

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

PROCEDURA ORGANIZZATIVA

COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEL CENTRO ASSISTENZA DOMICILIARE

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
data	Dirigente Assistente Sociale dott.ssa Gerarda Molinaro	Dipartimento delle Fragilità Direttore dott. Loreto Bevilacqua UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA dott.ssa Francesca De Angelis	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri dott Valentino Coppola	1 Anno

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X	X	X	X
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		riunioni
	X	X		X



Gruppo di lavoro:

COGNOME	NOME	SERVIZIO	FIRMA
CENTRA	ROBERTA	CAD DISTRETTO 3	Roberta Centra
DURA	RITA	CAD DISTRETTO 4	Rita Dura
MESCHINO	SILVIA	CAD DISTRETTO 2	Silvia Meschino
NARDI	VALERIA	CAD DISTRETTO 5	Valeria Nardi
PALOMBO	KATIA	CAD DISTRETTO 3	Katia Palombo
TOMASSETTI	LUCIA	CAD DISTRETTO 2	Tomasetti Lucia
ZANELLATI	IRENE	CAD DISTRETTO 1	Irene Zanelatti

INDICE

Pag. 4 Premessa

Pag. 5 Contesto di Riferimento

Pag. 6 Servizio di Apparenenza

Pag. 7 - Scopo ed obiettivi

- Ambiti di Applicazione e Aspetti Generali

Pag. 8 - Attività di equipe

- Lavoro di Rete

Pag. 9 – Valutazione - Diagnosi Sociale

Pag. 9 – Abbreviazioni, e Definizioni

Pag. 10 - Terminologia di Settore

Pag. 27 - Indicatori - Autonomia tecnico professionale

Pag. 27 - Matrici Delle Responsabilità

Pag. 29 - Bibliografia e Riferimenti Normativi – Modulistica e Allegati

PREMESSA

Con legge specifica (251/2000), con indicazioni del Ministero della Salute (Tavolo Tecnico 2010) e con Linee Guida regionali è stato riconosciuto il servizio sociale professionale nelle aziende sanitarie del SSN. Difatti, come ben delineato nel documento del Ministero della salute "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità", approvato il 29 ottobre 2010 dal Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero, definisce compiutamente il ruolo del Servizio sociale professionale in Sanità:

"...il Servizio Sociale Professionale assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione. Permette di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, grazie alla specificità professionale insita nella formazione dell'Assistente Sociale ed alla capacità propria della professione a mettere in connessione tutti i settori del welfare. Il Servizio Sociale Professionale nel Sistema Sanitario Nazionale ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale, in un'ottica di raccordo, in forma continuativa, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio".

Alla luce di quanto emerso nel D.M. 23 Maggio 2022 n.77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale" dove viene sottolineato che *".. l'assistenza primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.....il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali :*

- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendono in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salutermentale e alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health).

Viene delineata la Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'equipe multiprofessionale. Il referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale è l'Assistente Sociale.

Quindi, l'assistenza territoriale, le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Su questa base si dovranno andare a sedimentare concetti come quello di Comunità.

Gli assistenti sociali, figure di grande importanza professionale, nella Asl di Latina sono presenti nei vari servizi della ASL Latina tra cui il Servizio di Assistenza Domiciliare (da ora CAD) dove svolgono un lavoro di relativa importanza a sostegno di disabili e anziani non autosufficienti collaborando ed integrandosi con i servizi sociali territoriali al fine di attivare una rete di supporto integrata.

Contesto di riferimento

Successivamente alla L.R. 02/12/1998 N. 80 "Norme per l'assistenza domiciliare" l'ASL Latina inizialmente si è attivata con un progetto pilota affidandolo al Distretto usl LT 4 (oggi Distretto3). Con i successivi riferimenti Piano Sanitario Nazionale 1994/1996, che pone l'attenzione su diverse forme di assistenza non ospedaliera, si fissa la collocazione dell'A.D.I (Assistenza Domiciliare Integrata) a livello di Distretti Sanitari. Successivamente anche il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 ha posto particolare attenzione sulle cure domiciliari cercando di dare un cambio di prospettiva per passare "dal malato che ruota intorno all'Ospedale al Territorio, alle strutture e professioni che assumono come centralità la persona con i suoi bisogni assistenziali e sanitari. Nei Piani Sanitari Nazionali successivi



viene sempre sottolineata l'esigenza di far progredire la continuità domiciliare medica nel territorio in un'ottica socio-sanitaria di sempre maggiore integrazione tra Ospedale e Distretto Sanitario.

In riferimento al DM 77\22 il servizio Cad nel 2023 dovrà allinearsi alle indicazioni regionali utilizzando un nuovo programma informatico e nuova modalità lavorativa.

L'ASL Latina al fine di uniformare le risposte alla persona fragile ha individuato una UOC **Assistenza Domiciliare Integrata ed RSA** che in riferimento alle normative vigenti formulasse protocolli operativi omogenei sui diversi campi dell'assistenza domiciliare sanitaria della ASL Latina.

Nell'ASL latina su ogni Distretto è istituito un Cad:

CAD Distretto 1

Mail: cad.aprilia@ausl.latina.it

tel. 06/928634967 – 06/928634966

CAD Distretto 2

Mail: ss.cadlatina@ausl.latina.it

Tel.0773/6553349 – 0773/6556032 – 0773/6553828 - 0773/6553320

CAD Distretto 3

Mail: cadsezze@ausl.latina.it

Tel.0773/801872

CAD Distretto 4

Mail: ss.cadterraccinafondi@ausl.latina.it

Tel.0773/708321

CAD Distretto 5

Mail: cad.distretto5@ausl.latina.it

Tel.0771/779330

Servizio di appartenenza

Il CAD è una modalità assistenziale prevalentemente sanitaria, direttamente a casa del paziente, concordata con l'ASL tra il Paziente, i Parenti e il Medico di Famiglia, per un periodo di tempo prestabilito. È un modello di cura alternativa al ricovero ospedaliero, consentendo alla persona di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita, o rendendo possibile una precoce dimissione.

E' un'assistenza "Integrata", ad indicare che dietro ad ogni assistito vi è una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali), mantenendo i rapporti con gli specialisti, organizzando e prenotando esami o consulenze, prescrivendo anche ausili necessari per l'assistenza al domicilio, secondo le necessità rilevate.

Centrale il ruolo del MMG/PLS che, individuando in collaborazione con il Servizio distrettuale gli interventi sanitari necessari per ogni singolo caso, ha la responsabilità unica e complessiva del paziente.

Come definito nella carta dei servizi (vedi allegato N.1) il CAD offre cure sanitarie o socio-sanitarie alle persone di tutte le età in condizioni di temporanea o parziale non autosufficienza, permanentemente o temporaneamente impossibilitate a lasciare la propria abitazione o la residenza protetta.

Le prestazioni vengono erogate secondo percorsi prestabiliti:

- Prestazioni medico-specialistiche



- Prestazioni infermieristiche (prelievo ematico, cateterismo vescicale, indagini bioumorali di routine, terapia iniettiva intramuscolare e sottocutanea, fleboclisi, sostituzioni placche, ecc.)
- Interventi sociali e socio-sanitari
- Casi alta complessità III° fascia

Percorsi attivabili:

1. Cure prestazionali occasionali o a ciclo programmato
2. ADP: assistenza domiciliare programmata
3. ADI: assistenza domiciliare integrata
4. ADI III fascia - ADI ACA (Assistenza Domiciliare Integrata ad Alta Intensità Assistenziale):
5. Intervento socio-assistenziale
6. RSA: residenza sanitaria assistenziale

L'assistente Sociale all'interno del Servizio di Assistenza Domiciliare (CAD) deve promuovere interventi socio sanitari al fine di facilitare una presa in carico globale della persona al fine di garantire un percorso idoneo al paziente in termini di qualità e nel rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti quali: libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione, nonché affermazione dei principi di giustizia ed equità sociali.

SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo

Il Centro Assistenza Domiciliare ha come scopo di garantire le cure domiciliari a domicilio a quei pazienti che sono impossibilitati a muoversi. Garantisce, dunque, alla persona bisognosa, la possibilità di rimanere a casa propria con i familiari permettendo così, a tutti, una maggiore serenità nell'affrontare lo stato di necessità. Difatti, il CAD rende possibili cure sanitarie che un tempo erano garantite solo in Ospedale e si evita, o si ritarda il più possibile l'inserimento delle persone non autosufficienti in strutture di ricovero.

Obiettivi

Il CAD ha come obiettivo specifico quello di favorire il massimo mantenimento dell'autonomia individuale, aiutando l'anziano a rimanere nella propria casa e nel proprio contesto di vita e nella realtà sociale di appartenenza, attraverso interventi prevalentemente sociali, socio-sanitari o sanitari.

L'obiettivo, dunque, è quello di mantenere a domicilio le persone non autosufficienti e fragili, favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione attraverso la predisposizione di un Piano Individualizzato di Assistenza (PAI).

AMBITI DI APPLICAZIONE E ASPETTI GENERALI

Modalità di Accesso al servizio:

Possono accedere al CAD i cittadini residenti nell'ASL Latina (Distretto sanitario d'appartenenza) che si trovano in condizioni di non autosufficienza totale o parziale, permanente o temporanea e tale da rendere impossibile o difficile l'accesso alle strutture ambulatoriali.

Attualmente, per la maggior parte dei casi la richiesta deve essere attivata dal Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di Libera Scelta (PLS) che, attivano sulla piattaforma informatica aziendale la cartella CAD relativa alle cure domiciliari, la indicando il tipo di percorso più appropriato. Il percorso CAD per i pazienti in Dimissione dall'Ospedale è attivato dalla Centrale Operativa di Continuità Assistenziale (CCOT), oppure dalle UVMO/Territoriale. Tutte le prestazioni erogate a domicilio sono a totale carico del SSN. Il CAD non effettua prestazioni in caso di emergenza sanitaria, per i quali occorre rivolgersi ai servizi preposti.

La UOC Ass. Dom. Integrata ed RSA", in presenza di un caso con particolare gravità clinica, in riferimento al DCA 47\2020 *"Percorso di riorganizzazione delle cure domiciliari ADI di Alta Complessità Assistenziali"*, ha individuato un percorso specifico:

- La richiesta proveniente dall'ospedale o centro di riferimento, o MMG/PLS deve essere inviata al PUA di residenza dell'assistito e contestualmente all'indirizzo email aziendale dedicata alla presa in carico dei casi complessi NE /SO presenti nella stessa UOC.
- Successivamente viene svolta una valutazione a domicilio dell'utente da parte dell'UVM, un gruppo di lavoro composto dal medico CAD, dal MMG/PLS, Infermiere CAD, Assistente Sociale CAD, che valuta la richiesta di assistenza, analizzando le condizioni sanitarie, socio ambientale, la presenza del caregiver e relative condizioni di stress familiare, e predispone il programma degli interventi sanitari e socio assistenziali individualizzati (PAI). L'UVM viene integrata a seconda del bisogno sanitario da medici specialisti e da altri operatori in caso di particolari bisogni.

Attività di equipe

L'assistente sociale, pur attivandosi in autonomia professionale, espleta il suo ruolo sempre in equipe. Non ha, di fatto, prese in carico individuali.

Il ruolo dell'assistente sociale si caratterizza per:

- Compartecipazione al lavoro di equipe ospedale / territorio volto a valutare la dimissibilità del paziente;
- Analisi socio-familiare finalizzata a valutare l'idoneità logistica e la volontà del nucleo familiare di riferimento ad accogliere il paziente a domicilio;
- Analisi socio-familiare tesa a valutare la reale sostenibilità del processo assistenziale domiciliare;
- Ricerca di soluzioni alternative alla dimissione al proprio domicilio;
- Inoltro alle diverse Unità Operative territoriali delle richieste di ausili, protesi, materiale di consumo e tanto altro;
- Contatti con il medico di medicina generale per il suo necessario coinvolgimento nel processo assistenziale;
- Contatti con il MMG/PLS, diretto responsabile clinico del suo assistito, anche per il riconoscimento della invalidità civile e i benefici della Legge 104/92;
- Interazione con PUA integrato e non per l'attivazione della disabilità gravissima;
- Attivazione dell'iter burocratico - amministrativo per il ricovero del malato in strutture alternative al proprio domicilio;

LAVORO DI RETE

Punto centrale del Cad è l'integrazione, da intendersi, oltre che come collaborazione tra più figure professionali, anche come collaborazione tra Enti (Comune e Asl) e tra Servizi (Ospedale e Distretto Socio Sanitario) per la predisposizione, attivazione e coordinamento degli interventi necessari al superamento dello stato di bisogno della persona fragile.

VALUTAZIONE E DIAGNOSI SOCIALE

L'assistente sociale al fine di comprendere e valutare la domanda di bisogno della persona fragile deve effettuare una valutazione iniziale finalizzata a tenere in considerazione diversi aspetti tra cui il livello di autosufficienza della persona fragile, la presenza di una rete d'aiuto, il livello di stress del caregiver, gli aspetti economici.

La visita domiciliare insieme al colloquio sono tra gli strumenti che consentono all'assistente sociale di raccogliere elementi importanti ai fini della valutazione. Recarsi al domicilio della persona fragile e conoscerlo nell'ambiente in cui vive consente infatti di valutare le condizioni abitative, di rilevare le fragilità nella gestione della quotidianità, di osservare le dinamiche relazionali tra il soggetto fragile e i suoi familiari e di avvicinarsi maggiormente alla comprensione delle sue necessità e dei suoi desideri. Per la valutazione l'assistente sociale del Cad si avvale della scheda di valutazione multidimensionale (Valgraf).

Il processo della valutazione sociale si svolge solo all'interno di una relazione professionale in cui alla persona e al nucleo familiare viene garantito un approccio personalizzato, basato sull'ascolto e sulla conoscenza.

Inoltre, si specifica che, se nella pre valutazione si evidenziano situazioni con significative fragilità sociali, oltre quelle sanitarie il caso viene segnalato al Pua di riferimento.

3. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - abbreviazioni

CAD: centro assistenza domiciliare

MMG: medico di medicina generale

PLS: pediatra di libera scelta

PAI: piano assistenziale individualizzato

ADP: assistenza domiciliare programmata

ADI: assistenza domiciliare integrata

ADI ACA: assistenza domiciliare ad alta complessità assistenziale

RSA: residenza sanitaria assistenziale

UVM: unità valutativa multidisciplinare

UVMD: unità valutativa multidimensionale distrettuale

UVMO/T: unità di valutazione multidimensionale ospedaliera -territoriale

CCOT: centrale continuità operativa territoriale

3.2 Terminologia di settore

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

Accettazione in Servizio Sociale	Con tale termine si indica la considerazione positiva dell'altro in quanto tale, la disponibilità ad entrare in relazione positiva e costruttiva con lo stesso. Il termine implica, nel servizio sociale professionale, l'accoglienza non giudicante e la valorizzazione della persona, delle sue risorse, delle sue esperienze e delle sue potenzialità in funzione dell'implementazione efficace dei percorsi di cambiamento richiesti dalle situazioni, dai problemi che danno luogo alla relazione d'aiuto.
Accoglienza (a) in Servizio Sociale	Elemento fondamentale del processo di aiuto; costituisce un principio fondamentale dell'agire professionale. Si deve intendere non come fase isolata, ma come parte di un processo più ampio, dove si realizza la conoscenza reciproca cittadino-servizio-assistente sociale e la prima raccolta e trasmissione di informazioni, dove si pongono le basi per la relazione fra persona e servizio e per l'eventuale avvio del processo di aiuto. Lo stile relazionale dell'a., la capacità di ascolto dell'operatore, la comunicazione non verbale determinano il clima che consentirà (o no) di creare con l'operatore e con il servizio quella vicinanza capace di favorire la costruzione della fiducia necessaria a dare spazio all'intenzionalità risolutiva delle persone e alle loro sofferenze e difficoltà (Processo di aiuto).
Aiuto	Azione di sostegno nei confronti di persone in stato di difficoltà o di pericolo, in senso professionale, azione finalizzata al recupero di risorse e capacità autonome per la risoluzione dei problemi delle persone; soprattutto in determinate circostanze operative, la funzione di aiuto si accompagna ad una funzione di controllo (es: negli interventi di tutela a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, nelle attività di vigilanza nei procedimenti penali minorili e per adulti).
Ascolto	La capacità di ascolto rappresenta un aspetto fondamentale e cardine delle relazioni interpersonali; significa non solo capire ciò che il/la nostro interlocutore sta dicendo con le parole, ma anche riuscire a cogliere ulteriori aspetti, come una sofferenza emotiva o un bisogno, che non vengono espressi in maniera diretta. Nella prima fase di presa in carico è importante che l'operatore mantenga un atteggiamento di "ascolto attivo" per comprendere i problemi dal punto di vista dei soggetti coinvolti accogliendo il loro bisogno di portare la propria versione dei fatti, senza entrare nel merito delle questioni spinose che vengono sollevate. La creazione di un'atmosfera accogliente dipende soprattutto dall'atteggiamento del/la conduttore, che dovrebbe essere caratterizzato da empatia e disponibilità all'ascolto non solo dei contenuti verbalmente espressi, ma anche dai segnali non verbali inviati dall'altro.
Assessment	L'assessment rappresenta una delle competenze più importanti esercitate dal servizio sociale professionale. Col termine assessment ci si riferisce alla raccolta di informazioni ed alle analisi effettuate dall'operatore sociale rispetto alla situazione di una singola persona o di una famiglia. La traduzione italiana più vicina al significato del termine anglosassone è "valutazione del bisogno"; trattasi quindi della valutazione iniziale, dell'accertamento di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale, e di una presa di decisione ponderata. Particolarmente pregnante è l'accezione di "accertamento". L'assessment consiste infatti nella raccolta e nell'analisi delle informazioni volte ad accertare una situazione; riguarda



	anzitutto fatti rilevabili in maniera il più possibile oggettiva. Accanto a questi dati, per un accertamento è necessario sondare anche il punto di vista delle persone: degli/delle utenti rispetto a se stessi e alla propria situazione. Mettendo insieme questi due ordini di informazioni, l'operatore (o meglio, l'équipe multidisciplinare) dispone di dati per elaborare un giudizio professionale e maturare decisioni informate circa la situazione da affrontare.
Assistente Sociale	L'assistente sociale, è il professionista che agisce secondo l'ordinamento professionale che ha delineato il profilo e le funzioni professionali, legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale". <i>Art. 1 Professione di assistente sociale</i> 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 autoderminazione del soggetto. L'azione di a. trova altresì riferimenti nelle attività educative e in particolare nei principi dell'"educazione degli adulti"; riferimenti all'azione di a. sono rilevabili nel lavoro di "mediazione", sistematizzando in particolare negli studi relativi all'integrazione lavorativa delle fasce deboli e delle persone disabili in specifico. Autoderminazione, nel servizio sociale è uno dei principi fondanti della professione.
Bersaglio dell'intervento	Nella fase della valutazione della situazione/problema avviene l'individuazione dell'elemento o degli elementi che costituiscono il "fulcro del cambiamento" verso il quale saranno orientate le strategie e le risorse dell'intervento.
Bisogno	Nel Servizio Sociale il bisogno viene preso in considerazione come espressione della condizione umana individuale e collettiva, soggettiva ed oggettiva, in relazione alla domanda espressa o implicita, come attivatore di comportamenti positivi autodeterminati, quindi non nell'accezione negativa di mancanza di qualcosa, ma in relazione alle capacità di soddisfacimento autonomo.
Cambiamento	Nel servizio sociale è l'azione promossa dall'intervento professionale orientata ad aiutare l'utente, soggetto di cambiamento, a modificare la propria situazione di disagio, attraverso l'acquisizione di una migliore conoscenza e consapevolezza di sé e la sperimentazione di comportamenti nuovi e più efficaci per la risoluzione dei propri problemi.
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 fattori soggettivi e/o 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.
Funzione	Contributo particolare oggettivamente fornito da un processo o da una

	componente strutturale -per es: un ruolo, un' istituzione, una norma, un gruppo, un tipo di azione sociale -al mantenimento o al conseguimento di uno stato specifico di un determinato sistema sociale o di una sua parte o sottosistema. Nel servizio sociale la conoscenza e la consapevolezza delle funzioni professionali che si esercitano nel rispetto del triplice mandato, permettono di delineare le competenze, possibilità e limiti dell'intervento.
Identità	Nel servizio sociale il riconoscimento e il rispetto dell'identità personale, culturale e sociale sono il fondamento della personalizzazione dell'intervento e rappresentano un ambito di elaborazione dell'auto riconoscimento e della consapevolezza di sé da parte del soggetto dell'intervento.
Inclusione sociale	Inserire, far entrare in un gruppo, in una società, portare dentro; inserimento stabile o funzionale
Indicatore	In senso generale si intende uno strumento (materiale o concettuale) per la misurazione/ponderazione di fenomeni diversi, costruito ad hoc in coerenza con i fenomeni stessi oggetto di misurazione, loro natura, loro funzioni, ecc..., destinato a fornire dati specifici ai fini di orientamento o di una valutazione conveniente degli stessi. Nel servizio sociale indicatori di rischio, di verifica, di valutazione, ecc, sono elementi del progetto nelle fasi di analisi, valutazione iniziale e finale. L'indicatore è una variabile quantitativa o qualitativa che rileva e descrive con semplicità fenomeni anche complessi. Questa attività di misurazione serve a definire obiettivi strategici per monitorare i risultati raggiunti e confrontarli nel tempo. Gli indicatori possono essere semplici o composti (se derivano dalla combinazione di due o più indicatori semplici). Nel caso di fenomeni sociali particolarmente complessi, per esempio, non è sempre possibile misurare il cambiamento attraverso indicatori semplici.
Indicatore Sociale	Nelle scienze sociali, non tutti i fenomeni oggetto di indagine sono immediatamente osservabili e in grado di suggerire una definizione operativa adeguata che guidi nelle fasi di rilevazione empirica mediante strumenti di tipo strutturato direttivo. In questi casi si fa riferimento agli indicatori, cioè a concetti che si assumono come "indizi" della presenza del fenomeno di interesse. Il termine di i.s. si riferisce ad un particolare tipo di indicatori: quelle variabili di tipo ecologico, normalmente disponibili sotto forma di statistiche ufficiali, che permettono di studiare - in un'ottica prevalentemente comparata - processi sociali, o stati della struttura, di una istituzione o di una rete territoriale.
Integrazione Sociosanitaria Prestazioni sociosanitarie	Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'art. 3 septies del Decreto Lgs 229/99 e dall'art. 3 del DPCM 14/2/2001 quali <i>"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"</i> 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 sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni. Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della



	componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria-.
Mandato	Nel servizio sociale il "mandato" legittima l'azione degli assistenti sociali nei confronti della collettività, impegna il singolo professionista all'interno delle istituzioni e delle agenzie di sicurezza sociale e di aiuto ad attuare le politiche poste in atto in funzione della esigibilità dei diritti di cittadinanza, identifica gli impegni dello stesso nei confronti della professione e della comunità professionale. Nel servizio sociale, pertanto, in rapporto con quanto precede e si deve parlare di una pluralità convergente di mandati: dall'istituzione, dalla professione, dall'utenza individuale e/o collettiva.
Mandato Istituzionale	Identifica il complesso delle funzioni che un professionista è incaricato e, pertanto, tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica che informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere del suo operato; indica le competenze, i contenuti, le modalità attraverso i quali può e deve operare a favore dei fruitori del servizio che eroga; il mandato istituzionale è interagente con il mandato professionale e con il mandato sociale.
Mandato Professionale	Identifica il complesso delle funzioni e dei compiti della professione storicamente definiti dalla comunità professionale di riferimento nelle sue diverse espressioni (comunità scientifica, associazioni, gruppi organizzati per finalità sindacali, ordine professionale, ecc) sulla base dei principi, dei valori, della metodologia e dei modelli di riferimento, dei livelli di competenza, della deontologia, quali si sono andati consolidando nel tempo e in relazione al modificarsi delle istanze sociali. Il mandato professionale interagisce con il mandato istituzionale ed il mandato sociale.
Mandato Sociale	Rappresenta le istanze, gli orientamenti e le attese della società, che attraverso le domande (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'operatore è chiamato a ricomporre la complessità delle relazioni esistenti tra questi, (ri)costruendo un contesto di significato



	nell'ambito del quale orientare il processo di aiuto attivato. Della Valle (1995) elenca le seguenti funzioni del servizio sociale: la presa in carico dell'utenza; la promozione e l'organizzazione delle risorse, istituzionali, formali e informali; lo studio dei problemi e delle risorse del territorio e la programmazione degli interventi, all'interno del progetto globale. Dal Pra Ponticelli (2000) parla, con riferimento alle specifiche caratteristiche di pluridimensionalità, di "ottica trifocale", cioè della "capacità di integrare in una visione di insieme l'intervento di aiuto alla persona-famiglia, la progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e strutture quali risorse indispensabili per l'intervento di aiuto alla persona, lo sviluppo e l'integrazione di risorse di "mondi vitali" al fine di costruire un sistema integrato di prestazioni e servizi"
Obiettivo	l'obiettivo rappresenta la direzione che orienta l'attenzione conoscitiva od operativa. nella progettazione dell'intervento di servizio sociale la determinazione degli obiettivi, preceduta dalle fasi di analisi e valutazione degli interventi, deve essere effettuata in base ad una precisa e realistica valutazione della situazione oggetto dell'intervento stesso. nell'azione professionale, quindi, gli obiettivi, accanto al connotato teorico di "aspirazione", assumono la valenza di "fattibilità. nel servizio sociale possiamo, quindi, parlare di obiettivo-risultato atteso ed il medesimo dovrà essere individuato secondo criteri di attinenza e pertinenza rispetto al problema, dovrà essere descritto e definito chiaramente, dovrà essere fondato su analisi realistiche di realizzabilità, dovrà essere condiviso in modo chiaro, non ambiguo, dovrà essere valutabile, è necessario cioè individuare contestualmente gli strumenti atti a misurarlo, vale a dire gli indicatori che proveranno che sia stato raggiunto ed in grado di raggiungimento dello stesso in termini di efficacia ed efficienza.
Pianificazione	Individuazione di azioni complesse da intraprendere rispetto a finalità generali, a lungo termine (annuale o pluriennale) attraverso la realizzazione di programmi specifici, riguardanti obiettivi di medio e breve periodo.
Presa in carico	Assunzione di responsabilità. È la capacità dell'insieme dei soggetti istituzionali e sociali, di arrivare gradualmente a condividere responsabilità e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate in grado di favorire processi di promozione, prevenzione, benessere, a favore dei cittadini. Nel servizio sociale, con presa in carico si intende l'atto formale-amministrativo rispetto alla verificata competenza dell'istituzione ad assumersi la responsabilità dei percorsi di aiuto. Nel processo di aiuto si caratterizza, oltre che per la dimensione conoscitiva-relazionale, come assunzione di responsabilità professionale, individuale e collettiva (del singolo operatore, dell'équipe, del servizio verso il singolo, il gruppo, la comunità in rapporto e risposta ad una domanda, esplicita/implicita, diretta/indiretta, d'intervento). Nello specifico del Servizio Sociale p.c può essere "leggera, complessa, preventiva, riparativa" Conseguentemente, per p.c. complessa si intende un percorso che incontra una problematicità elevata e interagisce con essa in presenza di un alto grado di gravità 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, sociosanitarie e sociali)



- Attivare percorsi di empowerment della persona/famiglia e della Comunità

- Prevenire e ridurre il disagio sociale promuovendo progetti di inclusione sociale, lavorativa, di formazione e di supporto all'abitare

- Garantire la continuità assistenziale delle persone fragili che necessitano congiuntamente di interventi sanitari e azioni di protezione sociale

- Promuovere progettazioni di sistemi di benessere locale, integrazione tra i vari ambiti operativi, tra mondi vitali delle persone e terzo settore

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

- consente di attuare una lettura olistica precoce dei bisogni della persona e del suo contesto di vita, evitando l'avvio di progetti assistenziali che possano rivelarsi, in itinere, inefficaci per le persone e diseconomici per il sistema, per l'incidenza di determinanti sociali sfavorevoli, non valutati inizialmente;

- contribuisce a impostare a monte programmi e piani operativi con finalità di prevenzione, trattamento e cura che tengano conto degli obiettivi, di integrazione degli aspetti sanitari con quelli sociosanitari e sociali evitando frammentazione, sovrapposizione di interventi e duplicazioni improprie di risorse;

- esplora le risorse, le fragilità, le criticità socio- economiche, culturali, territoriali e relazionali che possono condizionare i percorsi di cura e concorre, all'interno dell'equipe/team multiprofessionale, alla definizione di progetti di salute e PAI sostenibili ed appropriati, non solo rispetto al quadro clinico assistenziale, ma anche a quello socio familiare e relazionale.

- intercetta e riconosce i fattori di rischio sociale, al di là della complessità clinica, per mettere l'equipe nelle condizioni di operare le scelte più opportune, anche rispetto a eventuali obblighi di legge e di segnalazione all'autorità giudiziaria;

- entra in relazione con la persona, la sua famiglia e il suo contesto di vita, considerando tutti gli elementi socio-relazionali utili alla valutazione della domanda ed alla definizione del progetto di salute e, in seguito, connette il complesso del bisogno espresso con le possibilità di risposta che il sistema di welfare locale mette a disposizione.

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

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

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

- agisce nei confronti del sistema di welfare nel suo complesso, in particolare nei processi tesi ad assicurare la continuità dei percorsi assistenziali tra setting diversi e nei nodi del sistema a rete o nei punti di accesso per facilitare le connessioni e superare la frammentazione che, spesso, genera percorsi interrotti, duplicazioni d'interventi, dispersione di risorse;

	- promuove la partecipazione delle loro famiglie/persone – eventualmente anche facendosene portavoce – alla formazione del percorso di cura, con particolare riferimento alla condivisione delle scelte e dei progetti assistenziali, anche ai fini dell'aumento della compliance; - sviluppa e mantiene le relazioni tra le reti di sostegno alle fragilità, con una specifica attenzione professionale al lavoro con le comunità e con i soggetti del Terzo Settore e del Quarto Settore”. (CNOAS 2021) - propone, partecipa e organizza con altre figure professionali la formazione continua dell'Azienda Sanitaria. Il Servizio Sociale in Sanità, per le funzioni assunte in questi anni, riveste una configurazione di snodo strategico tra sistema sanitario e sistema sociale, garantendo quel necessario livello di collaborazione tra i diversi ambiti (istituzionale, gestionale e professionale). Gli scopi operativi del servizio sociale sono: - sostenere i processi di autonomia dell'individuo, di gruppi delle comunità - favorire processi di socializzazione “nutritiva” e 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).
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

Nel servizio sociale indicatori di rischio, di verifica, di valutazione, ecc, sono elementi del progetto nelle fasi di analisi, valutazione iniziale e finale. L'indicatore è una variabile quantitativa o qualitativa che rileva e descrive con semplicità fenomeni anche complessi.

4.1 - Autonomia professionale

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' TECNICO PROFESSIONALI			
Dimensioni	Attività	Strumenti	Indicatori
Autonomia Tecnico Professionale	U.V.M riunioni equipe U.V.M.D. b.o. (back-office)	Colloquio relazioni scritte visita domiciliare	N. colloqui N. relazioni scritte N. Visite domiciliari N. UVMD

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

5.1 - Matrice delle responsabilità del processo

ATTIVITA'	CHI			
Colloquio F.O. (accoglienza utenti/decodifica della domanda/bisogno)	R (Assistente Sociale)	A (Assistente Sociale)	C (équipe)	I (Responsabile)
Segnalazione B.O. (segnalazione al PUA di caso complesso)	R (Assistente Sociale)	A (Assistente Sociale)	C (équipe)	I (Responsabile)
UVM (presa in carico in B.O./valutazione RSA-pz CAD)	R (Responsabile)	A (Assistente Sociale)	C (équipe)	I (Responsabile)
UVMD (istituzione rete sociale con P.U.A. e attori coinvolti sul caso)	R (Responsabile)	A (Assistente Sociale)	C (équipe)	I (Responsabile)
Verifica in itinere ed ex post delle attività effettuate	R (Responsabile)	A (Responsabile) (Assistente Sociale)	C (équipe)	I (Responsabile)

7. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

7.1 - Bibliografia

- Anna Maria Campanini, *Gli ambiti di intervento del Servizio Sociale* - Carocci Faber
- Laura Bini, *Documentazione e Servizio Sociale* - Faber
- Rita Andrenacci, *La visita domiciliare di Servizio Sociale* - Faber
- Mauro Ferrari, Stefania Miodini *La presa in carico nel Servizio Sociale* - Carocci Faber
- Elena Allegri, *Il colloquio nel Servizio Sociale* - Carocci Faber
- Fabio Folgheraiter, *Teoria e metodologia del Servizio Sociale* - Franco Angeli
- Enzo Baldono, Altri Autori, *Il Sistema dei Servizi Sociali* - Giuffrè Editore

7.2 - Riferimenti Normativi

- Legge 10/08/2000, n. 251 ("Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità")
- Legge n. 80 del 2/12/1998 Consiglio Regionale Lazio ("norme per l'assistenza Domiciliare") art 1 e successivi
- Piano Sanitario nazionale 1994/1996 e altresì 1998/2000
- D.M 23/05/2002 n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale")
- D.M. n. 33 del 27 agosto 1999 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale; modalità di erogazione e tariffe)
- D.P.C.M. 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative", Allegato I capo 2 comma 22 del "Requisiti minimi tecnologici"
- Deliberazione C.S. n. 706 del 30/10/2007 "Atto aziendale ASL Latina)
- Deliberazione D.G. n. 1081 del 07/12/2018 ("Affiamento di alcuni incarichi di Responsabili UU.OO.SS.DD. Afferenti al Dipartimento dell'assistenza Primaria")
- D.C.A. U00047 del 18/03/2020 "Percorso di riorganizzazione delle cure domiciliari ADI di Alta Complessità Assistenziali"

8. MODULISTICA E ALLEGATI

- 1) Modello organizzativo Aziendale della UOC "Assistenza Domiciliare Integrata ed RSA".....
- 2) PROCEDURA ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
- 3) RICHIESTA OSPITALITA' IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE - R.S.A.
- 4) SCHEDA SOCIALE
- 5) L'Assistente Sociale, nel Servizio CAD ADI ACA
- 6) Scheda di rilevazione sociosanitaria



Modello organizzativo Aziendale della UOC “Assistenza Domiciliare Integrata ed RSA”

Unità Operativa Complessa (UOC) facente parte del Dipartimento Tutela delle Fragilità. La UOC a livello Aziendale cura la gestione delle Cure Domiciliari e l'inserimento e la rivalutazione degli assistiti in RSA.

Sede gestionale: P.za A. Celli, n. 3 - Latina

Segreteria: segreteria.nane@ausl.latina.it

Le attività della UOC sono di seguito elencate:

a) CAD (Centro Assistenza Domiciliare):

Il Servizio eroga a domicilio prestazioni sanitarie e consulenze psico sociali su tutto il territorio Aziendale.

Tutte le prestazioni erogate a domicilio sono a totale carico del SSN in quanto

inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) senza limitazioni di età o reddito e con garanzia per gli assistiti di appropriatezza, equità e accessibilità.

Il responsabile clinico dell'Assistenza è il MMG/PLS.

Il CAD non effettua prestazioni in caso di emergenza sanitaria, per le quali occorre rivolgersi ai servizi preposti.

a.1) Sedi e contatti CAD Aziendali

CAD Distretto 1

Mail: cad.aprilia@ausl.latina.it

tel. 06/928634967 – 06/928634966

CAD Distretto 2

Mail: ss.cadlatina@ausl.latina.it

Tel.0773/6553349 – 0773/6556032 – 0773/6553828 - 0773/6553320

CAD Distretto 3

Mail: cadsezze@ausl.latina.it

Tel.0773/801872

CAD Distretto 4

Mail: ss.cadterracinafondi@ausl.latina.it

Tel.0773/708321

CAD Distretto 5

Mail: cad.distretto5@ausl.latina.it Tel.0771/779330

a.2) Chi può accedere

Qualunque cittadino adulto o minore (anche stranieri UE/non UE muniti di STP e ENI) in condizioni di non autosufficienza totale o parziale, permanente o temporanea, non deambulante e non trasportabile presso i presidi sanitari ambulatoriali

a.3) Come accedere

Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) aprono la cartella CAD informatizzata indicando il tipo di prestazione da erogare ed i tempi di erogazione della stessa per le prestazioni domiciliari di I e II fascia.
Per le prestazioni domiciliari di III fascia (ADI ACA) vedi sezione a.8- ADI III fascia.

a.4) Chi eroga le prestazioni

Le prestazioni di Assistenza Domiciliare, vengono erogate dagli Enti Accreditati per l'Assistenza Domiciliare presso la Regione Lazio e con sede autorizzata nella ASL di Latina (DCA 283 del 2017 e s.m.i.).

Gli Enti Accreditati per l'Assistenza Domiciliare nella ASL di Latina sono attualmente n. 8:

- C.I.R
- Croce Bianca
- Giomi Care
- Linde Medica
- Medical Division Service
- Medicasa
- OSA
- Vivisol

La scelta dell'Ente Accreditato viene effettuata dall'Assistito/Caregiver e viene indicata al CAD dal MMG/PLS.

a.5) Quali prestazioni

- Visite specialistiche Geriatriche, Neurologiche e Fisiatriche (specialisti presenti al CAD).
- Interventi sociali e socio-sanitari
- Prestazioni infermieristiche (prelievo ematico, cateterismo vescicale, indagini bioumorali di routine, terapia iniettiva intramuscolare e sottocutanea, fleboclisi, sostituzioni placche, ecc.) e fisioterapiche.

TABELLA RIEPILOGATIVA PRESTAZIONI EROGABILI A DOMICILIO

	DESCRIZIONE
INFERMIERISTICHE	MEDICAZIONI LESIONI DA DECUBITO CAMBIO CATETERE VESCICALE – C.C.V. EDUCAZIONE CARE-GIVER: - Sostituzione placche e gestione delle stomie - Terapia iniettiva sottocutanea - Mobilizzazione - Igiene della persona e dell'ambiente - Idratazione e alimentazione per os - Intervento di prevenzione decubiti



	PRELIEVO EMATICO INDAGINI BIOUMORALI DI ROUTINE TERAPIA INIETTIVA INTRAMUSCOLARE TERAPIA INIETTIVA SOTTOCUTANEA FLEBOCLISI PER IDRATAZIONE E/O SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O FLEBOCLISI DI ALBUMINA (per somministrazione di albumina è richiesta la presenza del M.M.G./P.L.S. se prima somministrazione). Queste sono prestazioni a ciclo programmato. ENTEROCLISMA CON SONDA (è richiesta la prescrizione del M.M.G./P.L.S.) GESTIONE PORT A CATH RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA EMOGASANALISI COMPLETA (tariffa comprensiva di analisi e relativo risultato) EMOGASANALISI (solo prelievo e trasporto in laboratorio ASL) EMOTRASFUSIONI CON PRESENZA DEL MEDICO DELL'ENTE ACCREDITATO (prestazione comprensiva di: prelievi per la tipizzazione, prove crociate, ritiro sacche ecc. secondo procedure aziendali, compreso lo smaltimento della sacca) SOSTIZIONE PEG a bottoncino e/o palloncino a partire dalla II sostituzione (la prima sostituzione deve essere effettuata c/o Ospedale) SOSTIZIONE PEG
--	--



	a bottoncino e/o palloncino a partire dalla II sostituzione (la prima sostituzione deve essere effettuata c/o Ospedale)
RIABILITATIVE	Riabilitazione motoria, neuromotoria e cardio - respiratoria e logoterapica autorizzate con P.A.I. dai C.A.D. di riferimento EDUCAZIONE CARE-GIVER: - Mobilizzazione - Intervento di prevenzione decubiti – Educazione ai passaggi posturali e agli esercizi di autotrattamento

a.6) Cure domiciliari attivabili

1. Cure prestazionali occasionali o a ciclo programmato
2. ADP: Assistenza Domiciliare Programmata, valutazione congruità e autorizzazione.
3. ADI: Assistenza Domiciliare Integrata, attivata previa valutazione multidimensionale UVM CAD.
4. ADI ACA: Assistenza Domiciliare Integrata ad Alta Complessità Assistenziale, attivata previa valutazione multidimensionale UVM ADI ACA.
5. RSA: Valutazione per ingresso in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) su richiesta inoltrata al PUA di residenza.
6. Consulenza psico-sociale, a richiesta o su segnalazione.

a.7) Cure Prestazionali Occasionali o a Ciclo Programmato

Le prestazioni occasionali o a ciclo programmato sono tutte le prestazioni infermieristiche ad eccezione delle medicazioni. Per esse è sufficiente la richiesta del MMG/PLS su piattaforma aziendale per le cure domiciliari; Nel caso di prelievo ematico ed indagini bioumorali di routine il MMG/PLS deve redigere la ricetta che il caregiver dovrà consegnare all'infermiere dell'Ente scelto per l'assistenza.

a.8) ADI (Assistenza Domiciliare Integrata):

è organizzata in due tipologie assistenziali a seconda dell'intensità di prestazioni da erogare.

Nello specifico ADI I e II fascia (bassa e media intensità di cure) e ADI III fascia (Alta intensità di cure /ADI ACA).

Entrambe prevedono l'erogazione di tutte le prestazioni, elencate nella tabella riepilogativa sopra riportata, attraverso la somministrazione della scheda di valutazione Multidimensionale e predisposizione di uno specifico PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato) da parte dell'UVM CAD (l'Unità Valutativa Multidimensionale). Il PAI ha una durata massima di tre mesi prorogabile dopo rivalutazione da parte dell'UVM CAD.



L'UVM CAD è costituita da Dirigente Medico/Specialista CAD, Infermiere, Assistente Sociale oppure Dirigente Medico/Specialista CAD, Fisioterapista, Assistente Sociale, oppure Dirigente Medico/Specialista CAD, Infermiere, oppure Dirigente Medico/Specialista CAD Fisioterapista, oppure Dirigente Medico/Specialista CAD e Assistente Sociale.

- **ADI I e II fascia**

L'ADI I e II fascia è richiesta dal MMG/PLS su piattaforma aziendale delle cure domiciliari.

Il CAD prende in carico la richiesta e si attiva con l'UVM CAD per la rilevazione del bisogno assistenziale socio sanitario cui consegnerà l'elaborazione di un PAI Infermieristico, Riabilitativo o misto (Infermieristico e Riabilitativo).

- **ADI III fascia - ADI ACA (Assistenza 'Domiciliare Integrata ad Alta Intensità' Assistenziale):**

è rivolta a persone con malattie congenite o acquisite (neurodegenerative, SLA, disturbi metabolici congeniti, malformazioni congenite, SMA, e similari) con necessità di sostegno alle funzioni vitali.

Tale tipologia di assistenza è ad Alta Integrazione Socio Sanitaria e prevede la presa in carico non solo dell'assistito ma anche dell'intero nucleo familiare.

Per la complessità Socio Sanitaria dell'Assistenza è necessario il coinvolgimento del Punto Unico di Accesso (PUA) per attivare anche tutte le risorse socio-assistenziali erogabili.

Come accedere all'ADI III fascia

Su richiesta:

- dell'Ospedale;
- del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (MMG /PLS);
- del Centro di Riferimento per patologia.

Le richieste vanno inoltrate al Punto Unico di Accesso Distrettuale (PUA D) alle mail di seguito elencate:

PUA D – DISTRETTO 1: puad.distretto1@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 2: puad.distretto2@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 3: puad.distretto3@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 4: socialepuaterracinafondi@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 5: puad.distretto5@ausl.latina.it

e contestualmente alle mail del CAD dedicate:

casicomplessi.ne@ausl.latina.it (Distretto 1, 2, 3)

casicomplessi.so@ausl.latina.it (Distretto 4, 5)

L'UVMCAD ADI ACA, costituita da Dirigente Medico, da un Infermiera Case Manager e da un'Assistente Sociale cura la presa in carico sanitaria

- è componente del tavolo di back office Punto Unico di Accesso Distrettuale (PUA D);
- riceve/rileva le richieste socio-sanitarie degli assistiti e gestisce le stesse integrandosi con altri Enti, Servizi e Professionisti interni ed esterni;



- Monitora l'andamento del PAI;
- effettua un monitoraggio costante del clima relazionale tra Assistito/Caregiver/ente accreditato,
- garantisce consulenza e supporto psicosociale,
- attiva l'intervento di consulenza psicologica domiciliare,
- effettua la verifica, il monitoraggio e la rendicontazione delle prestazioni erogate dagli Enti Accreditati per le cure domiciliari.
- provvede al fabbisogno mensile del materiale di consumo, della nutrizione e dei farmaci.

b) CONSULENZA PSICO – SOCIALE

E' un servizio di consulenza per sostegno e supporto alle problematiche relazionali all'interno del nucleo familiare e di orientamento e connessione all'interno della rete dei servizi socio-sanitari rivolto agli assistiti CAD ADI I-II fascia ed ADI III fascia (ADI ACA).

ADI I-II fascia:

L'Assistente Sociale come componente dell'UVM ADI I-II fascia rappresenta il punto di raccordo tra sanitario e sociale per l'assistenza integrata. Tale ruolo si esercita attraverso le seguenti attività:

- visite Domiciliari a seguito di segnalazione dell'UVM CAD;
- rilevazione sia del clima relazionale che di eventuali necessità socio- sanitarie;
- attivazione di intervento di supporto psico-sociale;
- valutazione, segnalazione e condivisione in back office CAD-PUA dei bisogni socio-sanitari;
- connessione tra tutti i settori del welfare al fine di attivare azioni di risposta integrate e multidimensionali
- consulenza, informazione e orientamento relativo alla richiesta di valutazione per ingresso in RSA;
- visite Domiciliari per valutazione multidimensionale per ingresso in RSA come componente dell'UVM CAD.

ADI III fascia (ADI ACA):

L'Assistente Sociale come componente dell'UVM ADI ACA rappresenta il punto di raccordo tra sanitario e sociale per l'assistenza integrata, oltre che la figura professionale dedicata a:

- visite Domiciliari periodiche (mensili e/o secondo necessità),
- rilevazione sia del clima relazionale che di eventuali necessità socio- sanitarie attraverso la scheda socio-sanitaria;
- attivazione di intervento di supporto psico-sociale;
- valutazione e condivisione in back office CAD (UVM ADI ACA) della necessità di intervento di supporto psicologico;
- condivisione con lo/la psicologo/a del disagio/criticità emersi;
- attivazione intervento di consulenza e supporto psicologico domiciliare;
- convocazione Back office UVM ADI ACA CAD e Psicologo per la restituzione/condivisione del percorso di aiuto da attivare.

c) ADP (Assistenza Domiciliare Programmata):

e' richiesta dal MMG/PLS per tutti gli assistiti che presentino impossibilità a raggiungere lo studio del medico per impossibilità permanente a deambulare, impossibilità ad essere trasportato in

ambulatorio con mezzi comuni, impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico. Il CAD autorizza le richieste di ADP e gli accessi (1 o 2 o 4 al mese) proposti dal MMG/PLS.

d) RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali):

d.1) COSA SONO LE RSA

Sono strutture territoriali residenziali che accolgono, previa valutazione multidimensionale persone non autosufficienti, anche anziane non assistibili a domicilio che non necessitano di ricovero in Ospedale o in Centri di riabilitazione ma che hanno necessità di prestazioni sanitarie ed assistenziali

d.2) RSA PRESENTI NEL TERRITORIO DELLA ASL LATINA

STRUTTURA	UBICAZIONE	RESID/SEMIRE	REGIME	POSTI
VILLA CARLA	APRILIA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	90
		SEMIRESID.	MANTENIMENTO	10
VILLA SILVANA	APRILIA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	93
VILLA AZZURRA	TERRACINA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	19
		RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	11
RESIDENZA PONTINA	LATINA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	60
			MANTENIMENTO	20
SAN MICHELE	APRILIA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	80
DOMUS AUREA	CASTELFORTE	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	60
POGGIO DUCALE	MINTURNO	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	30
		RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	30
SAN RAFFAELE	SABAUDIA	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	60
RSA CORI	CORI	RESIDENZIALE	MANTENIMENTO	20
			ESTENSIVA	20
			DISTURBI COMPORT	20



In tabella sono riportate le RSA come ubicazione territoriale, come regime assistenziale, come posti letti e come suddivisione del costo.

L'RSA Villa Carla ha anche la disponibilità di n. 10 posti in regime semiresidenziale, cui si accede sempre previa valutazione multidimensionale.

d.3) Costi

Le tariffe giornaliere dei regimi assistenziali sono stabilite con provvedimenti dell'Amministrazione regionale.

La tariffa del regime assistenziale di Mantenimento è composta per il 50% dalla quota sanitaria, a carico del Servizio Sanitario Regionale, e per il restante 50% dalla quota per i servizi di carattere alberghiero (quota sociale), che in base all'ISEE può essere a totale carico del Comune di residenza oppure può prevedere la compartecipazione anche totale della spesa alberghiera da parte dell'assistito.

Per i regimi di tipo Estensivo ed Estensivo per Disturbi Cognitivo Comportamentali gravi è a totale carico del Sistema Sanitario Regionale.

d.4) Come accedere

La richiesta di inserimento in RSA va presentata al PUA Distrettuale di residenza.

Il PUA fornirà al richiedente tutte le informazioni necessarie e preliminari compresi i documenti necessari per l'eventuale inserimento nella Struttura.

Il PUA si avvale dell'UVM CAD per la somministrazione a domicilio della scheda di valutazione (RUG) per la definizione della tipologia e del livello assistenziale necessario.

Dall'esito della valutazione del livello assistenziale scaturisce l'autorizzazione riportante, la sua durata, la tipologia ed il livello assistenziale che verrà consegnata al richiedente.

L'autorizzazione è valida per l'inserimento dell'assistito in tutte le RSA della Regione Lazio sempre appropriate per tipologia e livello assistenziale individuati.

La permanenza all'interno della struttura, sia come tipologia che come livello assistenziale è subordinata a rivalutazioni periodiche da parte dell'UVM CAD.

d.5) Contatti PUA D Aziendali

PUA D – DISTRETTO 1: puad1.distretto1@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 2: puad.distretto2@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 3: puad.distretto3@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 4: socialepuaterracinafondi@ausl.latina.it

PUA D – DISTRETTO 5: puad.distretto5@ausl.latina.it



**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA FRAGILITA', DISABILITA'
UOC ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E RSA**

E.MAIL: adpcaddistretto1@ausl.latina.it Distretto 1 adpcaddistretto4@ausl.latina.it Distretto 4
adpcaddistretto2@ausl.latina.it Distretto 2 adpcaddistretto5@ausl.latina.it Distretto 5
adpcaddistretto3@ausl.latina.it Distretto 3

PROCEDURA

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA

ADP: assistenza domiciliare programmata (- artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9all. G ACN 2005 – art. 53 ACN 2009)

E' rivolta a pazienti con impossibilit  a raggiungere lo studio medico, quali, ad es.:

- impossibilit  permanente a deambulare (es.: grandi anziani, portatori di protesi arti inferiori, con difficolt  a deambulare)
- impossibilit  ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore)
- impossibilit  per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali: insufficienza cardiaca in stadio avanzato, insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale, arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato, gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione; cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi; paraplegici e tetraplegici

MMG/PLS: PROCEDURA ATTIVAZIONE SERVIZIO DOMICILIARE (art. 6 commi 2-3 D.P.R. 270 del 28/07/2000, nota della Regione Lazio n. 2 del 16/01/1991)

- Invia ogni inizio anno e nel corso dello stesso, al CAD di riferimento, preferibilmente tramite e mail adpcaddistretto....@ausl.latina.it

- il modulo di richiesta ADP (compilazione modello con dati anagrafici e sanitari del paziente e proposta di accesso (1-2-4/mese), specifica sempre se   stata aperta per l'assistito una cartella C.A.D, specifica il domicilio dell'assistito (casa, struttura socio-assistenziale, RSA) e se c'  o meno il caregiver.

- Entro il 10° giorno del mese successivo a quello di effettuazione della visita, invia, al CAD di riferimento, tramite e mail adpcaddistretto....@ausl.latina.it:

7. il riepilogo mensile degli assistiti per i quali sono stati richiesti accessi ADP specificandone il n/mese, comunicando le sospensioni, i trasferimenti ed i decessi, specificando la data

UVM CAD: VERIFICA A DOMICILIO E SUGLI ATTI, LIQUIDAZIONE

- per ciascun medico il CAD, predispone un fascicolo contenente per ciascun assistito il modulo di

richiesta ADP, l'elenco totale dei rispettivi assistiti e le verifiche domiciliari eseguite;

- valuta la richiesta con proposta di presa in carico;
- comunica, con mail al rispettivo medico, che la proposta è concorde per durata e periodicità con la richiesta ricevuta;
- predispone momenti di verifica domiciliare comune concordandola con il medico, qualora all'assistito necessiti, all'interno del periodo di attivazione, di una rivalutazione dell'intervento;
- anche ai fini del nulla osta alla liquidazione dei compensi, effettua controlli domiciliari a campione e li registra nel fascicolo di ciascun medico. Il numero degli accessi comunicati dal medico deve essere riscontrato nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente (art.6 all. G ACN 2005);
- qualora a domicilio all'UVM CAD non sarà possibile visionare, per mancato reperimento, la scheda degli accessi, non potrà essere dato il nulla osta (N.O.) alla liquidazione della competenza accessoria;
- aggiorna mensilmente il fascicolo di ciascun medico rispetto ai nuovi accessi, le sospensioni, i trasferimenti ed i decessi, specificando la data;
- invia al medico il verbale di esito delle verifiche nel quale può proporre un momento di verifica domiciliare comune;
- ogni riepilogo mensile trasmesso da ciascun medico viene verificato sia attraverso il riscontro con la proposta autorizzata che, a campione, con il riscontro della quantità di accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente;
- effettuato il controllo, il nulla osta alla liquidazione viene trasmesso alla Direzione di Distretto.



Al CAD Distretto 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Proposta di assistenza domiciliare programmata

(ADP) "Allegato G - Accordo Collettivo Nazionale"

adpcaddistretto1@ausl.latina.it

adpcaddistretto2@ausl.latina.it

adpcaddistretto3@ausl.latina.it

adpcaddistretto4@ausl.latina.it

adpcaddistretto5@ausl.latina.it

Cognome

e

Nome

Data di nascita _____ Luogo _____

Codice

Fiscale

Indirizzo _____ n° _____ Tel _____

☐ Alloggio Privato ☐ Struttura socio-assistenziale (Casa Famiglia/Comunità Alloggio) ☐ Assistito
CAD SI ☐ NO ☐

☐ Caregiver SI ☐ NO ☐

Diagnosi _____

Diagnosi sec. DPR 484/96 All. G Art 2 Comma 1 Lettera _____

Soggetti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio per:

A: impossibilità permanente a deambulare;

B: impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;



C: impossibilità per gravi patologie che necessitano di controllo ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico quali – insufficienza cardiaca in classe NYHA III – IV; insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale; arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato; gravi arteriopatie degli arti inferiori con grave limitazione; cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi; paraplegici e tetraplegici.

Durata di Assistenza prevista: Mesi _____ Anno _____

Accesso: Settimanale _____ Quindicinale _____
Mensile _____

Data _____ Firma e Timbro del Medico _____

SI CONCORDANO n° _____ accessi al mese fino al _____ dal _____

Data _____

Firma e Timbro del Dirigente Medico CAD



RICHIESTA OSPITALITA' IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE – R.S.A.

(da compilare a cura del richiedente, del familiare o persona di riferimento art. 433 C.C.)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov. _____, il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel/cellulare _____

Orari di reperibilità _____ in qualità di _____

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN R.S.A.

del Sig. _____

Nato a _____ Prov. _____, il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel/cellulare _____

MMG/PLS

Tel. _____ *Indirizzo posta elettronica* _____

attualmente domiciliato in _____



(indicare Comune e indirizzo, in caso di Ospitalità in struttura sanitaria o altra tipologia indicare denominazione della struttura, tipologia, eventuale reparto e posto letto e riferimenti telefonici)

CITTADINO STRANIERO

Permesso di Soggiorno: - SI - NO - In attesa di rilascio - In rinnovo

Data inizio permanenza __ / __ / ____ Motivo _____

Altri Documenti: - Carta di soggiorno - Codice STP - Codice ENI - Documento di Viaggio

A TAL FINE DICHIARA CHE L'UTENTE PER IL QUALE E' STATA RICHIESTA LA VALUTAZIONE

È già in carico dei servizi sociali, socio –sanitari, sanitari pubblici - SI - NO -

In attesa Specificare

Stato giuridico: - Soggetto di diritto - Soggetto posto a curatela - Soggetto posto a tutela
- Amministrazione di sostegno

(da allegare in copia) Atto di nomina n. _____ del _____ Ente di rilascio _____

Stato civile: - Non dichiarato - Celibe/nubile - Coniugato/a
- Vedovo/a - Divorziato/a - Separato/o

Titolo di studio: - Non Dichiarato - Nessuno - Licenza Elementare
- Licenza Media Inferiore - Diploma Media Superiore - Diploma di
Laurea/Laurea 1 livello
- Qualifica Professionale - Laurea Magistrale/Laurea Specialistica

Professione esercitata in età lavorativa – Ramo di attività:

- Non Dichiarato - Agricoltura Industria Commercio - Alberghi
- Pubblici servizi - Imprenditore - Dirigente o Impiegato - Lavoratore dipendente
- Pubblica amm.ne - Servizi privati - Lavoratore in proprio o coadiuvante



Condizione Non Professionale: - Non Dichiarato - Casalinga/o - Pensionato - Disoccupato
- Occupato - Studente - Invalido - Inoccupato

Pensione percepita: - Non Dichiarato - Sociale - Reversibilità - Assegno accompagnamento
- Vecchiaia - Assicurazione altro invalidità vitalizio - Nessuna

Ha a disposizione un alloggio?: - SI - NO È adeguato? - SI - NO
- di proprietà - in affitto, di canone mensile Euro _____
- di altri parenti - in casa con i figli

Composizione del nucleo dei conviventi: - solo/a - con coniuge
_____ 5° _____
- con i figli, di anno di nascita 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4°
- con genitori - altri parenti - altri non parenti
- con personale retribuito - in casa di riposo
- altra struttura (indicare):

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile:

- _____
Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____
- _____
Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____
- _____
Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____
- _____
Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____
- _____
Rapporto di parentela _____ Residenza _____ Telefono _____

In possesso di attestazione I.S.E.E. come previsto dalla normativa vigente per la richiesta di compartecipazione di spesa:

- SI - NO - In attesa

Si allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'utente



- Fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria dell'utente
 - Scheda di attivazione di percorso residenziale - MMG - Medico Ospedaliero/Struttura Ospitante
 - Attestazione ISEE previsto dalla normativa vigente
 - Fotocopia Verbale Invalidità Civile
 - Altra documentazione
-

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato dell'eventuale compartecipazione di spesa prevista per alcune tipologie di R.S.A. e provvederà, vista l'autorizzazione concessa all'eventuale ricovero in R.S.A., a richiedere la possibile compartecipazione di spesa al Comune di Residenza di _____.

Data ___/___/_____

FIRMA

(Beneficiario o Altra Persona)

Il sottoscritto _____ è consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Data ___/___/_____

FIRMA

(Beneficiario o Altra Persona)



INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il sottoscritto

_____, autorizza il ASL di Latina al trattamento dei dati personali presenti e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno conservati ASL di Latina all'interno dell'archivio cartaceo ed informatico e potranno essere utilizzati ad uso interno di detti Servizi e da eventuali Enti Gestori del servizio.

I titolari del trattamento dei dati è il Servizio indicato.

La sottoscrizione della presente informativa ha valore di consenso al trattamento dei dati.

Data __ / __ / ____

FIRMA

(Beneficiario o Altra Persona)



Dipartimento Tutela delle Fragilità, Disabilità

UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA

UVM CAD – Area NE – SO

SCHEDA SOCIALE

<u>DATI SOCIO - ANAGRAFICI</u>		
<u>Cognome:</u>		<u>Nome:</u>
<u>Data di nascita:</u>		
<u>Luogo:</u>		
<u>Comune di residenza:</u>		
<u>Indirizzo:</u>		
<u>Cap :</u>	<u>Prov.</u>	<u>Cittadinanza:</u>
<u>Codice Fiscale:</u>		
<u>Tel.</u>		
<u>Stato civile:</u>		
☐ Celibe/Nubile Separato/a	☐ Coniugato/a	☐ Convivente
☐ Divorziato/a	☐ Vedovo/a	☐ Altro _____



<u>Caregiver:</u>
<u>Data di nascita:</u>
<u>Luogo di nascita:</u>
<u>Comune di residenza:</u>
<u>Indirizzo:</u>
<u>Codice Fiscale:</u>
<u>Tel.</u>
<u>e mail:</u>
<u>Altri familiari di riferimento e recapiti telefonici:</u>
<u>Tel.</u>
<u>Il/la paziente è:</u> ☐ Soggetto posto a procura generale
☐ Soggetto di diritto ☐ Soggetto posto a curatela ☐ Soggetto posto a tutela
<u>Lingua Parlata</u>
☐ Italiano
☐ Inglese
☐ Francese
☐ Tedesco
☐ Altro _____



INFORMAZIONI PERSONALI

Livello di Istruzione

- ☐ Senza titolo di Studio ☐ Licenza Elementare ☐ Licenza Media inferiore
- ☐ Licenza media Superiore ☐ Laurea ☐ Altro

Professione Esercitata in Età Lavorativa

- ☐ Pubbl. Amministrazione ☐ Imprenditoria ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Lav. Autonomo
- ☐ Lav. Dipendente ☐ Altro

Interessi personali:

Condizione non Professionale: ☐ Casalinga ☐ Invalido/a ☐ Altro

Pensione Percepita: ☐ Pensione da lavoro ☐ Sociale ☐ Reversibilità ☐ Vecchiaia

☐ Invalidità ☐ Indennità d'Accompagno

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi:

PAZIENTE AFFETTO DA : _____

MMG/PLS:

Tel.:



Tessera Sanitaria:

Invalidità Civile:

- ☐ Riconosciuta ☐ Domanda inoltrata

L. 104/92

- ☐ Art. 3 comma 1 ☐ Art. 3 comma 2 ☐ Art. 3 comma 3

Progetti Socio Sanitari Distrettuali:

- ☐ Disabilità Gravissima (☐ diretta ☐ indiretta) ☐ L.R. 20/2006 ☐ L. 162/1998
- ☐ Progetto Alzheimer ☐ Dopo di Noi ☐ Vita Indipendente ☐ Centri Diurni Disabili
- ☐ Centri Diurni Minori

Altre Progettualità Assistenziali:

- ☐ SAD Comunale ☐ HCP /INPS ☐ Assistenza scolastica ☐ ADP
- ☐ Altro

INFORMAZIONE SOCIO - ABITATIVE

Zona di residenza:

- ☐ Centro, servito ☐ Centro, non servito ☐ Zona periferica, servita ☐ Zona isolata
- ☐ Vive solo ☐ Convivenza ☐ Relazione di Parentela



☐ casa di proprietà ☐ in affitto ☐ casa popolare ☐ alloggio precario	☐ Piano dell'alloggio ☐ Ascensore ☐ Presenza di barriere architettoniche NO (☐ interne ☐ esterne) Altro _____
<u>Valutazione condizione abitativa Interna</u> <u>Accessibilità</u>	☒ Ingresso corridoio _____ ☒ cucina _____ ☒ Soggiorno _____ ☒ camera _____ ☒ Bagno _____
<u>Rete di Aiuti</u>	☒ Parenti _____ ☒ vicinato _____ ☒ Amici _____ ☒ associazioni _____
<u>Valutazione dello stress del Garegiver</u>	☒ Pensa di non riuscire a fronteggiare la situazione? _____ ☒ pensa di aver bisogno di una pausa ? _____ ☒ le capita di sentirsi depresso? _____ ☒ La sua salute risente della situazione che vive? _____ ☒ è preoccupato che possano accadere incidenti alla persona che cura? _____ ☒ ha difficoltà nel gestire i suoi spazi ? _____ ☒ Pensa mai di non avere via D'uscita? _____ in che misura si è modificata la sua vita sociale? _____ ☒ le capita di essere arrabbiato con la persona che assiste? _____ ☒ le capita di sentirsi frustrato? _____
Commenti:	



DEFINIZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI RILEVATI

Effettuata Visita Domiciliare in data _____ su segnalazione di _____

UVM CAD- Area NE -SO composta da:

Motivazione:

Breve Relazione:

Piano di Lavoro

Data _____

Firma _____

L'Assistente Sociale, nel Servizio CAD ADI ACA

L'A. S. svolge un fondamentale ruolo di sostegno alla persona nel proprio domicilio, attiva ogni risorsa per migliorare la qualità di vita ed evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale, coglie i bisogni espressi ed inespressi, considera il contesto sociale e le eventuali risorse interne ed esterne che si possono attivare.

L'intervento dell'Assistente Sociale è di particolare rilevanza poichè in considerazione dell'autodeterminazione e dell'unicità della persona, svolge la funzione di accompagnamento nel percorso di cura facilitando la presa in carico pro-attiva ed empatica sia del paziente che dei suoi familiari promuovendo un vero e proprio patto terapeutico.

Il ruolo dell'Assistente Sociale assume particolare importanza inoltre nel contesto dell'integrazione tra professionisti e tra servizi diversi facilitando la costruzione di percorsi personalizzati e dinamici che possano accompagnare e sostenere le persone ed i loro familiari nel corso delle diverse fasi della malattia.

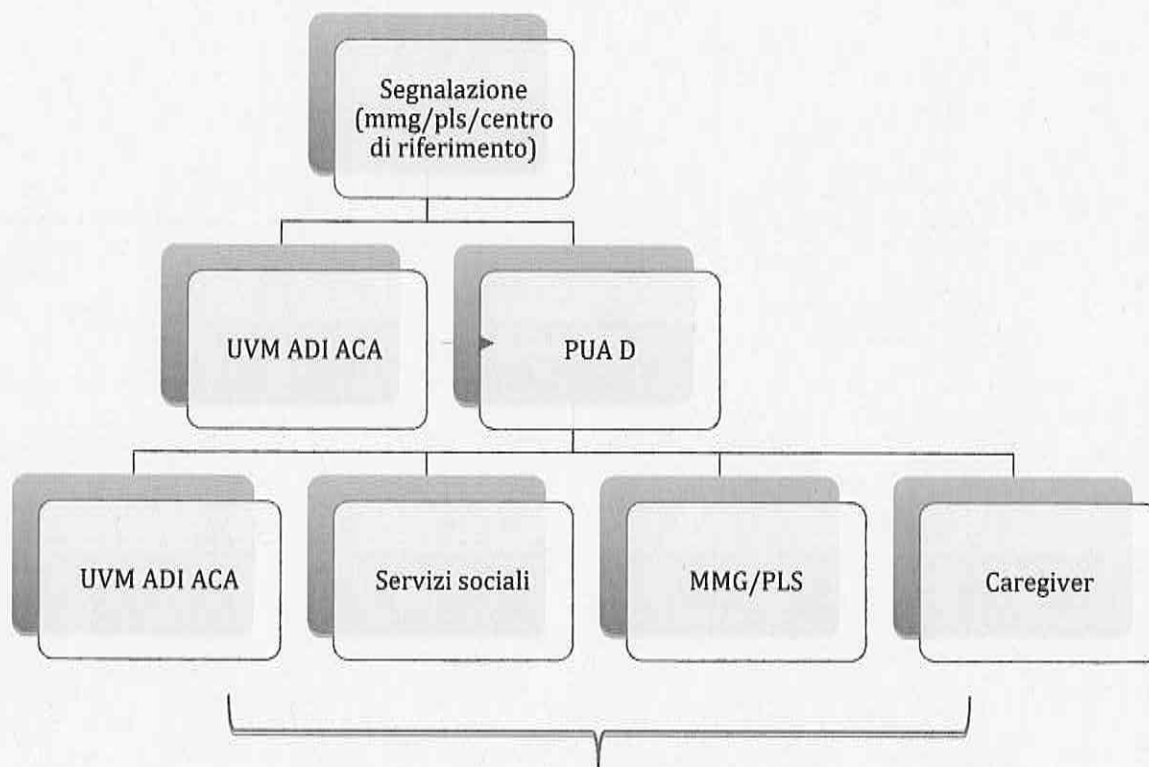
L'Assistente Sociale nella *Presa in Carico (PIC) in Assistenza Domiciliare Integrata ad Alta Complessità (ADI ACA)*:

- è componente dell' *UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)*,
- Effettua un lavoro integrato con il *PUA (Punto Unico di Accesso)*,
- Partecipa agli incontri di back office ed effettua un lavoro integrato con il Servizio Sociale Comunale, collabora nella gestione delle richieste socio-sanitarie degli assistiti
- Effettua un monitoraggio costante del clima relazionale tra Assistito/Caregiver/ente accreditato/UVM ADI ACA garantisce consulenza e supporto psicosociale,
- attiva intervento di consulenza psicologica domiciliare
- Svolge un lavoro integrato con i servizi ASL e gli Psicologi consultoriali,
- Collabora con UVM ADI ACA nella gestione delle richieste socio-sanitarie degli assistiti,
- Effettua la verifica, il monitoraggio e la rendicontazione delle prestazioni erogate.

Lo schema di seguito illustra le modalità di presa in carico delle persone con bisogni ad alta complessità e le loro famiglie.

La UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA per la gestione del Servizio ADI ACA, tenuto conto della complessità organizzativa, ha costituito due poli di riferimento, uno per i distretti 1- 2 e 3 afferenti al Polo Nord Est (NE) e uno per i distretti 4 e 5 afferenti al Polo Sud Ovest (SO) al fine di centralizzare le attività dei monitoraggio, controllo sanitario e supporto gestionale a tutte le attività connesse alla tipologia assistenziale ad alta integrazione socio-sanitaria. Gli interventi attivati svolgono quindi un ruolo "ponte" tra i singoli territori e le Centrali Operative NE e SOS.

PRESA IN CARICO



Definizione, condivisione e sottoscrizione PAI tra UVMD, Caregiver ed ente erogatore



PRESA IN CARICO

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è composta oltre che dall'Assistente Sociale, anche dall'Infermiere Case Manager ed il Medico e le attività svolte sono:

- valutazione paziente c/o domicilio/ospedale/centro di riferimento
- sottoscrizione del consenso informato con la scelta dell'ente erogatore
- conoscenza del caregiver,
- analisi del contesto socio ambientale e mappatura delle risorse e dei bisogni espressi/rilevati (compilazione scheda operativa),
- valutazione del fabbisogno assistenziale socio sanitario, prestazionale, integrativo e protesico (ausili, dispositivi e materiale di consumo, farmaci e nutrizione),



- definizione, condivisione e sottoscrizione pai tra uvmd, caregiver ed ente erogatore.

Una volta effettuata la presa in carico, l'Assistente Sociale si occupa di rilevare i bisogni del paziente e della famiglia. A seguito di questa valutazione:

- fornisce interventi di supporto psico-sociale,
- valuta e condivide in back office CAD (UVM ADI ACA) la necessità di intervento di supporto psicologico,
- condivide con lo/la psicologo/a il bisogno emerso,
- attiva interventi di consulenza e supporto psicologico domiciliare formalizzando richiesta tramite scheda di rilevazione socio-sanitaria domiciliare,
- effettua II back office cad (uvm adi aca) e lo psicologo per la restituzione/condivisione del percorso di aiuto.

Gli **strumenti professionali** che l'Assistente Sociale utilizza sono:

- ✓ la relazione professionale
- ✓ il colloquio
- ✓ la visita domiciliare
- ✓ la documentazione, compresa la scheda di rilevazione socio-sanitaria domiciliare
- ✓ le relazioni sociali
- ✓ le riunioni di lavoro
- ✓ il lavoro di gruppo
- ✓ il lavoro di equipe
- ✓ il lavoro di rete



Matrice delle responsabilità del processo

ATTIVITA'	CHI			
Segnalazione (MMG/PLS Ospedale Centro di Riferimento PUA)		A	C	I
Front Office	R	A	C	I
Back Office		A	C	I
UVMD PAI		A	C	I
Presa in carico	R	A	C	I
Organizzazione e Attivazione Servizio	R	A	C	I
Monitoraggio e controllo socio - sanitario	R	A	C	I
Supporto gestionale		A	C	I

**Dipartimento delle Fragilità
UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
UVM CAD ADI ACA - Area NE - SO**

PIC:

<u>DATI SOCIO - ANAGRAFICI</u>				
<u>Cognome:</u>		<u>Nome:</u>		
<u>Data di nascita:</u>				
<u>Luogo:</u>				
<u>Comune di residenza:</u>				
<u>Indirizzo:</u>				
<u>Cap :</u>		<u>Prov. LT</u>		<u>Cittadinanza:</u>
<u>Codice Fiscale:</u>				
<u>Tel.</u>				
<u>Stato civile:</u>				
☐ Celibe/Nubile	☐ Coniugato/a	☐ Convivente	☐ Vedovo/a	☐ Separato/a
☐ Divorziato/a	Altro _____			
<u>Caregiver:</u>				
<u>Data di nascita:</u>				
<u>Luogo di nascita:</u>				
<u>Comune di residenza:</u>				
<u>Indirizzo:</u>				
<u>Codice Fiscale:</u>				

**Dipartimento delle Fragilità
UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
UVM CAD ADI ACA - Area NE - SO**

Tel.

e mail:

Altri familiari di riferimento e recapiti telefonici:

Tel.

Il/la paziente è: ☐ Soggetto posto a procura generale

☐ Soggetto di diritto ☐ Soggetto posto a curatela ☐ Soggetto posto a tutela

INFORMAZIONI PERSONALI

Livello di Istruzione

☐ Senza titolo di Studio ☐ Licenza Elementare ☐ Licenza Media inferiore

☐ Licenza media Superiore ☐ Laurea ☐ Altro

Professione Esercitata in Età Lavorativa

☐ Pubbl. Amministrazione ☐ Imprenditoria ☐ Agricoltura ☐ Industria ☐ Lav. Autonomo

☐ Lav. Dipendente ☐ Altro

Interessi personali:

Condizione non Professionale: ☐ Casalinga ☐ Invalido/a ☐ Altro

Pensione Percepita: ☐ Pensione da lavoro ☐ Sociale ☐ Reversibilità ☐ Vecchiaia

☐ Invalidità ☐ Indennità d'Accompagno

INFORMAZIONI SANITARIE

Diagnosi:

PAZIENTE AFFETTO DA

☐ Tracheo ☐ PEG ☐ Vent. Meccanica

Dipartimento delle Fragilità
UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
UVM CAD ADI ACA - Area NE - SO

MMG/PLS:

Tel.:

Tessera Sanitaria:

Centro di Riferimento:

Invalidità Civile:

☐ Riconosciuta ☐ Domanda inoltrata

L. 104/92

☐ Art. 3 comma 1 ☐ Art. 3 comma 2 ☐ Art. 3 comma 3

Progetti Socio Sanitari Distrettuali:

☐ Disabilità Gravissima (☐ diretta ☐ indiretta) ☐ L.R. 20/2006 ☐ L. 162/1998
☐ Progetto Alzheimer ☐ Dopo di Noi ☐ Vita Indipendente ☐ Centri Diurni Disabili
☐ Centri Diurni Minori

Altre Progettualità Assistenziali:

☐ SAD Comunale ☐ HCP /INPS ☐ Assistenza scolastica ☐ ADP
☐ Altro

INFORMAZIONE SOCIO - ABITATIVE

☐ Vive solo ☐ Convivenza ☐ Relazione di Parentela

Zona di residenza:

☐ Centro, servito ☐ Centro, non servito ☐ Zona periferica, servita ☐ Zona isolata

☐ casa di proprietà ☐ in affitto ☐ casa popolare ☐ Piano dell'alloggio

**Dipartimento delle Fragilità
 UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
 UVM CAD ADI ACA – Area NE - SO**

☐ alloggio precario	☐ Ascensore ☐ Presenza di barriere architettoniche NO ☐ interne ☐ esterne)							
Condizioni generali: ☐ Adeguate ☐ Inadeguate								
Note:								
ENTE EROGATORE:								
PAI: Alla data del								
RIEPILOGO ORE PAI		LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
	TOT. ASS. INF							
	TOT. ASS. OSS							
	TOT. ASS. FKT							
	TOT. ASS. GIORN.							
	TOT. ASS. SETT.							
Grado di soddisfazione del servizio erogato:								
Punti di forza:								
Criticità:								
DEFINIZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI RILEVATI								

Dipartimento delle Fragilità
UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
UVM CAD ADI ACA – Area NE - SO

Effettuata Visita Domiciliare in data

UVM CAD ADI ACA – Area NE -SO composta da:



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINA



REGIONE
LAZIO

Dipartimento delle Fragilità
UOC Assistenza Domiciliare Integrata e RSA
UVM CAD ADI ACA - Area NE - SO

PROPOSTE UVM

Data _____

Firma

