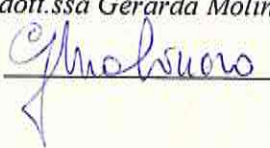
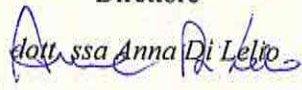
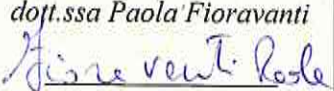




PROCEDURA	ASL LATINA Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip.	VERS. 1 data	Pag.1 di
-----------	--	-----------------	----------

PROCEDURA ORGANIZZATIVA
COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SSOCIALE
DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE

DATA EMISS IONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Data 28/3/23	Dirigente Assistente Sociale <i>dott.ssa Gerarda Molinaro</i> 	Dipartimento di Salute Mentale Direttore <i>dott.ssa Anna Di Lello</i>  UOC Salute Mentale Area N.O. <i>dott.ssa Paola Fioravanti</i> 	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri <i>dott Valentino Coppola</i> 	1 Anno

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento Salute Mentale	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
CICCONE	GRAZIA	CENTRO SALUTE MENTALE	Grazia Ciccone
CINELLI	ANNARITA	CENTRO SALUTE MENTALE	Annarita Cinelli
GIORGI	ELEONORA	CENTRO SALUTE MENTALE	Eleonora Giorgi
IACOCCI	AGOSTILIA	CENTRO SALUTE MENTALE	
NARDONI	BEATRICE	CENTRO SALUTE MENTALE	Beatrice Nardoni
PANNOZZO	RITA	CENTRO SALUTE MENTALE	Rita Pannozzo
PETRILLI	AGNESE	CENTRO SALUTE MENTALE	Agnese Petrilli
PINTO	PIA	CENTRO SALUTE MENTALE	Pia Pinto
POLIDORI	LORELLA	CENTRO SALUTE MENTALE	Lorella Polidori
CATALANI	ANTONELLA	CENTRO SALUTE MENTALE	Antonella Catalani

La UOC Rischio Clinico è referente della implementazione della procedura.

PREMESSA

SCOPO ED OBIETTIVI

AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

INDICATORI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ITER PROCEDURALE DI DIFFUSIONE

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

MODULISTICA E ALLEGATI



Pag 4 PREMESSA

Pag 6 SCOPO ED OBIETTIVI

Pag 7 AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

Pag 9 ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

Pag 25 INDICATORI

Pag 26 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Pag 27 BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Pag 27 MODULISTICA E ALLEGATI



PREMESSA

Il concetto di malattia mentale inizia a farsi strada con l'affermarsi dell'Illuminismo quindi le persone che avevano comportamenti strani o bizzarri vengono finalmente considerate malate. Cominciano a nascere gli ospedali psichiatrici cioè i "manicomi" (mania = follia - comeo = cura) intesi all'inizio come luoghi di cura e di studio, tuttavia i manicomi avevano perso la loro etimologia visto che questo luogo divenne nel tempo sinonimo di reclusione.

In Italia nel 1968 viene approvata la legge n° 431 che stabiliva che il ricovero non è più sufficiente per la terapia dei disturbi mentali, si istituiscono centri territoriali che curano le patologie mentali, viene abolita la segnalazione sul casellario giudiziale e si comincia a parlare di riorganizzazione dei manicomi. Dobbiamo attendere la legge 180/78 di Franco Basaglia che ha messo in moto un graduale superamento delle strutture manicomiali. Questo processo prende il nome di "destituzziazione". La destituzziazione si basa sull'assunto che l'oggetto della psichiatria non è la malattia mentale in sé considerata, bensì la sofferenza mentale all'interno dell'esistenza complessa del soggetto ed immersa nel contesto sociale. Su questa impostazione la legge 833/78 (la legge 833/78 assorberà la legge 180/78) ha sancito la nascita dei dipartimenti di salute mentale, organizzando a livello regionale un nuovo modello concettuale improntato non più sulla logica del contenimento, ma una psichiatria di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il Dipartimento di Salute Mentale è il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nell'organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale della popolazione regionale di riferimento, anche detenuta. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità. Il Dipartimento di Salute Mentale coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate, dell'assistenza per la salute mentale. È un dipartimento strutturale transmurale (territoriale e ospedaliero), dotato di autonomia tecnico-organizzativa. Il predetto Dipartimento comprende più unità operative complesse, finalizzate al

completo sviluppo e all'integrazione degli interventi preventivi e terapeutico - riabilitativi. All'interno del Dipartimento sono inseriti i Servizi per la Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età infantile ed evolutiva, che svolgono le loro funzioni in collaborazione e collegamento con le strutture territoriali. Il Direttore del Dipartimento coordina la rete complessiva dei servizi territoriali e ospedalieri, pubblici e privati accreditati dell'assistenza per la salute mentale, che insistono sul territorio aziendale e gestisce la quota del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale nel perseguimento degli obiettivi assegnati. Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le proprie strutture, garantisce tutte le funzioni previste dalla normativa vigente (D.P.R. 10.11.1999), ivi comprese: il controllo dei ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale; la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo; i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per i pazienti provenienti dagli REMS; la promozione e la gestione di alloggi comunitari. Presso il Dipartimento di Salute Mentale è costituita la Consulta della Salute Mentale, che coadiuva il Direttore del Dipartimento, a cui partecipano i rappresentanti di Associazioni di familiari, di utenti e di volontari che operano in partnership con i



servizi. Al Dipartimento di Salute mentale affluiscono anche i Servizi per le dipendenze patologiche. I Servizi per le Dipendenze Patologiche 33 I servizi per le dipendenze patologiche (da sostanze stupefacenti, alcool, tabagismo, ludopatie, etc...), normati dal DPR 309/90 e s.m., dagli Atti di Intesa Stato Regioni del 21.01.1999 e del 05.08.1999, sono tenuti a garantire la massima integrazione delle conoscenze e delle pratiche cliniche, concorrono a sviluppare azioni a forte integrazione socio-sanitaria e collaborano alla programmazione sanitaria su scala aziendale. Viene assicurato l'intervento preventivo e assistenziale, mirato alla popolazione giovanile, anche in raccordo con i servizi per l'adolescenza. I servizi sviluppano azioni di rete e di integrazione tra tutte le agenzie, pubbliche e del privato sociale che operano nel settore. I servizi per le dipendenze patologiche assicurano funzioni di prevenzione in ambienti di vita e di lavoro, trattamenti diagnostici, screening infettivologici, individuazione di obiettivi e piano di trattamento, trattamenti specialistici ambulatoriali, individuazione, predisposizione e verifica di trattamenti residenziali e semi residenziali, valutazione degli esiti del trattamento, assistenza a detenuti con patologia della dipendenza anche in misura alternativa alla detenzione.¹

Servizio di appartenenza

Il centro di salute mentale, CSM, è il centro propulsore ed organizzativo del DSM e si occupa innanzitutto di accogliere la totalità delle domande dell'utenza, è il luogo dove si tengono colloqui terapeutici con pazienti e familiari è la sede dell'Équipe multidisciplinare (psichiatra, psicologo, assistente sociale e infermieri professionali) che stabilisce ed attua interventi territoriali. In esso hanno luogo tutte le attività preventive, terapeutiche, riabilitative e sociali non basate sulla residenzialità o ricovero. L'articolazione degli interventi per livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale consente un utilizzo ottimale delle risorse strutturali e professionali.

Contesto di riferimento

Distretto	Sede	Apertura	Abitanti
1° Distretto	CSM Aprilia via Giustiniano snc c/o "Casa della Salute"	8.00 - 20.00 dal Lunedì al Venerdì 8.00 - 14.00 Sabato	123.949
	CSM Cisterna via G. Falcone snc	8.00 - 20.00 dal Lunedì al Venerdì 8.00 - 14.00 Sabato	
2° Distretto	CSM Latina Sede Centro Comm.le Le Corbusier, V.le Le Corbusier Sc.F - 2° Piano n°36	8.00-20.00 dal Lunedì al Venerdì 8.00-14.00 Sabato	178.032
	CSM Sabaudia via Conte Verde, 10	8.00-14.00 dal Lunedì al Sabato	
3° Distretto	CSM Monti Lepini Sede di Sezze Via S. Bartolomeo, 1	8.00-14.00 Lunedì, Mercoledì, Venerdì, Sabato (2 turni mensili) 8.00-17.30 Martedì Giovedì	57.565
	CSM Monti Lepini Sede di Priverno Borgo Sant'Antonio	8.00-14.00 Lunedì, Mercoledì, Venerdì, Sabato (2 turni mensili) 8.00-17.30 Martedì e Giovedì	

¹ Atto aziendale ASL Latina



4° Distretto	CSM Terracina Via Don Orione, 8	8.00-20.00 Lunedì, Mercoledì, Giovedì 8.00-14.00 Martedì, Venerdì 1 volta al mese venerdì dalla 14.00 alle 20.00 1 volta al mese sabato dalla 8.00 alle 14.00	109.664
	CSM Fondi Via San Magno, 4 ex Poliambulatori	8.30-20.00 Lunedì, Giovedì 8.30-14.00 Martedì, Mercoledì, Venerdì 1 volta al mese venerdì dalla 14.00 alle 20.00 1 volta al mese sabato dalle 8.00 alle 14.00	
5° Distretto	CSM Formia Largo Santeramo in Colle, snc	8.00-20.00 dal Lunedì al Venerdì 8.00-14.00 Sabato 2 volta al mese venerdì dalla 14.00 alle 20.00 2 volta al mese sabato dalla 8.00 alle 14.00	107.445

Dalla rilevazione effettuata sul SISM, anno 2022, emerge quanto segue:

Distretto 1 – CSM Cisterna: 86

Distretto 1 – CSM Aprilia: 9

Distretto 2 – Latina: 1299

Distretto 2 – Sabaudia: 15

Distretto 3 – Priverno: 132

Distretto 3 – Sezze: 575

Distretto 4 – Fondi Terracina: 540

Distretto 5 - Formia-Gaeta: 987

1. SCOPO E OBIETTIVI

1.1 - Oggetto

L'oggetto di cui trattiamo si riferisce all'utenza affetta da disagio mentale, psicologico e sociale che viene presa in carico dall' équipe curante ed è fondamentale cogliere il senso del disagio che va inserito nel contesto di vita del paziente, ed interviene con progetti terapeutico riabilitativi personalizzati nella strategia della continuità terapeutica con valutazione e monitoraggio delle pratiche e delle procedure adottate per il miglioramento della qualità della vita.

1.2 - Scopo

Accoglienza, analisi del bisogno, definizione delle priorità di intervento, visite psichiatriche, psicoterapia, colloqui e test psicologici, diagnosi, certificazioni, interventi sociali.

I percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA SCHIZOFRENIA) costituiscono, insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.



Valutazioni, interventi richiesti del tribunale (cura, monitoraggio per pazienti detenuti e autori di reato in REMS e reinserimento sociale degli stessi), visite domiciliari, inserimenti in strutture psichiatriche diurne o residenziali accreditate, verifica del percorso del paziente per assicurare la continuità terapeutica.

Protocolli, collaborazioni con enti locali e tutte le agenzie della rete territoriale per la realizzazione di progetti terapeutico riabilitativi individuali, inserimenti lavorativi, sostegno economico, progetti con il terzo settore.

1.3 - Obiettivi

Gli Obiettivi qualitativi e quantitativi sono due strumenti complementari.

Obiettivi Qualitativi:

Indirizzare personalizzare e incrementare l'appropriatezza degli interventi di competenza del Servizio Sociale esercitato dall'Assistente Sociale, con specifici progetti finalizzati alla valutazione dei risultati in termine di salute, qualità di vita del paziente e della famiglia, evitando l'emarginazione e l'isolamento sociale.

Obiettivi Quantitativi:

riduzione dei ricoveri in Tattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), e nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e semiresidenziali, incrementando gli interventi domiciliari con progetti personalizzati ed integrati.

2. AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

2.1 - Modalità di accesso al servizio

Le persone afferiscono al servizio volontariamente o su indicazione dei MMG o di altri servizi territoriali (SPDC, PUA, Pronto Soccorso, Servizio Sociale territoriale, ecc), secondo i bisogni prioritari dell'utente. Si procede alla compilazione della scheda SISM sulla piattaforma regionale . Si garantisce l'accoglienza all'utente e alla famiglia secondo lo specifico professionale.

2.2 - Consulenza sociale

Con la consulenza sociale si garantisce all'utente l'empowerment per ritrovare l'autonomia e l'autodeterminazione anche attraverso la responsabilizzazione ove possibile.

2.3 - Attività di equipe

L'Assistente Sociale insieme ai Medici, Infermieri e Psicologi lavora al fine di fornire la presa in carico globale dell'utente psichiatrico. Ciascun operatore porta all'attenzione dell'equipe le caratteristiche che individua nell'ambito di propria competenza, per poter poi stilare un Piano Terapeutico Individualizzato (PTI)

2.4 - Lavoro di rete

L'Assistente Sociale utilizza il lavoro di rete per favorire l'inclusione socio-lavorativa del utente psichiatrico e per lavorare in sinergia con tutti gli attori dei Servizi aziendali e non, ad esempio:



(PUA, SERD, SERVIZI SOCIALI Territoriali, Distretti Sociosanitari, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, COOPERATIVE, Centri per l'impiego).

Ai fini dell'inserimento dell'utente, per il quale è stato elaborato il PTI, si dispone della mappatura aggiornata delle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche private accreditate e a gestione diretta del DSM. Allegato 1

2.5 - Presa in carico

L'assistente sociale prende in carico in équipe l'utente coinvolgendolo in attività socio-riabilitative quali attività di formazione professionale ad esmpio con l'Ist. Alberghiero di Formia "A.Celletti"; e tirocini lavorativi riabilitativi e di inclusione socio-lavorativa L.68/99, (ad esempio attraverso: il progetto Itaca di Roma, Parchi regionali "Riviera di Ulisse" e "Parco degli Aurunci." Convenzione tra i Comuni di Latina, Formia, Minturno, Itritri, Gaeta e ASL Latina per accogliere gli utenti psichiatrici nelle strutture comunali l'inserimento socio-lavorativo vedi DGR. 511/2013 Allegato 2.

A seconda del singolo PTI elaborato dall'équipe dei singoli CSM territoriali si possono attivare le seguenti attività di inclusione sociale come da Regolamento regionale 1/2000 quali:

- tirocini di lavoro ai sensi della DGR 511/2013 (come sopra specificati)
- sostegno all'abitare
- inserimenti in strutture alloggiative
- corsi di formazione e riabilitazione
- attività risocializzanti (ante Covid 19) quali organizzazioni di gite con durata settimanale, visite in città d'arte, escursioni in montagna, pranzi in occasioni festive per favorire la conoscenza e la socializzazione tra utenti.

2.6 - Diagnosi sociale

La valutazione del bisogno sociale è espletata nel rispetto della richiesta presentata al momento dell'accoglienza tramite la scheda Valutativa Allegato 3.

2.7 - Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato – P.T.R. I.

L'Assistente Sociale, secondo le necessità del caso, elabora con il medico, ognuno per la parte di competenza, il Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) per favorire l'inserimento dell'utente presso le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche.

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

La modulistica dell'UVM viene compilata dallo psichiatra e dall'assistente sociale, ai fini del ricovero dell'utente in strutture psichiatriche, dopo la valutazione del paziente.

2.9 - Case manager

Non viene individuato nel lavoro di équipe del CSM ma viene talvolta individuato nelle riunioni dietrettuali del PUAD.

2.10 - Follow-Up

Si svolge periodicamente con l'équipe di riferimento.



2.11 - Monitoraggio

Il monitoraggio viene svolto di intesa ed in raccordo con le strutture di accoglienza socioriabilitative, estensive ed intensive per la valutazione periodica dei PTI in atto, al fine di verificare/valutare il miglioramento dell'utente.

- Il monitoraggio del PTI si effettua entro i sei mesi dall'ingresso dell'utente in struttura di tipo socioriabilitativa o di tipo estensivo.
- Il monitoraggio del PTI si effettua ogni trenta giorni per tre mesi dall'ingresso dell'utente in struttura di tipo intensivo.

3. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - Abbreviazioni

DSM: Dipartimento di Salute Mentale;

CSM: Centro di Salute Mentale;

TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio;

ASO: Accertamento Sanitario Obbligatorio;

PTRI: Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato;

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Schizofrenia -

SRTRi: Struttura Riabilitativa Terapeutica Residenziale intensiva;

SRTRe: Struttura Riabilitativa Terapeutica Residenziale estensiva;

SRSR H24: Struttura Socio-riabilitativa Residenziale alta intensità assistenziale;

SRSR H12: Struttura Socio-riabilitativa Residenziale bassa intensità assistenziale;

CD: Centro Diurno;

REMS: Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza;

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale;

PUA: Punto Unico di Accesso;

UVM: Unità Valutativa Multidimensionale.

UOC: Unità Operativa Complessa;

UOSD: Unità Operativa Semplice Dipartimentale;

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato;

MMG: Medico di Medicina Generale

3.2 Terminologia di settore e definizioni

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

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).
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 pro-

	<i>grammazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.</i> <i>3. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato.</i> <i>4. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale</i> L'Assistente Sociale è il/la professionista che agisce il Servizio Sociale e in quanto professione intellettuale esprime prima di proporre o concorrere ad interventi, una valutazione o diagnosi sociale del caso in esame, la partecipa al soggetto per una verifica e condivisione, per procedere alle prestazioni professionali di assistenza sociale e all'accesso a risorse e servizi. Il suo scopo è di porre in atto, interventi – unitari, globali, integrati e concertati di aiuto, di affiancamento, di accompagnamento, caratterizzati da logica processuale e progettuale, personalizzati e individualizzati, cioè soggettivamente validi ed efficaci, a favore di persone, gruppi e comunità. Il sostegno che l'assistente sociale fornisce a tali soggetti consiste in percorsi responsabilmente partecipati, individuati e definiti di superamento autonomo dei problemi e dei bisogni, o degli stati di disagio, di esclusione, di marginalità che limitano e condizionano il processo emancipativo degli stessi, mediante il corretto ed efficace utilizzo delle competenze e risorse di cui sono portatori. La relazione persona/ambiente/istituzioni costituisce, pertanto oggetto e bersaglio dell'azione professionale. La complessità dei bisogni e dei problemi oggetto di intervento, la prospettiva unitaria e globale dell'azione di aiuto a fronte di problemi non segmentabili secondo logiche riduttive e semplificative, ha consolidato la consapevolezza che l'assistente sociale è un professionista che agisce e si coordina con altri professionisti per rendere concretamente esigibili i diritti di cittadinanza da parte di ogni soggetto a prescindere dallo stato, o condizione, di utente dei servizi costituenti il sistema di sicurezza sociale.
Autonomia Tecnico Professionale	L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento (L.84/93). Come indicato nel Codice Deontologico dell'Assistente Sociale nel Titolo III – 18) "L'assistente sociale afferma e difende la propria autonomia di giudizio, tecnica ed intellettuale da pressioni e condizionamenti di qualunque natura in tutte le proprie azioni e interventi. Strumento della relazione di aiuto utilizzato nei confronti del "disagio adulto" e/o nelle condizioni di povertà estrema, quando si intende contrastare un percorso di emarginazione o un rischio di esclusione sociale. L'azione di a. trova il suo fondamento nei principi del servizio sociale, laddove si fa riferimento all'individualizzazione dell'intervento e alla 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.
Disagio	Mancanza, situazione negativa legata fattori soggettivi e/di un intervento di aiuto può trovarsi a vivere uno stato oggettivi; ma anche in relazione alle proprie aspettative verso se stesso e l'esterno, alle capacità di affrontare i problemi, alla percezione soggettiva della realtà, alle risorse dell'ambiente.
Documentazione professionale nel servizio sociale	La documentazione costituisce, un mezzo di tutela per l'assistente sociale e per l'utenza, in quanto strumento di registrazione delle attività sia sotto il profilo tecnico-professionale, sia sotto quello amministrativo-procedurale. <u>La documentazione professionale è funzionale:</u> - all'intervento professionale - allo sviluppo disciplinare della professione - alla qualità dei servizi alla persona e delle prestazioni istituzionali <u>Tipologia della documentazione:</u> generale, tecnica e professionale, per informazioni a terzi, in entrata e in uscita, interna, di processo, sommaria, valutativa. <u>La documentazione ed il processo di aiuto,</u> in linea prevalente concerne il processo di aiuto, le fasi dello stesso e gli adempimenti tecnico procedurali

	connessi, per questo motivo i contenuti della stessa si riferiscono a: - insieme delle informazioni raccolte e degli elementi conoscitivi ritenuti utili in merito alla situazione della presa in esame - gli scopi iniziali dell'intervento e quelli definiti successivamente (medio e lungo termine) con la persona - le risorse esistenti e/o attivabili (interne ed esterne al servizio) - la definizione del progetto e la formulazione del contratto (orale o scritto) - la determinazione dei compiti dell'assistente sociale, di altre 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.
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.
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.
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'operator⁹ è chiamato a ricomporre la complessità delle relazioni esistenti tra questi, (ri)costruendo un contesto di significato nell'ambito del quale orientare il processo di aiuto attivato. Della Valle (1995) elenca le seguenti funzioni del servizio sociale: la presa in carico dell'utenza; la promozione e l'organizzazione delle risorse, istituzionali, formali e informali; lo studio dei problemi e delle risorse del territorio e la programmazione degli interventi, all'interno del progetto globale. Dal Pra Ponticelli (2000) parla, con riferimento alle specifiche caratteristiche di pluridimensionalità, di "ottica trifocale", cioè della "capacità di integrare in una visione di insieme l'intervento di aiuto alla persona-famiglia, la progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e strutture quali risorse indispensabili per l'intervento di aiuto alla persona, lo sviluppo e l'integrazione di risorse di "mondi vitali" al fine di costruire un sistema integrato di prestazioni e servizi"
Obiettivo	L'obiettivo rappresenta la direzione che orienta l'attenzione conoscitiva od operativa. nella progettazione dell'intervento di servizio sociale la determinazione degli obiettivi, preceduta dalle fasi di analisi e valutazione degli interventi, deve essere effettuata in base ad una precisa e realistica valutazione della situazione oggetto dell'intervento stesso. nell'azione professionale, quindi, gli obiettivi, accanto al connotato teorico di "aspirazione", assumono la valenza di "fattibilità. nel servizio sociale possiamo, quindi, parlare di obiettivo-risultato atteso ed il medesimo dovrà essere individuato secondo criteri di attinenza e pertinenza rispetto al problema, dovrà essere descritto e definito chiaramente, dovrà essere fondato su analisi realistiche di realizzabilità, dovrà essere condiviso in modo chiaro, non ambiguo, dovrà essere valutabile, è necessario cioè individuare contestualmente gli strumenti atti a misurarlo, vale a dire gli indicatori che proveranno che sia stato raggiunto ed in grado di raggiungimento dello stesso in termini di efficacia ed efficienza.
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 sani-

tario;

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

	3) contrastare l'emarginazione e lo stigma favorendo l'inclusione nella realtà sociale della persona, cercando di elevare il grado di comprensione e di accettazione sociale dei disturbi mentali, potenziando il sistema di rete intorno alla stessa, sostenendo e supportando le famiglie. 4) favorire l'emancipazione dal bisogno e dalla dipendenza attraverso interventi riabilitativi e di raccordo della persona paziente psichiatrico e la sua famiglia con il contesto sociale, e di aiuto al recepimento e nell'utilizzazione delle risorse formali ed informali disponibili sul territorio, mirate alla migliore possibile qualità della vita della persona utente. 5) la complessità dei bisogni e la loro interdipendenza danno luogo a programmi articolati riguardo la risocializzazione, la riabilitazione psico-sociale per l'individuazione e/o il recupero di abilità sociali e di autonomie, percorsi preformativi di inserimento lavorativo mirato, promozione di sostegno assistenziale, economico, di appoggio domestico, in concorso con i servizi territoriali, ecc. La specificità della funzione e del ruolo dell'assistente sociale si sviluppa nei confronti: della persona, del servizio o dei servizi di cura, del territorio e dell'ambiente, innescando processi di emancipazione e di cambiamento in grado di ri-valutare le risorse e le potenzialità della persona inibite o ridotte dalla dipendenza dalla malattia mentale. L'individuazione, il reperimento, la costruzione di risorse esterne connesse ai bisogni e la promozione di reciproche relazioni in un'ottica di rete, costituiscono le fasi in cui si articola il processo di intervento del servizio sociale. Esso si inserisce nel progetto terapeutico-riabilitativo complessivo, nel rispetto delle diverse competenze professionali, facilitando l'integrazione degli interventi e la presa in carico globale delle situazioni.
Soggetto	Nel servizio sociale il soggetto (singolo o collettivo) è protagonista dell'intervento insieme all'operatore e l'essere "soggetto" comporta assunzione/riconoscimento di responsabilità, capacità di autodeterminazione, autonomia, titolarità di ruoli e funzioni, di diritti e di doveri, riconoscimento di individualità/specificità (di bisogni, vissuti, desideri, potenzialità, risorse, scelte).
Strumento	Gli strumenti nelle professioni di aiuto sono sostanzialmente strumenti relazionali, comuni o analoghi, che acquistano specificità in quanto orientati, finalizzati ed agiti in base ai principi fondanti l'azione professionale ed all'organizzazione metodologica, complessivamente aggiornati e modulati in base alle valutazioni di risultato e di processo, all'interno dell'applicazione del metodo. <u>Strumenti per l'aiuto nel servizio sociale:</u> il colloquio, la visita domiciliare, il lavoro di gruppo, il lavoro di rete, il lavoro di rete con la persona, le reti sociali e l'intervento sociale, ecc. <u>La documentazione professionale:</u> il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione del colloquio, la relazione sociale, il verbale, il contratto scritto.
Supervisione	Il termine designa una particolare attività formativa, di guida, di direzione e di controllo/valutazione condotta da esperti (istituzionali o liberi professionisti) della professione e formati appositamente allo svolgimento della stessa, nei confronti di studenti tirocinanti, di professionisti inseriti in specifici contesti lavorativi. La peculiarità della supervisione consiste nell'accompagnamento ed affiancamento graduale e sistematico dello studente o del professionista nel processo di analisi, di elaborazione e di sintesi delle diverse componenti la professionalità in funzione della crescita consapevole della stessa a garanzia dell'efficacia dell'azione professionale. Nelle professioni di aiuto, quale quella dell'assistente sociale, la supervisione costituisce un momento ed uno strumento fondamentale sia sul piano della crescita delle competenze professionali, sullo sviluppo delle capacità di gestione, controllo ed utilizzo



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

	Unitario centrato sul compito; il modello sistemico-relazionale, l'intervento/trattamento si pone come obiettivi la modificazione e la riorganizzazione di una situazione disfunzionante).
Utente	Colui che usufruisce di un bene collettivo per soddisfare un bisogno in base ad un diritto
Valutazione	Determinazione di un valore di un qualcosa secondo criteri di positività, efficacia, funzionalità, rispetto ad una classificazione, rispetto alla definizione di azioni successive, conseguenti o correlate. Può essere definita come "una attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su di un'azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali che segue procedure rigorose e codificabili". Questa definizione sottolinea il carattere della valutazione come prassi scientificamente fondata, distinguendola così dalla corrente attività di espressione del giudizio, che caratterizza l'agire umano consapevole. La valutazione nel processo di aiuto significa attribuire senso e significato alle informazioni raccolte e ai risultati ottenuti, in modo congiunto tra operatori e utente. La v. ha inizio prima dell'intervento, quando, a partire dall'analisi della domanda, e una volta raccolte le informazioni necessarie per la conoscenza e la comprensione del problema, si formulano ipotesi sulla situazione per la definizione della diagnosi psicosociale. L'azione valutativa continua poi durante l'attuazione del progetto operativo, attraverso il monitoraggio necessario a verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti precedentemente. La v. nel processo di aiuto è necessaria per conoscere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del processo costruito con l'utente, in relazione ai suoi bisogni. Il senso della valutazione è dare un metodo all'osservazione ancorandola a dati di realtà; fronteggiare la complessità; individuare e governare le priorità d'azione con scelte e decisioni argomentate; generare condizioni per nuovi modelli e prassi di intervento. I principali compiti valutativi dell'AS Valutare i BISOGNI-RISORSE (qual è il problema? Quali le possibili risorse Personali Ambientali?); Valutare il PROCESSO DI AIUTO (quali le migliori modalità per rispettare i principi e per ottenere buoni risultati?); Valutare gli ESITI (miglioramento? mantenimento? rallentamento? peggioramento?) La Valutazione deve fare i conti con moltissime variabili come gli aspetti oggettivi, ma anche la soggettività (intenzionalità...) e la complessità ambientale (organizzativa, territoriale...)

4. - INDICATORI

Gli indicatori dei nuovi Lea all'interno del CSM considerano positivo un basso numero di ricoveri ospedalieri, di TSO e di regressi entro 30gg.

Tali indicatori devono perseguire ed evidenziare la qualità dei servizi, degli interventi psico-teapeutici e sociali, dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) d avere qualche indicatore di esito ad esempio in termini di inclusione sociale e lavorativa.

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' TECNICO PROFESSIONALI			
Dimensioni	Attività	Strumenti	Indicatori
Autonomia Tecnico Professionale	Accoglienza, ascolto, supporto e orientamento nell'interpretazione e soluzione delle problematiche, diagnosi sociale, presa in carico	Colloquio di primo contatto	n. tirocini di lavoro n. sostegno all'abitare n. inserimenti in strutture alloggiative, corsi di formazione, assegni straordinari per emergenza economica

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

5.1 - Matrice delle responsabilità del processo

ATTIVITA'	CHI			
Elaborazione P.T.R.I. (Progetto terapeutico Individualizzato)	R (Medico psichiatra)	R/A Medico psichiatra	C (Infermieri, Assistente Sociale, Psicologo e/ case manager)	I (Familiari)
Elaborazione P.D.T.A. (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)	R (Medico psichiatra)	R/A Medico psichiatra	C (Infermieri, Assistente Sociale, Psicologo e/ case manager)	I (Familiari)
Inserimento lavorativo	R (Assistente Sociale)	R/A Medico psichiatra	C (Infermieri, Assistente Sociale, Psicologo e/ case manager)	I (Equipe)

Leggenda:

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

7. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

7.1 Bibliografia

- Lineamenti di servizio sociale – M. Dal Pra Ponticelli;
- Dizionario di Servizio Sociale – M. Dal Pra Ponticelli;
- L'Assistente Sociale – manuale di servizio sociale professionale- A. Bartolomei e L. Passera;
- Linee guida e procedure di Servizio Sociale- M.L. Ranieri.
- 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

- L. n. 49 del 14 luglio 1983 “Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale”;
- Deliberazione 30 dicembre 2013, n. 511 “Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale”;
- Regolamento regionale 3 febbraio 2000, n. 1 “Regolamento per l'erogazione alle persone con sofferenza psichica delle provvidenze economiche di cui all'articolo 8, primo comma, numero 3), lettera e), della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49” ;
- Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" ;
- Decreto del Commissario ad Acta 14 maggio 2015, n. U00188 Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006"; "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche ;
- Legge 12 marzo 1999, n.68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”

8. MODULISTICA E ALLEGATI

- 1) D.G.R. 511 del 30/12/2013;
- 2) DCA 188 del 14/05/2015 con allegati da 1 a 8
- 3) Scheda di progetto terapeutico riabilitativo (PTRI)
- 4) Scheda di valutazione Commissione Dipartimentale (art. 6 Regolamento Regionale n.1/2000).8.2
- 5) Progetto Terapeutico individualizzato
- 6 PDTA Schizofrenia Allegato 9

8. MODULISTICA E ALLEGATI

- 1) D.G.R. 511 del 30/12/2013;
- 2) DCA 188 del 14/05/2015 con allegati da 1 a 8
- 3) Scheda di progetto terapeutico riabilitativo (PTRI)
- 4) Scheda di valutazione Commissione Dipartimentale (art. 6 Regolamento Regionale n.1/2000).8.2
- 5) Progetto Terapeutico individualizzato

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 maggio 2015, n. U00188

Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe"(ALL.2)". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

Allegato 1

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____

Unità di Valutazione Multidisciplinare

Scheda di valutazione per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali

Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	
Équipe curante	Medico referente
	Case Manager
Specialista privato Inviante	

B. SEZIONE SOCIO-ANAGRAFICA DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
TELEFONO	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
Cittadinanza	Italiana ☐ Estera ☐
Se di nazionalità non italiana, specificare il paese estero	
Se di nazionalità non italiana, ha un permesso di soggiorno?	☐ SI ☐ NO
Assistenza sanitaria	☐ Iscrizione SSN ☐ Codice STP ☐ Codice ENI
Sesso	M ☐ F ☐
Stato civile	☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Convivente
Titolo di studio	☐ Nessuno ☐ Licenza elementare ☐ Lic. media inferiore ☐ Lic. media superiore ☐ Corso professionale ☐ Laurea
Condizione lavorativa attuale	☐ Occupato/a ☐ Disoccupato/a ☐ Studente ☐ In cerca di prima occupazione ☐ Sottoccupato/a ☐ Casalinga ☐ Ritirato dal lavoro / Inabile
Se non occupato, anno dell'ultimo impiego (se presente)	
Se attualmente occupato:	☐ Ha un impiego remunerato ☐ Cooperative sociali tipo B ☐ Formazione lavoro
Provvedimenti disposti in relazione alla capacità di tutelare i propri interessi	☐ Nessuno ☐ Amministratore di sostegno ☐ Interdizione o inabilitazione temporanea
Nominativo dell'amministratore di sostegno (se presente)	
Nominativo del tutore (se presente)	
Invaldità civile	☐ NO ☐ SI, totale ☐ SI, parziale con punteggio ☐
Posizione giuridica attuale: specificare se ha provvedimenti penali in atto	☐ NO, nessuno ☐ SI
Se SI, di che genere di provvedimento si tratta?	☐ Misure di Sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) ☐ Misure Cautelari (Arresti Domiciliari, Custodia Cautelare in Luogo di Cura) ☐ Misure alternative alla detenzione (Detenzione Domiciliare) ☐ Altro provvedimento

Se ha provvedimenti penali in atto, specificare per quali reati	☐ violenza sessuale su minori ☐ violenza sessuale su maggiorenni ☐ resistenza pubblico ufficiale ☐ tentato omicidio ☐ omicidio ☐ omicidio plurimo ☐ maltrattamenti in famiglia ☐ lesioni personali ☐ rapina ☐ detenzione/traffico sostanze stupefacenti ☐ incendio ☐ danneggiamenti ☐ altro
E' mai stato sottoposto a provvedimenti penali in passato?	☐ NO, mai ☐ SI
Se SI, di che genere di provvedimenti si è trattato?	☐ Misure di sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) ☐ Misure cautelari (arresti domiciliari, custodia cautelare in luogo di cura, custodia cautelare in carcere) ☐ Detenzione in carcere ☐ Misure alternative alla detenzione (detenzione domiciliare) ☐ Altro provvedimento
Se è stato sottoposto a provvedimenti penali in passato, per quali reati?	☐ Violenza sessuale su minori ☐ Violenza sessuale su maggiorenni ☐ Resistenza pubblico ufficiale ☐ Tentato omicidio ☐ Omicidio ☐ Omicidio plurimo ☐ Maltrattamenti in famiglia ☐ Lesioni personali ☐ Rapina ☐ Detenzione/traffico sostanze stupefacenti ☐ Incendio ☐ Danneggiamenti ☐ Altro
Anno dell'ultimo provvedimento penale (se presente)	
Situazione alloggiativa	☐ Presso proprio domicilio ☐ Presso SR psichiatriche ☐ Presso SR socio assistenziali ☐ Senza fissa dimora ☐ Presso Istituto penitenziario
Se attualmente alloggia presso una struttura residenziale psichiatrica, specificarne la tipologia	☐ STPIT ☐ SRTR_int ☐ SRTR_est ☐ SRSR_Alta ☐ SRSR_Media ☐ SRSR_Bassa ☐ REMS
Con chi abita attualmente?	☐ Solo ☐ Famiglia di origine ☐ Famiglia propria ☐ Altri parenti ☐ Altre persone (coinquilini, conoscenti, altri utenti)
Membri viventi del proprio nucleo familiare	☐ Coniuge/Convivente N. figli
Nel proprio nucleo familiare vivono altri membri? (specificare quali)	
Con quali membri del proprio nucleo familiare sono mantenuti contatti? (specificare quali)	
Membri viventi della famiglia di origine	☐ Madre ☐ Padre N. Fratelli/Sorelle
Specificare se la coppia genitoriale è convivente	☐ SI ☐ NO
Specificare con quali membri della famiglia di origine sono mantenuti contatti	
Reddito economico	☐ Impiego stabile ☐ Impiego saltuario ☐ pensione invalidità ☐ pensione di anzianità ☐ pensione reversibilità ☐ altro reddito ☐ assegno di accompagnamento ☐ sussidio

C. SEZIONE INFORMAZIONI SANITARIE	
DIAGNOSI (ICD9-CM)	
Valutazione diagnostica per diagnosi principale	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
SITUAZIONE PSICOPATOLOGICA DI ESORDIO	
Età al momento dell'esordio psicopatologico	_____
Valutazione diagnostica delle condizioni d'esordio (utilizzare le prime tre cifre ICD9-CM)	_____
ALTRE INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti in passato	☐ SI ☐ NO
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti attualmente	☐ SI ☐ NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	☐ SI ☐ NO
Risulta uso problematico di alcolici in passato	☐ SI ☐ NO
Risulta uso problematico di alcolici attualmente	☐ SI ☐ NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	☐ SI ☐ NO
RAPPORTI CON I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	
Data primo contatto	_____
CSM di presa in carico	_____
N. identificativo utilizzato dal Servizio (N. di cartella o altro)	_____
Progetto terapeutico in atto	☐ Trattamento psicoterapeutico ☐ Trattamento farmacologico ☐ Trattamento semiresidenziale CD ☐ Trattamento residenziale SR psichiatrica ☐ Inserimento presso SR socio-assistenziale ☐ Interventi di servizio sociale, sostegno economico ☐ Trattamento di sostegno
RICOVERI e/o INSERIMENTI IN STRUTTURE NEGLI ULTIMI DUE ANNI	
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura semiresidenziale psichiatrica (CD)	denominazione CD _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
TERAPIA FARMACOLOGICA	

Antipsicotico	Nome commerciale _____
	dosaggio _____
	modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____
	dosaggio _____
	modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____
	dosaggio _____
	modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____
	dosaggio _____
	modalità somministrazione _____
Altri farmaci psicotropi	Nome commerciale _____
	dosaggio _____
	modalità somministrazione _____
Specificare eventuali altri farmaci assunti per patologie concomitanti _____	
Compliance terapeutica attuale del paziente	☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona
Adesione al Piano Terapeutico Individuale (P.T.I.) da parte dei familiari, se presenti	☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona

D. SEZIONE VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

CONDIZIONE PSICOPATOLOGICA ATTUALE

Punteggio totale MMSE (per le SRTRI, solo qualora si ipotizzi un decadimento cognitivo)	
Punteggio totale scala BPRS (allegare la BPRS compilata)	
Livelli di funzionamento: Punteggi dell'Asse K (solo per le SRTRI, scala opzionale)	[seguono i punteggi delle 7 sottoscale dell'Asse K]
Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico	
Area 2 - Abilità sociali	
Area 3 - Eventi auto- o eteroaggressivi	
Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali	
Area 5 - Abuso di sostanze	
Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche	
Area 7 - Compromissione in altre aree (scala opzionale)	

E. SEZIONE RICHIESTA INSERIMENTO	
IL MEDICO REFERENTE DEL CASO, COMPLETATA LA PRESENTE SCHEDA, RICHIEDE L'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN :	
Struttura residenziale (SRP) proposta	☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari intensiva (SRTRI) ☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari estensivi (SRTre) ☐ Socio - Riabilitativo - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) ☐ Socio - Riabilitativo - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) ☐ Socio - Riabilitativo - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.)
Struttura semiresidenziale proposta	☐ Centro Diurno (CD)
E' stato definito il P.T.I. comprensivo degli obiettivi intermedi e finali	☐ NO ☐ SI
Se paziente è anche in carico al SERT, il PTI è stato concordato con il SERT competente	☐ NO ☐ SI
Data di presentazione della richiesta alla UVM	

F. SEZIONE ESITO VALUTAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO	
L'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE, CONSIDERATE LE INFORMAZIONI DI ORDINE CLINICO ED ASSISTENZIALE DELLA PRESENTE SCHEDA, RICONOSCE L'IDONEITÀ ALL'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN:	
Struttura residenziale (SR) ritenuta idonea	☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari intensiva (SRTRI) ☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari estensivi (SRTre) ☐ Socio - Riabilitativo - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) ☐ Socio - Riabilitativo - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) ☐ Socio - Riabilitativo - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) ☐ NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN SR PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in SR psichiatrica, specificarne le motivazioni:	
Struttura semiresidenziale ritenuta idonea	☐ Centro Diurno (CD) ☐ NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in struttura semiresidenziale psichiatrica, specificarne le motivazioni:	
Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	
Nominativo e firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	
Data della presente valutazione	
Nota: la presente valutazione ha validità di 6 mesi. Trascorsa tale data senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuta.	

Allegato 2

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

Prot. _____

Data _____

In considerazione della valutazione delle condizioni psicopatologiche e avendo sulla base di queste definito uno specifico PTI, si valuta che il Sig./Sig.ra _____ è idoneo all'inserimento in STPIT.

Il Medico referente

Allegato 3

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

☐

Idoneo per l'inserimento in **Struttura Residenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011, per la seguente tipologia assistenziale (barrare quella corrispondente):

☐

1. **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari intensivi (SRTR I)** concordando con la proposta del CSM

☐

2. **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari estensivi (SRTR e)**, concordando con la proposta del CSM

☐

3. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a elevata intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 24 h)**, concordando con la proposta del CSM

☐

4. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a media intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 12h)**, concordando con la proposta del CSM

☐

5. **Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a bassa intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR f.o.)**, concordando con la proposta del CSM

☐

Non idoneo per l'inserimento in **Struttura Residenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

☐

Idoneo per l'inserimento in **Struttura Semiresidenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011

☐

1. **Struttura semiresidenziale – Centro diurno**, concordando con la proposta del CSM

☐

Non idoneo per l'inserimento in **Struttura Semiresidenziale Psichiatrica** sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

Il Referente UVM

Note:

Il presente documento ha validità di 6 mesi dalla data di valutazione. Trascorso tale periodo senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuto.

Denominazione struttura residenziale STPIT

Attestazione di Inserimento in Lista di attesa

Prot. _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato richiesta di inserimento in STPIT
con proposta del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno
_____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa struttura per
l'inserimento in STPIT.

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____° posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

Allegato 5

Denominazione struttura residenziale psichiatrica

Attestazione di Inserimento in Lista di attesa

Prot _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato certificazione di idoneità rilasciata dalla UVM del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno _____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa SRP per la seguente tipologia assistenziale¹ :

☐ SRTR_i ☐ SRTR_e ☐ SRSR_a ☐ SRSR_m ☐ SRSR_f.o. ☐ CD

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____° posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

¹ Barrare solo una delle tipologie assistenziali elencata.

**Scheda di proroga inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale
nei limiti delle soglie di permanenza previste**

La proroga disposta mediante questa scheda non supera le soglie di permanenza previste per le rispettive tipologie assistenziali, e pertanto deve essere semplicemente comunicata alla UVM di competenza.

Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	
Médico referente	
Case Manager	
Équipe curante	

B. SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
TELEFONO	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
SESSO	M F

C. SEZIONE DATI ATTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

[illegible]

Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico K2 - Area 2 - Abilità sociali. K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree.
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico K2 - Area 2 - Abilità sociali. K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree.
Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionale, riportarne la denominazione e il punteggio	_____ _____ _____ _____ _____ _____
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'equipe della struttura?	☐ SÌ ☐ NO
Se sì, con che frequenza?	_____
Ci sono stati ricoveri in SPDC durante il presente inserimento nella struttura?	☐ SÌ ☐ NO
Se sì, specificare	TSO TSV gg. di degenza TSO TSV gg. di degenza TSO TSV gg. di degenza
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Allegato 7

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____
Unità di Valutazione Multidisciplinare

Scheda di valutazione della proposta di proroga inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale per certificazione di idoneità

La certificazione di idoneità alla proroga può essere rilasciata dalla UVM di competenza solo per gli inserimenti in SRP/semiresidenziali che hanno già ricevuto una iniziale certificazione d'idoneità per una specifica tipologia assistenziale nella SRP/CD in cui la persona è già attualmente inserita.

Pertanto non può essere rilasciata certificazione di idoneità alla proroga per strutture diverse da quelle in cui l'inserimento è già avvenuto o per tipologie assistenziali diverse da quelle per cui si è ricevuta l'iniziale certificazione di idoneità.

Per eventuali inserimenti in altre strutture della stessa tipologia assistenziale o per inserimenti in SRP a diversa intensità assistenziale è necessario richiedere una nuova certificazione di idoneità all'inserimento in SRP.

Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	
Medico referente	
Case Manager	
Équipe curante	

B. SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
TELEFONO	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
SESSO	M ☐ F ☐

C. SEZIONE DATI ATTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

Tipologia della struttura per cui viene proposta la proroga	☐ RESIDENZIALE ☐ SEMIRESIDENZIALE
Tipologia assistenziale della struttura in cui la persona si trova inserita	☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattam. comunitari intensivi (SRTRi) ☐ Terapeutico-Riabilitativo - trattam. comunitari estensivi (SRTRe) ☐ Socio-Riabilitativo - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) ☐ Socio-Riabilitativo - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) ☐ Socio-Riabilitativo - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) ☐ Centro Diurno (CD)
Denominazione della struttura in cui è inserita la persona	
Prima richiesta alla UVM di inserimento nella struttura	Scheda N: _____ in data ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Certificazione idoneità UVM	N. _____ in data ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Data inserimento nella struttura	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
E' stato definito il PRTP comprensivo degli obiettivi e delle scadenze di verifica? (allegare il PRTP definito)	☐ SI ☐ NO

Sono state eseguite le valutazioni periodiche?	☐ SI ☐ NO																																																																
Riportare le date delle valutazioni periodiche effettuate	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico K2 - Area 2 - Abilità sociali. K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. 																																																																
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico K2 - Area 2 - Abilità sociali. K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. 																																																																

Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionali, riportarne la denominazione e il punteggio			
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'équipe della struttura?	☐ SI	☐ NO	
Se sì, con che frequenza?			
Ci sono stati ricoveri in SPDC durante il presente inserimento nella struttura?	☐ SI	☐ NO	
Se sì, specificare	TSO ☐	TSV ☐	gg. di degenza
	TSO ☐	TSV ☐	gg. di degenza
	TSO ☐	TSV ☐	gg. di degenza
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)			
Definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con una prosecuzione dell'inserimento nella struttura			
D. SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO			
Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____		
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____		
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____		
Benzodiazepine e/o Ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____		
Altri farmaci	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____		
Se sta assumendo altri farmaci per patologie concomitanti, specificare quali			
Compliance terapeutica attuale del paziente	☐ scarsa	☐ sufficiente	☐ buona

E. SEZIONE RICHIESTA PROROGA	
Proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura (il periodo di proroga non può superare un anno)	☐ 1 mese ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 9 mesi ☐ 12 Mesi altro _____
F. SEZIONE ESITO VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROROGA	
L'unità valutativa multidisciplinare, considerate le informazioni di ordine clinico ed assistenziale della presente scheda e la tipologia assistenziale :	
Ritlene idonea la proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura	☐ SI ☐ NO
Durata ritenuta idonea (il periodo di proroga non può superare un anno)	☐ 1 mese ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 9 mesi ☐ 12 Mesi altro _____
Se la proroga dell'inserimento nella struttura non è ritenuta idonea, specificarne le motivazioni:	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Nominativo e firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Data della presente valutazione	_____

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta di proroga N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

☐ **Idoneo** per la proroga dell'inserimento nella **Struttura Residenziale Psichiatrica** denominata _____

per la seguente durata (barrare quella corrispondente):

☐	1. 1 mese
☐	2. 3 mesi
☐	3. 6 mesi
☐	4. 9 mesi
☐	5. 1 anno
☐	6. Altro (mai superiore ad 1 anno) _____

☐ **Non idoneo** per la proroga dell'inserimento nella **Struttura Residenziale Psichiatrica** denominata _____

Il Referente UVM



STRUTTURA PROPONENTE	<i>Direzione Regionale:</i> LAVORO <i>Area:</i> AFFARI GENERALI		
Prot. n. _____ del _____ OGGETTO: Schema di deliberazione concernente: Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale.			
ASSESSORATO PROPONENTE	LAVORO		
DI CONCERTO	PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE POLITICHE SOCIALI E SPORT		
ALL'ESAME PREVENTIVO COMM.NE CONS.RE ☐			
COMMISSIONE CONSILIARE: Data dell' esame: con osservazioni ☐ senza osservazioni ☐		VISTO PER COPERTURA FINANZIARIA: ☐ IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO, DEMANIO E PATRIMONIO _____	
SEGRETERIA DELLA GIUNTA ISTRUTTORIA: _____ _____ _____ _____ _____ IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO		Data di ricezione <u>24/12/2013 - prot. 377</u> _____ IL DIRIGENTE COMPETENTE	

OGGETTO: Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale.

LAGIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore al Lavoro di concerto con il Presidente della Regione Lazio e con l'Assessore alle Politiche sociali e Sport,

VISTI:

- l'art. 117 della Costituzione;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro;
- la decisione 2010/48/CE del Consiglio del 26 novembre 2009 relativa alla conclusione, da parte della Comunità europea, della convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, allegati 1, articolo 27;
- la legge 24 novembre 1981, n. 689 "Modifiche al sistema penale" e s.m.i.;
- il decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 "Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi";
- la legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali";
- il decreto legge 1 ottobre 1996, n. 510 "Disposizioni urgenti in materia di lavori socialmente utili, di interventi a sostegno del reddito e nel settore previdenziale", convertito con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, come modificato dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, co. 1180;
- il decreto legislativo 25 luglio 1998, 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e successive modifiche e integrazioni;
- la legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" e successive modifiche e integrazioni;
- legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e successive modifiche e integrazioni;

- il decreto legislativo 19 dicembre 2002, n. 297 "Disposizioni modificative e correttive del decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181, recante norme per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, in attuazione dell'art. 45, co. 1, lettera a) della legge 17 maggio 1999, n. 144" e successive modifiche e integrazioni; il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- legge 11 agosto 2003, n. 228 "Misure contro la tratta di persone";
- il decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 recante "Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e di mercato del lavoro di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30" e successive modifiche e integrazioni;
- il decreto legislativo 24 aprile 2004, n. 124 "Razionalizzazione delle funzioni ispettive in materia di previdenza sociale e di lavoro, a norma dell'art. 8 della legge 14 febbraio 2003, n. 30";
- il decreto del Presidente della Repubblica 16 settembre 2004, n. 303 "Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato";
- decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25 "Attuazione della direttiva 2005/85/CE recante norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato";
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modifiche e integrazioni;
- la legge 28 giugno 2012, n. 92 "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita" e s.m.i.;
- la sentenza della Corte costituzionale 19 dicembre 2012, n. 287 con la quale è ribadita la competenza normativa residuale delle Regioni in materia di tirocini formativi e di orientamento;
- la legge 9 agosto 2013, n. 99 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, recante primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti;
- legge regionale 14 luglio 1983, n. 49 "Organizzazione del servizio dipartimentale di salute mentale." e s.m.i.;
- la legge regionale 25 Febbraio 1992, n. 23 "Ordinamento della formazione professionale" e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale 28 giugno 1993, n. 29 "Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio" e s.m.i.;
- la legge regionale 27 giugno 1996, n. 24 "Disciplina delle cooperative sociali" e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale 7 agosto 1998, n. 38 "Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro" e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale 1 settembre 1999, n. 22 "Promozione e sviluppo dell'associazionismo nella Regione Lazio" e s.m.i.;