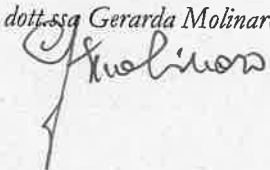
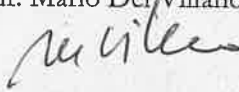
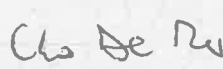
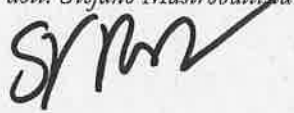


PROCEDURA	ASL LATINA Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dipartimenti Non Ospedalieri	Pag. 1 di	VERS. 1 data
------------------	---	-----------	---------------------

PROCEDURA ORGANIZZATIVA

**COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE
SOCIALE NELLA UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE**

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Data 04/03/2026	Dirigente Assistente Sociale <i>dott.ssa Gerarda Molinaro</i> 	Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, e delle Dipendenze Patologiche Direttore Sostituto dr. Mario Del Villano  UOC Dipendenze Patologiche Direttore Sostituto dr. Carlo De Mei 	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri <i>dott. Stefano Mastrobattista</i> 	1 Anno
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Distretti	Dipartimento	Unità Operativa
	X	X	X	X
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X	X		X

Gruppo di lavoro:

COGNOME	NOME	SERVIZIO	FIRMA
SERGE	CARMELA	UOC DIPENDENZE Ser.D. LATINA	<i>Carmela Serge</i>
TONINI	MARIA PIA	UOC DIPENDENZE Ser.D. LATINA	<i>Maria Pia Tonini</i>
SIMEONE	LUNA	UOC DIPENDENZE Ser.D FORMIA	<i>Luna Simeone</i>
VENTURA	EMILIA	UOC DIPENDENZE Ser.D TERRACINA	<i>Emilia Ventura</i>
SILVAGGI	CLAUDIA	UOC DIPENDENZE Ser.D PRIVERNO	<i>Claudia Silvaggi</i>

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

INDICE

Premessa	pag 4
Contesto di riferimento	
Servizio di appartenenza	
<u>1. SCOPO ED OBIETTIVI</u>	pag 5
1.2. Scopo	
1.3 Obiettivi	
1.4 Destinatari	
<u>2. AMBITI DI APPLICAZIONE E ASPETTI GENERALI</u>	pag 5
2.1 Modalità di accesso al servizio	
2.2 Attività di esclusiva competenza dell'Assistente Sociale	
2.2.1 Fasi della Consulenza Sociale	
2.3 Attività di équipe	
2.4 Lavoro di rete	
2.5 Presa in carico	
2.6 Diagnosi sociale	
<u>3. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI</u>	pag 9
3.1 Abbreviazioni	
3.2 Terminologia di settore e definizioni	
<u>4. INDICATORI</u>	pag 24
4.1 Definizione delle attività tecnico-professionali (Tabella A)	
4.2 Rilevazione della richiesta.	
Modalità di attivazione della segnalazione (Tabella B)	
<u>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</u>	pag 28
5.1 Matrice delle responsabilità	
<u>6. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI</u>	pag 28
6.1 Bibliografia	
6.2 Riferimenti normativi	
<u>7. ITER PROCEDURALE /DIFFUSIONE</u>	pag 28
8. <u>MODULISTICA E ALLEGATI</u>	pag 29

PREMESSA

Il Ser.D è la struttura specialistica del SSN preposta alla presa in carico multidisciplinare di soggetti affetti da dipendenze patologiche con funzioni di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione mediante programmi terapeutico riabilitativi personalizzati sia ambulatoriali sia residenziali.

Contesto di riferimento

DISTRETTO	SEDE	TELEFONO	E - MAIL	APERTURA AL PUBBLICO
LT1	Via Giustiniano Aprilia	069228634053	sertaprilciacisterna@ausl.latina.it	Dal lunedì al Venerdì 8.30 alle 12.30
LT2	Via Guido Reni c/o Ospedale civile "S.M. Goretti" Latina	07736553018	serd.latina@ausl.latina.it	Dal lunedì al Venerdì 8.30 alle 13.15 il lunedì e il giovedì 14.30 alle 17.00
LT3	Via Torretta Rocchigiana, snc Priverno	07739110818	sert.priverno@ausl.latina.it	Dal Lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 13.15
LT4	Via Don Orione, 8 Terracina (Collocazione provvisoria in attesa di nuova sede)	0773247401	serd.terraccina@ausl.latina.it	Dal lunedì al Giovedì dalle 8.30 alle 12.30 il venerdì dalle 9.30 alle 12.30 il martedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.00
LT5	Via Appia Lato Napoli Formia	0771779394	sertformia@ausl.latina.it	Dal Lunedì al venerdì dalle 08:15 alle 09:30 e dalle 10:30 alle 13:30

1. - SCOPO ED OBIETTIVI

1.1 Oggetto.

Il Ser.D. servizio pubblico distrettuale per le dipendenze delle Asl si occupa di: prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nell'ambito delle dipendenze da sostanze e dipendenze senza sostanze (es. gioco d'azzardo, internet, shopping).

1.2 - Scopo

Lo scopo principale del Servizio Dipendenze è:

- Prevenire, diagnosticare, trattare e ridurre i danni legati alle dipendenze patologiche;
- Promuovere il recupero, l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone con comportamenti di dipendenza;
- Sostenere le famiglie e la comunità nell'affrontare le problematiche correlate.

1.3 – Obiettivi

Gli obiettivi operativi del Ser.D. possono essere divisi in più aree:

A. Obiettivi Sanitari

- Identificare precocemente i casi di dipendenza;
- Definire e attuare programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati (ambulatoriali o residenziali);
- Ridurre i rischi sanitari (overdose, malattie infettive, astinenza non controllata).

B. Obiettivi Psico-sociali

- Favorire l'elaborazione dei fattori psicologici che sostengono la dipendenza;
- Aiutare il miglioramento delle competenze relazionali e sociali;
- Supportare il reinserimento sociale, lavorativo e familiare.

C. Obiettivi di Prevenzione

- Promuovere informazione corretta sui rischi delle sostanze e dei comportamenti compulsivi;
- Sviluppare programmi di educazione alla salute in collaborazione con scuole e territorio.

1.4 – Destinatari

Il Servizio Dipendenze si rivolge a:

A. Persone con disturbo da uso di sostanze

- Alcol;
- Oppiacei;
- Cocaina, stimolanti;
- Cannabis;
- Nuove sostanze psicoattive.

B. Persone con disturbi del comportamento

- Gioco d'azzardo patologico;
- Dipendenze digitali;
- Shopping;
- Sesso;
- Dipendenza affettiva.

C. Familiari e figure significative

- Genitori, partners, figli;
- Persone coinvolte nel supporto quotidiano.

D. Rete territoriale

- Scuole;
- Comuni e altri servizi ASL;
- Luoghi di lavoro;
- Associazioni e terzo settore.
- Luoghi di aggregazione giovanile

2. - AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI**2.1 - Modalità di accesso al servizio**

Le modalità di accesso al Ser.D. generalmente includono:

A. Accesso diretto

L'utente può presentarsi spontaneamente al servizio senza impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG) con documento di riconoscimento in corso di validità e certificato di residenza e/o permesso di soggiorno e/o ricevuta di rinnovo di permesso soggiorno, STP e ENI.

È possibile contattare il Ser.D. telefonicamente per un primo appuntamento che verrà fornito in tempi brevi.

B. Invio da altri servizi

- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Consulenza a richiesta dal Pronto Soccorso e dai reparti ospedalieri;

- Servizi Sociali comunali;
- Consultori Familiari; Centri di Salute Mentale;
- Comunità Terapeutiche o Enti del Privato Sociale;
- Autorità Giudiziaria, (UEPE, USSM, Tribunale Ordinario, Prefettura, Tribunale di Sorveglianza, Tribunale per i Minorenni di Roma);
- Richieste dalle Case Circondariali regionali e non;

C. Accesso su segnalazione di terzi

- Familiari, datori di lavoro, scuole, avvocati, legale rappresentante o altre figure professionali della rete territoriale, medico competente.

2.2 -Ruolo dell'Assistente sociale

L'assistente sociale nei Servizi per le Dipendenze è il professionista che, all'interno di un'equipe multidisciplinare, interviene per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico della persona con problemi di dipendenza, promuovendo il recupero dell'autonomia personale e sociale e favorendo l'integrazione nel contesto familiare e comunitario. Contribuisce alla definizione e all'attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI), attiva e coordina le risorse del territorio, sostiene l'utente e la famiglia nel percorso di cambiamento e garantisce la tutela dei diritti e il raccordo con i servizi e le istituzioni coinvolte, inclusi quelli giudiziari quando necessario.

2.2.1 Fasi della Consulenza Sociale

La consulenza sociale, svolta dall'assistente sociale, segue generalmente un percorso strutturato in più fasi:

Accoglienza e ascolto

- Creazione di un clima di fiducia;
- Raccolta della domanda esplicita e di quella implicita;
- Identificazione del bisogno.

Analisi e valutazione del caso

- Raccolta dati personali, familiari, abitativi, economici e lavorativi;
- Valutazione del contesto di vita, delle risorse e delle criticità;
- Osservazione della rete relazionale e dei fattori di rischio/protezione.

Definizione degli obiettivi

- Condivisione con la persona degli obiettivi concreti e realistici;
- Formulazione del progetto di intervento (parte del PTRI multidisciplinare).

Attuazione dell'intervento

- Attivazione delle risorse e dei servizi necessari;
- Colloqui periodici di sostegno e monitoraggio;
- Coordinamento con gli altri professionisti dell'equipe e della rete.

Verifica e valutazione degli esiti

- Analisi dei risultati raggiunti;
- Eventuale riformulazione del progetto in base ai risultati raggiunti;
- Restituzione all'utente e alla famiglia dell'aderenza progetto terapeutico.

Conclusione o follow-up

- Chiusura formale del trattamento terapeutico quando gli obiettivi sono raggiunti;

- Possibilità in condivisione con la persona di mantenere un contatto periodico (follow-up) per prevenzione di ricadute a 3, 6, 9 mesi;
- Eventuale invio ad altri servizi se necessario.

2.2.2 Attività di esclusiva competenza dell'Assistente Sociale.

Nel Ser.D. l'assistente sociale svolge funzioni specifiche e professionalmente regolamentate (D.Leg. 444/90).

Tra le principali attività:

- Colloqui di accoglienza;
- Colloqui di chiarificazione e/o sostegno sociale;
- Valutazione sociale;
- Rapporti di collaborazione con Enti locali ed altre Istituzioni;
- Rapporti con il privato sociale, associazioni;
- Segretariato sociale;
- Adempimento delle pratiche amministrative e successivo colloquio informativo/preventivo (programmi socio-riabilitativi art.75 e 121 TU 309/90).

A. Accoglienza e analisi della domanda

- Primo colloquio di accoglienza/consulenza;
- Raccolta anamnestica sociale/familiare;
- Valutazione del bisogno e definizione del problema sociale.

B. Presa in carico sociale

- Definizione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI). Proposta da discutere in équipe (medico, psicologo, infermiere);
- Monitoraggio e verifica costante del percorso (ambulatoriale o residenziale ed eventuale ridefinizione del contratto terapeutico);
- approfondimento anamnesi;

C. Attività di rete e coordinamento

- Collaborazione con Servizi Sociali comunali, servizi Asl, scuole, UEPE, USSM, MMG, comunità terapeutiche, Prefettura, associazioni di volontariato, Gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- INPS, CAF, Centro per l'impiego.

D. Supporto nei percorsi giudiziari

- Relazioni richieste dall'Autorità Giudiziaria (A.G.);
- Valutazioni per misure alternative al carcere;
- Coordinamento delle attività previste dal programma terapeutico sostitutivo della pena.

E. Orientamento e empowerment

- Sostegno alla persona e alla famiglia per il recupero delle risorse personali e sociali (autodeterminazione);
- Facilitazione all'accesso a opportunità educative, formative e lavorative.

F. Tutela e protezione

- Valutazione di situazioni di vulnerabilità (es. minori, violenza, povertà, rischio sociale, emarginazione);
- Attivazione di misure di protezione sociale quando necessario.

2.3 - Attività di équipe

Nel Ser.D. il lavoro in équipe è fondamentale perché la dipendenza è un fenomeno complesso che coinvolge aspetti biologici, psicologici e sociali. L'équipe multidisciplinare è composta tipicamente da: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale e altre figure specialistiche come lo psichiatra e l'educatore, questi ultimi previsti ma al momento non presenti (Decreto del Ministero della Sanità n° 444/1990).

Le attività principali sono:

- A. Valutazione multidisciplinare;
- B. Definizione del PTRI con individuazione del case – manager;
- C. Monitoraggio e revisione del percorso;
- D. Integrazione delle competenze;
- E. Interventi congiunti.

2.4 - Lavoro di rete

Il lavoro di rete è una parte essenziale dell'intervento nei servizi dipendenze, perché i bisogni della persona coinvolgono molteplici contesti (sanitario, sociale, familiare, lavorativo, giuridico, psicologico).

Obiettivi del lavoro di rete:

- Coordinare gli interventi tra diversi servizi;
- Evitare frammentazione o duplicazione degli interventi;
- Favorire continuità, efficacia e globalità della presa in carico;
- Mobilitare risorse formali e informali.

2.5 - Presa in carico

La presa in carico Ser.D. è un percorso completo e personalizzato che accompagna la persona nel trattamento della dipendenza, con interventi medici, psicologici e sociali coordinati.

All'interno della presa in carico, il Ser.D. può attivare diversi tipi di intervento, a seconda della gravità della situazione, delle condizioni cliniche e degli obiettivi del percorso terapeutico.

2.5.1. Interventi ambulatoriali (sono adatti quando la persona può mantenere una buona compliance e quando sono presenti risorse familiari, lavorative, amicali adeguate:

- Visite mediche e controlli clinici;
- Terapie farmacologiche;
- Analisi tossicologiche sulle urine e richieste di esami di matrice cheratinica;
- Eventuale richiesta di consulenza neuropsichiatrica/psichiatrica con l'invio ai Servizi competenti territorialmente;
- Colloqui psico – sociali;
- Lavoro in équipe anche attraverso le Unità Valutative Multidisciplinari (UVM) e di rete mediante le Unità Valutative Multidisciplinari Distrettuali (UVMD), con la partecipazione di operatori di altri servizi aziendali.

2.5.2. Interventi semiresidenziali

Sono indicati quando serve un contenimento maggiore rispetto all'ambulatoriale ma non è necessario un ricovero.

Si svolgono tipicamente in strutture terapeutiche semiresidenziali e in gruppi di auto – mutuo aiuto.

2.5.3. Interventi residenziali (percorsi intensivi in cui la persona vive in una comunità terapeutica per un periodo che può variare dai 18 ai 30 mesi, eventuale proroga di ulteriori 6 mesi per inserimento socio-lavorativo).

Le Comunità che devono essere accreditate e convenzionate possono essere:

- **Comunità pedagogico – riabilitative.** Strutture centrate soprattutto sugli aspetti educativi, relazionali e di reinserimento sociale.

- **Comunità terapeutico – riabilitative** che uniscono interventi clinici a interventi riabilitativi;
- **Comunità per madri/gestanti con bambini.** Sono strutture specifiche per tutelare sia la madre che il minore.
- **Comunità per Doppia Diagnosi.** Sono Comunità specializzate nel trattamento integrato della dipendenza in comorbidità psichiatrica.

3. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - Abbreviazioni

Ser.D.	Servizio per le Dipendenze
DSM	Dipartimento Salute Mentale
PUA	Punto Unico di Accesso
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
AA	Alcolista Anonimo
CT	Comunità Terapeutica
UEPE	Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna
TO	Tribunale Ordinario
TM	Tribunale minorenni
USSM	Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni
STP	Straniero Temporaneamente Presente
SAI	Sistema di Accoglienza e Integrazione
MMG	Medico di Medicina Generale
UdP	Ufficio di Piano
A.G.	Autorità Giudiziaria
PdZ	Piano di Zona
PDTA	Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali
UVM	Unità Valutative Multidisciplinari
UVMD	Unità Valutative Multidisciplinari Distrettuali

3.2 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. Altri Autori sono citati nelle singole voci.

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 nostr9 interlocutor9 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'operator9 mantenga un atteggiamento di "ascolto attivo" per comprendere i problemi dal punto di vista dei soggetti coinvolti accogliendo il loro bisogno di portare la propria versione dei fatti, senza entrare nel merito delle questioni spinose che vengono sollevate. La creazione di un'atmosfera accogliente dipende soprattutto dall'atteggiamento del/la conduttore9, che dovrebbe essere caratterizzato da empatia e disponibilità all'ascolto non solo dei contenuti verbalmente espressi, ma anche dai segnali non verbali inviati dall'altr9.
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'operator9 sociale rispetto alla situazione di una singola persona o di una famiglia. La traduzione italiana più vicina al significato del termine anglosassone è "valutazione del bisogno"; trattasi quindi della valutazione iniziale, dell'accertamento di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale, e di una presa di decisione ponderata. Particolarmente pregnante è l'accezione di "accertamento". L'assessment consiste infatti nella raccolta e nell'analisi delle informazioni volte ad accertare una situazione; riguarda anzitutto fatti rilevabili in maniera il più possibile oggettiva. Accanto a questi dati, per un accertamento è necessario sondare anche il punto di vista delle persone: degli/delle utenti rispetto a se stessi e alla propria situazione. Mettendo insieme questi due ordini di informazioni, l'operator9 (o meglio, l'équipe multidisciplinare) dispone di dati per elaborare un giudizio professionale e maturare decisioni informate circa la situazione da affrontare.
Assistente Sociale	L'assistente sociale, è il professionista che agisce secondo l'ordinamento professionale che ha delineato il profilo e le funzioni professionali, legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale". <i>Art. 1 Professione di assistente sociale</i> 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 di emarginazione o un rischio di esclusione sociale. L'azione di a. trova il suo fondamento nei principi del servizio sociale, laddove si fa riferimento all'individualizzazione dell'intervento e alla autodeterminazione del soggetto. L'azione di a. trova altresì riferimenti nelle attività educative e in particolare nei principi dell'educazione degli adulti"; riferimenti all'azione di a. sono rilevabili nel lavoro di "mediazione", sistematizzando in particolare negli studi relativi all'integrazione lavorativa delle fasce deboli e delle persone disabili in specifico. Autodeterminazione, nel servizio sociale è uno dei principi fondanti della professione.
Bersaglio dell'intervento	Nella fase della valutazione della situazione/problema avviene l'individuazione dell'elemento o degli elementi che costituiscono il "fulcro del cambiamento" verso il quale saranno orientate le strategie e le risorse dell'intervento.
Bisogno	Nel Servizio Sociale il bisogno viene preso in considerazione come espressione della condizione umana individuale e collettiva, soggettiva ed oggettiva, in relazione alla domanda espressa o implicita, come attivatore di comportamenti positivi autodeterminati, quindi non nell'accezione negativa di mancanza di qualcosa, ma in relazione alle capacità di soddisfacimento autonomo.
Cambiamento	Nel servizio sociale è l'azione promossa dall'intervento professionale orientata ad aiutare l'utente, soggetto di cambiamento, a modificare la propria situazione di disagio, attraverso l'acquisizione di una migliore conoscenza e consapevolezza di sé e la sperimentazione di comportamenti nuovi e più efficaci per la risoluzione dei propri problemi.
Casa Management	Definisce la strategia centrale degli interventi di community care. Il termine sta ad indicare una modalità di organizzare e condurre il processo di aiuto attraverso il quale l'operatore, rispettando le fasi metodologiche dello stesso, si rende "garante" del coordinamento dei diversi interventi, all'interno della rete di servizi e risorse, della partecipazione dell'utente al processo di aiuto complesso, della valorizzazione delle risorse a disposizione. I diversi orientamenti ed approcci mettono l'accento sulla valenza "imprenditoriale" della strategia operativa, oppure sull'intermediazione compiuta dal professionista, oppure sull'oggetto del coordinamento: servizi, risorse e professionalità.
Il colloquio professionale di 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 a fattori soggettivi e/di un intervento di aiuto può trovarsi a vivere uno stato oggettivo; ma anche in relazione alle proprie aspettative verso se stesso e l'esterno, alle capacità di affrontare i problemi, alla percezione soggettiva della realtà, alle risorse dell'ambiente.
Documentazione professionale nel servizio sociale	La documentazione costituisce, un mezzo di tutela per l'assistente sociale e per l'utenza, in quanto strumento di registrazione delle attività sia sotto il profilo tecnico-professionale, sia sotto quello amministrativo-procedurale. <u>La documentazione professionale è funzionale:</u> - all'intervento professionale - allo sviluppo disciplinare della professione - alla qualità dei servizi alla persona e delle prestazioni istituzionali <u>Tipologia della documentazione:</u> generale, tecnica e professionale, per informazioni a terzi, in entrata e in uscita, interna, di processo, sommaria, valutativa. <u>La documentazione ed il processo di aiuto,</u> in linea prevalente concerne il processo di aiuto, le fasi dello stesso e gli adempimenti tecnico procedurali connessi, per questo motivo i contenuti della stessa si riferiscono a: - insieme delle informazioni raccolte e degli elementi conoscitivi ritenuti utili in merito alla situazione della presa in esame - gli scopi iniziali dell'intervento e quelli definiti successivamente (medio e lungo termine) con la persona - le risorse esistenti e/o attivabili (interne ed esterne al servizio) - la definizione del progetto e la formulazione del contratto (orale o scritto) - la determinazione dei compiti dell'assistente sociale, di altre figure professionali (interne al servizio o di altri servizi e/o istituzioni), dell'utente, dei suoi familiari, di altri soggetti del contesto significativo per l'utente e per il suo percorso di cambiamento - le attività concretamente realizzate, le prestazioni erogate direttamente dall'ente o da altre istituzioni - le attività eventualmente realizzate con altri servizi (tipo di rapporto e livello di formalizzazione, obiettivo delle attività, modalità di realizzazione, professionalità coinvolte, ecc) ed i risultati delle stesse - gli ostacoli che hanno eventualmente interferito nella relazione con la persona, con gli altri soggetti del sistema aiuto, o con l'effettiva attuazione del programma - la verifica e la valutazione dei risultati raggiunti e, la definizione di ulteriori scopi e compiti correlati

	Gli strumenti documentativi più utilizzati dall'assistente sociale sono: il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione dei colloqui, la relazione sociale, il verbale di riunioni (équipe , di gruppo , gruppo di lavoro , ecc), il contratto scritto.
Domanda	Far saper ciò di cui si ha bisogno, o che si desidera , a qualcuno; richiesta di beni materiali; "interrogazione" in ordine ad aspettative. La domanda può essere diretta o indiretta, spontanea o costretta, individuale o collettiva, espressa o latente, esplicita o implicita: La domanda è un'azione che comporta una risposta. Nel Servizio Sociale la domanda (sia essa diretta/indiretta, esplicita/implicita, individuale/comunitaria, ecc) rappresenta l'input che promuove l'intervento a partire dall'analisi della stessa.
Domanda Sociale	E' la richiesta presentata alle istituzioni da soggetti diversi che, prendendo coscienza del bisogno, del disagio, del problema, che li accomuna, li socializzano, li elaborano e li trasformano in istanze collettive in cui ognuno si riconosce nel rapporto con gli altri.
Dovere	L'azione che è conforme ad un ordine razionale o ad una norma. Nel Servizio sociale considerare il cittadino - utente portatore non solo di diritti, ma anche di doveri, corrisponde al principio dell'autodeterminazione e di libertà e restituisce alla persona ruolo attivo nella relazione di aiuto.
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.
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.
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 <i>septies</i> 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 nel 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. c) Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria-.
Mandato	Nel servizio sociale il “mandato” legittima l'azione degli assistenti sociali nei confronti della collettività, impegna il singolo professionista all'interno delle istituzioni e delle agenzie di sicurezza sociale e di aiuto ad attuare le politiche poste in atto in funzione della esigibilità dei diritti di cittadinanza, identifica gli impegni dello stesso nei confronti della professione e della comunità professionale. Nel servizio sociale, pertanto, in rapporto con quanto precede e si deve parlare di una pluralità convergente di mandati: dall'istituzione, dalla professione, dall'utenza individuale e/o collettiva.
Mandato Istituzionale	Identifica il complesso delle funzioni che un professionista è incaricato e, pertanto, tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica che informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere del suo operato; indica le competenze, i contenuti, le modalità attraverso i quali può e deve operare a favore dei fruitori del servizio che eroga; il mandato istituzionale è interagente con il mandato professionale e con il mandato sociale.
Mandato Professionale	Identifica il complesso delle funzioni e dei compiti della professione storicamente definiti dalla comunità professionale di riferimento nelle sue diverse espressioni (comunità scientifica, associazioni, gruppi organizzati per finalità sindacali, ordine professionale, ecc) sulla base dei principi, dei valori, della metodologia e dei modelli di riferimento, dei livelli di competenza, della deontologia, quali si sono andati consolidando nel tempo e in relazione al modificarsi delle istanze sociali. Il mandato professionale interagisce con il mandato istituzionale ed il mandato sociale.
Mandato Sociale	Rappresenta le istanze, gli orientamenti e le attese della società, che attraverso le domande (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 utenti (e sulla pluridimensionalità dei suoi bisogni, nonché sui rapporti con i soggetti a lui/lei prossimi che compongono il suo ambiente di vita), struttura assistenziale (o ente istituzionale o organizzazione) e comunità (o territorio). L'operator9 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.
Presa in carico	Assunzione di responsabilità. È la capacità dell'insieme dei soggetti istituzionali e sociali, di arrivare gradualmente a condividere responsabilità e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate in grado di favorire processi di promozione, prevenzione, benessere, a favore dei cittadini. Nel servizio sociale, con presa in carico si intende l'atto formale-amministrativo rispetto alla verificata competenza dell'istituzione ad assumersi la responsabilità dei percorsi di aiuto. Nel processo di aiuto si caratterizza, oltre che per la dimensione conoscitiva-relazionale, come assunzione di responsabilità professionale, individuale e collettiva (del singolo operatore, dell'équipe, del servizio verso il singolo, il gruppo, la comunità in rapporto e risposta ad una domanda, esplicita/implicita, diretta/indiretta, d'intervento). Nello specifico del Servizio Sociale p.c. può essere "leggera, complessa, preventiva, riparativa". Conseguentemente, per p.c. complessa si intende un percorso che incontra una problematicità elevata e interagisce con essa in presenza di un alto grado di gravità socioambientale e a volte di forte multiproblematicità.
Problema	Nel servizio sociale rappresenta l'oggetto dell'intervento, è l'elemento intorno al quale si sviluppa il processo di aiuto; una delle fasi della progettazione dell'intervento è dedicata alla chiarificazione ed emulazione del problema, sulla base di dati qualitativamente rilevanti ed efficaci per la valutazione dello stesso, per la verifica della pertinenza con il mandato ed il ruolo di chi deve affrontarlo, e definito mediante il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati.
Processo metodologico	Nel servizio sociale rappresenta l'articolazione e la specificazione del metodo.
Processo di aiuto	Nel servizio sociale si può definire come la capacità di attivare, a fronte dei problemi e dei bisogni dell'utenza singola e/o associata, percorsi di risposta articolati e spesso complessi in cui il soggetto, o i soggetti, portatore/i del bisogno e/o del problema assumono un ruolo assolutamente centrale e protagonista e la relazione professionale d'aiuto costituisce il tessuto connettivo del processo stesso nelle sue diverse fasi, interrelazioni e componenti. <u>I soggetti implicati, con ruoli e funzioni differenti nel processo di aiuto sono:</u> ✓ l'utente (pone il problema, chiede l'intervento, definisce le soluzioni e le linee operative sostenute dall'azione professionale dell'assistente sociale) ✓ l'assistente sociale (accoglie, ascolta, sostiene, informa, chiarifica, restituisce, accompagna, ecc, ed attiva l'incontro, progettato e finalizzato alla specificità della persona e del suo problema, tra l'utente e le risorse istituzionali e non). ✓ il servizio (offre risorse e modalità amministrative per l'uso delle stesse). ✓ l'ambiente di vita della persona nel suo complesso e per ambiti significativi (in forma a volte diretta a volte indiretta a seconda delle diverse situazioni problematiche e/o rischio). ✓ la comunità sociale (in quanto legittimamente il mandato sociale dell'assistente sociale e "sede" delle risorse organizzative e di terzo settore). <u>Le fasi metodologiche del processo di aiuto:</u> - a) individuazione del problema e presa in carico (avvio del processo di aiuto) - b) analisi del problema (sue componenti, variabili, ecc) e delle risorse - c) valutazione preliminare del problema ed enucleazione degli obiettivi dell'intervento (in rapporto ai risultati ipotizzati)

	- d) elaborazione del progetto di intervento e contratto - e) attuazione del progetto di intervento - f) verifica e valutazione dei risultati ottenuti (in itinere e finale) - g) conclusioni del processo di aiuto (o eventuale riformulazione del progetto o formulazione di un nuovo progetto)
Relazione professionale = <i>relazione di aiuto</i>	Nel servizio sociale la relazione professionale si definisce come <i>relazione di aiuto</i> . Questa rappresenta una forma specifica di relazione, specifica ma non esclusiva; costituisce un rapporto "attivante" di potenzialità e di risorse in senso lato e mirato. La relazione di aiuto si instaura intenzionalmente tra l'utenza ed il professionista, anche se in un contesto più ampio di relazioni (istituzione/organizzazione, comunità/territorio), a seguito di una domanda implicita o esplicita, diretta o indiretta, allo scopo di produrre un cambiamento rispetto ad una situazione percepita come negativa, come generatrice di malessere. Il professionista, infatti, non può promuovere e sostenere una soluzione efficace del problema se non coinvolgendo altri soggetti, altre risposte professionali e non, altre realtà istituzionali e sociali. Per l'assistente sociale la relazione di aiuto, svolta nel rispetto del <i>setting</i> , fondata su sapere teorici e abilità operative ed agita nel rispetto dei principi e dei valori della professione, è lo strumento fondamentale per la realizzazione del processo di aiuto.
Responsabilità	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. Ricepita 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, socio-sanitarie e sociali) - Attivare percorsi di empowerment della persona/famiglia e della Comunità - Prevenire e ridurre il disagio sociale promuovendo progetti di inclusione sociale, lavorativa, di formazione e di supporto all'abitare - Garantire la continuità assistenziale delle persone fragili che necessitano congiun-

	tamente 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 significativa per l'identità individuale e sociale, nel rispetto delle norme vigenti - aiutare individui e gruppi ad identificare, risolvere o ridurre i problemi e/o bisogni di carattere personale, relazionale, ecc - documentare la rispondenza dei servizi e delle risorse sociali ai problemi che si presentano ed ai bisogni emergenti, ricercando, analizzando e correlando, in collaborazione con altri professionisti, le variabili che li determinano in funzione della più coerente ed efficace implementazione di risposte - concorrere all'attivazione, organizzazione e gestione di servizi quantitativamente e qualitativamente rispondenti ai bisogni e/o problemi evidenziati - contribuire all'elaborazione di indirizzi di politica sociale, in particolare a livello territoriale, atti a prevenire i problemi ed a porre in essere condizioni per l'equilibrato sviluppo umano e comunitario, che tengano conto delle esigenze globali delle persone, delle famiglie, della comunità
Soggetto	Nel servizio sociale il soggetto (singolo o collettivo) è protagonista dell'intervento insieme all'operatore e l'essere "soggetto" comporta assunzione/riconoscimento di responsabilità capacità di autodeterminazione, autonomia, titolarità di ruoli e funzioni di diritti e di doveri, riconoscimento di individualità/specificità (di bisogni, vissuti, desideri, potenzialità, risorse, scelte).
Strumento	Gli strumenti nelle professioni di aiuto sono sostanzialmente strumenti relazionali, comuni o analoghi, che acquistano specificità in quanto orientati, finalizzati ed agiti in base ai principi fondanti l'azione professionale ed all'organizzazione metodologica, complessivamente aggiornati e modulati in base alle valutazioni di risultato e di processo, all'interno dell'applicazione del metodo. <u>Strumenti per l'aiuto nel servizio sociale:</u> il colloquio, la visita domiciliare, il lavoro di gruppo, il lavoro di rete, il lavoro di rete con la persona, le reti sociali e l'intervento sociale, ecc. <u>La documentazione professionale:</u> il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione del colloquio, la relazione sociale, il verbale, il contratto scritto.
Supervisione	Il termine designa una particolare attività formativa, di guida, di direzione e di controllo/valutazione condotta da esperti (istituzionali o liberi professionisti) della professione e formati appositamente allo svolgimento della stessa, nei confronti di studenti tirocinanti, di professionisti inseriti in specifici contesti lavorativi. La peculiarità della supervisione consiste nell'accompagnamento ed affiancamento graduale e sistematico dello studente o del professionista nel processo di analisi, di elaborazione e di sintesi delle diverse componenti la professionalità in funzione della crescita consapevole della stessa a garanzia dell'efficacia dell'azione professionale. Nelle professioni di aiuto, quale quella dell'assistente sociale, la supervisione costituisce un momento ed uno strumento fondamentale sia sul piano della crescita delle competenze professionali, sullo sviluppo delle capacità di gestione, controllo ed utilizzo della dimensione affettivo-emotiva da parte del professionista, aspetto questo di vitale importanza, date le profonde implicazioni emotive, anche di natura inconscia, che comportano o possono sollecitare. La supervisione può essere individuale, di gruppo, di équipe, per progetti.
Territorio	Il concetto di t. per il servizio sociale riassume in se concetti quali ambiente, comunità, contesto, presenti nel servizio sociale sin dalle origini. Ambiente inteso non solo come natura, ambito geografico, ma come ambiente sociale, culturale, affettivo, relazionale. Ambiente come contesto dove si collocano i problemi della persona in relazione alla sua storia (in senso micro), ma anche i problemi riferiti a fasce di età, a categorie di persone, a gruppi (in senso macro). Per il servizio sociale è sempre stato prioritario mantenere la persona nel suo ambiente di vita, facendo leva sia sulla comunità familiare, sia sulla comunità allargata in un'ottica preventiva per superare la logica dell'istituzionalizzazione e della settorialità degli interventi, in capo a servizi specialistici slegati dal contesto territoriale. Nel lavoro sociale «al termine t. si attribuiscono significati diversi, non sempre alternativi, poiché riferiti ad

	aspetti e componenti differenti, che possono essere posti in risalto in relazione alla tematica affrontata. Il t. può essere inteso come bacino di utenza del servizio o sistema dei servizi; ancora, come l'insieme di tutte le componenti e dei soggetti collettivi che ne fanno parte (Ferrario1992). Il servizio sociale: 1. deve sviluppare la conoscenza del t., della sua soggettività, dei bisogni e delle risorse, della cultura e dei valori, identificando le diversità e la molteplicità come una ricchezza da salvaguardare e da difendere. 2. può e deve contribuire a promuovere il benessere degli individui e a rafforzare i legami sociali, creando integrazione e aggancio con la collettività, sollecitando le risorse dei soggetti del t. (giovani, famiglie, associazionismo, volontariato) 3. Diventa risorsa rilevante nel portare al «tavolo della pianificazione integrata» la propria cultura, e cioè il complesso dei valori e principi della professione, l'unitarietà dell'approccio che vede la complessità dei problemi in un'ottica multidimensionale, una lettura della società come «società reticolare» dalla quale far emergere i nodi e le connessioni tra i diversi sistemi.
Tirocinio	Il tirocinio nel servizio sociale può essere definito come un "processo di apprendimento a un ruolo professionale (conoscenze e capacità) svolto in un percorso teorico pratico, attraverso una relazione formativa significativa all'interno di un contesto di lavoro, in un sistema di formazione organizzato". Il tirocinio è luogo di integrazione teorico-pratica, intesa sia come riflessione su "fare", sia, più in generale, come possibilità di confronto e circolarità fra teorie formali acquisite e lettura di fenomeni reali così come si manifestano; si tratta di un'esperienza guidata, in cui cioè assume un ruolo fondamentale la supervisione di un esperto, quale garante dei processi di apprendimento. Nel caso del servizio sociale il tirocinio, inserito all'interno del curriculum universitario e svolto contemporaneamente alla formazione di base, è parte integrante di un disegno formativo complessivo e richiede pertanto l'allestimento di risorse anche di tipo organizzativo.
Trattamento	Il termine "trattamento" nel significato più generale, si riferisce all'"applicazione di metodi e procedimenti variamente determinabili, allo scopo di conseguire particolari effetti" e quindi di produrre un cambiamento. Il servizio sociale ha cercato di stabilire delle tipologie di diagnosi sociale e di sistematizzare i trattamenti e le cure più opportune. All'interno della scuola diagnostica del servizio sociale, sviluppatasi in America intorno agli anni trenta, si inserisce il modello psicosociale che ha come esponente F. Hollis: Dal Pra Ponticelli individua il trattamento come un processo fluido, nel quale i contenuti e le procedure devono essere soggetti a continua revisione in quanto i processi relativi alle persone si trasformano e si rivelano in modi sempre nuovi; il trattamento è finalizzato ad alleviare il disagio della persona e a diminuire la disfunzionalità del sistema persona-situazione. (es: il modello Unitario centrato sul compito; il modello sistemico-relazionale, l'intervento/trattamento si pone come obiettivi la modificazione e la riorganizzazione di una situazione disfunzionante).
Utente	Colui che usufruisce di un bene collettivo per soddisfare un bisogno in base ad un diritto
Valutazione	Determinazione di un valore di un qualcosa secondo criteri di positività, efficacia, funzionalità, rispetto ad una classificazione, rispetto alla definizione di azioni successive, conseguenti o correlate. Può essere definita come "una attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su di un'azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali che segue procedure rigorose e codificabili". Questa definizione sottolinea il carattere della valutazione come prassi scientificamente fondata, distinguendola così dalla corrente attività di espressione del giudizio, che caratterizza l'agire umano consapevole. La valutazione nel processo di aiuto significa attribuire senso e significato alle informazioni raccolte e ai risultati ottenuti, in modo congiunto tra operatori e utente. La v. ha inizio prima dell'intervento, quando, a partire dall'analisi della domanda, e una volta raccolte le informazioni necessarie per la conoscenza e la comprensione del problema, si formulano ipotesi sulla situazione per la definizione della diagnosi psicosociale. L'azione valutativa continua poi durante l'attuazione del progetto operativo, attraverso il monitoraggio necessario a verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti precedentemente. La v. nel

	processo di aiuto è necessaria per conoscere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del processo costruito con l'utente, in relazione ai suoi bisogni. Il senso della valutazione è dare un metodo all'osservazione ancorandola a dati di realtà; fronteggiare la complessità; individuare e governare le priorità d'azione con scelte e decisioni argomentate; generare condizioni per nuovi modelli e prassi di intervento. I principali compiti valutativi dell'AS Valutare i BISOGNI-RISORSE (qual è il problema? Quali le possibili risorse Personali Ambientali?); Valutare il PROCESSO DI AIUTO (quali le migliori modalità per rispettare i principi e per ottenere buoni risultati?); Valutare gli ESITI (miglioramento? mantenimento? rallentamento? peggioramento?) La Valutazione deve fare i conti con moltissime variabili come gli aspetti oggettivi, ma anche la soggettività (intenzionalità...) e la complessità ambientale (organizzativa, territoriale...)
--	---

4. - **INDICATORI**

Gli indicatori¹ 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.

4.1 Tabella A

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ TECNICO PROFESSIONALI			
Dimensioni	Attività	Strumenti	Indicatori
Autonomia Tecnico Professionale	Accoglienza e analisi della domanda	-Colloquio professionale -counseling telefonico - scheda di accoglienza -Normativa di riferimento relativa alle dipendenze, codice deontologico e tutela della privacy	-N. accoglienze e tempi di risposta alla domanda - Riduzione di accessi impropri al Servizio
	Consulenza	-Colloquio di consulenza -Invii ad altri Servizi aziendali e non -Normativa di riferimento relativa alle dipendenze, codice deontologico e tutela della privacy	N. di consulenze N. invii ad altri Servizi
	Valutazione sociale	-Colloquio professionale -Colloqui familiari -Visite domiciliari -Riunioni di equipe -Raccordo con la rete dei Servizi -Relazione sociale -Cartella clinica	N. valutazioni N. contatti di rete N. visite domiciliari N. colloqui familiari N. cartelle cliniche compilate N. riunioni di equipe
	Progetto terapeutico - riabilitativo da valutare in equipe	-Cartella clinica -Riunioni di equipe -Raccordo con la rete dei Servizi -Normativa di riferimento relativa alle dipendenze,	N. progetti terapeutici N. aggiornamenti del progetto N. riunioni N. raccordo con Servizio N. Cartelle cliniche compilate

¹ Gli indicatori - Qualità PA <http://qualitapa.gov.it>

		codice deontologico e tutela della privacy	
	Orientamento/ Empowerment	-Informazione sociale qualificata -colloquio professionale -guida ai servizi territoriali con eventuale materiale informativo -collaborazione con il Terzo Settore	
	Segretariato sociale	Stanza, computer, stampante e archivio, gestione mail del Servizio, pec, telefono e albo pretorio	N. Accessi N. contatti telefonici N. pratiche lavorate
	Counseling sociale	-Colloquio di counseling	N. counseling effettuati
	Visite domiciliari	-Auto aziendale -colloquio con osservazione diretta del contesto e delle relazioni	N. visite domiciliari
	Valutazione e invio in Comunità terapeutica	-colloqui individuali -colloqui familiari -colloqui con la C.T. -relazione multidisciplinare -consulenza psichiatrica e/ neuropsichiatrica -raccordi con la rete dei Servizi; -controllo accreditamento e convenzione della C.T.	N. di invii in C.T.
	Monitoraggio costante dell'andamento del percorso comunitario	-colloqui individuali -colloqui familiari -colloqui con la C.T.	N. di relazioni ricevute e aggiornamenti online N. colloqui con pazienti ospiti delle C.T. N. percorsi conclusi con risultati soddisfacenti
	Lavoro in equipe	-Riunioni di monitoraggio periodiche finalizzate a garantire la circolarità delle informazioni	N. riunioni di equipe
	Aggiornamento cartelle cliniche e inserimento dati sul SIRD	-Computer -cartelle cliniche	N. aggiornamenti C.C.
	Segnalazione e convocazioni Prefettura (ART. 75 e 121)	-Raccomandate (RAR) -colloqui informativo-preventivi	n. raccomandate n. colloqui informativo-preventivi
	Lavoro di rete e integrazione con servizi ASL, Enti Locali e Terzo Settore	-Incontri di rete operativi in presenza e da remoto -contatti telefonici	N. di incontri di rete N. contatti telefonici N. mail
	Lavoro di rete e integrazione	Incontri di rete operativi in	N. di incontri di rete

	con gli organi della A.G. e legali	presenza e da remoto e contatti telefonici -contatti telefonici -mail	N. contatti telefonici N. mail
	Lavoro di rete e integrazione con i Ser.D. interni alla Casa Circondariale	Incontri di rete operativi in presenza e da remoto e -contatti telefonici -mail	N. di incontri di rete N. contatti telefonici N. mail

4.2 Rilevazione della richiesta

Tabella B

MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA SEGNALAZIONE	
Accesso spontaneo	Richiesta diretta dell'utente/famiglia.
Invio da MMG, Pronto Soccorso e reparti ospedalieri	Eventuale continuità assistenziale dopo evento acuto o ricovero.
Segnalazioni dai Servizi Asl e Ente locale.	In caso di presenza di comorbidità psico - sociale con dipendenza viene richiesta una valutazione e un trattamento che può essere ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.
Segnalazioni A.G., Forze dell'Ordine e Prefettura	Richieste di informazioni da parte delle forze dell'Ordine su indagini dell'A.G. in corso, art.121 e 75 da parte della Prefettura.
Segnalazioni del Ser.D. verso Servizi esterni (Servizi Sociali Comunali e A.G.)	In presenza di donne in gravidanza o di utenti con figli minori il Ser.D. opera nel rispetto della normativa vigente. Pertanto, eventuali segnalazioni ai S.S. Comunali e/o all'A.G. vengono effettuate esclusivamente in caso di grave pregiudizio per la salute del nascituro o per la tutela del minore privilegiando interventi di supporto e presa in carico integrata con i servizi ASL competenti. In caso di segnalazione, quest'ultima avviene a firma di tutta l'equipè del Servizio.

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

5.1 Matrice delle responsabilità

ATTIVITA'	CHI					
	Assistente Sociale	Responsabile del Servizio Ser.D.	A.S. Comune di residenza della persona utente	Equipe Ser.D	Altri Servizi coinvolti	Autotità Giudiziaria
Accoglienza e analisi della domanda	R/A	C		I		
Consulenza	A/C	R/A		I/C		

Valutazione sociale	R/A			I		
Progetto terapeutico – riabilitativo da valutare in equipe	C	R	I	R/A	I	I
Orientamento/ Empowerment	R/A			I		
Segretariato sociale	R/A		I	I	I	
Counseling sociale	R/A			I		
Visite domiciliari	C	R		A/C		
Valutazione e invio in Comunità terapeutica	R/A	R/A		R/A	C/I	C/I
Monitoraggio costante dell'andamento del percorso comunitario	R/A	I		C/I	I	I
Lavoro in equipe	R/C	R/A		R/C		
Aggiornamento cartelle cliniche e inserimento dati sul SIRD	R/C	R/C		R/C		
Segnalazione e convocazioni Prefettura (ART. 75 e 121)	R/A	R		I		I
Lavoro di rete e integrazione con servizi ASL, Enti Locali e Terzo Settore	R/A	R	C	R/C	R/C	I
Lavoro di rete e integrazione con gli organi della A.G. e legali	R/A	R	I	C	I	R
Lavoro di rete e integrazione con i Ser.D. interni alla	C	I	I	C	I	R

Casa Circondariale						
--------------------	--	--	--	--	--	--

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. ITER PROCEDURALE E DIFFUSIONE (di competenza dell'amministrazione).

6.1 DIFFUSIONE (uffici competenti).

7. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

7.1. Bibliografia

- Codice Deontologico dell'Assistente Sociale,
- A. Bartolomei/A.L. Passera "L'Assistente sociale. Manuale di Servizio Sociale professionale. Edizioni CieRre;
- M. Dal Prà Ponticelli "Dizionario di Servizio Sociale". Editrice Carocci Faber,
- A. Campanini "La valutazione nel servizio sociale" Roma Carocci;
- M. Della Valle "Il Servizio Sociale: la doppia appartenenza alla professione tra paradossi, conflitti e sfide". Franco Angeli;
- V. Quercia "Il Lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga" Erickson;
- F. Madeddu, A. Fiocchi, P. Pianezzola "Tossicodipendenze, marginalità e fragilità sociale" Franco Angeli;
- F.C. Giannotti "Dipendenze: la qualità della cura nei servizi" Franco Angeli.
- Relazione al Parlamento 2025 sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia: Pubblicata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA), analizza i dati dell'anno 2024 su utenza, sequestri e attività dei Ser.D..
- Rapporto Dipendenze 2025 - Dati 2024 (DEP Lazio): Studio epidemiologico che monitora le prese in carico e i percorsi assistenziali nei servizi regionali.
- Libro Bianco sulle Droghe 2025: Rapporto indipendente pubblicato annualmente (edito da CGIL e altre associazioni) che analizza l'impatto delle leggi e l'operato dei servizi territoriali.
- Manuale di medicina penitenziaria per le dipendenze patologiche (2025): Analizza il ruolo dei Ser.D. all'interno delle carceri e i protocolli di intervento per detenuti tossicodipendenti.
- I Servizi delle Dipendenze (SerD): Obiettivi, contesti di intervento e pratiche: Pubblicato da FrancoAngeli, delinea l'approccio proattivo e le innovazioni organizzative dei servizi multidisciplinari.
- Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche (U. Nizzoli): Un testo classico sulla programmazione, qualità e valutazione dei servizi pubblici.
- Manuale sulle sexual addiction e nuove dipendenze: Focus sulle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza sessuale) che oggi rientrano nelle competenze dei Ser.D..
- Droghe, comportamenti, dipendenze (FrancoAngeli): Un volume che esplora la natura dei comportamenti di addiction e gli aspetti patologici delle dipendenze sia legali che illegali.
- FeDerSerD Informa (Ottobre 2024): Include studi sull'efficacia clinica della buprenorfina *Long Acting* (iniettabile a lunga durata), una delle innovazioni terapeutiche più rilevanti per i Ser.D. nel 2024-2025.
- Bollettino delle Farmacodipendenze: Pubblicazione periodica che riporta dati su sequestri e nuove sostanze psicoattive intercettate sul territorio nazionale.

7.2. Riferimenti Normativi:

NORMATIVA GENERALE

- **Legge n. 833/1978** (istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).
- **Legge 162/90** “aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” ;
- **Legge n. 94/1998** "Disciplina degli interventi di contrasto al gioco d'azzardo" (modificata dalla L. n. 9/2013 e dalla L. n. 96/2018).
- **Piano Nazionale Antidroga.**
- **Legge 8 novembre 2000, n. 328** “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- **D.P.C.M. 14 febbraio 2001** – Linee guida per i Ser.T. (ora Ser.D.).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 1 Aprile 2008.
- Accordi tra Stato, Regioni e Enti Locali in materia di dipendenze.
- Codice Deontologico dell’Assistente Sociale (principi di segretezza, autodeterminazione, responsabilità professionale).
- Linee Guida Regionali per i SER.D.
- **D.lgs. 10 ottobre 2022, n. 150**, attuativo della l. 134/2021 (“riforma Cartabia”);
- **D.C.A. U00214 DEL 28/05/2015** - Allegato A, Punto 3.6 e dal successivo D.C.A. di rettifiche D.C.A. U00223 del 08/06/2015.
- **D.C.A. n. 309/90 art. 118** - “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”.
Nell’organico del servizio è prevista la figura dell’Assistente Sociale (non sono definite unità e ore).
- **D.M. n. 444, 30 novembre 1990, art. 6** - “Regolamento concernente la determinazione dell’organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali”.

8. MODULISTICA E ALLEGATI

8.1 – Modulistica

La modulistica dei Ser.D. è predisposta sulla base della normativa vigente secondo le esigenze e l’organizzazione interna di ogni Servizio.

8.2 – Allegati

8.2.1. Protocollo per ingresso in comunità terapeutica

Il paziente deve essere conosciuto dal servizio, pertanto (se non lo è stato) dovrà essere preso in carico per effettuare una diagnosi di “Disturbo da uso”.

Lo stesso deve aver effettuato dei trattamenti che hanno rilevato il fallimento dei programmi ambulatoriali.

Valutata la richiesta del paziente in equipe tenendo conto che non scaturisca da pressioni familiari o problematiche legali

- Si fissa un appuntamento per colloquio **informativo** (può essere svolto dall’Ass. Soc., dal Medico o dallo Psicologo,) e si stabiliscono gli operatori di riferimento;
- In caso di assenso al programma, far firmare la modulistica (richiesta del paz. di inserimento in C.T. ed adesione al programma propedeutico presso il Ser.D.).

INFORMAZIONI GENERALI SUI PROGRAMMA PER INSERIMENTO IN C.T.:

- Colloqui settimanali con lo psicologo e con l’assistente sociale, di motivazione, orientamento e valutazione;
- Eventuale somministrazione di test psicodiagnostici (MMPI-2) e motivazionale;
- Dosaggi urinari per le principali sostanze d’abuso, due volte la settimana e constatarne la riduzione o l’interruzione dell’assunzione;
- Valutazione dell’equipe di riferimento del paziente (in base ai dati raccolti ed all’analisi dei suoi bisogni), della Struttura Comunitaria a lui più idonea;

- Considerare un'eventuale consulenza psichiatrica per escludere o meno una comorbidità psichiatrica;
- Una volta individuata la Comunità, contattarla telefonicamente e chiedere:
 - la procedura d'ingresso;
 - i tempi d'attesa e se necessario inserire subito il paziente nella lista d'attesa;
 - documenti a noi necessari per l'inserimento (vedi allegato);
- Alcune Comunità richiedono di poter effettuare almeno un colloquio preliminare con il paziente. In questo caso è necessario mettere in contatto la comunità con il paziente in modo da poter programmare tale incontro.
- Stilare relazione clinica e psico-sociale, che generalmente le Comunità chiedono per valutare eventuale idoneità del paziente al loro programma;
- Esami clinici (non precedenti i 3 mesi);
- Eventuali altri accertamenti diagnostici richiesti dalla C.T. (da effettuare SOLO c/o specialisti ASL che collaborano con il Ser.D.).
- Inviare le analisi del paziente via mail alla Comunità prima dell'arrivo del paziente nella struttura.

Nota : per i pazienti inviati da altri Servizi ed in particolar modo per i pazienti a D.D. seguiti dal DSM è necessario che ci giunga una richiesta scritta, del Servizio inviante, di inserimento in C.T. PRIMA di iniziare alcun tipo di collaborazione.

OPERATORI REFERENTI PER GLI INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICA

- Medici
- Psicologi
- Assistente Sociale
- Infermiere Professionale

Ad ogni paziente che intraprende un programma di inserimento in C.T. verrà assegnata un'equipe di riferimento.

8.2.2. Elenco dei documenti da richiedere alle Comunità Terapeutiche.

La seguente documentazione deve pervenire al Ser.D. ed è condizione necessaria per valutare l'IDONEITA' del Programma. Soltanto successivamente si può concordare eventuale data di ingresso. Va comunicato alla Comunità che diversamente non verrà assunto da questo Ser.D. alcun impegno amministrativo, neanche a sanatoria.

I documenti sono i seguenti:

- Convenzione attualmente in vigore. In caso di eventuali proroghe da parte della Regione, la Comunità lo deve specificare per iscritto;
- Dichiarazione contenente informazioni riguardo l'attuale retta in vigore ed il Ser.D. di riferimento per la Comunità con l'indirizzo;
- programma terapeutico generale della Comunità;
- programma terapeutico specifico al paziente in questione.

Soltanto dopo aver visionato tale documentazione ed averne discusso in équipe, il Servizio potrà concordare con la Comunità la data di ingresso.

La Comunità deve inviare, a quel punto via mail, la data dell'eventuale ingresso in modo che il Ser.D. possa inviare il parere favorevole all'inserimento nella loro struttura.

8.2.3. Servizi pubblici per le dipendenze (SerD) – REGIONE LAZIO

Azienda ASL	Sedi SerD	Comune	Via	Telefono	E_mail
ASL Frosinone	Casa Circondariale Cassino	Cassino	Via Sferracavalli, 3	tel: 0776311613	dsmpd.carcere@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	Casa Circondariale Frosinone	Frosinone	Via Cerreto, 55	tel: 07758822134	dsmpd.carcere@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	Casa Reclusione Paliano	Paliano	Viale Garibaldi, 6	tel: 07758822134	dsmpd.carcere@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	Via Armando Fabi, Frosinone	Frosinone	via Armando Fabi	tel: 07758822134	dirdsmpd@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	via Enrico De Nicola, 265, Cassino	Cassino	via Enrico De Nicola 265	tel: 0776311613	patologiedadipendenza.distrcd@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	Via Giuseppe Di Vittorio, Ceccano	Ceccano	via G.di Vittorio	tel: 07756262838	serd.ceccano@aslfrosinone.it
ASL Frosinone	Via Piemonte, Sora	Sora	via Regina Elena	tel: 07768218346	serd.sora@aslfrosinone.it
ASL Latina	Casa Circondariale Latina	Latina	Via Aspromonte, 100	tel: 07736553018	serd.latina@ausl.latina.it
ASL Latina	Via Appia, Formia	Formia	via Appia lato Napoli	tel: 0771779399	sertformia@ausl.latina.it
ASL Latina	Via Canova, Latina	Latina	Via Canova C/O Ospedale Santa Maria Goretti	tel: 07736553018	serd.latina@ausl.latina.it
ASL Latina	Via Fratelli Bandiera, 15, Terracina	Terracina	Via Flli Bandiera, 15	tel: 0773708215	serd.terracina@ausl.latina.it
ASL Latina	Via Giustiniano, Aprilia	Aprilia	via Giustiniano	tel: 06928634053	sertaprilicisterna@ausl.latina.it
ASL Latina	Via Torretta Rocchigiana, Priverno	Priverno	Via torretta rocchigiana	tel: 0773910818	sert.priverno@ausl.latina.it
ASL Rieti	Casa Circondariale Rieti	Rieti	Viale Maestri Del Lavoro, 2	tel: 0746278985	s.depersis@asl.rieti.it
ASL Rieti	Via Finocchietto, 9, Poggio Mirteto	Poggio Mirteto	via finocchietto snc	tel: 0765448238	s.depersis@asl.rieti.it
ASL Rieti	Via Salaria per Roma, 36, Rieti	Rieti	via Salaria per Roma, 36	tel: 0746278935	sert@asl.rieti.it
ASL Roma 1	Casa Circondariale Regina Coeli	Roma	Via della Lungara, 29	tel: 06 680291	
ASL Roma 1	Largo Rovani, 5, Roma	Roma	Largo Rovani, 5	tel: 0677304825	uo.sert.4ds@aslroma1.it
ASL Roma 1	P.zza S.M. Pietà, 5, Roma	Roma	Piazza S. Maria della Pietà, 5	tel: 0668352909	sert.mun19-20@aslroma1.it
ASL Roma 1	Via Dei Frentani, 6, Roma	Roma	via dei Frentani, 6	tel: 0677303570	uo.sert.3ds@aslroma1.it
ASL Roma 1	Via Dei Riari, 48, Roma	Roma	via Dei Riari, 48	tel: 0677305909	claudio.baldelli@aslroma1.it

ASL Roma 1	Via Fornovo, 12, Roma	Roma	via Fornovo, 12	tel: 0668353075	accettazione.sert@aslroma1.it
ASL Roma 1	Via Montesacro, 8, Roma	Roma	via Montesacro, 8	tel: 0677307767	uo.sert.4ds@aslroma1.it
ASL Roma 2	Casa Circondariale Rebibbia	Roma	Via Bartolo Longo 82	tel: 0641436471	
ASL Roma 2	Ple dell'Umanesimo, 10, Roma	Roma	Ple dell'Umanesimo, 10	tel: 0651008013	patologie.dipendenza.d9@aslroma2.it
ASL Roma 2	Via Appia Antica, 220, Roma	Roma	via Appia Antica, 220	tel: 0651008330	sert.appiaantica@aslrmc.it
ASL Roma 2	Via Casilina, 1368, Roma	Roma	via Casilina, 1368	tel: 0641436181	patologie.dipendenza.d6@aslroma2.it
ASL Roma 2	Via Casilina, 397, Roma	Roma	via Casilina, 397	tel: 0651006296	patologie.dipendenza.d5@aslroma2.it
ASL Roma 2	Via Dei Sestili, 7, Roma	Roma	via dei Sestili, 7	tel: 0641436542	patologie.dipendenza.d7@aslroma2.it
ASL Roma 2	Via Teodorico, 61, Roma	Roma	via Teodorico, 61	tel: 0641436151	patologie.dipendenza.d4@aslroma2.it
ASL Roma 3	Via del Casaleto, 400, Roma	Roma	via del Casaleto, 400	tel: 0656486474-6491	sert.direzione@aslroma3.it
ASL Roma 3	Via Tagaste, 4, Ostia	Roma	via Tagaste, 2/4	tel: 0656483312	sert.arealitorale@aslroma3.it
ASL Roma 3	Via Vaiano, Roma	Roma	via vaiano	tel: 0656486323	sert.direzione@aslroma3.it
ASL Roma 4	Casa Circondariale, Civitavecchia	Civitavecchia	via Aurelia nord km 79,50	tel: 0766560410	sertf1@aslroma4.it
ASL Roma 4	Casa Reclusione, Civitavecchia	Civitavecchia	Via Tarquinia, 20	tel: 0766560410	sertf1@aslroma4.it
ASL Roma 4	Via Mario Villotti, Civitavecchia	Civitavecchia	via mario villotti snc	tel: 0766591428	sertf1@aslroma4.it
ASL Roma 4	Via S. Giovanni Bosco 2, Manziana	Bracciano	via S. Lucia	tel: 0699890213	sert.bracciano@aslroma4.it
ASL Roma 4	Via Tiberina, 15500, Capena	Capena	via Tiberina km 15,500	tel: 0696669883	sert.f4@aslroma4.it
ASL Roma 5	Colleferro	Colleferro	Largo Oberdan	tel: 0697206760	sert.colleferro@aslroma5.it
ASL Roma 5	Monterotondo	Monterotondo	Via C. Burani, snc	tel: 0690075825	sert.monterotondo@aslroma5.it
ASL Roma 5	Palestrina	Palestrina	via Porta San Martino, 46	tel: 069538874	sert.palestrina@aslroma5.it
ASL Roma 5	Subiaco	Subiaco	Largo Mazzini, 5	tel: 0774824125	sert.subiaco@aslroma5.it
ASL Roma 5	Tivoli	Tivoli	via tiburtina 156	tel: 0774533421	sert.tivoli@aslroma5.it
ASL Roma 6	Casa Circondariale Velletri	Velletri	SP Cisterna Campoleone, 97	tel: 0696459368	giovanna.miarafini@aslroma6.it
ASL Roma 6	Osp. Riuniti Anzio / Nettuno	Anzio	via Casal di Claudia, 168	tel: 0693276398	serd.anzio@aslroma6.it

ASL Roma 6	Via Dell'Ospedale Vecchio 4, Genzano	Genzano di Roma	piazza ospedale vecchio, 4	tel: 0693274682	laura.bianchi@aslromah.it
ASL Roma 6	Via Gregoriana, 27, Frascati	Frascati	via gregoriana, 27	tel: 0693274115	serd.frascati@aslroma6.it
ASL Roma 6	Via Orti Ginetti, 55, Velletri	Velletri	via Orti Ginetti, 55	tel: 0693272141	serd.velletri@aslroma6.it
ASL Roma 6	Viale del Lavoro, 71, Ciampino	Ciampino	Viale del Lavoro, 69	Tel: 0693275592	serd.ciampinoi@aslroma6.it
ASL Viterbo	Casa Circondariale Viterbo	Viterbo	Strada Statale Santissimo Salvatore, 14/B	tel: 0761236801	
ASL Viterbo	Via C. Romiti, 86, Viterbo	Viterbo	via Mariani Romiti, 86	tel: 0761236801	direzione.serd@asl.vt.it
ASL Viterbo	Via Della Croce, 11, Montefiascone	Montefiascone	via della croce, 11	tel: 07611860400	valeria.ranucci@asl.vt.it
ASL Viterbo	Via Francesco Petrarca, Civita Castellana	Civita Castellana	via Francesco Petrarca	tel: 0761592416	angela.lagrutta@asl.vt.it
ASL Viterbo	Viale Igea, 2, Tarquinia	Tarquinia	viale igea	tel: 0766846315	sergio.belsanti@asl.vt.it

8.2.4. Elenco STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE - REGIONE LAZIO - ANNO 2024 (AGG 30.09.2024)

NOME PRESIDIO	INDIRIZZO	CAP	COMUNE	PEC
CENTRO PER IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Via Catone 21	00192	ROMA	lapromessa@certificazioneposta.it
SERVIZIO AMBULATORIALE SPECIALISTICO ALCOL (A.S.)	Via Catania, 89	00161	ROMA	coop.parsec@pec.it
SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE DI ACCOGLIENZA DIURNA (S.R.R.D.) SERVIZIO UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (C.D.R. 1) SERVIZIO UNITÀ MOBILE RIDUZIONE DEI RISCHI (C.D.R. 2)	Via Scarpanto, 55	00139	ROMA	coop.parsec@pec.it
CENTRO DIURNO ATLANTE - MAGLIANA 80	Via Avoli 9	00135	ROMA	magliana80@pec.it
STRUTTURA RESIDENZIALE "SORELLA LUNA"	Via Della Muracciola N. 35/38	00123	ROMA	latendaonlus@pec.it
COMUNITÀ LA TENDA - UNITÀ DI STRADA V MUNICIPIO	Via Del Frantoio 58	00159	ROMA	associazionelatenda@pec.it
CENTRO PERMANENTE DI PREVENZIONE ALLE TOSSICODIPENDENZE	Via Di Pietralatella Snc	00159	ROMA	info@pec.iocentro.it

CE.I.S. DON MARIO PICCHI "VIA APPIA NUOVA" CENTRO DIURNO TERAPEUTICO PER L'ETÀ ADOLESCENZIALE "ECO" E "STRUTTURA RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVA PER ADOLESCENTI PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI"	Via Appia Nuova 1251	00174	ROMA	ceisroma@pec.it
CE.I.S. DON MARIO PICCHI "VIA AMBROSINI"	Via Attilio Ambrosini 129	00147	ROMA	ceisroma@pec.it
SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE SPECIALISTICO - DOPPIA DIAGNOSI (SR.S DD) DENOMINATO "SELF"	Via Della Magliana Nuova, 160	00146	ROMA	magliana80@pec.it
PADIGLIONI MARAINI E FRASCARA	Via Bernardino Ramazzini 31	00151	ROMA	fondazionevillamaraini @postecert.it
VILLA SERGETTO	Via Braccianese Claudia Km. 69,3	00053	CIVITAVECC HIA	comunitamondonuovo @pec.it
PROGETTO TERAPEUTICO "FRATELLO SOLE"	Via Dei Normanni, 8/10	00050	SANTA MARINELLA	cooperate@certificazion eposta.it
IL PONTE CENTRO DI SOLIDARIETÀ ONLUS - RM	Via Amba Aradam 25	00053	CIVITAVECC HIA	ilpontecivitavecchia@pe c.it
SERVIZIO RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO (R.T.R. "FRATELLO SOLE"	Via Giancarlo Brasca Snc - Loc. Santa Severa Nord	00059	TOLFA	cooperate@certificazion eposta.it
SERVIZIO RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO (R.T.R.)	Via Veneto, 30/C	00053	CIVITAVECC HIA	ilpontecivitavecchia@pe c.it
PROGETTO PSICOTERAPEUTICO GIACOMO CUSMANO	Via Giacomo Cusmano,28	00061	ANGUILLARA SABAZIA	psicoterapeuticacusman o@legalmail.it
SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE SPECIALISTICO (SR.S)	Piazza Don Cesolini, 19	00062	BRACCIANO	cooperate@certificazion eposta.it
SERVIZIO UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (C.R.D.1) SERVIZIO UNITÀ MOBILE RIDUZIONE DEI RISCHI (C.R.D. 2)	Via Salaria, 108 Sc. B	00015	MONTEROTO NDO	folias@teleconsulpec.it
STRUTTURA PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA	Strada Della Salvia 13	00018	PALOMBARA SABINA	dianova@pec.it
NAUTILUS CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA	Via Leon Battista Alberti 2	00011	TIVOLI	acquario85@pec.workm ail.it
SERVIZIO PEDAGOGICO RIABILITATIVO RESIDENZIALE PER LA CURA DEI DISTURBI DA ABUSO DI SOSTANZE E/O ADDICTION DENOMINATO "IL MERRO"	Via Delle Piagge, 74/B (Già Via Del Merro, 2 00010 S.Angelo Romano)	00036	PALESTRINA	comunitailmerro@legal mail.it
CENTRO SALUS	Via Galloro, 12/14/16	00072	ARICCIA	resanatrixsrl@pec.it
COMUNITÀ "CASA GIOIA"	Piazza Garibaldi 8	00047	MARINO	nuoviorizzontionlus@pe c.it
CE.I.S. DON MARIO PICCHI "S.CARLO- S.FRANCESCA ROMANA"	Via Alessandro Volta 2	00047	MARINO	ceisroma@pec.it
ASSOCIAZIONE COMUNITA' MASSIMO ONLUS	Via Dell'oratorio Di Santa Rita 3	00042	ANZIO	comunitamassimo@pec. it

ASSOCIAZIONE L'APPRODO ONLUS	Lungomare Enea, 10	00042	ANZIO	approdocomunita@pec.it
VILLA PARADISO ("CASA CANTONIERA" E "CASA COLONICA")	S.P. Litoranea Km. 1,750	01016	TARQUINIA	comunitamondonuovo@pec.it
VILLA CIULEPI	S.S. Aurelia Bis Km. 10.900	01010	MONTE ROMANO	comunitamondonuovo@pec.it
COLLE SPERANZA	S.S. Aurelia Bis Km. 3,841	01016	TARQUINIA	comunitamondonuovo@pec.it
COMUNITÀ SISIFO	Via Del Gallo Nn. 18-20-22-24	01017	TUSCANIA	sisifosrl@pec.it
COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE PALANZANA	Strada Palanzana 15	01100	VITERBO	postacertificata@pcert-ceis.viterbo.it
COMUNITA' TERAPEUTICA RESIDENZIALE LA QUERCIA	Strada Acquabianca 7	01100	VITERBO	postacertificata@pcert-ceis.viterbo.it
CAMPUS RESIDENZIALE CALISTO FELLI - S.R.S.D.D	Strada Acquabianca 11	01100	VITERBO	postacertificata@pcert-ceis.viterbo.it
CENTRO DIURNO PRIMA ACCOGLIENZA SEMIRESIDENZIALE A BASSA SOGLIA DROP IN (S.R.R.D.).	Via San Giovanni Decollato, 4	01100	VITERBO	prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it
STRUTTURA RESIDENZIALE SPECIALISTICA PER LA DIPENDENZA DA ALCOOL	Via Del Convento, 2	01010	Oriolo Romano	fondazionefispa@pec.it
S.R.R.D. "PORTE APERTE"	Via Tiziano Vecellio, N. 10	04100	LATINA	anteocooperativa@legalmail.it
SERVIZIO UNITÀ MOBILE RIDUZIONE DEI RISCHI (C.R.D. 2)	Piazza Roma, 3	04100	LATINA	astrolabio.soc.coop.sociale@legalmail.it
SRTR-D "ARTEINSIEME"	Contrada Scerpano Snc	04020	ITRI	arteinsieme@pec.confcooperative.it
NUOVA ERA	Via S. Rocco, 2	03010	TRIVIGLIANO	comunitaindialogo@pec.libero.it
IL CASALE	Contrada Malle Snc	03010	TRIVIGLIANO	comunitaindialogo@pec.libero.it
COMUNITÀ DI PIGLIO	Via Prenestina 95	03010	PIGLIO	nuoviorizzontionlus@pec.it
SERVIZIO AMBULATORIALE SPECIALISTICO COCAINA (A.S. CO)				
SERVIZIO UNITÀ MOBILE PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE (C.R.D. 1)	Via A. Fabi, Snc	03100	FROSINONE	protocollo@pec.aslfrosinone.it
SERVIZIO UNITÀ MOBILE RIDUZIONE RISCHI (C.R.D. 2)				
EXODUS CASSINO	Via San Domenico Vertelle, 23	03043	CASSINO	fondazione.exodus@pec.exodus.it