei servizi; Cartella sociale;	Data prima segnalazione; Tempestiva presa in carico; Tempi di gestione della degenza; Frequent users; Dimissioni difficili; Presenza di rete formale/informale; Efficacia dell'intervento;

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

5.1 - Matrice delle responsabilità del processo

ATTIVITA'	ATTORI			
	R	A	C	I
Consulenza sociale	Assistente Sociale	Assistente Sociale	Personale ospedaliero aziendale/territoriale	Segnalante e stackeholders
Valutazione sociale finalizzata a definire le strategie di intervento	Assistente Sociale	Assistente Sociale	Personale ospedaliero aziendale/territoriale	Ospedale, famiglia, degente, legale rappresentante, autorità giudiziaria, MMG/PLS, III Settore
Presa in carico es: U.V.M.O e/o UVMD	Assistente Sociale	Assistente Sociale Medico UOC, PS, COT - Case Manager	Personale ospedaliero aziendale/territoriale	Care giver
Lavoro di rete anche per richiesta attivazione Back Office per percorsi post-dimissione	Assistente Sociale	PUA	Ente Locale e Servizi Territoriali	Medici di reparto e/o MMG/PLS

Presa in carico per segnalazione all'Autorità Giudiziaria	Assistente Sociale	Personale ospedaliero aziendale	Servizi Territoriali	Case Famiglia
Collaborazione ed integrazione con la COT dell'ospedale "S.M. Goretti" di Latina	Assistente Sociale	Personale rete ospedaliera e rete territoriale	PUA	Care giver
Interventi in favore di stranieri senza dimora, senza residenza	Assistente Sociale	Rete Servizi territoriali	UOC "Popolazione Migrante" – A.G.	Terzo settore

Legenda:

- La R sta per il responsabile dell'azione che garantisce il corretto svolgimento del lavoro.
- La A sta per l'attore che assume, approva ed eventualmente realizza l'azione se è sia R che A.
- La C sta per i collaboratori che contribuiscono al corretto svolgimento delle attività.
- La I indica gli agenti che saranno informati dell'andamento delle azioni senza necessariamente agire direttamente.

6. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

6.1 Bibliografia

M. Dotti, Il servizio sociale ospedaliero ed. Carocci Faber, 2019

C. Caprini, N. Marini, Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero, ed Phoenix, 2001

C. Odiard, Il servizio sociale ospedaliero: metodologia strumenti spazi operativi s.

F. Auxilia, La rete ospedaliera e assistenza primaria in una logica di sistema, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 8, 2012,p. 7

P. Lonardi, La fragilità in età anziana: aspetti sociali, familiari e relazionali, in Studi Zancan. n. 5 2011. p. 133 s.

Ministero della Salute "Linee di indirizzo Nazionali sul Triage intraospedaliero"

6.2 - Riferimenti Normativi

DPCM 24 novembre 2017 " Linee guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende Ospedaliere in teme di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza;

DCA del Commissario ad Acta 25/11/2019, U00475 – Regione Lazio " Recepimento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017 recante " Linee guida Nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende Ospedaliere in tema di soccorso e assistenza soco-sanitaria alle donne vittime di violenza;DETERMINAZIONE N. G15959 del 18/11/2022 - Proposta n. 48252 del 17/11/2022

Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019).

DGR 643 del 26 luglio 2022 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"

Raccomandazione n.15/2013 del Ministero della Salute sottolinea di predisporre procedure con specifico riferimento a fasce di popolazione in condizioni di fragilità: disabili, senza fissa dimora o fonte di reddito, con rete familiare assente, pazienti con disturbi psichiatrici o con dipendenza, pazienti oncologici.

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

DELIBERAZIONE N. DEL GIUNTA REGIONALE PROPOSTA N. 27818 DEL 20/07/2022 - Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"

Deliberazione 2 marzo 2018, n. 149 e 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

Legge 5 febbraio 1992, n.104 "Legge-quadro per l"assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;

Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n.11 "Sistema integrato degli interventi.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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".

Deliberazione di Giunta Regionale del 8 luglio 2011, n. 315 "Il Punto Unico d"Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di Indirizzo".

DPCM 14 febbraio 2001 e affida alla Giunta regionale l"approvazione delle linee guida regionali per l"integrazione sociosanitaria.

6. 3 SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/

1. **OSTACOLI ALLA DIMISSIONE**

2. Assenza di una rete formale ed informale;
3. Resistenze dei familiari a riprendersi in casa il congiunto;
4. Necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi sanitari e sociali;
5. Necessità di fornire a domicilio particolari presidi;
6. Necessità di revisioni strutturali della propria casa;
7. Necessità di reperire una struttura extra-ospedaliera;
8. Altre situazioni non cliniche legate allo stato di abbandono, povertà, stranieri.

CAMPO DI APPLICAZIONE

- La procedura è applicabile ai pazienti ricoverati nei presi ospedalieri presenti sul territorio & I professionisti sanitari e sociali Ospedalieri e del Distretto , sono tenuti alla scrupolosa osservanza della procedura.

Allegato n.1

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

Età (una sola opzione)
0 = 55 anni o meno
1 = 56 – 64 anni
2 = 65 – 79 anni
3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)
0 = Vive col coniuge
1 = Vive con la famiglia
2 = Vive da solo con il sostegno della familiare
3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti
4 = Vive solo senza alcun sostegno
5 = Assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)
0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)
Dipendente in:
1 = Alimentazione/nutrizione
1 = Igiene/abbigliamento
1 = Andare in bagno
1 = Spostamenti/mobilità
1 = Incontinenza intestinale
1 = Incontinenza urinaria
1 = Preparazione del cibo
1 = Responsabilità nell'uso di medicinali
1 = Capacità di gestire il denaro
1 = Fare acquisti
1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)
0 = Orientato
1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta
2 = Disorientato in alcune sfere* sempre
3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta
4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre
5 = Comatoso

** sfere: spazio, tempo, luogo e sè*

Modello comportamentale (ogni opzione valutata)
0 = Appropriato
1 = Wandering
1 = Agitato
1 = Confuso
1 = Altro

Mobilità (una sola opzione)
0 = Deambula
1 = Deambula con aiuto di ausili
2 = Deambula con assistenza
3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)
0 = Nessuno
1 = Deficit visivi o uditivi
2 = Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)
0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi
1 = Uno negli ultimi 3 mesi
2 = Due negli ultimi 3 mesi
3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)
0 = Tre problemi clinici
1 = Da tre a cinque problemi clinici
2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)
0 = Meno di tre farmaci
1 = Da tre a cinque farmaci
2 = Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE _____

Punteggio	Indice di rischio
0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzione
maggiore o uguale a 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT = screening di valutazione del rischio di blaylock.

Se il punteggio è maggiore o uguale a 11 il pz è a forte rischio di Istituzionalizzazione- questa scheda potrà essere usata in ambito SOCIO-SANITARIO come scheda di valutazione comune dei Servizi di supporto Attivati nell'Ospedale a favore del paziente.

Allegato n.2

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Ospedale Santa Maria Goretti
Servizio Sociale Ospedaliero

CARTELLA N° _____
Assistente Sociale _____
Medico di reparto _____
Data segnalazione _____
Data presa in carico _____
Dimissione _____

Codice nosografico regionale del paziente

_____

Generalità della persona:

Cognome _____ **Nome** _____
C.F. _____

Stanza/letto _____ **Reparto** _____
Luogo _____ **data di nascita** _____ **età** ___ **stato civile** _____
Recapito telefonico _____ **e-mail** _____
Persona di riferimento _____ **Grado di parentela/altro** _____
Tutore □ **Amm. di sostegno** □ **Curatore** □ **decreto nomina**[1] **n°** _____
Minorenne □

Età _____ **Generalità genitori:** 1. _____, 2. _____
Tutore/Curatore _____ **decreto nomina**[2] **n°** _____

Residenza: _____ **via** _____ **n°** _____ **Scala** ____
Domicilio (se diverso da residenza) _____
Senza fissa dimora SI □ NO □ **Casa:** di proprietà □ in affitto □ **Altro** _____
Cittadinanza italiana: SI □ NO □ **Stato estero** _____

Se Migrante : in Italia dal _____ Iscrizione S.S.R. _____ TEAM _____
S.T.P./E.N.I. : SI □ NO □ **Permesso di soggiorno**: SI □ NO □ **Necessita di Mediazione linguistico-culturale** SI □ NO □

Invalidità: _____ **Legge 104:** _____ **A.S.L.** _____ **Esenzione ticket** SI □ NO □
MMG/PLS: _____ Contatto Tel/email _____
Servizi territoriali di riferimento: _____
Problematiche cliniche e diagnosi:

_____

_____

Problematiche di dipendenza: SI □ **NO** □ **Se si, quali?** _____
Altri familiari da contattare, in caso di necessità:
Marito/Moglie/convivente/Figli/Nipoti/Altro _____
Destinazione presso:

- Struttura: _____ Abitazione: _____
- Mezzo di trasporto: _____

Firma per presa visione dei dati sopra dichiarati: Luogo e data _____
Firma dell'assistito/Rappresentante Legale[3]

_____

_____

1 *Allega Decreto di nomina.*
2 *Allega Decreto di nomina.*
3 *Allega documento d'identità.*

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Diagnosi sociale:

_____

_____

_____

Progetto di intervento:

Obiettivi:_____

_____

_____

_____

_____

_____

Interventi:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

RETE (formale ed informale):

_____

_____

_____

_____

Attivare:

RSA □
PDTA □
Hospice (Domiciliare e Residenziale) □
Lungodegenza □
PUA □
MMG/PLS □ **CAD** □
□ **Servizi Sociali Comune**_____

Firma dell'Assistente Sociale_____

Ai sensi ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il sottoscritto _____, autorizza il ASL di Latina al trattamento dei dati personali presenti e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno conservati ASL di Latina all'interno dell'archivio cartaceo ed informatico e potranno essere utilizzati ad uso interno di detti Servizi e da eventuali Enti Gestori del servizio.
I titolari del trattamento dei dati è il Servizio indicato.
La sottoscrizione della presente informativa ha valore di consenso al trattamento dei dati.

Data __/__/____
gg mm anno

FIRMA _____
(Beneficiario o Altra Persona)

Allegato n.4

DIARIO SOCIALE: compilazione informatizzata
Destinatario:

Giorno	Interventi espletati

Allegato n.5

Alla cortese attenzione:

DELEGA

La sottoscritta_____
Nata a _____ ( ) il_____
Residente a _____
Via_____CAP_____
C.F_____
Doc. Identificativo_____N°_____

DICHIARA

Di essere ricoverato presso l'Ospedale "S: M. Goretti" DEA II di Latina, dunque di essere impossibilitato a recarsi presso i VS Uffici, pertanto

DELEGA

L'Assistente Sociale, Dott.ssa _____ ad inviare tramite mezzo e-mail serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it, ad espletare richieste di natura amministrativo-burocratica in favore della sottoscritta.

Data _____ Firma _____

Allego: fotocopia del documento di riconoscimento.

Allegato n.6

Presidio Ospedaliero_____

Dichiarazione di Anonimato c/o il Triage

La sottoscritta:

Nome_____Cognome_____

Nata a_____ il_____

Residente a _____in via_____

DICHIARA

di aver partorito un_ bambin_ di sesso_____, in data_____alle ore_____

presso questo_____ e chiede di avvalersi del diritto di partorire

in anonimato in quanto "donna che non vuole essere nominata".

Consente di effettuare esami e procedure diagnostiche e terapeutiche a garanzia della salute del__ neonat_ e della propria, anche attraverso la raccolta di anamnesi sanitaria.

Dichiara di essere informata sui suoi diritti , su quanto la normativa prevede a tutela della maternità e dell'nfanzia, sulle risorse e sugli interventi di sostegno e di aiuto attivabili in suo favore e del__ neonat_ e sugli effetti giuridici che questo comporta.

Allego ☐ Non allego ☐
documento identificativo.

Luogo e Data_____Firma_____

Testimoni:

	Nome e Cognome	Qualifica	Firma
1.			
2.			
3.			

Luogo e Data_____

Allegato n.7

Presidio Ospedaliero_____

Dichiarazione di Anonimato

La sottoscritta:

Nome_____Cognome_____

Nata a_____ il_____

Residente a _____in via_____

DICHIARA

di aver partorito un_ bambin_ di sesso_____, in data_____alle ore_____

presso questo_____ e chiede di avvalersi del diritto di partorire

in anonimato in quanto "donna che non vuole essere nominata".

Consente di effettuare esami e procedure diagnostiche e terapeutiche a garanzia della salute del__ neonat_ e della propria, anche attraverso la raccolta di anamnesi sanitaria.

Dichiara di essere informata sui suoi diritti , su quanto la normativa prevede a tutela della maternità e dell'nfanzia, sulle risorse e sugli interventi di sostegno e di aiuto attivabili in suo favore e del__ neonat_ e sugli effetti giuridici che questo comporta.

Allego ☐ Non allego ☐
documento identificativo.

Luogo e Data_____Firma_____

Testimoni:

	Nome e Cognome	Qualifica	Firma
1.			
2.			
3.			

Luogo e Data_____

Allegato n. 8

Presidio ospedaliero_____

Verbale di Richiesta Anonimato

I sottoscritti:

_____**qualifica**_____

_____**qualifica**_____

_____**qualifica**_____

in servizio presso questo presidio ospedaliero

DICHIARANO

che la donna che ha partorito un_ bambin_ , in data _____alle ore_____ presso questo _____, non ha manifestato la volontà di costituirsi quale madre del neonato.

Specificatamente:

(barrare le voci)

☐ ha richiesto di partorire in anonimato, pertanto nessun dato relativo alla sua identità può essere trascritto su alcun documento o reso noto;

☐ ha richiesta di mantenere l'anonimato solo relativamente al parto ed al neonato, pertanto è fatto obbligo di evitare ogni collegamento con il bambino e divieto di riportare alcun dato che possa ricondurre alla sua identità;

☐ non ha manifestato alcuna volontà in merito alla trascrizione delle sue generalità;

☐ ha dichiarato di non voler procedere a dichiarare la nascita del bambino in Anagrafe;

☐ ha/non ha avuto e mantenuto alcun rapporto significativo con il neonato;

☐si è arbitrariamente allontanata dall'Ospedale lasciando il neonato;

☐ ha manifestato la volontà di chiedere la sospensione della procedura di adottabilità;

☐ altro_____

Inoltre:

☐ HA ☐ NON HA

consentito ad effettuare esami e procedure diagnostiche e terapeutiche a garanzia della salute del__ neonat_ e della propria, anche attraverso la raccolta di anamnesi sanitaria.

La donna è stata informata sui suoi diritti, su quanto la normativa prevede a tutela della maternità e dell'infanzia, e sulle risorse e sugli interventi di sostegno e di aiuto attivabili in suo favore e del neonat_.

E' stata comunque resa edotta sugli effetti giuridici che la sua scelta comporta.

La donna ha ricevuto sostegno e assistenza da:

Luogo e data_____

Firma_____

Firma_____

Firma_____

Allegato n. 9

Mediazione Culturale (lingua)_____Giorno_____Orario_____

Nome Mediatore_____ Contatto Telefonico_____

Persona ricoverata (Nome e Cognome)_____

Reparto_____Piano_____

Elenco domande intercorse:

- Come ti chiami?_____Data di nascita_____Anni_____

- Luogo di nascita_____domicilio/residenza_____

- Stato civile_____

- Nominativi familiari_____, _____, _____;
- Rete familiare e/o amicale: _____
_____;
- Dimora _____;
- Lavoro:_____;

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

- D_____R_____

Allegato A

SERVIZIO SOCIALE IN OSPEDALE (S.S.O)

Sul territorio della ASL di Latina sono presenti quattro Presidi Ospedalieri: "S.M. Goretti" di Latina: sede di DEA II; "A. Fiorini" di Terracina: sede di P.S.; "S. Giovanni di Dio" di Fondi: sede di P.S.; "Dono Svizzero" di Formia: sede di DEA I. In tutti è presente l'Assistente Sociale.

Il Servizio Sociale in Ospedale promuove azioni finalizzate al sostegno, recupero e valorizzazione delle risorse della persona ricoverata e della sua famiglia per affrontare le situazioni di bisogno e disagio legate all'evento malattia e a problematiche familiari/sociali, giudiziarie complesse e a rischio di marginalità. Interviene a favore di tutti i cittadini (minori, adulti, anziani, stranieri, senza fissa dimora) ricoverati, attraverso, l'analisi della situazione, la definizione del bisogno, l'eventuale presa in carico della persona e la predisposizione/realizzazione del piano di intervento individuale da attivare in previsione della dimissione.

L'assistente Sociale in ospedale svolge varie attività finalizzate a prevenire, affrontare e risolvere disagi e problemi psico-socio-assistenziali connessi alla malattia, al ricovero e alla riabilitazione, in particolare: attua un azione di ascolto e rilevazione dei bisogni e delle necessità relazionali, emotive e socio-assistenziali nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie; fornisce interventi specifici volti a prevenire e a risolvere situazioni di disagio sociale; offre sostegno psico-sociale; attiva risorse del territorio attraverso rapporti collaborativi con i servizi sociali dell'ente locale, della sanità, con il volontariato, l'associazionismo; svolge consulenza sociale, collabora con gli operatori sanitari per l'umanizzazione delle prestazioni.

L'assistente sociale nel contesto ospedaliero si occupa nello specifico delle seguenti categorie di utenza: i neonati (ad es: se non riconosciuti o con patologie o a rischio di cure non adeguate); le donne con maternità difficili (minorenni, donne sole, indigenti, tossicodipendenti, con patologie psichiatriche, ecc.); donne vittime di violenza; le famiglie dei minori ricoverati per patologie gravi (es. oncologici) o in situazioni di povertà; minori ricoverati per maltrattamento o abuso; adulti soli, inabili, indigenti, extracomunitari, anziani non autosufficienti.

L'accesso al servizio sociale ospedaliero può essere diretto, quando è il paziente o i suoi familiari a rivolgersi all'assistente sociale, o indiretto quando il primo contatto avviene dietro segnalazione del medico o infermiere.

L'Infermiere triagista, del Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri aziendali, compila la **Scheda di Triage Sociale** che invia al Servizio Sociale di competenza, entro le 24 h dal ricovero, ovvero all'Assistente Sociale ospedaliero. Con tale scheda si chiede la consulenza sociale, la stessa può essere inviata oltre che dall'Infermiere triagista del P. S. anche dagli Operatori del reparto se la persona viene ricoverata.

Modalità di segnalazione al Servizio Sociale in Ospedale

- ✓ Attraverso la scheda Triage sociale, eventualmente integrata da ulteriore documentazione (es. Scala di Brass per persona/paziente anziano);
- ✓ Richiesta di consulenza sociale da parte del personale del Pronto Soccorso e/o del Reparto di degenza nel caso di selezione di uno o più NO nei punti 1, 2 o 3, ovvero:

  1. Autonomia abitativa: intesa come la capacità di vivere da soli o con la propria famiglia in un alloggio privato

  2. Autonomia economica: capacità di provvedere alle proprie necessità; anche se spesso ci si trova di fronte a persone in condizioni di indigenza, persone che non riescono a soddisfare i bisogni primari.

  3. Rete di supporto informale: risorsa importante, ovvero gruppi che si organizzano per far fronte a determinati bisogni delle persone indigenti (es: anziani soli, senza dimora italiani e migranti).
- ✓ Richiesta dalla Direzione Sanitaria Aziendale o dalla Direzione Sanitaria di altro Presidio Ospedaliero;
- ✓ Attivazione da parte dei Volontari ospedalieri impegnati nell'attività giornaliera di supporto alle persone/pazienti degenti
- ✓ Richiesta diretta delle Persona degente o suo familiare/*care-giver;*

La scheda di triage sociale sarà trasmessa agli Assistenti Sociale del Presidio Ospedaliero attraverso l'invio di una mail alla casella di posta prevista per ciascun Presidio Ospedaliero.

Intervento tecnico - professionale dell'Assistente Sociale:

- Intercettare e prendere in carico situazioni fragili e ad alto rischio di esclusione sociale, spesso non conosciute dai Servizi Sociali e Sanitari Territoriali, attivando gli opportuni interventi di protezione e tutela (es: minori, donne, senza fissa dimora ecc.).
- Contribuire ad allentare la pressione sui reparti, derivante dalla gestione degli aspetti socio sanitari e socio assistenziali, favorendo un utilizzo più pertinente delle risorse sia interne che esterne alla struttura ospedaliera.
- Contribuire alla realizzazione della dimissione protetta intesa nella sua accezione più ampia, come l'insieme delle azioni che costituiscono il passaggio organizzato da un *setting* di cura all'altro, al fine di facilitare la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute tramite interventi coordinati;
- Promuovere strategie di razionalizzazione e di integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma stabile e continuativa, con i reparti ospedalieri, le risorse territoriali, quali i servizi territoriali pubblici, sanitari , sociali, gli Organi Giudiziari, le forme di associazionismo, le risorse di volontariato e le reti informali.
- Sostenere le persone ricoverate, le loro famiglie durante il percorso di ospedalizzazione, orientare rispetto ai servizi e ai percorsi, concordare un progetto assistenziale definito ed organizzato in vista della dimissione, sia in caso di rientro al domicilio ché attraverso l'erogazione di altri servizi della rete sociale, sanitaria e sociosanitaria.
- Applicazione informatica collegata al programma di Pronto Soccorso "*GIPSEWEB*" in grado di fornire informazioni sullo stato del percorso;

Nell'ambito del percorso della dimissione ospedaliera

- ✓ L'Assistente Sociale, interviene in maniera tempestiva dopo aver ricevuto la segnalazione formale a mezzo mail.
- ✓ E' componente del Team Operativo Ospedaliero (TOH). Congiuntamente agli altri operatori ospedalieri valuta se trattasi di persona fragile e/o vulnerabile, quindi di dimissione difficile.
- ✓ Il TOH, assumerà il ruolo di case manager al fine di preparare il percorso di valutazione multidimensionale (UVMO) in ospedale, collegato con il territorio, secondo quanto previsto dalla DGR 643 del 27/7/2022 al fine di snellire i processi di dimissione, rimandando ad una successiva rivalutazione territoriale della UVMD territoriale per verificare l'appropriatezza del setting.

Un'attività particolarmente importante dell'assistente sociale è quella di favorire la dimissione protetta del paziente e di attivarsi per il suo reinserimento nel contesto di appartenenza. Particolare attenzione va posta in quelle che Auxilia definisce "dimissioni difficili" che hanno le seguenti caratteristiche: età superiore a 80 anni con deterioramento cognitivo o funzionale, molteplici problemi attivi, storia di depressione, vissuto pessimistico, ospedalizzazioni ripetute, scarsa compliance sul piano terapeutico, problemi socio-economici e familiari. E' pertanto necessario instaurare rapporti di collaborazione con i servizi del territorio per rendere possibile la permanenza a domicilio della persone, o, se questo non fosse fattibile per motivi sanitari e/o sociali, per organizzare il trasferimento in un centro diurno o residenziale (es: lungodegenze post-acuzie, RSA, centri di riabilitazione, hospice). Lavorare per la dimissione protetta richiede quindi l'attivazione di un intervento di rete con i servizi del territorio (enti locali, distretti sanitari, distretti socio sanitari, associazioni di volontariato, ecc).

Il percorso di dimissione prevede interventi relativi agli strumenti di programmazione, all'organizzazione ospedaliera, ai collegamenti e all'integrazione dei percorsi con i servizi territoriali e gli altri setting assistenziali, prevedendo le seguenti azioni:

- valutazione dei bisogni socioassistenziali della persona, rivalutando quanto rilevato al Pronto Soccorso (età e autonomia cognitiva e di cura di sé), integrandolo con le informazioni relative alla fragilità e al contesto familiare, attraverso un colloquio con i congiunti e/o il care *giver* di riferimento ed i medici del P.S.;

- preparazione della dimissione "potenzialmente difficile" dal momento della segnalazione del reparto al TOH, l'Assistente Sociale è componente, al fine di preparare il percorso di valutazione multidimensionale (UVMD) in ospedale, collegato con il territorio, e successivamente il *setting* idoneo, in un'ottica di continuità socio assistenziale "territorio – ospedale – territorio";

- adozione del modello di UVMD semplificata ospedaliera, secondo quanto previsto dalla DGR 643 del 26.7.2022 e DM n° 77/2022;

Valutazione in Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera – U.V.M.O.

Con deliberazione aziendale n°1051 del 30/11/2018, è stata istituita l'UVM presso l'Ospedale "S.M. Goretti" di Latina con competenza sui soggetti ricoverati presso l'Ospedale che all'art. 1 prevede che la stessa si relazioni con la UVM territoriale in tutti i casi in cui ravvisi la necessità, al fine di favorire l'integrazione tra ospedale e territorio. Si prevede che la stessa modalità di valutazione venga utilizzata a livello aziendale in tutti Presidi Ospedalieri.

Nella fattispecie vengono indicate le tipologia di valutazione che potrebbero essere svolte, indicando:

- ADI – Hospice - Strutture riabilitative ex. Art. 26 - RSA - Riabilitazione;

La ASL di Latina al fine di migliorare il percorso di Umanizzazione, in particolare nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri, ha in prospettiva di attivare il Servizio Civile Universale.

Il Servizio Civile Universale è stato istituito con D. Leg n. 40 del 6 marzo 2017, ed è finalizzato, alla difesa non armata e non violenta della Patria, all'educazione, alla pace tra i popoli, nonché alla promozione dei valori fondativi della Repubblica, anche con riferimento agli articoli 2 e 4, secondo comma, della Costituzione.
L'accesso è su base volontaria ed è aperto ai giovani tra i 18 e i 28 anni. Possono accedere cittadini italiani, cittadini di Paesi appartenenti all'Unione europea e gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia.

Ad esempio: il Programma "*Umanizzazione* e Benessere" comprensivo del Progetto "*Percorsi di accoglienza nell'area del Pronto Soccorso del Presidi Ospedalieri della ASL di Latina*" dovrà potenziare, stabilizzare e mettere a sistema, le svariate attività indirizzate alle persone degenti con bisogni sanitari e socio sanitari complessi che si presentano in Pronto Soccorso, al fine di salvaguardare il loro benessere psico-fisico e mentale, migliorando le loro condizioni di vita, l'autonomia per previnire/evitare e l'isolamento della persona favorendo un processo di reinserimento sociale.

Il Progetto dovrà prevedere, che i Volontari abbiano capacità/abilità comunicative e di ascolto attivo. I Volontari, nelle sedi operative di progetto dovranno svolgere anche la funzione di facilitatore delle relazioni tra il personale sanitario e la persona degente. Il Volontario deve essere formato anche a prevenire le situazioni di front-desk a forte tensione che spesso si verificano a causa della lunga attesa nei Pronto Soccorso.

Il gruppo di lavoro Assistenti Sociali

presenti nei Presidi Ospedalieri

dott.ssa Sofia Trabacchin

dott.ssa Antonella Iazzi

dott.ssa Roberta Ciccone

dott.ssa Iris Arzano

dott.ssa Valeria Lamesi

dott.ssa Irene Fantigrossi

Dirigente Assistente Sociale

dott.ssa Gerarda Molinaro

Bibliografia

M. Dotti, *Il servizio sociale ospedaliero* ed. Carocci Faber, 2019

C. Caprini, N. Marini, *Organizzazione e qualità nel servizio sociale ospedaliero*, ed Phoenix, 2001

C. Odiard, *Il servizio sociale ospedaliero: metodologia strumenti spazi operativi*, op. cit. p. 82 s.

F. Auxilia, *La rete ospedaliera e assistenza primaria in una logica di sistema*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 8, 2012, p. 7

P. Lonardi, *La fragilità in età anziana: aspetti sociali, familiari e relazionali,* in Studi Zancan. n. 5 2011. p. 133 s.

Ministero della Salute *"Linee di indirizzo Nazionali sul Triage intraospedaliero"*

Allegato B

IL SERVIZIO SOCIALE IN OSPEDALE VIENE ATTIVATO SECONDO LE FASI INDICATE IN TABELLA

1.1 RICHIESTA DI ATTIVAZIONE del SSO	
SEGNALAZIONE/ RICHIESTA ATTIVATA DALL'OSPEDALE	Il reparto (es. Medico ospedaliero / coordinatore ecc.) ove è ricoverata la persona richiede la "Consulenza Sociale" tramite e-mail allegando la "Scheda di triage sociale", a seconda dell'Ospedale di pertinenza esempio: serviziosocialesmgoretti@ausl.latina.it; serviziosocialedonosvizzero@ausl.latina.it ; serviziosocialeafiorini@ausl.latina.it ; serviziosocialesgdidio@ausl.latina.it compilata dall'infermiere che effettua il triage, specificando il motivo della richiesta, nonché allegando documentazione utile ad avvalorare tale richiesta;
1.2 CONFERMA DI AVVENUTA RICEZIONE	
TUTTI I RICHIEDENTI DI CUI SOPRA (INTERNI ED ESTERNI ALL'AZIENDA)	Si invia email con dicitura di *"conferma di avvenuta ricezione della richiesta, effettuando tempestivamente il proprio intervento"*;
1.3 INTERVENTO TECNICO - PROFESSIONALE	
VALUTAZIONE SOCIALE	La valutazione consente di verificare la pertinenza della richiesta e decidere la prosecuzione dell'intervento. Consiste nell'espletare l'analisi del bisogno della persona, collegando le informazioni raccolte proveniente da: la persona, la famiglia/ caregiver, il soggetto inviante, l'equipe ospedaliera, la rete formale/informale dei servizi coinvolti, per procedere all'elaborazione delle progettualità/interventi da attuare in favore della persona, al fine di favorire una presa in carico integrata che dia continuità agli interventi ospedale-territorio.
CONSULENZA	Attività di informazione ed orientamento in favore della persona e/o familiare/caregiver. Informazione su: -diritti/doveri previsti dalla normativa vigente; -orientamento e/o informazione ai servizi e/o risorse attivabili nei diversi contesti istituzionali e/o del terzo settore;
PRESA IN CARICO	Segnalazione ai servizi territoriali di competenza con conseguente valutazione nell'ambito dell'UVM (ospedaliera e/o territoriale) e/o back office, avvio procedure dimissione protetta, condivisione e redazione PAI, accompagnamento per la presa in carico presso i servizi sociali, socio-assistenziali e/o socio-sanitari nei diversi contesti territoriali. Le attività espletate sono : gestione e aggiornamento banca dati, registrazione della consulenza sulla cartella clinica della persona degente, compilazione data base registrazione attività, aggiornamento cartella sociale, lavoro di rete, definizione dell'intervento, attivazione percorsi di sostegno durante il ricovero, partecipazione UVM e/o incontri di back office al fine della valutazione della presa in carico, attivazione percorsi post dimissione (PDTA, altro), accompagnamento per la presa in carico presso i servizi sociali, socio-assistenziali, socio-sanitari nei diversi contesti del territorio.
INTERVENTO NON ESPLETATO	L'Assistente Sociale incaricata, riferirà per iscritto il motivo per il quale non è stato possibile espletare l'intervento (es- rifiuto della persona, allontanamento volontario, dimissione già espletata, ecc)