

Il seguente testo, disponibile per la sola consultazione personale e di cui è vietata qualunque forma di diffusione e riproduzione, è pubblicato in forma integrale nel volume:

*Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico.* A cura di Marta Vigorelli (2005), Franco Angeli Editore, Milano.

## Appendice

*Il passaggio dal Welfare state al welfare community nella situazione italiana*

*Presentazione dei principali servizi socio-sanitari italiani con bibliografia ragionata*

*A cura di Norma Ghisotti*

### *La cura e l'evoluzione storica dei bisogni*

In Europa e, in particolare, nell'Inghilterra del dopoguerra, le politiche sanitarie furono improntate al principio per cui l'accesso alla cura doveva essere garantito a tutti, in modo collettivo ed indipendente dal reddito. "La tutela della salute [...] era concepita come un dovere di solidarietà originato dalla maturità e dalla responsabilità della classe dirigente: si trattava dell'estensione del concetto di carità, che aveva informato buona parte dell'assistenza nei secoli precedenti, ad una moltitudine di individui destinati a ricevere passivamente prestazioni e protezione"<sup>1</sup>(Bosio et al. 2002).

.....

### *La riforma della psichiatria*

La riforma della psichiatria, attuata attraverso i dispositivi di legge n. 180/78 e n.833/78, è stata espressione di un profondo cambiamento culturale e sociale nell'approccio alla malattia mentale, resa più comprensibile dalle teorie psicomodinamiche e più gestibile dalla ricerca psicofarmacologica.

Le priorità individuate dalla riforma possono essere così sintetizzate:

- la depenalizzazione del trattamento della malattia mentale (sottoposta, fino a quel momento, all'Autorità Giudiziaria);
- l'attenzione rivolta al recupero sociale nell'ottica di prevenire la cronicizzazione del ricovero manicomiale;
- la promozione di un servizio psichiatrico più diffuso nel territorio, e quindi più accessibile agli utenti, caratterizzato dall'integrazione di professionalità diverse.

.....

### *Il passaggio dal Welfare state al welfare community nella situazione italiana*

Anche in Italia, a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario nazionale (l.833/78) si era radicata la concezione che, all'individuazione sempre più specifica dei bisogni di salute, dovesse corrispondere la totale gratuità di tutte le prestazioni, anche nei confronti di pseudobisogni o bisogni indotti. La presa di coscienza da parte di economisti sanitari, epidemiologi, bioetici ecc. dell'insostenibilità di questo sistema (accentuato in Italia dalla crisi finanziaria iniziata negli anni '90) ha portato alla necessità a porre limiti ad aspettative così totalizzanti, allo scopo di "utilizzare in modo efficiente le limitate risorse che la comunità poteva destinare [...] Sono state per altro anche avviate politiche per la definizione di criteri espliciti di priorità eticamente fondate e basate su nozioni quali l'appropriatezza delle cure e la necessità di erogare unicamente prestazioni di provata e misurabile efficacia" (ibidem p.9).

In un arco di tempo che va dal 1992 al 1993 viene profondamente innovata l'organizzazione sanitaria italiana nella direzione della ricerca di punti di equilibrio fra diritti dei cittadini, programmazione pubblica e competizione di mercato (Ferrario P.).

Il sistema riformato, definisce questa ripartizione delle competenze:

- allo Stato spetta la promulgazione del Piano Sanitario Nazionale per l'indicazione degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione che assicurino condizioni di uniformità per la cittadinanza e che siano coerenti con le risorse finanziarie disponibili;
- alle Regioni è demandata la potestà legislativa con la quale disciplinare la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie e quella organizzativa che si esprime nell'emanazione dei Piani Sanitari Regionali;

---

<sup>1</sup> Citazione tratta dal *Documento introduttivo: il cittadino e il futuro del Ssn*, redatto da A.C.Bosio, A.Canclero, C.Catananti, C.Collicelli, N.Falcitelli, L.Frati, G.Giorgi, P.Micossi, G.Navarrìa, A.Pagni, F.Pellini, R.Rozzini, P.L.Scapicchio, M.Trabucchi, e F.Vasara. tratto dal *Rapporto Sanità 2002*, ad opera della Fondazione Smith Kline, riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "Centro di collaborazione in Management Ospedaliero", che da molti anni si occupa di economia sanitaria e, ultimamente, di politiche sanitarie e sociali, per la modernizzazione e la crescita armonica del nostro welfare. Pubblica ogni anno, un *Rapporto Sanità* presso la casa editrice Il Mulino.

- a livello locale è prevista la costituzione di Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere, dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

In questa cornice di crisi e di grande cambiamento (con risvolti economico-sociali e politico-istituzionali) si situa in Italia, l'introduzione del management nell'organizzazione della Sanità e dei Servizi socio-assistenziali nonché l'approvazione della L.328/00 e del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 che descriviamo nelle loro linee essenziali.

### *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.328/00)*

Obiettivo di questa legge è quello di riformare il settore delle prestazioni sociali fornendo una regolamentazione omogenea per l'intero territorio nazionale.

Si tratta di una normativa che fonda e conferisce autorevolezza al sistema delle politiche sociali, poiché disegna una vera e propria rete integrata di interventi e di servizi in un'area che, storicamente, ha avuto grosse difficoltà nel promuovere la collaborazione fra segmento sociale e sanitario e fra organizzazioni del pubblico e del privato.

.....

Gli strumenti di progettazione necessari per connettere i livelli di governo di Stato, Regioni ed Enti locali sono il Piano Nazionale triennale degli interventi dei servizi sociali, i Piani Regionali ed i Piani di zona.

Il **Piano Nazionale** degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003<sup>2</sup>, è caratterizzato da un affievolirsi del ruolo vincolante della sua programmazione la quale, per effetto dell'accentuarsi del regionalismo (voluta dalla riforma dello Stato in senso federalista), diviene lo strumento per costruire le programmazioni individuate dalle singole Regioni. Esso resta tuttavia fondamentale per la ricognizione dei bisogni, l'analisi delle trasformazioni della domanda sociale, la scelta delle priorità, la definizione degli indirizzi ed obiettivi strategici (vedi figura 2).

Nella sua prima parte, esso fonda il sistema integrato dei servizi sociali sul principio di un "universalismo selettivo" (Ferrario P. 2002) in base al quale esso si rivolge alla generalità degli individui attribuendo tuttavia priorità ai soggetti portatori di specifici disagi: limitazione o mancanza di reddito, riduzione delle autonomie personali per inabilità fisiche e/o psichiche, difficoltà di inserimento nella vita sociale e nel mercato del lavoro, minori in condizione di disagio familiare, soggetti con provvedimenti dell'autorità Giudiziaria. La diversificazione dei diritti e delle modalità di accesso ai servizi è dunque determinata dalla differenza dei bisogni.

Nella seconda parte, il Piano Nazionale indica invece gli obiettivi prioritari cui dovranno fare riferimento i Piani Regionali e quelli di Zona. L'ultima sezione è infine dedicata alla metodologia ed agli strumenti operativi per la realizzazione della rete dei servizi.

.....

### *Il Piano sanitario nazionale 2002-2004*

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004, che rispecchia le trasformazioni dello scenario politico istituzionale di decentramento (devolution) dei poteri dello Stato alle Regioni, comporterà, anche per la Sanità, un graduale processo di abbandono del centralismo sanitario, a favore di una organizzazione regionale. (Falcitelli, Trabucchi, Vanara 2003, p. 9-23). Per questi motivi, il suo schema è radicalmente differente da quelli che l'hanno preceduto. E' significativo, in questo senso, anche il cambiamento di dizione del suo Ministero che, non più della Sanità, diviene della Salute. In questa prospettiva, il Servizio Sanitario Nazionale viene indicato come un importante strumento per il mantenimento e il recupero del benessere psicofisico che deve essere tuttavia sostenuto da una costante attenzione agli stili di vita, all'alimentazione, all'ambiente, per evitare possibili effetti nocivi.

.....

<sup>2</sup> Al sottotitolo recita: "Libertà, responsabilità e solidarietà nell'Italia delle autonomie". E' scaricabile da vari siti Internet fra cui quello della Gazzetta Ufficiale (GU n.181 del 06.08.2001).

<b>I SETTE PRINCIPI ETICI DI TAVISTOCK</b>	
Un gruppo di esperti anglosassoni nel 2000 ha proposto alla considerazione internazionale alcuni principi etici generali, che si rivolgono a tutti coloro che si occupano di sanità e salute.	
1.	<b>DIRITTI:</b> i cittadini hanno diritto alla salute e alle azioni per la sua tutela
2.	<b>EQUILIBRIO:</b> la cura del singolo paziente è centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettività vanno tutelati; cioè non si può evitare il conflitto tra interesse dei singoli e della collettività.
3.	<b>VISIONE OLISTICA DEL PAZIENTE:</b> significa prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurargli continuità di assistenza (dobbiamo sforzarci al contempo di essere specialisti e generalisti)
4.	<b>COLLABORAZIONE:</b> degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale è indispensabile stabilire un rapporto da partner: "Nulla che mi riguarda senza di me" è il motto del paziente che dobbiamo rispettare (Maureen Bisognano, Institute of Health Care Improvement, Boston)
5.	<b>MIGLIORAMENTO:</b> non è sufficiente far bene, dobbiamo far meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti evolutivi. Vi è sempre ampio spazio per migliorare, giacché tutti i sistemi sanitari soffrono di "overuse, underuse, misure" delle prestazioni (uso eccessivo, uso insufficiente, uso improprio).
6.	<b>SICUREZZA:</b> il principio moderno di "primum non nocere" significa lavorare quotidianamente per massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzare i danni, ridurre gli errori in medicina.
7.	<b>ONESTA':</b> trasparenza, affidabilità, rispetto della dignità personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente.

Figura 3

<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	
1.	Attuare l'accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza (LEA)
2.	Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.
3.	Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche
4.	Potenziare i fattori di sviluppo (o capitali) della sanità.
5.	Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e in sanità
6.	Ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali
7.	Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza.
8.	Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari
9.	Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione, la comunicazione pubblica della salute
10.	Promuovere un corretto uso dei farmaci e della farmacovigilanza

Figura 4

.....

Quanto agli Obiettivi Generali, individuati da questo Piano Sanitario, ci soffermiamo brevemente su quello inerente la salute mentale per evidenziarne alcune linee guida di particolare interesse. Ci riferiamo all'attenzione posta dal legislatore sui principi etici della uniformità di distribuzione delle risorse, all'opportunità di integrare in modo ancora più articolato gli interventi sociali e sanitari ed al carattere di continuità che deve avere il percorso terapeutico qualunque sia il punto di accesso dell'utente. Più specificatamente viene proposta la sperimentazione di un modello di Coordinamento Interdipartimentale che possa garantire, in ciascuna Azienda Sanitaria, l'integrazione funzionale dei Dipartimenti di Salute Mentale con quelli materno-infantili, degli anziani, delle tossicodipendenze, con i Distretti ed i Dipartimenti Ospedalieri. E' inoltre prevista la partecipazione del privato sociale al programma di coordinamento interdipartimentale. Ciò dovrebbe contribuire a migliorare, in modo significativo, anche la gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e patologie organiche, mediante l'attivazione di Servizi di Psichiatria di Consultazione e di Collegamento con la medicina generale e quella ospedaliera.

### *Le riforme amministrative*

Sempre nel corso degli anni Novanta, in Italia è stato promosso un processo di riordino di tutto il sistema della pubblica amministrazione.

.....

### *Regolamentazione del terzo settore*

Gli anni Novanta hanno visto crescere la presenza delle organizzazioni del privato sociale che sono andate generalmente a collocarsi negli spazi lasciati scoperti, da un lato, dai servizi pubblici, e dall'altro dal mercato privato. Si tratta di organizzazioni anche molto diverse fra loro ma con alcune caratteristiche in comune:

- hanno natura giuridica privata;
- sono dotate di uno statuto o atto costitutivo che ne regola il funzionamento;
- non hanno scopo di lucro;
- perseguono fini di utilità sociale;
- utilizzano lavoro volontario;
- sono autonome dal punto di vista gestionale ed organizzativo.

Con l'approvazione nel 1991 delle leggi sul volontariato e sulle cooperative sociali, vengono individuati nuovi soggetti per riformare il sistema del welfare alla ricerca di mediazioni fra le esigenze di efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (dettate da criteri di razionalità economica) e l'equità sociale.

Ancora nella direzione di favorire lo sviluppo del settore non profit, viene promossa nel 1997 una legge sulle piccole cooperative (massimo 8 soci) capaci di collocarsi in alcune nicchie di mercato lasciate ancora scoperte dagli altri soggetti imprenditoriali. La finalità è duplice: creare utilità sociali e contemporaneamente nuovi posti di lavoro.

Ricordiamo infine la legislazione sulle Organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) che svolgono attività con fini solidaristici e sono regolate in modo differente dai soggetti volti al commercio.

“Questa riforma è finalizzata a favorire lo sviluppo di settori produttivi nel campo della cultura, dello sport e della solidarietà sociale e di creare nuove opportunità di lavoro, oltre che migliorare gli ambiti sociali interessati. Più precisamente, si tratta di una legislazione di tipo fiscale sulla disciplina tributaria di questi enti. Per ottenere la qualifica di ONLUS è necessaria l'iscrizione ad una speciale anagrafe istituita dal Ministero delle Finanze, sulla base di alcuni requisiti: il reddito prodotto deve essere destinato a fini istituzionali; gli scopi istituzionali devono essere socialmente utili; i redditi non devono provenire da un'attività commerciale svolta in misura prevalente” (Ferrario P. A beneficio delle ONLUS sono previste esenzioni e sconti su tutte le imposte così come ai loro contribuenti.

### *La tendenza all'integrazione socio-sanitaria*

Indicata a livello legislativo e teorizzata in molte forme dalla riflessione psicoanalitica, l'integrazione sta caratterizzando la progettualità del nuovo welfare.

I livelli principali indicati dal legislatore sono tre:

- quello dell'integrazione istituzionale che metta in rete soggetti diversi chiamati a vario titolo ad intervenire su specifiche aree di bisogno attraverso la definizione di protocolli d'intesa;
- quello dell'integrazione professionale che tenga conto della unicità ed unitarietà del soggetto portatore di molteplici bisogni;
- quello dell'integrazione gestionale, riferito alla necessità di trovare strategie di convergenza su obiettivi comuni nelle strutture operative.

L'integrazione diviene quindi “un processo operativo che avviene nel Distretto il quale dovrà garantire i processi di collaborazione interistituzionale e di coordinamento degli interventi finalizzati alla realizzazione dei Piani di zona, ovvero degli obiettivi individuati dalle politiche sociali dei Comuni coinvolti” (Casella S. 2003).

Ricordiamo infine che, con il Decreto del 14 febbraio 2001 (elaborato in concertazione tra il Ministro della salute e quello della solidarietà sociale), vengono introdotti alcuni principi di particolare interesse per la professionalità dello psicologo e dello psicoterapeuta. Fra questi, vi è quello che l'assistenza sociale, le

prestazioni sanitarie e le azioni di protezione sociale possano essere erogate sulla base di *valutazioni multidimensionali* che tengano conto dei seguenti aspetti:

1. funzioni psicofisiche;
2. natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
3. modalità di partecipazione alla vita sociale;
4. fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

“Tale impostazione, oltre a costituire un importante superamento della valutazione monodimensionale (es. medica), indica chiaramente l’esigenza di valutazioni che prendano in considerazione gli aspetti di vita psicologica e relazionale dei soggetti. L’azione socio-assistenziale inoltre prevede un ruolo attivo del soggetto e pertanto riformula la definizione di tale intervento in senso terapeutico e riabilitativo, capace quindi di stimolare i soggetti destinatari dell’intervento ad un coinvolgimento attivo di valutazione e gestionale dei processi (eventuale empowerment). Anche in questo caso l’impostazione del testo costituisce un superamento concettuale dell’assistenza, intesa come azione attiva su un soggetto destinato a recepire passivamente l’intervento..” (ibidem).

Ulteriore elemento di novità è costituito dalla definizione delle *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: si tratta di quegli interventi che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, i soggetti con disabilità o in condizioni di emarginazione. Con questa definizione viene oggi dato un riconoscimento più corretto all’insieme di quegli interventi di psicologia clinica e di comunità attivati dagli Enti locali e dal privato sociale nella direzione di un superamento della tradizionale suddivisione fra segmento socio-assistenziale e segmento sanitario.

Questa riforma dei servizi in senso integrativo, con l’attenzione posta alla promozione della salute, ai principi della appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate, chiamano in causa competenze di tipo psicologico sia nelle fasi di progettazione dei Servizi e degli interventi che in quelle di organizzazione, gestione e, soprattutto, verifica della loro efficacia: agli psicologi e psicoterapeuti la sfida di costruire e diffondere strumenti e metodologie di valutazione della propria operatività.

## Bibliografia

- Ascoli V., Ranci C., *Il welfare mix in Europa*. Carocci-Faber, Roma, 2003.
- Aa.Vv., L. 328/00, *Legge Quadro Per La Realizzazione Del Sistema Integrato Di Interventi E Servizi Sociali. Problemi E Prospettive*, N.20-22/00 (Numero Speciale).
- AA.VV., *Il piano di zona per gli interventi sociali e socio-sanitari*. Maggioli, Rimini, 2001.
- Albanese A., Marzuoli C. (a cura di) *Servizi di assistenza e sussidiarietà*. Il Mulino 2003.
- Amadei G., Tronconi A., *Psicoterapia ed istituzione. La ricerca possibile*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.
- Asioli, *Psichiatria di comunità*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Balboni E., Baroni B., Mattioni A., Astori G. (Cur.) (2003), *Sistema Integrato dei Servizi Sociali. Commento alla Legge N. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, Milano, 2003.
- Battistella A., Piani di zona: e ora?, *Prospettive sociali e sanitarie*, n.8-2003, p. 3.
- Bifulco L.,(a cura di), *Il genius loci del welfare. Strutture e processi della qualità sociale*, Officina Edizioni, Roma 2003.
- Capellari D., Rapporto tra sussidiarietà comunitaria e sussidiarietà istituzionale, *Forum*, 1, 2003.
- Casagrande Luigi, Il Piano di zona nel sistema integrato di interventi e servizi sociali. *Studi Zancan*, 3, 2002, p. 143.
- Casella S., L’integrazione socio-sanitaria: la collocazione degli psicologi nel nuovo sistema di servizi, *La Professione di Psicologo*, 1, pp.27-9, 2003.
- Dalla Mura F., *Pubblica amministrazione e non profit*. Carocci-Faber, Roma, 2003.
- Donati P., Folgheraiter F., *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Fairfield G. et al., Managed care: origins, principles and evolution. *British Medical Journal*, 314, pp. 1823-26, 1997.
- Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie Management, economia e politica sanitaria*. Collana della Fondazione Smith Kline, 2003.
- Falcon G. (a cura di) *Stato, regioni ed enti locali nella legge 5 giugno 2003*. Il Mulino 2003.
- Fava e., Masserini C., *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Feroli E., *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino 2003.
- Ferrarese M.R. *Il diritto al presente. Globalizzazione e tempo delle istituzioni*. Il Mulino 2002.
- Ferrario P., Dalla L.328/00 ad oggi. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, 2002.
- Ferrario P., Condizioni per un efficace processo programmatico dei piani di zona. *Movi-Fogli di informazione e di coordinamento*, 2/3, Milano, 2002.
- Florentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia*. Il Mulino, 2001.

- Fiorentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia*. Il Mulino, 2003.
- Fioritti a. (cur.), *Leggi e salute mentale*. Centro Scientifico Torinese, 2002.
- Folgheraiter F., *Interventi di rete e comunità locali*. Centro Studi Erickson, Trento, 1994.
- Folgheraiter F., *Liberalizzazione dei servizi sociali. Le professioni di aiuto fra concorrenza e solidarietà*. Edizioni Erickson, 2003
- Folgheraiter F., Donati P. (a cura di) *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*. Centro Studi Erickson, Trento, 1997.
- Foresti G., E.Gatti E., Lastrico A., Stroili M., *Continuità Discontinuità e Pubblico/Privato in psichiatria. I Dipartimenti di Salute Mentale fra differenziazione dei servizi e integrazione degli interventi*. Edizioni Ferro, Pavia, 2001.
- Greco M., Dalla riforma ospedaliera al federalismo sanitario, *Organizzazione sanitaria*, n.1-2/2003, p. 5.
- Maciocco G., (a cura di), La riforma ter, Salute e territorio n. 124-5/2001, p. 29 (oltre a G. Maciocco interventi, tra gli altri, di M. Geddes da Filicaia, N. Dirindin, B. Benigni);
- Moore M.H., *La creazione di valore pubblico. La gestione strategica nella Pubblica Amministrazione*, Guerini Editore, 2003.
- Nenci, A.M. Mora F., *Lo psicologo nei servizi pubblici. Linee di cultura clinica e organizzativa nella professione*. Franco Angeli, Milano, 2000.
- Ranci Ortigosa E., Fra la legge 328/00 e modifica della Costituzione. *Prospettive sociali e sanitarie*, 5, 2003, p. 1.
- Paladino M., Cerizza Tosoni T., *Il Case Management nella realtà socio-sanitaria italiana*. Franco Angeli, Milano, 2000.
- Riboldi F., Simonelli F., Dai Servizi Sanitari Al Sistema Per La Salute, *Prospettive Sociali e Sanitarie*,18, 2003.
- Riefolo G., *Psichiatria prossima La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- Taroni F., Grilli R., E' possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?, *Politiche sanitarie*, 2, 2000, p. 64.

## **PRESENTAZIONE DEI PRINCIPALI SERVIZI SOCIO-SANITARI<sup>3</sup> ITALIANI**

### *Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)*

Si tratta di interventi svolti presso il domicilio dell'utente che possa usufruire di un supporto familiare. Offre prestazioni medico-infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, secondo i piani personalizzati di assistenza, per curare e riabilitare coloro che si trovano in stato di temporanea o permanente disabilità ed i pazienti per i quali sono necessari interventi di tipo assistenziale per condizioni legate all'evoluzione terminale di una malattia. Obiettivo dell'ADI è quello di realizzare un'efficace integrazione fra i diversi servizi geriatrici.

BIBLIOGRAFIA: Andreoni B. (cur.), *Assistenza Domiciliare Integrata*. Masson, 2001. Becchi M.A., Bernini Carri E., *Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare*. Franco Angeli, Milano 1998. Fosti G., *Qualità ed orientamento al cliente nei servizi di assistenza domiciliare per anziani*. Franco, Angeli, Milano, 2002.

### *Assistenza Domiciliare Minorile (ADM)*

Il servizio si rivolge a minori con problematiche di disagio sociale e/o familiare e viene, di solito, attivato dal Servizio Sociale Comunale con propria progettualità oppure su prescrizione dell'Autorità Giudiziaria. Consiste nell'inserimento di una figura educativa che affianchi il minore con un sostegno individuale e svolga una funzione temporaneamente vicariante della genitorialità oppure a valenza trasformativa nel caso in cui essa sia inadeguata.

.....

BIBLIOGRAFIA: Janssen C., *Educatore nella casa del bambino. Il sostegno educativo a minori e famiglie in difficoltà*, Casa Editrice Ambrosiana, 2002. Gardini M.P., Tessari M., *Assistenza Domiciliare per i minori*, La Nuova Italia, Scientifica, 1992.

### *Azienda Sanitaria Locale (ASL)*

Azienda territoriale, dipendente dalla Regione, cui spetta il compito di:

- assicurare i livelli di assistenza ai cittadini del proprio bacino di utenza mediante le proprie strutture erogative e/o soggetti privati accreditati;
- organizzare ed amministrare le proprie strutture sanitarie;
- gestire le attività ed i Servizi socioassistenziali per conto degli enti locali.

Il livello delle strutture operative si articola, di norma, in 4 dipartimenti: prevenzione, servizio sanitario di base, attività socio-sanitarie integrate (ASSI), amministrazione.

BIBLIOGRAFIA: Corposanto C., Fazzi L., Scaglia A., *Costruire piani di salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della ASL 1 di Venosa*. Franco Angeli, Milano, in preparazione. Gherardi S., Nicolini D., *La circolazione delle innovazioni come processo di traslazione*, Studi organizzativi, 2, 1999.

### *Centro di Prima Accoglienza (CPA)*

.....

---

<sup>3</sup> Questa sezione è dedicata ad una sintetica presentazione dei principali Servizi socio-sanitari dei quali viene evidenziata: l'appartenenza istituzionale, l'area di intervento, le modalità di accesso e le figure professionali che vi operano. La discrezionalità con cui sono stati scelti i servizi presentati risponde al criterio della loro diffusione sul territorio nazionale (seppure con denominazioni diverse): non compaiono, di conseguenza, quei servizi che sono ancora in fase di sperimentazione o che hanno sono caratterizzati da una stretta appartenenza locale.

Laddove è stato possibile, la presentazione è stata accompagnata da alcune indicazioni bibliografiche scelte per l'aver privilegiato il tema del lavoro nell'istituzione (piuttosto che per la problematica in sé) e per la loro attualità.

### *Casa Famiglia per minori*

Struttura residenziale che accoglie un numero esiguo di minori per ciascuno dei quali viene definito un progetto educativo individualizzato. Caratterizzata da uno stile di vita familiare, è gestita da una coppia di adulti (solitamente coniugi), supportati da figure educative.

BIBLIOGRAFIA: Asilo Mariuccia, Fiocchi A., *Cresciuti quasi da soli. Adolescenti italiani e stranieri con progetti educativi nelle comunità alloggio dell'Asilo Mariuccia*. Franco Angeli, Milano, 2002. De Leo B. G., Bussolotti G., Josi E., *Rischi e sfide nel lavoro di comunità di tipo familiare*. Giuffrè, Milano, 2000. Fondazione Zancan, *Modelli di accoglienza familiare e comunitaria per minori in difficoltà*, Servizi Sociali, 1, 1998.

### *Casa Famiglia/ Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici*

Si tratta di strutture residenziali che accolgono, da un minimo di 3 ad un massimo di 7 persone (la Casa Famiglia) o da un minimo di 3 ad un massimo di 10 (la comunità alloggio). Per l'intero arco delle 24 ore sono garantiti interventi di tipo riabilitativo. Il paziente viene accolto nell'una o l'altra struttura a seconda: 1) del livello di cronicità, 2) del grado di autonomia posseduto, 3) della previsione sul grado di autonomia raggiungibile. A seconda dei casi, il soggiorno sarà organizzato in modo da prevedere un massimo grado di protezione, cioè con operatori sempre presenti (nei casi di minore autonomia), o una protezione tendente a zero (per i casi che hanno raggiunto un buon livello di autonomia); in quest'ultimo caso i pazienti potranno vivere stabilmente in una casa famiglia intesa come la propria e definitiva abitazione.

BIBLIOGRAFIA: Giani A., *Casa Famiglia. Il racconto di un'esperienza e il quadro teorico di riferimento*. Edizioni del Cerro, Tirrenia (Pisa) 2002.

### *Centro di Psicologia del bambino e dell'adolescente (CPBA)*

.....

### *Centro diurno psichiatrico (CD)*

È una struttura semiresidenziale, collocata in ambito territoriale, nella quale sono attuati interventi farmacologici, terapeutici e riabilitativi. L'accesso avviene per invio dello psichiatra curante del Centro psico-sociale, dopo la valutazione della psicopatologia, delle risorse del paziente e la formulazione di un progetto specifico. Nel CD l'équipe curante offre agli utenti strumenti ed opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere modalità relazionali più adeguate (sia nella forma di rapporti individuali che di gruppo). Il programma individualizzato comprende, di solito, attività espressive, guidate da personale educativo, ed occupazionali per lo sviluppo di competenze finalizzate ad un reinserimento lavorativo.

BIBLIOGRAFIA: Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni*. Franco Angeli, Milano 2003. Cocchi A., De Isabella G., *Centri diurni nella nuova psichiatria*. Editrice Nova Ars Libraria, 1996.

### *Centro per la giustizia minorile (CGM)*

I centri di rieducazione per i minorenni, dipendenti dal Ministero di Grazia e Giustizia, assumono la denominazione di centri per la giustizia minorile, con competenza regionale o interregionale.

Fanno capo alla direzione del CGM i seguenti servizi:

- gli uffici di servizio sociale per i minorenni,
- gli istituti penali per i minorenni,
- i centri di prima accoglienza,
- le comunità.

.....

BIBLIOGRAFIA: Mastropasqua I., Scaratti G., *Le avventure di Dike. Il lavoro socio-educativo nei servizi della giustizia minorile*. Franco Angeli, Milano, 1998. Regione Lombardia. Barbero Avanzini B. (Cur.), *Giustizia Minorile e Servizi Sociali*. Franco Angeli, Milano, 2003. Barbero Avanzini B., *Minori, giustizia penale e intervento dei servizi*. Franco Angeli, Milano, 2001. Orlando Clan D., Palermo F., *L'ascolto del minore e la giustizia*. Unicopli, 2001. Borsani A., *Istituzioni e devianza minorile. Sanzione e diritto-dovere all'educazione*. Franco Angeli, Milano, 1997.

### *Centro psico sociale (CPS)*

E' il presidio territoriale che prende in carico il paziente psichiatrico, dopo una fase preliminare [primo approccio] e una valutazione psicodiagnostica, cui segue la formulazione di un progetto: psicofarmacologico, e/o psicoterapeutico, e/assistenziale, e/o riabilitativo e/o la combinazione parziale o di tutte queste tipologie di intervento, secondo la gravità del caso. Le figure professionali che vi operano sono quelle dello psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere ed educatore professionale. Le attività del CPS si svolgono sia presso l'ambulatorio che al domicilio degli utenti. Viene inoltre garantito un servizio di informazione ed assistenza alle famiglie dei pazienti in collaborazione con gli altri servizi distrettuali di base e con le realtà sociali del territorio.

BIBLIOGRAFIA: Carabelli G., Cacioppo M., Grasso L., *Rete di cura in psichiatria*. Franco Angeli, Milano 1999. Berti Ceroni G., Paltrinieri E., *L'ambulatorio psichiatrico pubblico*. Nuova Italia Scientifica 1996. Mosher L.R., Burti L., *Psichiatria territoriale ed istituzioni. La ricerca possibile*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.

### *Centro residenziale terapeutico (CRT)*

Si tratta di un presidio sanitario di tipo non ospedaliero, organizzato secondo il modello della comunità terapeutica. La sua funzione è di realizzare i programmi terapeutico-riabilitativi a termine che richiedono il temporaneo alloggio del paziente in una struttura di tipo abitativo, con assistenza 24 ore su 24. Per ogni ospite del CRT viene definito un progetto il cui scopo è la promozione dell'autonomia del paziente ed il suo reinserimento nella società o, se ciò non fosse possibile, in strutture assistenziali (comunità alloggio, case di riposo).

Le attività svolte dal CRT sono le seguenti:

- valutazione del singolo paziente (svolta da medici, infermieri, psicologi ed educatori professionali);
- interventi specifici e strutturati;
- psicoterapia (svolta da psicologi e psichiatri mediante l'utilizzo di una tecnica specifica e con carattere continuo nel tempo);
- colloqui con i familiari, per migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare, dare un sostegno emotivo ai parenti e informarli sul disturbo psichiatrico del paziente;
- coordinamento e verifica dei trattamenti (mediante incontri interni al CRT ed incontri con operatori dell'Uop);
- riabilitazione e risocializzazione.

BIBLIOGRAFIA: Rabboni M., *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*. Franco Angeli, Milano 2003.

### *Centro socio-educativo (CSE)*

Servizio diurno per l'inserimento di persone portatrici di handicap (con età superiore ai 14 anni) con compromissione media o grave dell'autonomia personale e/o sociale. Ha l'obiettivo di promuovere la crescita dei soggetti, nella prospettiva di una progressiva socializzazione, e di dare un supporto alle famiglie durante la giornata.

.....

BIBLIOGRAFIA: Cavagnola R., *Il Centro socioeducativo*. Edizioni Erickson, Trento.

### *Centro di informazione e consulenza (CIC)*

Attivato negli istituti scolastici, in un'ottica di educazione alla salute, ha una funzione di prevenzione primaria e secondaria del disagio giovanile. Funziona attraverso l'attivazione di uno sportello d'ascolto e la promozione di momenti di formazione ed informazione per gli studenti. Svolge anche attività di consulenza per i docenti. Nello staff sono presenti rappresentanti degli studenti e dei docenti, figure professionali presenti nei Servizi territoriali (CF, Ser.T...) e, su progetti specifici, professionisti esterni.

BIBLIOGRAFIA: Codignola F., *Una cornice per la crescita. Psicoanalisi e lavoro psicosociale con l'adolescente*. Franco Angeli, Milano 2001.

### *Comunità protetta (CP)*

E' una struttura destinata a persone con disturbi psichici stabilizzati e perduranti che presentano riduzione del grado di autonomia e sono prive di adeguati supporti familiari. La Comunità Protetta funziona sul modello della piccola Comunità di tipo familiare ed ha lo scopo di offrire assistenza socio-sanitaria agli ospiti, in modo da sostenere e sviluppare i livelli residui di autonomia. Si distingue in: bassa, media e alta protezione a seconda del tipo di assistenza del personale infermieristico e/o educativo (24 ore su 24,, 12 ore o 4-8 ore). Vi si accede su proposta del CPS.

### *Comunità educativa per minori*

Struttura residenziale privata che offre un contesto di vita temporaneamente sostitutivo di quello familiare. L'accesso del minore avviene solitamente su proposta del Servizio Sociale e/o dell'Autorità Giudiziaria che definisce, in collaborazione con l'équipe psico-socio-educativa della comunità, un progetto individualizzato. Lo staff educativo crea un ambiente di accoglienza ed empatia all'interno del quale il minore può trovare uno spazio d'ascolto rispetto alle difficoltà personali e familiari ed un adeguato stimolo e supporto alle sue necessità di crescita psico-fisica.

BIBLIOGRAFIA: CEARPES, *Quale comunità per quale minore*. Franco Angeli, Milano 2003. Barbanotti G., Iacobino P., *Comunità per i minori. Pratiche educative e valutazione degli interventi*. Carocci, Roma 1998. De Leo G., Bussotti B., Josi E., *Rischi e sfide nel lavoro di comunità di tipo familiare*. Giuffrè, 2000.

### *Comunità terapeutica psichiatrica (CT)*

E' una struttura residenziale, collocata in ambito territoriale, che accoglie i pazienti (da 10 a 16) per l'intero arco delle 24 ore per specifici progetti terapeutico-riabilitativi, che hanno la funzione di integrare l'intervento ambulatoriale.

La CT opera, in collaborazione con i servizi dell'Unità di psichiatria, per sostenere e sviluppare le capacità d'autonomia del paziente in vista della sua risocializzazione e reinserimento nel contesto sociale.

BIBLIOGRAFIA: Marà M., *Terapia di comunità per psicotici*. Franco Angeli, Milano 2003. Vigorelli M., Landra S., *Abitare la comunità. Residenzialità terapeutica*. In dialogo Cooperativa culturale s.r.l., Milano 2002. Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina Editore 1998. Badaracco J. E. G., *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Franco Angeli, Milano, 1989.

### *Consultorio Familiare (CF)*

E' un Servizio multiprofessionale di prevenzione ed assistenza sanitaria, psicologica e sociale all'individuo, alla coppia ed alla famiglia, nelle diverse fasi di vita. Offre assistenza e consulenza nei seguenti ambiti: contraccezione, gravidanza, corsi di preparazione al parto, dimissione precoce protetta dopo il parto, prevenzione dei tumori femminili, consulenza andrologica e sessuale, assistenza psicologica, sociale e sanitaria per interruzione volontaria o terapeutica della gravidanza, assistenza psicologica (individuale, di coppia, familiare) a sostegno della persona e della famiglia, assistenza legale e sociale per problemi legati alla vita familiare; mediazione familiare per gestire la fase della separazione fra coniugi con figli, adozione e affidamento familiare. Al Consultorio Familiare lavorano ginecologi, andrologi, assistenti sanitari, ostetriche, infermiere professionali, psicologi, assistenti sociali ed avvocati.

BIBLIOGRAFIA: Ucipem, *Coppia e famiglia in una società postmoderna. Quale consultorio familiare?* Franco Angeli, Milano, 2000. Ucipem, *Genitorialità difficile e consultorio familiare*. Franco Angeli, Milano, 1995. Ucipem, *Vita della famiglia e consultorio familiare*. Franco Angeli, Milano, 1996. Lotti A., *Adolescenti e consultorio: un incontro possibile?* Franco Angeli, Milano, 1998.

### *Nucleo operativo alcoldipendenze (NOA)*

E' un servizio dell'ASL che si rivolge a soggetti alcolisti o affetti da patologie correlate alle alcoldipendenze. L'équipe multidisciplinare del Servizio, composta da medico, psicologo, assistente sociale, personale infermieristico ed educativo, valuta le diverse componenti della problematica del paziente ed elabora un programma terapeutico basato sulle esigenze del singolo soggetto.

La formulazione di un programma a breve e medio termine può prevedere:

- a) una fase di disintossicazione ambulatoriale o ospedaliera,

- b) psicoterapia di coppia o familiare,
- c) un percorso socio-riabilitativo ed educativo,
- d) inserimento in un gruppo terapeutico del servizio,
- e) controllo medici, psicologici e sociali periodici per 18-24 mesi,
- f) invio ad un gruppo di auto-aiuto territoriale dei Club degli Alcolisti in trattamento o degli Alcolisti Anonimi.

.....

BIBLIOGRAFIA: Cerizza G., Bonzio R., *Alcol, quando il limite diventa risorsa. Un approccio formativo multidisciplinare all'alcolismo*. Franco Angeli, Milano 1999.

### *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)*

Struttura sanitaria extraospedaliera per soggetti anziani e disabili non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti o a rischio di invalidità, privi di adeguato supporto familiare. Offre un livello medio di assistenza sanitaria (infermieristica, medica e riabilitativa) integrato da un alto livello di assistenza alberghiera. L'obiettivo è quello di raggiungere e mantenere il miglior livello di qualità di vita degli ospiti favorendone il recupero funzionale e sociale.

BIBLIOGRAFIA: Opera pia dei poveri bisognosi, *Anziani e servizi. La prospettiva europea e la dimensione nazionale. Un'indagine nel territorio bolognese*. Franco Angeli, Milano, 2003. Calderone B., Laffi S., *Innovare il welfare per la terza età. Metodi e strumenti per l'analisi e la valutazione dei servizi per gli anziani*. Franco Angeli, Milano, 2003. Arbizzani E., Di Giulio R., *Residenze Sanitarie Assistenziali. Il Progetto e la realizzazione*. Maggioli, 2002. Taccani P., Tramma S., Barbieri Dotti A., *Gli anziani nelle strutture residenziali*, Carocci Faber, Roma, 2002.

### *Servizio Adozioni*

Il Servizio, che è attivato dall'ASL, opera nei seguenti ambiti:

- fornisce informazioni sul percorso per l'adozione di un minore italiano o straniero,
- svolge attività di consulenza e colloqui formativi e di conoscenza per le coppie aspiranti all'adozione,
- offre sostegno psicologico alla coppia nello svolgimento del percorso dell'adozione.

.....

BIBLIOGRAFIA: Eramo F., *Manuale pratico della nuova adozione*, Cedam, 2002. Finocchiaro A., Finocchiaro M., *Adozione e affidamento dei minori*. Giuffrè, Milano, 2001. Fadiga L., *Adozione*. Il Mulino, Bologna, 1999. Zanardi A., *Il colloquio nell'adozione. Linee guida per gli operatori*. Franco Angeli, Milano, 2003.

### *Servizio Affidi*

L'affidamento è un intervento, a tempo determinato, rivolto a minori che necessitano di un ambiente familiare più adeguato del proprio con l'obiettivo di un reinserimento nel nucleo di origine, appena le condizioni lo permettano. Può essere richiesto dalle famiglie o dal Tribunale per i Minorenni.

Il Servizio Affidi, gestito d'intesa tra il Comune e l'ASL, ha di solito sede nel Consultorio Familiare. E' attiva un'équipe di operatori specializzati (assistente sociale e psicologa) che hanno il compito di:

- sensibilizzare i cittadini e promuovere la cultura dell'affido,
- svolgere colloqui di conoscenza per persone disponibili ad un affido familiare,
- costruire la "Banca Dati" delle famiglie disponibili all'affido, alla quale riferirsi nella fase di progettazione di un affido familiare,
- svolgere incontri di gruppo per le famiglie affidatarie,
- collaborare con l'équipe territoriale dei Servizi Sociali per avviare l'affido familiare di un minore,
- offrire colloqui di sostegno alla famiglie affidatarie.

BIBLIOGRAFIA: Garelli F., *Affidamento. L'esperienza delle Famiglie e i Servizi*. Carocci Editore, Roma, 2001. Finocchiaro A., Finocchiaro M., *Adozione e affidamento dei minori*, Giuffrè, Milano, 2001. Ciralo C. (1993), *Minore in affidamento. Situazioni soggettive e tecniche di tutela*, Giuffrè, Milano, 1993.

### *Servizio di Mediazione familiare*

Il servizio di Mediazione Familiare, attivato dall'ASL, è a disposizione di quei genitori che intendono cercare insieme soluzioni costruttive per i figli e per se stessi. L'intervento del mediatore familiare dovrebbe preferibilmente essere utilizzato prima dell'avvio di procedure legali, ma si rivela efficace anche per coloro che hanno già intrapreso il percorso della separazione, essendone indipendente. Obiettivo principale della MF è quello di stimolare la riapertura di processi comunicativi e relazionali dei soggetti, finalizzati all'individuazione delle soluzioni più idonee per il contenimento e la riorganizzazione delle conflittualità, anche nell'ottica di una valorizzazione delle responsabilità genitoriali. Si tratta di un intervento di breve durata che si sviluppa attraverso una serie di fasi.: primo contatto, valutazione della mediabilità, premediazione, negoziazione, stipula degli accordi, conclusione, follow-up.

BIBLIOGRAFIA: Nicolò A.M., La mediazione familiare psicoanalitica, *Interazioni*, 1, 2002. Valerio P., Tortono F., Villa F., Vitolo M. La mediazione familiare: spazio di incontro, confronto e crescita di professionalità diverse, *Minori e Giustizia*, 3, 2000. Benedetta Geddes da Filicaia B., Gherardini V., La domanda di mediazione familiare nella pratica di un centro pubblico, *Minori e Giustizia*, 3, 2000. Marzotto C. (a cura di), Modelli organizzativi di mediazione familiare, *Sociologia e politiche sociali*, 1, 1999.

### *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*

Reparto Ospedaliero per la diagnosi e il trattamento di quei pazienti, in fase acuta, non curabili in modo adeguato, presso i presidi territoriali e per i quali risulta urgente approntare tutta una serie di provvedimenti terapeutici di tipo farmacologico a carattere intensivo e sub-intensivo. Il ricovero avviene di norma su base volontaria. Può essere richiesto il ricovero in condizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) solo se esistono le tre condizioni di:

- alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- rifiuto da parte del paziente di accettare volontariamente le cure;
- mancanza di condizioni che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.
- In questo caso il ricovero avviene:
- su proposta motivata dal Medico (di struttura pubblica, di Base, Privato) convalidata entro le 24 ore da un Medico Psichiatra di una struttura pubblica.
- su ordinanza di ricovero disposta dal Sindaco del Comune in cui è stata formulata la proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

BIBLIOGRAFIA: Michelini S., Gasseau *Psicoterapia di gruppo nell'SPDC*. Franco Angeli, Milano 2003. Ruggiano M.G., *Il trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente*, *Minori e giustizia*, 4, 1993.: *Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura come nodo operativo territoriale*, in D'Ambrosio A. (a cura di), *Psichiatria in ospedale. Ruolo, limite e prospettive*, Cuzzolin, Napoli, 1998, pp. 11-19.

### *Servizio Sociale Comunale*

In base alla recente L.328/2000, al Comune spetta la programmazione, progettazione, e realizzazione, in collaborazione con i soggetti operanti nel terzo settore, del sistema locale dei servizi sociali a rete. Il Servizio sociale deve essere in grado di integrare compiti e funzioni molto differenti tra loro (Tiberio, Fortuna, 2001):

- creare i raccordi necessari tra bisogni e risorse sia familiari e sociali, sia istituzionali e comunitari, attivando un sistema di aiuto intorno ai problemi del singolo o della collettività, favorendo e migliorando le relazioni fra individui ed il rapporto fra soggetti e risorse;
- aiutare la collettività ad individuare i propri bisogni e ad attivare le reti di solidarietà naturali, i processi di partecipazione, il volontariato organizzato al fine di creare risorse per la soluzione di problemi individuali e collettivi;
- progettare, organizzare e gestire i servizi e le risorse in modo che siano rispondenti ai bisogni individuali e collettivi.

.....

BIBLIOGRAFIA: Pastori G. (Cur.), *Sistema Integrato dei Servizi Sociali. Commento alla Legge N. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, 2003. Marzotto C., *Per un'epistemologia del servizio sociale. La posizione del soggetto*. Franco Angeli, Milano, 2002. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*. Franco Angeli, Milano, 2002. Albano R., Marzano M., *L'organizzazione del servizio sociale. Strumenti di analisi e proposte operative*. Franco Angeli, Milano, 2000. Guidicini P., *Manuale di metodologia per il servizio sociale*. Franco Angeli, Milano, 2001.

### *Servizio Tossicodipendenze (Ser.T)*

Afferente alla ASL, è il Servizio sanitario che si occupa della terapia delle tossicodipendenze. L'équipe multidisciplinare è composta da medici, psicologi ed assistenti sociali coadiuvati da personale ausiliario ed infermieristico.

Gli interventi offerti si articolano nei seguenti ambiti: 1)farmacologico (accertamenti sanitari, trattamenti metadonici, terapia detossificante o sintomatica); 2)psicologico (supporto psicologico individuale o familiare e psicoterapia); 3)socio-riabilitativo (progetti di reinserimento sociale e lavorativo). Il Servizio inoltre svolge attività di prevenzione ed informazione, collaborando con le scuole attraverso i CIC degli istituti scolastici superiori.

BIBLIOGRAFIA: Vallone M.C., Protti A., *Collaborare per prevenire il disagio in adolescenza. Un progetto pensato e realizzato tra Dipartimento delle dipendenze (Ser.T.), Dipartimento Materno Infantile (NPI) e Scuola Media Superiore*, S&P. Salute e Prevenzione, 36, 2003. Guarino, G., *La qualità nel Ser.t.* S&P. Salute e Prevenzione, 24, 1999. *Descrizione delle attività del servizio psicologico del Ser.T dell'ASL 8- Cagliari.*, 22, 1999.

### *Unità Operativa Inserimenti Lavorativi (UOIL)/Servizio di inserimento e integrazione lavorativa (SIIL)*

Servizio attivato dall'ASL in collaborazione o su delega del Comune. Si rivolge a soggetti che, seppure in possesso di capacità lavorative, si trovano in situazioni di particolare svantaggio: disabili, pazienti psichiatrici, ex carcerati, ex tossicodipendenti, soggetti a rischio di emarginazione (adulti e minori).

L'integrazione lavorativa dei soggetti interessati viene attuata attraverso la formulazione di progetti individualizzati e grazie alla collaborazione di una rete di risorse del privato: aziende, scuole di formazione professionale, organizzazioni sindacali. L'équipe è composta da psicologi, assistenti sociali ed educatori.

.....

BIBLIOGRAFIA: Lepri, C., Montobbio E., *Lavoro e fasce deboli. Strategie e metodi per l'inserimento lavorativo di persone con difficoltà cliniche o sociali.* Franco Angeli, Milano, 2003. Battafarano Giovanni , Fontana Giovanni Paolo , *I nuovi lavori dell'handicap. Un percorso attraverso la legge n. 68 per l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili.* Franco Angeli, Milano, 2001. Bulgarini G. (Cur.), *Persona, psicosi & lavoro.* Franco Angeli Editore, Milano, 1992.

### *Unità Operativa di Neuropsichiatria del bambino e dell'adolescente(UONPIA)*

E' il Servizio dell'Azienda Ospedaliera che si occupa del coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria infantile intra ed extra ospedalieri in un'unica gestione tecnica. Si rivolge a pazienti d'età compresa tra 0 e 18 anni che presentano patologie di tipo neurologico (malformazioni congenite, incidenti neurologici connatali, epilessia, paralisi cerebrali infantili ecc.) e psichiatrico (disagi psichici di differente natura e gravità quali: disturbi del comportamento, dell'apprendimento, dell'alimentazione, del sonno, fino alle nevrosi più strutturate, all'anoressia, alle psicosi).

Le competenze riguardano:

- interventi diagnostici e psicodiagnostici del bambino con difficoltà;
- presa in carico riabilitativa;
- consulenza agli adulti (genitori e/o insegnanti).

.....

Inoltre, la Uonpia effettua la diagnosi funzionale del minore portatore di handicap (certificazione necessaria per la richiesta di insegnante di sostegno) e provvede al suo inserimento nelle scuole d'ogni ordine e grado, sulla base della legge-quadro sull'handicap (Legge 104/92).

La Uonpia si articola in:

- Polo ospedaliero: che si occupa della cura delle crisi acute con ricovero e cura delle gravi difficoltà psicopatologiche in day hospital
- Polo territoriale: che si occupa dei disturbi psicosociali, relazionali e dell'apprendimento.

BIBLIOGRAFIA: P.Tressoldi, *Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico: dalla segnalazione alla diagnosi funzionale*, Trento, Erickson, 1996. Ianes D., Tortello M., *Handicap e risorse per l'integrazione*, Erickson, Trento, 1999.

### *'Unità Operativa di Psichiatria (UOP)*

L'Unità Operativa di Psichiatria è un servizio del Dipartimento di salute mentale delle Aziende Ospedaliere che, sul territorio, svolge le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali nell'età adulta. Vi lavorano psichiatri, psicologi, infermieri, educatori ed assistenti sociali.

L'UOP si rivolge a pazienti di età superiore ai 18 anni e opera per il recupero e il reinserimento sociale dei sofferenti psichici. I programmi che caratterizzano il lavoro del servizio psichiatrico sono:

- terapia: attività ambulatoriali psichiatriche e di sostegno psicologico; attività domiciliari e interventi sulla crisi; interventi sui casi urgenti e cronici;
- riabilitazione: con interventi di tipo psicologico, educativo e socio-assistenziale si intendono migliorare le condizioni del paziente stimolandolo a valorizzare le sue capacità;
- programmi sociali e socio-sanitari: integrano i programmi riabilitativi e mirano a realizzare le condizioni di base perché il paziente viva nella comunità e migliori la qualità della vita;
- prevenzione: attraverso i rapporti con le realtà del territorio (Comuni, scuole...), rapporti con le associazioni dei familiari, del volontariato e del privato sociale; attività di formazione per i volontari e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle problematiche del disagio psichico;
- sostegno alla famiglia: presa in carico del nucleo familiare, promozione di gruppi di auto-aiuto.

La sua attività si svolge in due tipi di strutture:

- Residenziali:
  - il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), per le crisi acute;
  - il Centro Residenziale di Terapie psichiatriche (CRT), per trattamenti terapeutici e riabilitativi.;
  - la Comunità Protetta (CP), per trattamenti terapeutici e riabilitativi continuativi.
- Non Residenziali:
  - il Centro Psico-Sociale (CPS) è il presidio territoriale che prende in carico il paziente psichiatrico;
  - il Centro Diurno (CD) si occupa della risocializzazione e della riabilitazione dei pazienti in cura presso le strutture dell'Unità operativa di psichiatria;
  - gli Ambulatori specialistici.

BIBLIOGRAFIA: Riefolo Giuseppe, *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*, Bollati Boringhieri, 2002.

### *Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM)*

Interviene a favore di minorenni nell'ambito della competenza penale dell'Autorità Giudiziaria Minorile.

Le attività istituzionali dell'USSM vengono individuate in:

- interventi finalizzati alla conoscenza delle condizioni e delle risorse personali, familiari, sociali ed ambientali del minorenne al fine di contribuire, anche con ipotesi progettuali, al processo di decisione dell'Autorità Giudiziaria Minorile;
- elaborazione ed attuazione di piani di intervento individualizzati che, attraverso il processo di aiuto, attivino percorsi di crescita e di responsabilizzazione del ragazzo;
- assistenza al minorenne in ogni stato e grado del procedimento penale, intesa sia come attività del Servizio finalizzata ad offrire al minore elementi di chiarificazione e di consapevolezza che come trasmissione di conoscenza dell'Autorità Giudiziaria per favorire la congruità della decisione giudiziaria;
- interventi di aiuto, sostegno e controllo nella fase di attuazione del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria in accordo con gli altri Servizi Minorili della Giustizia Minorile e del Territorio;
- verifica degli interventi in relazione ai piani formulati ed ai risultati ottenuti;
- promozione del processo di responsabilizzazione della famiglia e di sviluppo delle potenzialità in essa presenti;
- promozione e sostegno alle Comunità locali finalizzati alla valorizzazione delle risorse esistenti ed alla loro funzionale organizzazione per la soluzione dei problemi;

.....

BIBLIOGRAFIA: si rimanda a quella del CGM.

## Unità Tutela Minori (UTM)

Servizio comunale o afferente al Consultorio Familiare che si occupa della tutela e della cura di minori in condizioni di pregiudizio (maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale) e delle loro famiglie su incarico della magistratura minorile e/o ordinaria. L'équipe multidisciplinare è composta da psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali ed educatori che lavorano in rete con le istituzioni presenti sul territorio. Vengono attuati interventi: di carattere sociale ed educativo a supporto del minore e del suo nucleo familiare, di valutazione psicologica e neuropsichiatrica, di sostegno psicologico alle funzioni genitoriali, di consulenza psicologica mirata alla soluzione di conflitti intrafamiliari.

BIBLIOGRAFIA: Ghezzi D., Vadilonga F., (a cura di) *La tutela del minore*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996. Ghezzi D., Integrazione tra il lavoro psicologico di valutazione e terapia e la rete dei servizi nei casi di maltrattamento e abuso sessuale infantile. In *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1, 2, pp.17-18, giugno 1999. Franco Angeli, Milano. Ghisotti, N., Perego F., Riflessioni sulla cura della famiglia maltrattante/abusante. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 33, 5, 2003. Malagoli Togliatti M., Il lavoro di integrazione di rete negli interventi di protezione e tutela. In *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1, 2, pp.9-13.

## Bibliografia integrativa: servizi non presentati o nuovi progetti

- Aluffi Gianfranco, *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Franco Angeli, 2002.
- Borella V.M. *La comunicazione medico/sanitaria le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale e di Pronto Soccorso*. Franco Angeli 2004.
- Bortolotto T., *L'educatore penitenziario: compiti, competenze e iter formativo. Proposta per un'innovazione*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Buccoliero L., Mele V., Nasi G., Calciolari S., Cergas Università Bocconi, *Verso l'ospedale virtuale. Aspetti socio-sanitari ed economico-gestionali della teleassistenza domiciliare*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Burns T., Firn M., *La presa in carico intensiva sul territorio*. Pensiero Scientifico Editore, Torino. Tr. it. 2003.
- Cellentani O., Piromalli S., *Tra carcere e territorio. Il lavoro dell'assistente sociale nella giustizia*. Franco Angeli, Milano, 1996.
- Cellentani Viola Olga (a cura di), *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*, Franco Angeli, Milano, 1998,
- Colombi S., De Isabella G., Fiocchi E.; Reatto L., *La psicologia nelle AO e negli IRCCS*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Caffo E., *Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e con gli adolescenti*, McGraw Hill, Milano, 2003.
- Concato G., *Educatori in carcere. Ruolo, percezione di sé e supervisione dell'educatore penitenziario*. Unicopli, Milano, 2001.
- Della Casa F., Dogliotti M., Ferrando G., Figone A., Mazza Galanti F., Spallarossa M.R. *Famiglia e Servizi. Il minore, la famiglia e le dinamiche giudiziarie*. Giuffrè, Milano, 2001.
- Dell'Antonio A. *Convenzioni internazionali sui diritti dei bambini*. Seam.
- Galesi D., *Telefono giovane*. Franco Angeli, Milano 2003.
- Giannino P., Avallone P., *I servizi di assistenza ai minori*. Cedam, 2000.
- Majer E., Danieli L., Gruppo Educatori CAG e scuola, *CAG territorio scuola: quando la collaborazione diventa possibile*. Provincia di Brescia-Assessorato Ai Servizi Sociali, 2001.
- Marzotto C., Dalla Negra P., *Continuità genitoriale e servizi per il diritto di visita*. Vita e Pensiero, Milano, 1998.
- Regoliosi L. (Cur.) (1998), *Percorso di formazione e ricerca per i centri di aggregazione giovanile*. Provincia di Brescia Assessorato Servizi Sociali.
- Scaratti G., Majer E., *A che cosa serve il centro di aggregazione giovanile*. Unicopli, Milano.
- Squassabia D., *Lavoro di strada. Tecniche di intervento tra animazione e prevenzione*. Franco Angeli, Milano, 2003
- Tognetti Mara Bordogna (cur.), *Promuovere i gruppi di self help*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Ufficio Centrale della Giustizia minorile, *La tutela della salute del minore sottoposto a misura privativa della libertà*. Franco Angeli, Milano, 2000.

## Strumenti bibliografici e legislativi

.....

## Siti internet per ulteriori ricerche bibliografiche

[www.segnalo.it](http://www.segnalo.it)

[www.psychomedia.it/motore/](http://www.psychomedia.it/motore/)

[www.aib.it](http://www.aib.it)

## GLOSSARIO<sup>4</sup>

ADH	Assistenza domiciliare handicap
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADM	Assistenza domiciliare minorile
AEP	Appropriateness evaluation protocol
ALS	Advanced life support
ADI	Assistenza domiciliare integrata
AO	Azienda ospedaliera
ASA	Ausiliario socio-assistenziale
ASL	Azienda sanitaria locale
ASP	Agenzia di sanità pubblica
ASSI	Attività socio-sanitarie integrate
BLS	Basic life support
CAG	Centro di aggregazione giovanile
CATI	Comitato area territoriale interdipartimentale
CDI	Centro diurno integrato
CF	Consultorio familiare
CFP	Centro di Formazione Professionale
CGM	Centro per la giustizia minorile
CIC	Centro di informazione e consulenza
CIM	Centro di igiene mentale
CNR	Consiglio nazionale delle ricerche
COEU	Centro operativo emergenza urgenza
CP	Comunità protetta
CPA	Centro di prima accoglienza
CPBA	Centro di psicologia del bambino e dell'adolescente
CREU	Comitato regionale per l'emergenza urgenza
CRH	Centro residenziale handicap
CRISP	Centro di ricerca interuniversitario sui servizi di pubblica utilità alla persona
CRS	Carta regionale dei servizi
CRT	Centro residenziale territoriale
CS	Customer satisfaction
CSA	Centro Servizi Amministrativi (ex Provveditorato agli Studi)
CSE	Centro socio educativo
CSM	Centro di salute mentale
CT	Comunità terapeutica
CTP	Consulente tecnico di parte
CTU	Consulente tecnico d'ufficio
DCR	Delibera del Consiglio regionale
DEA	Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione
DG	Direzione generale
DGR	Delibera della Giunta regionale
DH	Day hospital
Dlgs	Decreto legislativo
DM	Decreto ministeriale
DMI	Dipartimento materno infantile
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
DPEFR	Documento di programmazione economica e finanziaria regionale
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DRG	Diagnostic related groups

---

<sup>4</sup> Il Glossario che viene qui presentato intende essere uno strumento per familiarizzare il lettore meno esperto con alcune delle numerosissime sigle che sono ormai entrate a far parte del linguaggio tecnico con cui si esprime il lavoro nelle istituzioni socio-sanitarie. Si è voluto inoltre dare un contributo alla diffusione di una cultura condivisa che integri, in modo fecondo, nella formazione, nel lavoro sul campo e nella ricerca, i portati teorici e tecnici delle discipline che confluiscono nell'operatività di quest'area: ci riferiamo a quelle del settore giuridico e legislativo ed all'insieme di quelle delle professionalità rivolte alla salute della persona.

DSM	Dipartimento di salute mentale
DSS	Distretto socio-sanitario
EAS	Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione di alta specialità
ECM	Educazione continua medica
EELL	Enti locali
EU	Emergenza e urgenza
FAQ	Frequent asked questions
FNPS	Fondo nazionale per le politiche sociali
FSE	Fondo sociale europeo
GCP	Gruppo di cure primarie
GdL	Gruppo di lavoro
GIP	Giudice dell'indagine preliminare
GLH	Gruppo di lavoro sull'handicap
GU	Gazzetta ufficiale
H	Handicap
HACCP	Harzard analysis and critical control points
HPH	Health promoting hospital
ICDH	Classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap
ICT	Information and communication technology
IDR	Istituto di riabilitazione
IEAH	Istituto Educativo Assistenziale Handicap
IEH	Istituti educativi per handicap
IP	Infermiere professionale
IPAB	Istituto pubblico di assistenza e beneficenza
IPM	Istituto per minori
IPS	Istituto professionale statale
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
ISS	Istituto superiore di sanità
ISTAT	Istituto centrale di statistica
IT	Information tecnology
IVG	Interruzione volontaria di gravidanza
JCAHO	Joint commission on accreditation of heath care organizations
JCI	Joint commission international accreditation
L	Legge
LEA	Livelli essenziali di assistenza
l.r.	Legge regionale
MDMA	Monitoraggio droghe e manifestazioni di abuso
MIUR	Ministero dell'università e della ricerca scientifica
MMG	Medico di medicina generale
MTS	Malattie a trasmissione sessuale
NAP	Non autosufficiente parziale
NAT	Non autosufficiente totale
NOA	Nucleo operativo alcoldipendenze
NOC	Nucleo operativo di controllo
NPI	Neuropsichiatria infantile
OCD	Operatore cure domiciliari
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OECD	Organisation for economic co-operation and development
OGM	Organismo geneticamente modificato
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
ONLUS	Organizzazioni non lucrative di utilità sociale
ONU	Organizzazione delle Nazioni unite
OOSS	Organizzazioni sindacali
OP	Ospedale psichiatrico
OSS	Operatore socio-sanitario
OTA	Operatore tecnico assistenziale

PAC	Programmazione acquisto e controllo
PDF	Profilo dinamico funzionale
PDT	Percorso diagnostico terapeutico
PdZ	Piano di zona
PIC	Passaggio in cura globale
PM	Pubblico ministero
PO	Progetto obiettivo
POA	Piano di organizzazione aziendale
PRS	Piano regionale di sviluppo
PS	Pronto soccorso
PSN	Piano sanitario nazionale
PSS	Piano socio-sanitario
PSSR	Piano socio-sanitario regionale
PST	Piano strategico triennale
PVA	Protocollo valutazione appropriatezza
RSA	Residenza sanitario-assistenziale
RSH	Residenza sanitaria per handicappati
SAD	Servizio di assistenza domiciliare
SERT	Servizio tossicodipendenze
SIDS	Sindrome improvvisa dell'infante
SIIL	Servizio inserimento ed integrazione lavorativa
SISS	Sistema informativo socio sanitario
SOSIA	Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza
SPDC	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
SSN	Servizio sanitario nazionale
SSR	Servizio sanitario regionale
SSUEm	Servizio sanitario urgenza emergenza
TM	Tribunale dei minori
TO	Tribunale Ordinario
TSO	Trattamento sanitario obbligatorio
U/E	Urgenza/emergenza
U65	Ultrasessantacinquenni
U75	Ultrasettantacinquenni
UM	Unità Mobile
UO	Unità operative
UOCP	Unità operativa di cure palliative
UNICEF	Fondo delle Nazioni uniter per l'infanzia
UOIL	Unità operativa inserimenti lavorativi
UONPI	Unità operativa neuropsichiatria infantile
UONPIA	Unità operativa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
UOP	Unità operativa di psichiatria
UPT	Ufficio di pubblica tutela
URP	Ufficio relazioni con il pubblico
USS	Ufficio servizio sociale
USSM	Ufficio servizio sociale minorile
UTM	Unità Tutela Minori