



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

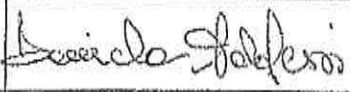
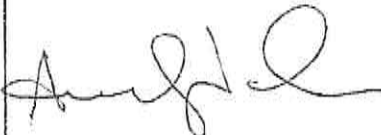
PROCEDURA ORGANIZZATIVA

COMPETENZE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELLE
COMUNITA' TERAPEUTICHE E CENTRI DIURNI

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
data 28.03.2023	Dirigente Assistente Sociale dott.ssa Gerarda Molinaro <i>G. Molinaro</i>	Dipartimento di Salute Mentale Direttore dott. ssa Anna Di Iorio <i>Anna Di Iorio</i>	Dipartimento Professioni Sanitarie UOC Professioni Sanitarie Dip. Non Ospedalieri dott Valentino Coppola <i>V. 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
ADDESSI	DANIELA	Centro Diurno Via Don Orione, 8 -TERRACINA	
COLAZINGARI	MARIA MADDALENA	- Struttura Residenziale Socio Riabilitativa H24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria "S. Fecitola" Via Tor Tre Ponti, snc - Centro Diurno " La Porta Magica" Via Alfieri ,34 LATINA	
GRILLENI	ANNA	- Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa h24 Maricae 1 Via Fontana di Voza, 10 Minturno - Centro Diurno "Gruppo Positivo" -Via Fontana di Voza, 10 Minturno	
MELONE	MARIAROSARIA	- Struttura Residenziale Socio Riabilitativa H24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria "Maricae "2 -Via Fontana di Voza, 10 Minturno - Struttura Residenziale Socio Riabilitativa H24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria "Maricae "3 -Via Fontana di Voza, 10 Minturno	

La UOC Rischio Clinico è referente della implementazione della procedura.

INDICE

PREMESSA

- Contesto di riferimento pag 4

- Servizio di appartenenza

1. - SCOPO ED OBIETTIVI

1.1 - Oggetto pag 5

1.2 - Scopo

1.3 - Obiettivi

1.4 - Destinatari

pag 5 2. - AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

2.1 - Modalità di accesso al servizio pag 9

2.2 - Presa in carico

2.3 - Monitoraggio e Follow-Up

3. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - Definizioni

4. - INDICATORI pag 24

4.1 - Autonomia professionale

4.2 - Presa in carico

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITA' pag 25

5.1 - Matrice delle responsabilità del processo

6. - VALUTAZIONE ED ITER PROCEDURALE DIFFUSIONE pag 25

6.1 - Diffusione

7. - BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI pag 25

7.1 - Bibliografia

7.2 - Riferimenti Normativi

8. - MODULISTICA E ALLEGATI pag 26

8.1 - Modulistica

Strumenti di Valutazione del Funzionamento del percorso riabilitativo

8.2 - Allegati

A) Scheda d'invio del PDTA ASL LT.

B) Scheda Sociale

PREMESSA

La complessità del documento elaborato dal gruppo di lavoro, costituito da Assistenti Sociali impegnati nell'area della riabilitazione psichiatrica afferenti a strutture residenziali e semiresidenziali della ASL di Latina, è finalizzato alla costruzione di progettoriai terapeutici condivisi negli obiettivi, nei metodi, nei tempi e nei risultati, tenendo in conto sia della normativa che dei lavori più aggiornati sulla Recovery in psichiatria.

Si è pertanto delineato una procedura di trattamento della persona con disagio psichico sia all'interno delle strutture residenziali che semiresidenziali.

La procedura elaborata si basa sulla dimensione progettuale-gestionale dei PDTA, quale miglior esempio politico-organizzativo e partecipativo volto all'attivazione della buona pratica nella Salute Mentale

La cooperazione del gruppo di lavoro coinvolto nel presente compito, ha consentito ad ognuno di analizzare i propri percorsi professionali ed *"umani"*, all'interno dei diversi ambiti dell'area della Salute Mentale e nello specifico della riabilitazione.

- Contesto di riferimento

Il Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Latina, coincide con il territorio dell'intera Provincia, secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale approvato nel 2022. Si tratta di un Dipartimento a struttura caratterizzato dalla *"necessità di predisporre una incisiva ed unitaria conduzione degli interventi e, conseguentemente, di esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni, quindi, sulle strutture complesse e semplici, tenuta al rispetto di precisi protocolli di comportamento"*.

Al Dipartimento afferiscono strutture ospedaliere e territoriali. E' vocazione elettiva del Dipartimento Salute Mentale di non assumere caratteristiche di tipo autistico, ma di collaborare ed integrarsi in modo osmotico con altri presidi sia a carattere sanitario, ospedaliero e territoriale, che con altre Strutture Sociali quali ad esempio quelle degli Enti Locali.

Tutti i Servizi afferenti al DSM sono integrati tra loro ed operano secondo procedure standardizzate in fase di attuazione, finalizzate ad offrire all'utenza una risposta adeguata e concreta su tutto il territorio della ASL.

L'utenza ha accesso diretto a tutti i servizi del DSM, o accedono previo invio del MMG e/o dai Presidi Ospedalieri. La presa in carico dell'utenza avviene attraverso un lavoro sinergico tra gli Operatori delle équipes sin dall'invio, pertanto, si procede con: anamnesi clinica, socio-familiare, socio-economica, socio-ambientale, tutto ciò consente di definire l'inquadramento diagnostico, la valutazione per formulare il progetto terapeutico condiviso in équipe da tutti gli Operatori del servizio.

- Servizio di appartenenza

DSM- UOC "ABILITAZIONE E RESIDENZE"

- 1) **Centro Diurno "La Porta Magica" - Via Alfieri, 34 Latina**
(Assistente Sociale dott.ssa M.M. Colazingari)
- 2) **Struttura Residenziale Socio Riabilitativa h24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria**
" S. Fecitola" -Via Tor Tre Ponti, Latina
(Assistente Sociale dott.ssa M.M. Colazingari)
- 3) **Centro Diurno, Via Don Orione, 8 Terracina**
(Assistente Sociale dott.ssa Daniela Addressi)
- 4) **Centro Diurno "Gruppo Positivo" Via Fontana di Voza, 10 Minturno**
(Assistente Sociale dott.ssa Anna Grilleni)
- 5) **Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa (SRTR) h24 "Maricae 1" Via Fontana di Voza, 10 Minturno**
(Assistente Sociale dott.ssa Anna Grilleni)

- 5) **Struttura Residenziale Socio Riabilitativa (SRSR) h24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria Maricae 2 -Via Fontana di Voza 10 Minturno**
(Assistente Sociale dott.ssa Mariarosaria Melone)
- 7) **Struttura Residenziale Socio Riabilitativa SRSR h 24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria "Maricae 3" Via Fontana di Voza, 10 Minturno**
(Assistente Sociale dott.ssa Mariarosaria Melone)

1. - SCOPO ED OBIETTIVI

1.1 - Oggetto

- Tutela della Salute Mentale adulta gestita dal Dipartimento di Salute Mentale nell'ambito delle strutture residenziali:
Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa (SRTR) h 24 ad elevata intensità assistenziale e socio sanitaria;
Struttura Residenziale Socio Sanitaria (SRSR) h 24 ad elevata intensità assistenziale; Strutture semiresidenziali Centro Diurno (CD)
- Individuazione di percorsi riabilitativi di mediazione e di svincolo dalle dinamiche del puro assistenzialismo psichiatrico.

1.2 - Scopo

Omogenizzare le procedure operative nell'ambito delle Comunità Terapeutiche e Centri Diurni (strutture residenziali e semiresidenziali) a gestione diretta della ASL di Latina, al fine di migliorare la qualità degli interventi terapeutico-riabilitativi della persona con sofferenza psichica a cura dello specifico professionale dell'Assistente Sociale presente nelle strutture.

1.3 - Obiettivi

- Omogenizzare attraverso la procedura, la gestione dell'utente con disagio psichico nelle strutture residenziali e semiresidenziali
- Organizzare un percorso protetto per questi pazienti.

1.4 - Destinatari

- Utenti con sofferenza psichica ricoverati presso le Comunità Terapeutiche e Centri Diurni (strutture residenziali e semiresidenziali).

2. - AMBITI DI APPLICAZIONE ED ASPETTI GENERALI

2.1 - Modalità di accesso al servizio

La modalità di accesso, in Struttura Residenziale (SR) e Struttura Semiresidenziale (CD), della persona con sofferenza psichica si riporta nelle tabelle A e B

A) MODALITA' DI ACCESSO ALLA STRUTTURA RESIDENZIALE (SR)

Modalità di accesso in Strutture Residenziali (SR) della persona con sofferenza psichica			
Azione	Chi	Cosa	Dove
Contatto telefonico per presentare il Progetto Terapeutico Individuale (PTI) alla Struttura Residenziale (SR) individuata	Assistente Sociale referente dell'equipe CSM	- Verifica della disponibilità della SR a ricevere il PTI - invio del PTI, da parte del CSM, della relazione di presentazione dell'utente - visita dell'utente e dei familiari presso la SR - visita dell'utente e/o del legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore)	Struttura Residenziale (SR) del territorio DSM ASL Latina
Invio del PTI, approvato, dall'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) del DSM	Assistente Sociale referente dell'equipe CSM, componente della Commissione della UVM del DSM	Invio del PTI approvato dall'UVM e altra documentazione allegata	Struttura Residenziale (SR) del territorio DSM ASL Latina
Presentazione del PTI all'equipe della SR	Equipe del CSM che ha elaborato il PTI	Disamina degli obiettivi e azioni previste nel PTI che rendono necessario il ricovero in SR	Struttura Residenziale (SR) del territorio DSM ASL Latina
Ingresso dell'utente in SR	Assistente Sociale referente dell'equipe del CSM	Assistente Sociale referente dell'equipe del CSM che presenta l'utente all'equipe della SR	Struttura Residenziale (SR) del territorio DSM ASL Latina
Stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo individualizzato (PTRI) a cura dell'equipe della SR e CSM	L'equipe CSM e l'equipe della SR valutano e condividono l'ipotesi del PTRI	- Osservazione del paziente a cura dell'equipe della SR per acquisire elementi per la stesura del PTRI, congiuntamente familiari e all'equipe CSM. - l'ipotesi del PTRI contiene il programma, le verifiche a breve e medio termine, deroghe UVM semestrali; oltre - gli obiettivi - le aree di intervento - case manager - operatori esterni alla SR coinvolti se necessario	Struttura Residenziale (SR) del territorio DSM ASL Latina
Valutazione Sociale per individuare le risorse formali ed informali oltre l'autoderminazione dell'utente	Assistente Sociale della SR	-Valutate le risorse formali ed informali oltre l'autoderminazione dell'utente a cura dell'Assistente Sociale SR e confrontata con l'equipe della SR, si definisce il programma di azione del PTRI individuando un programma	Struttura Residenziale (SR)
Verifiche periodiche	Equipe del CSM, equipe	In base al calendario di	Struttura Residenziale (SR)



	della SR, utente, familiari e/o del legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore)	verifiche concordato nel PTRI, l'equipe del CSM si reca nella SR per verificare, congiuntamente all'equipe della struttura, all'utente ed ai familiari, l'andamento del PTRI che viene, in tale occasione, riformulato se necessario.	
Dimissione dalla struttura	Equipe del CSM, l'equipe della SR, l'utente, familiari e/o del legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore)	Al termine del percorso riabilitativo, verificato il raggiungimento degli obiettivi indicati nel PTRI, l'utente viene dimesso dalla SR e può: • Tornare a domicilio affidato all'equipe CSM per le cure necessarie; • Passare ad altra struttura a minor grado di intensità di trattamento (anche come modulo differenziato della stessa S R. • Essere inserito all'interno di un percorso semiresidenziale CD - Intraprendere un percorso di autonomia personale (abitare supportato, gruppo appartamento, abitazione co-housing, ecc.)	Struttura Residenziale (SR), risorse del III settore presenti sul territorio aziendale e volontariato

**B) MODALITA' DI ACCESSO ALLA STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE (CD)**

Modalità di accesso in Strutture Semiresidenziali (CD) della persona con sofferenza psichica			
Azione	Chi	Cosa	Dove
Contatto telefonico per presentare il Progetto Terapeutico Individuale (PTI) alla struttura semiresidenziale (CD) del territorio da parte dell'equipe CSM	Assistente Sociale referente dell'equipe CSM	- Verifica della disponibilità del CD per un inserimento dell'utente - invio del PTI, da parte dell'equipe CSM - prima dell'inserimento in CD l'utente, i familiari e/o il legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore) posso prendere visione della struttura del CD	Centro Diurno (CD)
Presentazione del PTI all'equipe del CD	Equipe CSM referente del PTI	Analisi degli obiettivi e azioni previste nel PTI che rendono necessario l'inserimento in CD	Centro Diurno (CD)
Ingresso dell'utente in CD	Equipe del CSM referente del PTI	Equipe del CSM accompagna l'utente in CD	Centro Diurno (CD)
Valutazione Sociale per individuare le risorse formali ed informali oltre l'autodeterminazione dell'utente	Assistente Sociale del CD	-Valutate le risorse formali ed informali oltre l'autodeterminazione dell'utente, si definisce in équipe il programma del PTRI formulando il progetto riabilitativo (PTRI)	Centro Diurno (CD) e risorse del III settore presenti sul territorio aziendale e volontariato
Rivalutazione periodica del PTI e PTRI	Equipe CSM, del CD e utente, familiari e/o il legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore)	Nella riunione d'equipe dedicata alla riformulazione del PTI e PTRI si valuta la sussistenza delle condizioni che indicano la necessità di proporre ulteriori trattamenti (tirocini lavorativi e/o abitativi). Per la valutazione si utilizzano alcuni strumenti standardizzati	Centro Diurno (CD)
Dimissione dal CD	Equipe CSM, del CD e utente, familiari e/o il legale rappresentate (AdS, Tutore, Curatore)	Al termine del percorso riabilitativo, verificato il raggiungimento degli obiettivi indicati nel PTRI, l'utente viene dimesso dalla struttura CD. Dopo la dimissione può: • Tornare a domicilio affidato all'equipe del CSM • Intraprendere un percorso di autonomia personale e/o (abitare supportato, gruppo appartamento, abitazione co-housing, ecc.)	Centro Diurno (CD)



2.2 - Presa in carico

L'assistente sociale, cura azioni prettamente di competenza sociale nell'ambito del Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) condiviso in équipe.

- L'assistente sociale impegnata nelle Strutture Residenziali (SR) e Semiresidenziali (CD), esercita l'attività professionale sia attraverso la consulenza sociale, sia attraverso il supporto psicosociale all'utente e famiglia. Attiva la Rete con i servizi territoriali pubblici e del privato sociale per favorire l'inclusione sociale dell'utente anche attraverso progetti dedicati condivisi con l'équipe territoriale del CSM.

2.3 - Monitoraggio e Follow-Up

Il monitoraggio permette all'équipe di analizzare eventuali criticità e pianificare eventuali azioni correttive, attraverso:

- riunioni settimanali dell'équipe secondo le Osservazioni/partecipazione dell'utente alle attività proposte per raggiungere gli obiettivi del PTRI
- somministrazione e decodifica delle schede di valutazione somministrate
- colloqui periodici, ogni quindici giorni, con la famiglia per valutare il cambiamento a seguito del percorso psico-educativo e di sostegno intrapreso presso la SR/CD

L'équipe delle Strutture Residenziali (SR) e Semiresidenziali (CD), valuta attraverso strumenti standardizzati il raggiungimento degli obiettivi, totali e/o parziali, stabiliti nel PTI e PTRI, al fine di valutare/modificare/integrare i nuovi obiettivi nel PTRI.

3. - ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

3.1 - Abbreviazioni

CD	Centro Diurno
CSM	Centro di Salute Mentale
SR	Struttura Residenziale
DCA	Decreto del Commissario ad Acta
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
MMG	Medico di medicina generale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PTI:	Piano Terapeutico o di Trattamento Individuale
PTRI	Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale
SR	Struttura Residenziale
UOC	Unità Operativa Complessa
UVM	Unità Valutativa Multisciplinary
OSS	Operatore Socio Sanitario
AdS	Amministratore di Sostegno
R.R.	Regolamento Regionale

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).
Ascolto	La capacità di ascolto rappresenta un aspetto fondamentale e cardine delle relazioni interpersonali; significa non solo capire ciò che il/la nostro interlocutore sta dicendo con le parole, ma anche riuscire a cogliere ulteriori aspetti, come una sofferenza emotiva o un bisogno, che non vengono espressi in maniera diretta. Nella prima fase di presa in carico è importante che l'operatore mantenga un atteggiamento di "ascolto attivo" per comprendere i problemi dal punto di vista dei soggetti coinvolti accogliendo il loro bisogno di portare la propria versione dei fatti, senza entrare nel merito delle questioni spinose che vengono sollevate. La creazione di un'atmosfera accogliente dipende soprattutto dall'atteggiamento del/la conduttore, che dovrebbe essere caratterizzato da empatia e disponibilità all'ascolto non solo dei contenuti verbalmente espressi, ma anche dai segnali non verbali inviati dall'altro.
Assessment	L'assessment rappresenta una delle competenze più importanti esercitate dal servizio sociale professionale. Col termine assessment ci si riferisce alla raccolta di informazioni ed alle analisi effettuate dall'operatore sociale rispetto alla situazione di una singola persona o di una famiglia. La traduzione italiana più vicina al significato del termine anglosassone è "valutazione del bisogno"; trattasi quindi della valutazione iniziale, dell'accertamento di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale, e di una presa di decisione ponderata. Particolarmente pregnante è l'accezione di "accertamento". L'assessment consiste infatti nella raccolta e nell'analisi delle informazioni volte ad accertare una situazione; riguarda anzitutto fatti rilevabili in maniera il più possibile oggettiva. Accanto a questi dati, per un accertamento è necessario sondare anche il punto di vista delle persone: degli/delle utenti rispetto a se stessi e alla propria situazione. Mettendo insieme questi due ordini di informazioni, l'operatore (o meglio, l'équipe multidisciplinare) dispone di dati per elaborare un giudizio professionale e maturare decisioni informate circa la situazione da affrontare.
Assistente Sociale	L'assistente sociale, è il professionista che agisce secondo l'ordinamento professionale che ha delineato il profilo e le funzioni professionali, legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale". <i>Art. 1 Professione di assistente sociale</i> <i>1. L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative.</i>



	2. <i>L'assistente sociale svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e alla programmazione e può esercitare attività di coordinamento e di direzione dei servizi sociali.</i> 3. <i>La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato.</i> 4. <i>Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale</i> L'Assistente Sociale è il/la professionista che agisce il Servizio Sociale e in quanto professione intellettuale esprime prima di proporre o concorrere ad interventi, una valutazione o diagnosi sociale del caso in esame, la partecipa al soggetto per una verifica e condivisione, per procedere alle prestazioni professionali di assistenza sociale e all'accesso a risorse e servizi. Il suo scopo è di porre in atto, interventi – unitari, globali, integrati e concertati di aiuto, di affiancamento, di accompagnamento, caratterizzati da logica processuale e progettuale, personalizzati e individualizzati, cioè soggettivamente validi ed efficaci, a favore di persone, gruppi e comunità. Il sostegno che l'assistente sociale fornisce a tali soggetti consiste in percorsi responsabilmente partecipati, individuati e definiti di superamento autonomo dei problemi e dei bisogni, o degli stati di disagio, di esclusione, di marginalità che limitano e condizionano il processo emancipativo degli stessi, mediante il corretto ed efficace utilizzo delle competenze e risorse di cui sono portatori. La relazione persona/ambiente/istituzioni costituisce, pertanto oggetto e bersaglio dell'azione professionale. La complessità dei bisogni e dei problemi oggetto di intervento, la prospettiva unitaria e globale dell'azione di aiuto a fronte di problemi non segmentabili secondo logiche riduttive e semplificative, ha consolidato la consapevolezza che l'assistente sociale è un professionista che agisce e si coordina con altri professionisti per rendere concretamente esigibili i diritti di cittadinanza da parte di ogni soggetto a prescindere dallo stato, o condizione, di utente dei servizi costituenti il sistema di sicurezza sociale.
Autonomia Tecnico Professionale	L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento (L.84/93). Come indicato nel Codice Deontologico dell'Assistente Sociale nel Titolo III – 18) "L'assistente sociale afferma e difende la propria autonomia di giudizio, tecnica ed intellettuale da pressioni e condizionamenti di qualunque natura in tutte le proprie azioni e interventi. Strumento della relazione di aiuto utilizzato nei confronti del "disagio adulto" e/o nelle condizioni di povertà estrema, quando si intende contrastare un percorso di emarginazione o un rischio di esclusione sociale. L'azione di a. trova il suo fondamento nei principi del servizio sociale, laddove si fa riferimento all'individualizzazione dell'intervento e alla autodeterminazione del soggetto. L'azione di a. trova altresì riferimenti nelle attività educative e in particolare nei principi dell'"educazione degli adulti"; riferimenti all'azione di a. sono rilevabili nel lavoro di "mediazione", sistematizzando in particolare negli studi relativi all'integrazione lavorativa delle fasce deboli e delle persone disabili in specifico. Autodeterminazione, nel servizio sociale è uno dei principi fondanti della professione.
Bersaglio dell'intervento	Nella fase della valutazione della situazione/problema avviene l'individuazione dell'elemento o degli elementi che costituiscono il "fulcro del cambiamento" verso il quale saranno orientate le strategie e le risorse dell'intervento.
Bisogno	Nel Servizio Sociale il bisogno viene preso in considerazione come espressione della condizione umana individuale e collettiva, soggettiva ed oggettiva, in relazione alla domanda espressa o implicita, come attivatore di comportamenti positivi autodeterminati, quindi non nell'accezione negativa di mancanza di qualcosa, ma in relazione alle capacità di soddisfacimento autonomo.
Cambiamento	Nel servizio sociale è l'azione promossa dall'intervento professionale orientata ad aiutare l'utente, soggetto di cambiamento, a modificare la propria situazione di disagio, attraverso l'acquisizione di una migliore conoscenza e consapevolezza di sé e la sperimentazione di comportamenti nuovi e più efficaci per la risoluzione dei propri problemi.
Casa Management	Definisce la strategia centrale degli interventi di community care. Il termine sta ad indicare una modalità di organizzare e condurre il processo di aiuto attraverso il quale l'operatore, rispettando le fasi metodologiche dello stesso, si rende "garante"



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

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



	- gli ostacoli che hanno eventualmente interferito nella relazione con la persona, con gli altri soggetti del sistema aiuto, o con l'effettiva attuazione del programma - la verifica e la valutazione dei risultati raggiunti e, la definizione di ulteriori scopi e compiti correlati Gli strumenti documentativi più utilizzati dall'assistente sociale sono: il diario giornaliero, la cartella sociale, la registrazione dei colloqui, la relazione sociale, il verbale di riunioni (équipe, di gruppo, gruppo di lavoro, ecc), il contratto scritto.
Domanda	Far saper ciò di cui si ha bisogno, o che si desidera, a qualcuno; richiesta di beni materiali; "interrogazione" in ordine ad aspettative. La domanda può essere diretta o indiretta, spontanea o costretta, individuale o collettiva, espressa o latente, esplicita o implicita: La domanda è un'azione che comporta una risposta. Nel Servizio Sociale la domanda (sia essa diretta/indiretta, esplicita/implicita, individuale/comunitaria, ecc) rappresenta l'input che promuove l'intervento a partire dall'analisi della stessa.
Domanda Sociale	E' la richiesta presentata alle istituzioni da soggetti diversi che, prendendo coscienza del bisogno, del disagio, del problema, che li accomuna, li socializzano, li elaborano e li trasformano in istanze collettive in cui ognuno si riconosce nel rapporto con gli altri.
Dovere	L'azione che è conforme ad un ordine razionale o ad una norma. Nel Servizio sociale considerare il cittadino - utente portatore non solo di diritti, ma anche di doveri, corrisponde al principio dell'autodeterminazione e di libertà e restituisce alla persona ruolo attivo nella relazione di aiuto.
Equipe	Gruppo di lavoro prevalentemente pluridisciplinare, con funzioni di analisi, valutazione e presa in carico.
Efficacia	Capacità di produrre un risultato adeguato e vantaggioso sia rispetto alla qualità, sia rispetto alla quantità delle risorse utilizzate.
Efficienza	Capacità di produrre risultati significativi sul piano quantitativo, indipendentemente dai costi che tali risultati comportano.
Emarginazione	Indica il processo di allontanamento dal centro, la mancata integrazione nel tessuto sociale di soggetti che, per ragioni etniche, economiche o comportamentali, sono discriminati ed esclusi dai normali circuiti che veicolano le relazioni sociali.
Emarginazione Sociale	L'emarginazione sociale è rappresentata da «ogni situazione in cui un individuo o un gruppo di individui viene a trovarsi "ai margini" della collettività. Condizione di chi è escluso dalla partecipazione delle decisioni che governano il sistema sociale e dalla fruizione dei beni, delle garanzie che il sistema offre ai suoi membri. Per tali motivi il termine emarginazione sociale è assimilabile al termine esclusione sociale.
Empatia	Comprensione dei sentimenti della persona utente dal "di dentro". Sentire la confusione, o la timidezza, la rabbia o il sentimento di impotenza come se fossero propri; senza tuttavia, che l'insicurezza, la paura o il sospetto si confondano fino a rendere improduttiva la relazione di aiuto.
Esclusione sociale	Lasciare fuori dal contesto socio-relazionale, dal contesto di vita e di significati, dall'esercizio dei ruoli sociali.
Funzione	Contributo particolare oggettivamente fornito da un processo o da una componente strutturale -per es: un ruolo, un' istituzione, una norma, un gruppo, un tipo di azione sociale -al mantenimento o al conseguimento di uno stato specifico di un determinato sistema sociale o di una sua parte o sottosistema. Nel servizio sociale la conoscenza e la consapevolezza delle funzioni professionali che si esercitano nel rispetto del triplice mandato, permettono di delineare le competenze, possibilità e limiti dell'intervento.
Identità	Nel servizio sociale il riconoscimento e il rispetto dell'identità personale, culturale e sociale sono il fondamento della personalizzazione dell'intervento e rappresentano un ambito di elaborazione dell'auto riconoscimento e della consapevolezza di sé da parte del soggetto dell'intervento.
Inclusione sociale	Inserire, far entrare in un gruppo, in una società, portare dentro; inserimento stabile o funzionale
Indicatore	In senso generale si intende uno strumento (materiale o concettuale) per la misurazione/ponderazione di fenomeni diversi, costruito ad hoc in coerenza con i fenomeni stessi oggetto di misurazione, loro natura, loro funzioni, ecc..., destinato a fornire dati specifici ai fini di orientamento o di una valutazione conveniente degli stessi. Nel servizio sociale indicatori di rischio, di verifica, di valutazione, ecc, sono elementi del progetto nelle fasi di analisi, valutazione iniziale e finale.

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. c) Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria-.
Mandato	Nel servizio sociale il "mandato" legittima l'azione degli assistenti sociali nei confronti della collettività, impegna il singolo professionista all'interno delle istituzioni e delle agenzie di sicurezza sociale e di aiuto ad attuare le politiche poste in atto in funzione della esigibilità dei diritti di cittadinanza, identifica gli impegni dello stesso nei confronti della professione e della comunità professionale. Nel servizio sociale, pertanto, in rapporto con quanto precede e si deve parlare di una pluralità convergente di mandati: dall'istituzione, dalla professione, dall'utenza individuale e/o collettiva.
Mandato Istituzionale	Identifica il complesso delle funzioni che un professionista è incaricato e, pertanto, tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica che informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere del suo operato; indica le competenze, i contenuti, le modalità attraverso i quali può e deve operare a favore dei fruitori del servizio che eroga; il mandato istituzionale è interagente con il mandato professionale e con il mandato sociale.
Mandato Professionale	Identifica il complesso delle funzioni e dei compiti della professione storicamente definiti dalla comunità professionale di riferimento nelle sue diverse espressioni (comunità scientifica, associazioni, gruppi organizzati per finalità sindacali, ordine professionale, ecc) sulla base dei principi, dei valori, della metodologia e dei modelli di riferimento, dei livelli di competenza, della deontologia, quali si sono andati consolidando nel tempo e in relazione al modificarsi delle istanze sociali. Il mandato professionale interagisce con il mandato istituzionale ed il mandato sociale.
Mandato Sociale	Rappresenta le istanze, gli orientamenti e le attese della società, che attraverso le domande (esplicitate 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'operatori è chiamato a ricomporre la complessità delle relazioni esistenti tra questi, (ri)costruendo un contesto di significato nell'ambito del quale orientare il processo di aiuto attivato. Della Valle (1995) elenca le seguenti funzioni del servizio sociale: la presa in carico dell'utenza; la promozione e l'organizzazione delle risorse, istituzionali, formali e informali; lo



	studio dei problemi e delle risorse del territorio e la programmazione degli interventi, all'interno del progetto globale. Dal Pra Ponticelli (2000) parla, con riferimento alle specifiche caratteristiche di pluridimensionalità, di "ottica trifocale", cioè della "capacità di integrare in una visione di insieme l'intervento di aiuto alla persona-famiglia, la progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e strutture quali risorse indispensabili per l'intervento di aiuto alla persona, lo sviluppo e l'integrazione di risorse di "mondi vitali" al fine di costruire un sistema integrato di prestazioni e servizi"
Obiettivo	L'obiettivo rappresenta la direzione che orienta l'attenzione conoscitiva od operativa. nella progettazione dell'intervento di servizio sociale la determinazione degli obiettivi, preceduta dalle fasi di analisi e valutazione degli interventi, deve essere effettuata in base ad una precisa e realistica valutazione della situazione oggetto dell'intervento stesso. nell'azione professionale, quindi, gli obiettivi, accanto al connotato teorico di "aspirazione", assumono la valenza di "fattibilità". nel servizio sociale possiamo, quindi, parlare di obiettivo-risultato atteso ed il medesimo dovrà essere individuato secondo criteri di attinenza e pertinenza rispetto al problema, dovrà essere descritto e definito chiaramente, dovrà essere fondato su analisi realistiche di realizzabilità, dovrà essere condiviso in modo chiaro, non ambiguo, dovrà essere valutabile, è necessario cioè individuare contestualmente gli strumenti atti a misurarlo, vale a dire gli indicatori che proveranno che sia stato raggiunto ed in grado di raggiungimento dello stesso in termini di efficacia ed efficienza.
Pianificazione	Individuazione di azioni complesse da intraprendere rispetto a finalità generali, a lungo termine (annuale o pluriennale) attraverso la realizzazione di programmi specifici, riguardanti obiettivi di medio e breve periodo.
Presa in carico	Assunzione di responsabilità. È la capacità dell'insieme dei soggetti istituzionali e sociali, di arrivare gradualmente a condividere responsabilità e risorse per garantire risposte ai bisogni delle persone in difficoltà e azioni coordinate in grado di favorire processi di promozione, prevenzione, benessere, a favore dei cittadini. Nel servizio sociale, con presa in carico si intende l'atto formale-amministrativo rispetto alla verificata competenza dell'istituzione ad assumersi la responsabilità dei percorsi di aiuto. Nel processo di aiuto si caratterizza, oltre che per la dimensione conoscitiva-relazionale, come assunzione di responsabilità professionale, individuale e collettiva (del singolo operatore, dell'équipe, del servizio verso il singolo, il gruppo, la comunità in rapporto e risposta ad una domanda, esplicita/implicita, diretta/indiretta, d'intervento). Nello specifico del Servizio Sociale p.c. può essere "leggera, complessa, preventiva, riparativa". Conseguentemente, per p.c. complessa si intende un percorso che incontra una problematicità elevata e interagisce con essa in presenza di un alto grado di gravità socio-ambientale e a volte di forte multiproblematicità.
Problema	Nel servizio sociale rappresenta l'oggetto dell'intervento, è l'elemento intorno al quale si sviluppa il processo di aiuto; una delle fasi della progettazione dell'intervento è dedicata alla chiarificazione ed emulazione del problema, sulla base di dati qualitativamente rilevanti ed efficaci per la valutazione dello stesso, per la verifica della pertinenza con il mandato ed il ruolo di chi deve affrontarlo, e definito mediante il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati.
Processo metodologico	Nel servizio sociale rappresenta l'articolazione e la specificazione del metodo.
Processo di aiuto	Nel servizio sociale si può definire come la capacità di attivare, a fronte dei problemi e dei bisogni dell'utenza singola e/o associata, percorsi di risposta articolati e spesso complessi in cui il soggetto, o i soggetti, portatore/i del bisogno e/o del problema assumono un ruolo assolutamente centrale e protagonista e la relazione professionale d'aiuto costituisce il tessuto connettivo del processo stesso nelle sue diverse fasi, interrelazioni e componenti. <u>I soggetti implicati, con ruoli e funzioni differenti nel processo di aiuto sono:</u> ✓ l'utente (pone il problema, chiede l'intervento, definisce le soluzioni e le linee operative sostenute dall'azione professionale dell'assistente sociale) ✓ l'assistente sociale (accoglie, ascolta, sostiene, informa, chiarifica, restituisce, accompagna, ecc, ed attiva l'incontro, progettato e finalizzato alla specificità della persona e del suo problema, tra l'utente e le risorse istituzionali e non). ✓ il servizio (offre risorse e modalità amministrative per l'uso delle stesse). ✓ l'ambiente di vita della persona nel suo complesso e per ambiti significativi (in forma a volte diretta a volte indiretta a seconda delle diverse situazioni

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



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



lavorativa, di formazione e di supporto all'abitare

- Garantire la continuità assistenziale delle persone fragili che necessitano 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/personone – eventualmente anche facendosene portavoce – alla formazione del percorso di cura, con particolare riferimento alla condivisione delle scelte e dei progetti assistenziali, anche ai fini dell'aumento della compliance;

- sviluppa e mantiene le relazioni tra le reti di sostegno alle fragilità, con una specifica attenzione professionale al lavoro con le comunità e con i soggetti del Terzo Settore e del Quarto Settore”. (CNOAS 2021)

- propone, partecipa e organizza con altre figure professionali la formazione continua dell'Azienda Sanitaria.

Il Servizio Sociale in Sanità, per le funzioni assunte in questi anni, riveste una configurazione di snodo strategico tra sistema sanitario e sistema sociale, garantendo quel necessario livello di collaborazione tra i diversi ambiti (istituzionale, gestionale



	e professionale). Gli scopi operativi del servizio sociale sono: - sostenere i processi di autonomia dell'individuo, di gruppi delle comunità - favorire processi di socializzazione "nutritiva" e significativa per l'identità individuale e sociale, nel rispetto delle norme vigenti - aiutare individui e gruppi ad identificare, risolvere o ridurre i problemi e/o bisogni di carattere personale, relazionale, ecc - documentare la rispondenza dei servizi e delle risorse sociali ai problemi che si presentano ed ai bisogni emergenti, ricercando, analizzando e correlando, in collaborazione con altri professionisti, le variabili che li determinano in funzione della più coerente ed efficace implementazione di risposte - concorrere all'attivazione, organizzazione e gestione di servizi quantitativamente e qualitativamente rispondenti ai bisogni e/o problemi evidenziati - contribuire all'elaborazione di indirizzi di politica sociale, in particolare a livello territoriale, atti a prevenire i problemi ed a porre in essere condizioni per l'equilibrato sviluppo umano e comunitario, che tengano conto delle esigenze globali delle persone, delle famiglie, della comunità
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 sé 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 (Ferrario 1992). 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, sviluppatesi 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

DIMENSIONE	ATTIVITÀ	STRUMENTI	INDICATORE
Autonomia Tecnico Professionale	Tutte le attività istituzionali inerenti il percorso di riabilitazione nella SR/CD	colloquio cartella sociale visita domiciliare lavoro d'equipe	N. colloqui con utente N. colloqui con famiglia N. colloqui con legali rappresentanti N. visita domiciliare
Presa in carico: in SR/CD	Dell'utente ricoverato presso SR/CD	lavoro di rete lavoro d'equipe elaborazione PTRI	N° di incontri con Servizio Sociale territoriale, III Settore, associazioni, utili al lavoro individualizzato PTRI; ; N° dei soggetti raggiunti sul territorio per attivazione della rete utili al lavoro individualizzato PTRI; N° degli incontri con l'equipe del CSM per monitoraggio PTI; N. incontri équipe SR e CD per monitoraggio PTRI

5. - MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

5.1 - Matrice delle responsabilità del processo

ATTIVITA'	CHI			
Ingresso dell'utente in SR	R (Medico, Assistente Sociale Psicologo)	A (Medico, Assistente Sociale Psicologo)	C (Infermiere, Educatore professionale, OSS)	I (Utente, Famiglia, Legale rappresentante)
Valutazione Sociale per individuare le risorse formali ed informali oltre l'autodeterminazione dell'utente	R (Assistente Sociale)	A (Assistente Sociale)	C (Assistente Sociale)	I (Medico, Psicologo, Infermiere, Educatore professionale, OSS, Utente, Famiglia, Legale rappresentante)
Verifiche periodiche in SR/CD	R (Medico, Assistente Sociale Psicologo)	A (Medico, Assistente Sociale Psicologo)	C (Medico, Psicologo, équipe CSM, Infermiere, Educatore)	I (Medico, Psicologo, équipe CSM, Infermiere, Educatore)



			professionale, OSS, Utente, Famiglia, Legale rappresentante)	professionale, OSS, Utente, Famiglia, Legale rappresentante)
Dimissione dalla struttura	R (Medico, Assistente Sociale Psicologo)	A (Medico, Assistente Sociale, Psicologo, équipe CSM	C (Medico, Psicologo, équipe CSM, Infermiere, Educatore professionale, OSS, Utente, Famiglia, Legale rappresentante)	I (Medico, Psicologo, équipe CSM, Infermiere, Educatore professionale, OSS, Utente, Famiglia, Legale rappresentante)

6. VALUTAZIONE ED ITER PROCEDURALE DIFFUSIONE

Diffusione

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

7. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

7.1 - Bibliografia

- WHO EUROPEAN FRAMEWORK FOR ACTION ON MENTALE HEALT- 2021-2025
- La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato- R. Mezzina. P. Ridente – 2015
- Progetto Housing per persone con disagio mentale DSM ASL ROMA 2
- 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

- ASL Latina-Adozione Nuovo Atto Aziendale
- Delibera Aziendale N° 541 del 16/05/2022
- ASL Latina -PDTA – Schizofrenia – Anno 2013
- DGR 511/2013 - Tirocini di inserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale
- R.R. 1/2000 – Provvidenze economiche per persone con sofferenza psichica
- Ordine Assistenti Sociali Lazio - “Linee guida per l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale e la definizione di un modello organizzativo nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio”
- Ordine Assistenti Sociali Lazio – Codice Deontologico -
- Legge 180 del 13/05/1980



8. MODULISTICA E ALLEGATI

8.1 - Modulistica

Strumenti di Valutazione del Funzionamento del percorso riabilitativo

8.2 - Allegati

A) Scheda d'invio del PDTA ASL LT.

B) Scheda Sociale

SCHEDA PSICO – SOCIALE PRESA IN CARICO

- a) Sezione I - Anagrafica
- b) Sezione II - Analisi della domanda
- c) Sezione III - Progetto personalizzato

SEZIONE I - ANAGRAFICA

Dati Anagrafici del/la Beneficiario del progetto gruppo appartamento

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

Residente in via/piazza _____ n° _____

Cod. Fis. _____ Tel. _____ / _____

Sintesi Dati Del Beneficiario d Riferimento

Stato civile: 1 ☐ coniugato 2 ☐ separato/divorziato 3 ☐ vedovo 4 ☐ celibe/nubile

Sesso: 1 ☐ M 2 ☐ F

Istruzione:

1 ☐ nessun titolo 2 ☐ licenza elementare 3 ☐ scuole secondaria di 1° grado

4 ☐ scuola professionale 5 ☐ medie secondaria di 2° grado 6 ☐ laurea

Ultima attività lavorativa _____

Pensione: 1 ☐ nessuna 2 ☐ minima/sociale 3 ☐ altra pensione

Invalidità civile 1 ☐ si 2 ☐ no

Indennità di accompagnamento 1 ☐ si 2 ☐ no 3 ☐ in attesa

Indennità 1 ☐ si 2 ☐ no 3 ☐ in attesa

Componenti del Nucleo Familiare

Relazione Parentale con il B.d.R.	COGNOME E NOME	Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale	Stato Civile (v. legenda)	Scolarità

Legenda relazione parentale:

A. Coniuge	B. Convivente
C. Figlio/a	D. Sorella/fratello
E. Altro	

Legenda Stato civile:

A. Celibe/Nubile	B. Coniugato/a
C. Vedovo/a	D. Separato/a
E. Divorziato/a	F. Convivente
G. Altro	

Analisi della Situazione Lavorativa, Formativa e Economica

Componenti del nucleo familiare COGNOME E NOME	Occupazione (v. legenda)	Qualifica	<u>condizione scolastica/formativa</u>

Legenda occupazione

A. occupazione precaria	B. occupazione stabile
C. lavoro protetto	D. lavori socialmente utili
E. pensionato	F. occupato part-time
G. in cerca di prima occupazione	H. avviato a tempo determinato, indicare durata in mesi
I. disoccupato	J. ALTRO: J 1 – invalidità civile
	J 2 – inden. Accompagn./freq. Scolast
	J 3 – rendita Inail
	J 4 – pensione di guerra
	J 5 – altri aiuti

Situazione abitativa

Titolo di godimento (una sola risposta) 1 ☐ propria 2 ☐ usufrutto 3 ☐ titolo gratuito 4 ☐ non proprio, non in affitto (presso.....)	In affitto da: 5 ☐ a privato 5 ☐ b pubblico Canone di locazione €, _____ È in atto lo sfratto esecutivo? ☐ Sì ☐ no
Dislocazione nel territorio (una sola risposta) rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti) 1 ☐ servita 2 ☐ poco servita 3 ☐ isolata	
Barriere architettoniche (una sola risposta) 1 ☐ assenti 2 ☐ solo esterne 3 ☐ interne	piano ☐ ascensore sì ☐ no ☐ numero vani ☐ servizi: esterni all'abitazione ☐ interni all'abitazione ☐
Giudizio sintetico 1 ☐ abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n. di persone ben servito) 2 ☐ abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano/disabile nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3 ☐ abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato).	
Note:	

SEZIONE II – ANALISI DELLA DOMANDA

Definizione generale condivisa del problema:

Elementi per la definizione del problema e del progetto:

1. ABITAZIONE:

2. SITUAZIONE LAVORATIVA

3. SITUAZIONE ECONOMICA

4. SITUAZIONE RELAZIONALE DEL NUCLEO FAMILIARE E RETE INFORMALE DI SUPPORTO

5. SITUAZIONE SANITARIA DICHIARATA/CERTIFICATA

6. OSSERVAZIONI DI SINTESI:

SEZIONE III - PROGETTO PERSONALIZZATO

Profilo del nucleo familiare

PROBLEMATICHE della Famiglia

- ☐ Conflittualità familiare
- ☐ Difficoltà organizzative
- ☐ Disagio economico e/o abitativo
- ☐ Difficoltà di tenuta della rapporto lavorativo
- ☐ Competenze insufficienti per il mercato del lavoro
- ☐ Isolamento sociale
- ☐ Dipendenze
- ☐ Patologia fisica (certificata)
- ☐ Patologia psichica (certificata)
- ☐ Devianza
- ☐ Carcerazioni
- ☐ Lutto recente
- ☐ Altri eventi traumatici _____

RISORSE della Famiglia

- ☐ Riconoscimento dei bisogni
- ☐ Capacità di adattamento
- ☐ Buona capacità organizzativa
- ☐ Capacità di utilizzo di servizi e risorse
- ☐ Rete di aiuto presente
 - * Parenti
 - * Vicinato
 - * Volontariato
 - * Altri
- ☐ Altro _____

RISORSE del Beneficiario

- ☐ Riconoscimento dei problemi
- ☐ Rapporto significativo e stabile interno/esterno alla famiglia
- ☐ Capacità di costruire una rete amicale
- ☐ Capacità di utilizzare il tempo libero
- ☐ Tenuta degli impegni assegnati
- ☐ Utilizzo di servizi e risorse
- ☐ Rispetto delle regole
- ☐ Altro _____

OBIETTIVI PRIORITARI DEL LAVORO SOCIO-EDUCATIVO CON IL NUCLEO FAMILIARE

A. Sostenere adattamento alla realtà	
B. Orientare alle scelte	
C. Valorizzare le competenze individuali	
D. Curare la socializzazione	
E. Orientare e accompagnare alla fruizione dei servizi	
F. Supportare l'organizzazione familiare	
G. Migliorare le capacità di gestione del budget	
H. Migliorare le capacità di autonomia abitativa	
I. Altro (spec.)	

PROGRAMMA PERSONALIZZATO CONDIVISO CON LA FAMIGLIA

Padre

Nome e cognome

Madre

Nome e cognome

Figli

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

Altri membri del nucleo familiare (specificare)

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

Nome e cognome

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E RISORSE DA VALORIZZARE PER L'INTERO

**OBIETTIVI, RISULTATI ATTESI E AZIONI PER OGNI COMPONENTE
DEL NUCLEO FAMILIARE**

Nome e Cognome _____

Obiettivi	Ob. A
	Ob. B
	Ob. C
	Ob. n.
Risultati attesi	Per Ob. A
	Per Ob. B
	Per Ob. C
	Per Ob. n.
Azioni	Per Ob. A - az. 1 - az. 2 - az. 3 - az. n.
	Per Ob. B - az. 1 - az. 2 - az. 3 - az. n.
	Per Ob. C - az. 1 - az. 2 - az. 3 - az. n.
	Per Ob. D. - az. 1 - az. 2 - az. 3 - az. n.

SERVIZI COINVOLTI NEL PROGETTO DI PRESA IN CARICO:

- | | |
|---|------------------|
| ☐ Servizio Materno infantile | operatore:..... |
| ☐ Centro di Salute Mentale | operatore: |
| ☐ SerD | operatore: |
| ☐ Servizio disabili | operatore: |
| ☐ Servizio domiciliare disabili | operatore: |
| ☐ Servizio domiciliare anziani | operatore: |
| ☐ Servizio domiciliare minori | operatore: |
| ☐ Servizio sociale municipale e/o cittadino | operatore: |
| ☐ Servizio socio-educativo minori, adulti e famiglia | operatore: |
| ☐ Servizio inserimenti lavorativi | operatore: |
| ☐ Servizio Sociale penale adulti | operatore: |
| ☐ Centro per l'impiego | operatore: |
| ☐ Centri di Formazione Professionale | operatore: |
| ☐ Scuola | operatore: |
| ☐ Altri | operatore: |

FASI PREVISTE PER MONITORAGGIO E VERIFICA OBIETTIVI DELL'INTERVENTO CON L'EQUIPE INTERDISCIPLINARE:

1)

2)

3)

Il Beneficiario del Progetto

EQUIPE DI RIFERIMENTO CD/ CTR

ATTIVITA'

PRESENTI

DATE

MESE

ANNO

TOT PRESENTI (1)

LEGENDA

0 = ASSENZA NON COMUNICATA

2 = ASSENZA COMUNICATA

1 = PRESENTE

3 = PRESENTE NON PARTECIPANTE (rimane fuori)

[illegible]

Punteggio da attribuire dalle lett. A-G → 0-2-4-6-8-10 0 = assenza di abilità 2 = abilità minime 4 = abilità quasi sufficienti 6 = abilità sufficienti 8 = abilità soddisfacenti 10 = abilità acquisite	Punteggio da attribuire alla lett. H → 1-3-5-7-9 1 = nullo 3 = breve e/o discontinuo 5 = più di una interruzione oltre la pausa concordata 7 = una interruzione oltre la pausa concordata 9 = costante
--	--



Allegato A)

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE LATINA**Dipartimento di Salute Mentale**

Data, _____

SCHEDA D'INVIO**Nome:**

(Prime due lettere)

Cognome:

(Prima lettera)

Proposta di inserimento in:***Struttura Residenziale***☐***Struttura Semiresidenziale***☐**EQUIPE DI RIFERIMENTO:**

Cognome e nome _____**Luogo e data di nascita** _____**Residenza indirizzo** _____



Domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice Fiscale _____ Recapiti telefonici _____

Stato civile _____ Scolarità _____

MMG _____ TEL _____ Num. Esenz. _____

Familiare di riferimento _____ tel. _____

Seconda persona/familiare di riferimento _____

Tel _____

Tutore _____ tel. _____

Amministratore di sostegno _____ tel. _____

Curatore _____ tel. _____

Allegato B

SCHEDA SOCIALE				
ISEE	INDIVIDUALE	€.....	ISEE	FAMILIARE
.....				
Invalidità civile Si ☐ No ☐ ☐ percentuale di invalidità ☐ ha presentato domanda ☐ non ha presentato domanda Se sì ☐ è in attesa di effettuare la visita ☐ è in attesa di esito				
Indennità di accompagnamento Si ☐ No ☐ ☐ ha presentato domanda ☐ non ha presentato domanda ☐ se sì in attesa di esito percepisce €..... ☐ è stata valutata non erogabile				
Legge 104/1992 art. 3 comma 3 ☐ ha presentato domanda ☐ non ha presentato domanda ☐ se sì ☐ è in attesa di esito ☐ è stata riconosciuta dall'ASL ☐ agevolazioni fruita _____ _____				
Legge 68/1999 ☐ ha presentato domanda ☐ non ha presentato domanda ☐ se sì ☐ è in attesa di esito ☐ è stato valutato collocabile nella				

categoria.....

☐ è stato valutato non collocabile

FONTE DI SOSTENTAMENTO PRINCIPALE

☐ Sussidio terapeutico (R. R. 1/2000)	☐ Risorse economiche del nucleo familiare
☐ Sussidio assistenziale comunale	Tipo _____
☐ Lavoro Autonomo (retrib. e rendite)	☐ Pensioni di lavoro
☐ Pensione di invalidità	☐ Pensione sociale

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

TIPOLOGIA	SPECIFICARE
☐ Lavoro non protetto	
☐ Lavoro semi protetto	
☐ Borse Lavoro	
☐ Tirocini Formativi	
☐ In cerca di prima occupazione	
☐ Disoccupato	
☐ Ultima occupazione	

COMPOSIZIONE FAMIGLIA D'ORIGINE

COMPONENTE	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE (lavoro attivo)	TIT. DI STUDIO

COMPOSIZIONE FAMIGLIA ACQUISITA



COMPONENTE	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE (lavoro attivo)	TIT. DI STUDIO

NOTE

ANAMNESI**DIAGNOSI**

TERAPIA FARMACOLOGICA

Storia personale dell'utente e della famiglia, eventi significativi, riferimenti affettivi importanti, altri percorsi progettuali e/o riabilitativi già realizzati

**ALTRI FAMILIARI CON PROBLEMI PSICHIATRICI**

CHI? _____

VIVE IN CASA? _____

CHE TIPO DI PROBLEMI? _____

EVENTI SENTINELLA (Modalità di espressione del malessere, priorità di intervento)

EVENTI RECENTI (critici o evolutivi) che hanno portato alla proposta di un percorso riabilitativo

ANALISI SITUAZIONE ATTUALE**CASA/HABITAT SOCIALE**

ABITAZIONE			
Propria	☐	In affitto	☐
Condizione adeguata	☐	Condizione inadeguata	☐
Ubicazione centrale	☐	Ubicazione periferica	☐

Cura dell'ambiente di vita, relazioni con il vicinato e habitat cittadino

FORMAZIONE/LAVORO (Attività quotidiane, condizione lavorativa e condizione economica)

AFFETTIVITA'/SOCIALITA' (Nucleo familiare, relazioni interpersonali, rete sociale, interessi personali)

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

CONDIZIONI DI SALUTE FISICA E PSICHICA

SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE (Allegare eventuale documentazione)

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

PROGETTO RIABILITATIVO

VALUTAZIONE RISORSE SOCIO-ASSISTENZIALI

Rapporti parentali esistenti	Capacità assistenziale	Capacità organizzativa
Coniuge	1 2 3	1 2 3
Figli	1 2 3	1 2 3
Rete socio-familiare	1 2 3	1 2 3

Utente	Capacità organizzativa	Capacità adattiva
Autonomia personale e sociale (valutazione tramite test specifici)	1 2 3	1 2 3

INDICI

• Capacità assistenziale

1. i familiari esistenti garantiscono una tipologia di assistenza adeguata per ogni tipologia di bisogno presente o che può manifestarsi;
2. i familiari esistenti riescono a garantire livelli di risposta limitate ai bisogni presenti ed esprimono forte preoccupazione per quelli nuovi che potranno presentarsi;
3. i familiari esistenti garantiscono una assistenza inadeguata o inutile (senza responsabilità - con responsabilità).

(l'assenza di coniuge, figli, parenti significativi produce il punteggio 3 per ognuna delle voci)

• Capacità organizzativa dei familiari

1. il familiare gestisce autonomamente le risposte ai bisogni o coordinano gli aiuti per le necessità;
2. il familiare compie alcune azioni di aiuto ma non riesce ad organizzare altri aiuti oltre il proprio;
3. il familiare non riesce ad organizzarsi rispetto a nessun tipo di bisogno.



- **Capacità organizzativa dell'utente**

1. il cittadino gestisce autonomamente le risposte ai propri bisogni o coordina gli aiuti per le necessità;
2. il cittadino compie alcune azioni a lui utili ma manca di un punto di riferimento affidabile;
3. il cittadino necessita di guida, aiuto, coord. di interventi.