

PROGETTO ABILI (ABitare, Lavorare, Includere)

1 ANALISI DEL CONTESTO

Il territorio dell'ASL RM H, all'interno del quale il progetto ABILI intende operare, ha una popolazione di 531.177 abitanti (dati ISTAT 2012), dei quali 436.069 maggiori di 18 anni.

In relazione al fenomeno che il progetto intende contrastare, l'emarginazione sociale connessa con il disagio psichico, da una analisi dettagliata del contesto sociale e dei servizi presenti sul territorio emerge un quadro articolato, complesso e parzialmente contraddittorio, dal quale possiamo estrapolare però alcuni elementi che evidenziano la presenza di bisogni ed esigenze cui i servizi presenti sul territorio non forniscono che risposte inadeguate o parziali.

In primo luogo, in termini esclusivamente numerici, possiamo ipotizzare una stima della popolazione del territorio che presenta un disagio psichico significativo attraverso i dati forniti dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL RM H nel "Report delle Attività del DSM 2012", sebbene gli indicatori proposti, gli accessi ai CSM del territorio e le prestazioni effettuate, non siano sufficienti e certamente sottostimano il fenomeno: nel 2012 l'utenza è stata complessivamente di 9212 persone, di cui 5332 donne e 3880 uomini. I dati suddivisi per diagnosi, forniscono inoltre la possibilità di una pur grezza distinzione in termini di gravità: la somma delle persone con diagnosi di schizofrenia, di disturbo psicotico e di disturbo di personalità ammonta a 3491; pur tenendo conto, inoltre, di situazioni familiari multiproblematiche in cui sono presenti più persone in carico al CSM, sulla base dei soli dati forniti dal DSM possiamo ipotizzare in circa 10000 le persone direttamente in contatto, perché riguarda loro personalmente o un familiare, con il disagio mentale grave.

Accanto al numero molto ampio di persone/nuclei familiari coinvolti con il disagio mentale grave, e ad un numero ancor più vasto di situazione di media gravità che afferisce comunque ai Centri di Salute Mentale, esiste inoltre una zona grigia, un'area nascosta e come tale difficile da quantificare che comprende situazioni di disagio non chiaramente definite da una diagnosi psichiatrica ma che segnalano comunque situazioni di difficoltà che mettono l'individuo a rischio di isolamento o emarginazione sociale.

Un altro dato molto difficile da reperire, oltre che difficilmente operazionalizzabile, è il numero di persone che a causa di un disagio mentale si trovano in una situazione di emarginazione sociale: benché sia scorretto sovrapporre queste due situazioni, esiste, tra disagio mentale ed emarginazione, una relazione biunivoca e circolare che si rinforza reciprocamente e che dipende da fattori legati tanto alla fragilità personale, quanto al contesto sociale.

Se facciamo riferimento, inoltre, alle tre aree principali che definiscono l'inclusione/esclusione sociale, e cioè la possibilità di accedere ad esperienze di socializzazione, l'abitare autonomo e il lavoro, appare evidente quanto si amplifichi il rischio emarginazione per i pazienti psichiatrici. In relazione a ciò, dall'analisi dei Piani di Zona emerge come gli stessi Enti Locali abbiano chiaro e percepiscano spesso in termini di emergenza sociale questi problemi; d'altra parte, sono presenti sul territorio diverse cooperative e associazioni, oltre a quelle che propongono questo progetto, impegnate attivamente, spesso in collaborazione con gli Enti Locali, nel contrasto all'emarginazione.

Dall'analisi degli interventi attivi sul territorio in relazione all'abitare, al lavoro e alla socializzazione delle persone con disturbo psichico, emerge:

- la carenza di interventi di residenzialità leggera (pur indicati come necessari nel Piano Strategico Aziendale 2010 -2012 dell'ASL RM H);
- l'attivazione di progetti di inserimento lavorativo svolti quasi esclusivamente in contesti protetti e organizzati tramite tirocini formativi, borse lavoro, formazione finalizzata;
- la presenza frammentaria e spesso disorganizzata di interventi di socializzazione;

L'insieme degli interventi proposti sul territorio, pur articolato e con situazioni di assoluta eccellenza, evidenzia inoltre una serie di criticità:

- la scarsità di interventi indirizzati a quella fascia di persone con un disagio psichico ma che andrebbe aiutata a svincolarsi dalla logica dell'assistenzialismo e a riconfrontarsi con contesti di "normalità";
- la carenza di interventi di ampio respiro territoriale;
- la mancanza di progetti che integrino sinergicamente gli interventi che riguardano abitazione, lavoro e socializzazione;
- una scarsa attenzione alle difficoltà delle famiglie degli individui con disagio psichico, esse pure a rischio di emarginazione sociale.

Il progetto ABILI propone un intervento complesso che affronta insieme le questioni dell'abitare, del lavoro e della socializzazione in un'ottica che privilegia il coinvolgimento attivo della persona/famiglia a rischio di emarginazione; in tal senso, riteniamo possa rispondere ad un bisogno inevaso di partecipazione attiva e di coinvolgimento nei processi di crescita individuale e sociale.

In particolare il progetto è rivolto a :

- persone con disagio psichico e difficoltà economiche impegnate in un percorso di progressiva autonomia che possa loro permettere l'esperienza del social housing (18 persone)
- persone con disagio psichico escluse dal mondo del lavoro che possono sperimentarsi, opportunamente sostenute, con il mercato libero del lavoro (75 persone)
- persone con disagio psichico e loro familiari che possono vivere esperienze di socializzazione in un contesto misto con pazienti, familiari, volontari, cittadini (circa 200 persone)
- persone con disagio psichico e loro familiari che possono partecipare ad esperienze di Gruppi multifamiliari" e attivare esperienze di confronto paritario con altri (90/110 persone, 45 nuclei familiari)
- persone con disagio psichico grave cui offrire uno spazio pomeridiano protetto in cui attuare percorsi riabilitativi pomeridiani, volti al recupero-mantenimento delle capacità residue ed all'integrazione sociale (8 persone)

2 DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

Il progetto **ABILI** (**AB**itare, **L**avorare, **I**ncludere) propone un intervento complesso e articolato di contrasto a quelle **forme di povertà ed emarginazione connesse** con la **disabilità e il disagio psico-sociale**; si articola in una pluralità di azioni e di servizi tra loro strettamente correlati, ma ciascuno con proprie caratteristiche specifiche.

Il progetto si basa sull'utilizzo di una metodologia di **coinvolgimento attivo** della persona/nucleo familiare in situazione di grave deprivazione ed emarginazione sociale; attraverso questa modalità, complementare e non in contraddizione con i tradizionali interventi di natura assistenziale, ci si propone di intervenire non soltanto sullo stato critico attuale, ma anche sulle **condizioni che determinano lo stato di emarginazione**, rinforzando risorse personali e sociali e creando quelle condizioni individuali e contestuali che consentano una più stabile e definita inclusione sociale.

L'insieme degli interventi previsti dal progetto concentra l'attenzione su tre aspetti centrali nell'organizzazione della vita delle persone, attorno ai quali si creano spesso le condizioni che determinano situazioni di esclusione sociale: l'**abitazione**, il **lavoro**, le **relazioni sociali**; il progetto prevede in queste tre aree interventi che consentano agli individui di sperimentare situazioni di contesto *normali* e *normalizzanti*, che favoriscano l'autonomia, sganciandoli da dipendenze cronicizzanti dalle istituzioni.

Il progetto si articola, quindi, su tre aree tra loro complementari:

SOSTEGNO ALL'ABITARE

L'intervento prevede azioni di supporto abitativo rivolto a persone con grave disabilità o disagio psico-sociale impegnate in un percorso di reinserimento sociale.

È articolato in tre macro-azioni:

- **AZIONE 1:** Costituzione di **6 gruppi appartamento** (1 per ogni distretto dell'Asl RMH), **ciascuno con 3 utenti (per un totale di 18 utenti)**, in cui persone in difficoltà e/o situazione di forte emarginazione sociale possano sperimentare situazioni di coabitazione protetta
- **AZIONE 2** **Interventi domiciliari e di gestione delle dinamiche di gruppo**
- **AZIONE 3** **Interventi di sostegno economico**

SOSTEGNO AL LAVORO

L'intervento prevede l'attivazione di percorsi di **inserimento lavorativo** per persone con grave disabilità o in situazione di forte disagio ed emarginazione attraverso l'applicazione del metodo sperimentale e innovativo **IPS** (*Individual Placement and Support*), che fornisce **un sostegno individualizzato alla ricerca del lavoro nel mercato competitivo**, oltre che alla più classica forma di tirocinio formativo ed esperienziale.

- **AZIONE:** Costituzione di **3 centri di inserimento lavorativo IPS**, dislocati nel territorio dell'RM H; si prevede che ciascun centro prenderà in carico nel corso dell'anno 25 utenti, per un totale di **75 utenti**.

ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI SOCIALIZZAZIONE E DI INCLUSIONE SOCIALE

L'intervento prevede la costituzione di **esperienze di socializzazione, individuali e familiari**, che consentano a persone in cui la disabilità o disagio mentale si accompagna a isolamento sociale ed emarginazione di

sperimentare situazioni di interazione e scambio che rappresentano le basi per un reinserimento sociale in grado di offrire dignità e soddisfazione alla persona.

È articolato in tre macro-azioni:

- **AZIONE1:** Costituzione di uno **spazio di accoglienza** costante che funzioni come **portale di accesso** ad attività differenti che saranno organizzate di volta in volta, in luoghi dislocati sul territorio dell'RM
- **AZIONE2:** Costituzione di **3 gruppi multifamiliari** che si svolgeranno presso 3 differenti sedi, dislocate sul territorio RM H; si prevede che i gruppi multifamiliari, **a cadenza quindicinale e con durata di 2 ore**, coinvolgeranno ciascuno in media 15 nuclei familiari e circa 30-35 persone per un totale stimato di **45 nuclei familiari** e circa **90-110 persone**
- **AZIONE 3:** Costituzione di un **servizio pomeridiano di accoglienza e mensa**, che funzioni come spazio diurno di **integrazione sociale, sostegno e recupero**, fornendo attività di socializzazione e un **servizio mensa**.

3 AREE PROGETTUALI

3.1 Sostegno all'abitare

3.1.1 Introduzione

L'esigenza dalla quale origina l'intervento che proponiamo è quella di trovare soluzioni nuove e creative rispetto alla gestione di quelle situazioni umane che, a vario titolo, rientrano nelle cosiddette fasce deboli e a rischio di emarginazione sociale, con particolare riferimento all'area della disabilità e della Salute Mentale.

Si pone infatti la necessità di trovare risposte innovative sia alle criticità costituite dalla contrazione della spesa pubblica, sia all'evoluzione che si è verificata a livello scientifico-farmacologico, evoluzione che ha consentito un notevole incremento della popolazione di utenti che, sotto il profilo prettamente clinico, ha raggiunto una "guarigione clinica", ma che avrebbe bisogno di essere aiutata a conquistare una "guarigione sociale".

Attualmente, molto spesso persone che soffrono di disturbi psichici gravi, pur debitamente curate e pur avendo recuperato (in parte o del tutto) abilità e competenze, sono costrette ad orbitare continuamente all'interno di contesti sanitari, ancorati ad un'identità di malati mentali o di emarginati e dipendenti cronicamente dalle istituzioni socio-sanitarie. In tal senso, ci sembra che le esperienze di *social housing* che si sono sviluppate nell'ultimo decennio in tutta Italia e in questi ultimissimi anni anche nel territorio dei Distretti Socio Sanitari dell'RM H, rappresentino una modalità innovativa di integrazione ed inclusione sociale, che, attraverso il coinvolgimento attivo dell'individuo e il riconoscimento delle sue potenzialità sane, consentono una sua reintroduzione in contesti di normalità, garantendo nel contempo la presenza di forme di assistenza più leggere e più economiche rispetto a quelle che caratterizzano le altre forme di residenzialità

3.1.2 Piano di intervento

L'intervento si propone di intervenire in situazioni in cui la presenza di una grave disabilità o disagio psicosociale sembra rendere impraticabile per l'individuo l'attivazione di percorsi di autonomia; prevede la costituzione di esperienze di coabitazione che consentano a persone adulte in situazione o a rischio di emarginazione di essere reinserite all'interno del tessuto sociale, riconoscendo nella condizione abitativa una componente necessaria per garantire l'autonomia dei soggetti. E' prevista la formazione di 6 gruppi abitativi composti ciascuno da 3 elementi. L'approccio alla base dell'intervento è quello del social housing e prevede che utenti e/o familiari concorrano alle spese di sostentamento; al fine di potenziare le autonomie sociali e quotidiane e tutelare il radicamento nel contesto viene fornito un sostegno economico mensile, erogato a copertura parziale delle spese per l'affitto dell'abitazione.

L'intervento dà continuità al progetto del distretto sociosanitario RM H3 denominato "Sostegno all'abitare di persone adulte con problematiche psicosociale", che rappresenta una significativa esperienza di integrazione tra Servizi sociosanitari, Enti Locali e Terzo Settore, il cui modello si propone di estendere all'intero territorio dell'RM H attraverso accordi formali di collaborazione che saranno siglati con i soggetti istituzionali dei distretti sociosanitari sulla base del protocollo di intesa alla base del progetto descritto (che alleghiamo)

In particolare l'intervento si struttura in tre macro-azioni:

AZIONE 1: COSTITUZIONE DI 6 GRUPPI APPARTAMENTO (1 PER OGNI DISTRETTO DELL'ASL RMH), CIASCUNO CON 3 UTENTI (PER UN TOTALE DI 18 UTENTI)

Questa azione prevede l'individuazione, la valutazione e la gestione da parte del soggetto proponente degli appartamenti per gli utenti destinatari del progetto; il soggetto proponente curerà inoltre gli adempimenti contrattuali e formalizzerà regolari contratti di locazione.

I gruppi appartamento saranno dislocati nel territorio dell'RMH, in linea di massima uno in ciascun distretto sociosanitario, per garantire un accesso più ampio e pari condizioni di fruibilità al servizio; al fine di evitare inutili duplicazioni e sprechi che riducano l'efficienza del servizio, sarà possibile, laddove le esigenze specifiche lo richiedano, dislocare i gruppi appartamento in modo più flessibile.

Gli appartamenti dovranno rispondere a specifici requisiti:

- essere situati in zone centrali, provviste di tutti i servizi essenziali e servite dai servizi di trasporto pubblico
- essere in buone condizioni strutturali, al fine di consentire una sistemazione dignitosa per le persone
- essere provvisti di almeno tre stanze per garantire necessaria privacy di ciascuno
- non avere barriere architettoniche

AZIONE 2: INTERVENTI DOMICILIARI DI GESTIONE DELLE DINAMICHE DI GRUPPO

Questa azione prevede la costituzione di una équipe psicologica che fornisca interventi domiciliari rivolti in maniera specifica alla gestione delle dinamiche di gruppo e delle possibili situazioni di criticità e conflittualità innescate dall'esperienza di coabitazione.

In particolare si prevede, **all'interno di ciascun gruppo appartamento, la presenza per 2 ore a settimana di psicologi ed educatori esperti in dinamiche di gruppo** al fine di:

- sostenere gli individui nel confronto paritario con gli altri;
- favorire e consolidare l'instaurarsi di relazioni fiduciarie all'interno del piccolo gruppo;
- supportare un percorso di progressiva organizzazione e presa in carico delle operazioni di gestione della casa;
- proporre modalità adeguate di mediazione interpersonale e gestione della conflittualità

Questa azione prevede, inoltre, una serie di incontri preparatori individuali e di gruppo propedeutici all'inserimento di ciascun individuo nel gruppo di coabitazione e alla definizione del gruppo stesso; sebbene la tipologia di questo specifico intervento varia necessariamente in base alle caratteristiche di ogni singola situazione presa in carico, si può ipotizzare l'effettuazione di **4 incontri individuali** per ciascun utente e **3 incontri gruppal**i per ciascun gruppo di coabitazione propedeutici alla formazione dei gruppi appartamento, che saranno condotti da psicologi-psicoterapeuti esperti. L'esperienza pluriennale nel trattamento del disagio psichico, maturata sia operativamente che nella progettazione di piani di trattamento complessi, ci induce a pensare sia l'intervento di preparazione alla coabitazione, sia l'intervento di gestione delle dinamiche gruppal

interne, rappresentano una condizione indispensabile per una buona riuscita del progetto. La mancanza di tali elementi del "sostegno all'abitare", porta, inevitabilmente, all'avvio di fenomeni regressivi e del cosiddetto fenomeno della "porta girevole" determinando così il fallimento dei progetti di autonomia

AZIONE 3: INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO

Questa azione prevede l'erogazione di un contributo economico mensile individuale, quantificato in **300,00 € ad utente**, da erogare al soggetto a sostegno parziale delle spese di conduzione della casa (utenze, manutenzione ordinaria, spese condominiali); tale contributo, sommato agli introiti da eventuale pensione di invalidità e/o indennità di tirocinio, dovrebbe garantire una relativa autonomia economica (e quindi la sostenibilità abitativa) ai soggetti che non hanno ancora trovato accesso ad un'occupazione regolarmente retribuita.

Le attività indicate nelle tre azioni saranno a carico dell'ente proponente; al fine di coordinare in modo adeguato gli interventi con le Istituzioni territoriali e i Servizi Sociosanitari, si prevede che:

- *Il Centro di Salute Mentale competente per territorio si occupi di:*
 - a) *individuare e valutare gli utenti da inserire nei gruppi di coabitazione, monitorarne e verificarne l'andamento, prevedendo ed attuando eventuali sostituzioni;*
 - b) *strutturare eventuali interventi domiciliari **sanitari** mirati ed individualizzati per i singoli pazienti.*
- *I singoli Comuni appartenenti ai Distretti Socio Sanitari RM H3 si occupino di:*
 - a) *attivare laddove previsto eventuali interventi individuali di assistenza domiciliare a carattere sociale;*
 - b) *indicare situazioni individuali di disagio o a rischi di emarginazione sociale da poter inserire nel progetto abitativo-*

3.1.3 Destinatari dell'intervento

Destinatari dell'intervento sono persone adulte con grave disabilità e/o disagio psicosociale, dai 18 ai 60 anni, residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H.

	<i>Destinatari diretti</i>
6 Gruppi appartamento (1 per ogni distretto) x 3 utenti ciascuno.	18 utenti

3.1.4 Accesso al servizio e presa in carico

L'accesso al servizio avviene tramite in Centro di Salute Mentale competente per territorio che, anche sulla base di indicazioni dei Servizi Sociali dei Comuni, individua e valuta gli utenti da inserire nei gruppi appartamento; i processi di valutazione dei percorsi individuali tengono conto, arricchendosi, del confronto tra i diversi attori (CSM, Enti Locali, Terzo Settore) che si occupano della gestione dell'intervento.

3.1.5 Personale

Il personale impegnato in questa area del progetto è costituito da:

- 1 psicologo esperto in dinamiche di gruppo
- 2 educatori esperti in dinamiche di gruppo
- 1 psicologo esperto
- 1 coordinatore di area
- 1 personale amministrativo

In relazione alla specificità del progetto che si articola in aree progettuali distinte ma strettamente connesse tra loro, si fa presente che il personale sarà prevalentemente impegnato in più aree del progetto, al fine di garantire l'articolazione di attività che contribuiscono al medesimo obiettivo del contrasto all'emarginazione e dello sviluppo di processi di inclusione sociale.

3.1.6 Obiettivi a lungo termine

- Contrastare la marginalizzazione e l'emarginazione sociale di persone con grave disagio psico-sociale.
- Promuovere forme di autonomia della persona e il reinserimento all'interno del tessuto sociale, potenziandone le competenze e le risorse individuali.
- Evitare l'istituzionalizzazione, la settorializzazione degli interventi e la tendenza all'assistenzialismo.
- Strutturare, attraverso l'accompagnamento socio-educativo, percorsi volti all'inclusione sociale e al raggiungimento della "sostenibilità abitativa" (sia in termini economici che di capacità di gestione della casa).
- Sostenere il reinserimento abitativo e sociale di persone provenienti da percorsi di riabilitazione in strutture protette.

3.1.7 Risultati attesi a breve e medio termine

Risultati attesi	Indicatori
Coinvolgimento di 18 utenti in un percorso orientato al raggiungimento di una autonomia abitativa	Numero persone che partecipano per almeno 8 mesi al progetto di coabitazione
Riduzione di eventi critici individuali	Numero ricoveri in Spdc
Acquisizione capacità nella gestione della casa	Feedback degli operatori coinvolti
Miglioramento delle capacità individuali di confronto con i pari	Numero e caratteristiche episodi conflittuali o violenti riportati

3.1.8 Integrazione e coordinamento con gli Enti Locali e le Istituzioni del territorio

Questa area del progetto si propone di offrire continuità ad un intervento de/ Distretto Socio Sanitario RM H3 denominato "Sostegno all'abitare di persone adulte con problematiche psicosociale", realizzato e gestito mediante la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale RM H, il Distretto Socio Sanitario RM H3 e l'Associazione di promozione sociale "La Rosa Bianca" che partecipa all'ATS proponente; l'accordo definito tra queste parti, formalizzato nel Protocollo di Intesa che alleghiamo rappresenta un modello virtuoso di integrazione tra Servizi sociosanitari, Enti Locali e Terzo Settore che intendiamo estendere all'intero territorio corrispondente ai Distretti Socio Sanitari dell'RM H. A tal fine alleghiamo le lettere di adesione dei Distretti socio assistenziali che attestano la coerenza del progetto complessivo con le esigenze territoriali e la disponibilità a collaborare nella gestione delle attività progettuali; sulla base di questi accordi formali di collaborazione, saranno stipulati specifici Protocolli di Intesa per le singole aree progettuali

3.1.9 Cronogramma delle attività

Attività	Mesi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Individuazione preparazione appartamenti													
Individuazione e valutazione utenti													
Attivazione gruppi appartamento													
Incontri propedeutici individuali e di gruppo													
Interventi domiciliari di gestione dinamiche gruppali													
Sostegno economico													
Interventi di gestione appartamenti													
Valutazione finale dell'intervento													

3.1.10 Analisi dei costi

<i>Voci di spesa</i>	<i>Ore totali</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Totale</i>
Interventi di sostegno domiciliari	500	18,94	9.470,00 €
Incontri propedeutici individuali	72	30	2.160,00 €
Incontri propedeutici gruppali	50	30	1.500,00 €
Coordinamento di area	60	20	1.200,00 €
Personale amministrativo	25	20	500,00 €
Sostegno economico agli utenti			64.800,00€
Stipula contratti e spese affitto			1.000,00 €
Costo area progetto			80.630,00 €

3.2 Sostegno al lavoro

3.2.1 Introduzione

Persone con gravi disabilità o con un disagio mentale, così come soggetti in uscita, dopo un percorso di cura e riabilitazione, da strutture residenziali socio-sanitarie, si trovano molto **spesso in situazioni di marginalità e di rischio povertà, in quanto escluse dai contesti del lavoro produttivo a causa della loro condizione di malattia e dei pregiudizi ancora esistenti nei confronti della disabilità e della malattia mentale.** Questa categoria di persone si imbatte frequentemente in barriere che ne ostacolano l'inserimento e la permanenza al lavoro, barriere di natura relazionale e mentale, legate a pregiudizi e atteggiamenti difensivi che escludono la diversità, soprattutto quando questa rimanda all'idea della follia, ma legate anche alla sintomatologia propria della malattia mentale che interferisce pesantemente con le capacità relazionali necessarie all'inserimento e alla permanenza nel mondo del lavoro.

La risposta tradizionale a tali difficoltà consiste in varie forme di aiuto all'inserimento lavorativo come tirocini formativi, borse lavoro, formazione finalizzata che, pur utili, non garantiscono una continuità temporale e vengono quasi sempre svolte in contesti protetti che ripropongono linee assistenziali e poco orientate alla reale integrazione e all'inserimento nel mondo del lavoro.

Riteniamo pertanto necessario proporre modalità di sostegno al lavoro che, oltre a risultare notevolmente più economiche, da un lato sottraggano gli individui dalla logica dell'assistenzialismo e ne sviluppino e riconoscano le potenzialità spendibili sul libero mercato del lavoro, dall'altro agiscano attivamente per rimuovere gli ostacoli di carattere sociale e relazionale che impediscono l'inclusione lavorativa delle persone con un disagio psicosociale

3.2.2 Piano d'intervento

L'intervento si propone di realizzare un progetto innovativo di inserimento lavorativo di persone in situazione di forte disagio ed emarginazione attraverso l'applicazione del metodo sperimentale **IPS** (*Individual Placement and Support*), che prevede **un sostegno individualizzato alla ricerca del lavoro nel mercato competitivo**. Questo metodo *evidence based*, è stato sviluppato inizialmente negli Stati Uniti, ma è stato sin seguito sperimentato in sei centri europei tra i quali Rimini (Ricerca *Eqolise*, 2003) e poi in tutti i distretti socio-assistenziali dell'Emilia Romagna (Progetto TIPS, 2011). Più recentemente, questa tecnica è stata utilizzata a Roma in un progetto gestito dalla Cooperativa Sociale Elma (*Officina dell'Orientamento al lavoro – Sviluppo di procedure e sistemi di promozione dell'inserimento al lavoro di persone con patologia psichiatrica*), di cui Gnosis è stata partner insieme a "Città dei Mestieri di Roma e Lazio" e al Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl RMH.

L'intervento, differente ma complementare con il sistema di inclusione socio occupazionale tradizionale, prevede un coinvolgimento attivo della persona nella ricerca del lavoro, con il sostegno individualizzato di figure specificatamente formate che lo accompagneranno nelle fasi dell'orientamento, della ricerca e del mantenimento di una occupazione lavorativa dignitosa e compatibile con le difficoltà personali, con una presa in carico inizialmente settimanale e poi, una volta raggiunta una occupazione lavorativa, gradualmente più distanziata nel tempo.

AZIONE: COSTITUZIONE DI 3 CENTRI DI INSERIMENTO LAVORATIVO IPS, DISLOCATI NEL TERRITORIO DELL'RMH; CIASCUN CENTRO PRENDERÀ IN CARICO NEL CORSO DELL'ANNO 25 UTENTI, PER UN TOTALE DI **75 UTENTI**.

Questa azione prevede la realizzazione di 3 differenti Centri di inserimento lavorativo basati sul metodo IPS, dislocati in tre aree del territorio; a ciascun Centro afferiranno utenti di due Distretti Socio-Sanitari accorpati per contiguità territoriale. Ognuno di questi Centri sarà aperto per 1 giorno a settimana per 4 ore con la presenza di 2 operatori IPS; si prevede che in un anno ciascun centro potrà prendere in carico 25 utenti, avviando così percorsi di inserimento lavorativo per 75 persone.

3.2.3 Luoghi dell'intervento

Le sedi dei centri saranno messe a disposizione dai Distretti Socio Sanitari che hanno dato formale adesione al progetto e offerto la disponibilità di spazi e attrezzature inerenti al progetto; in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione tra Istituzioni e Associazioni, potranno essere inoltre utilizzate ulteriori sedi messe a disposizione da Enti del Terzo Settore partner dell'ATS (Gnosis) che presenta il progetto e da altri che, pur non partecipando direttamente al progetto offrono la disponibilità in tal senso, come l'Associazione "Città dei mestieri" che ha definito un protocollo di intesa con l'ASL RM H e che presso le sue sedi ha già in precedenza effettuato un progetto simile cui si intende dare continuità.

3.2.4 Metodologia

L'IPS (Individual Placement and Support) è una tecnica già consolidata negli Stati Uniti; la sua prima sperimentazione in Italia, nel 2003 nella Provincia di Rimini ha avuto ottimi risultati: circa la metà delle persone supportate con questo metodo ha raggiunto entro tre mesi un'attività lavorativa nel libero mercato e circa un terzo l'ha mantenuta per oltre un anno.

Il metodo è concettualmente innovativo: persone con disabilità e disturbi mentali gravi, possono accedere a un lavoro competitivo, fuori dalla rete di benefici sociali garantiti dallo Stato. Il programma IPS mira a ottenere un'assunzione in tempi rapidi (meno di sei mesi), basandosi sul sostegno individuale e su una valutazione concreta delle abilità della persona. Professionisti formati con la qualifica di operatori IPS si occuperanno di affiancare l'utente nella ricerca del lavoro vagliando le opportunità esistenti sul mercato locale senza sostituirsi a lui, fornendo suggerimenti ed aiutandolo in tutte quelle operazioni che servono per raggiungere le mete pattuite (dalla preparazione del curriculum alla simulazione di colloqui di lavoro, dalla ricerca sulle fonti informative all'accompagnamento qualora l'utente sia molto emotivo), continuando a monitorarlo ed a fornirgli il necessario supporto anche nella fase di collocazione al lavoro attraverso sinergie con i servizi socio-sanitari, con la famiglia, con i colleghi di lavoro ed attraverso l'adozione di tutte le misure e gli interventi finalizzati al mantenimento della propria posizione lavorativa. Il metodo IPS motiva l'utente, non lo connota come paziente ma come persona, con delle preferenze, dei desideri e delle ambizioni, e lo mette in grado di ricevere una reale soddisfazione professionale.

Il metodo non prevede esclusioni relative alla diagnosi, né criteri di eleggibilità.

Il metodo è stato utilizzato negli Stati Uniti esclusivamente con persone con gravi disturbi psichiatrici (in particolare Schizofrenia e Depressione Maggiore); la sperimentazione italiana (Progetto TIPS) ha evidenziato l'efficacia dell'intervento anche per persone provenienti da altre le aree a integrazione socio-sanitaria (Handicap Fisico, Handicap Mentale, Disagio Psicosociale e Dipendenze Patologiche) dei servizi sanitari

3.2.5 Destinatari dell'intervento

Destinatari dell'intervento sono persone adulte con grave disabilità fisica o mentale e/o disagio psicosociale e/o disturbo mentale grave residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H e attualmente escluse dal mercato del lavoro.

	<i>Destinatari diretti</i>
3 Centri IPS (1 per ogni 2 distretti) x 25 utenti ciascuno.	75 utenti

3.2.6 Accesso al servizio e presa in carico

L'accesso al servizio avviene tramite indicazioni dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi Soci Sanitari, degli Enti Locali; la valutazione e l'elaborazione di un percorso di inserimento lavorativo personalizzato sarà effettuato dal personale specializzato e formato secondo la metodologia IPS appartenente al soggetto proponente. In particolare, in relazione ad una necessaria articolazione tra aree progettuali che si propongono di raggiungere attraverso interventi complementari il medesimo scopo di garantire processi di inclusione sociale, sarà privilegiato l'accesso al servizio di persone impegnate in progetti di coabitazione descritti nel punto 3.1.

I processi di valutazione dei percorsi individuali si baseranno su aspetti connessi alla motivazione, alle risorse personali, alle possibili risorse esterne attivabili, e prescindano da aspetti diagnostici.

3.2.7 Personale

Il personale impegnato in questa area del progetto è costituito da:

- 3 operatori formati nella metodologia IPS
- 1 operatore (educatore/psicologo) esperto in reinserimento lavorativo e professionale (con funzione anche di coordinatore di area)

In relazione alla specificità del progetto che si articola in aree progettuali distinte ma strettamente connesse tra loro, si fa presente che il personale sarà prevalentemente impegnato in più aree del progetto, al fine di garantire l'articolazione di attività che contribuiscono al medesimo obiettivo del contrasto all'emarginazione e dello sviluppo di processi di inclusione sociale.

3.2.8 Obiettivi a lungo termine

- Contrastare la marginalizzazione e l'emarginazione sociale di persone con disabilità e/o grave disagio psico-sociale.
- Rimuovere gli ostacoli di carattere sociale e relazionale che impediscono l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità e/o grave disagio psicosociale.
- Garantire l'autonomia economica di persone in situazione di emarginazione e a rischio povertà.
- Rafforzare l'autostima e un senso di sé autonomo e competente in persone la cui identità si organizza attorno alla disabilità e alla dipendenza dalle strutture socio-assistenziali.
- Ridurre i rischi di cronicizzazione.

3.2.9 Risultati attesi a breve e medio termine

Risultati attesi	Indicatori
Coinvolgimento di 75 utenti in un percorso di inserimento lavorativo IPS	Numero di persone che accedono ai Centri IPS e partecipano attivamente ai programmi
Raggiungimento di una occupazione stabile per almeno il 50% delle persone afferenti al progetto	Numero di persone che ottiene una occupazione full time o part-time
Mantenimento del lavoro, per almeno il 50% di chi ha ottenuto un'occupazione, per almeno 6 mesi	Numero di persone che mantiene un'occupazione full-time o part-time per almeno 6 mesi

3.2.10 Integrazione e coordinamento con gli Enti Locali e le Istituzioni del territorio

L'intervento si propone di estendere al territorio dei distretti Socio Sanitari RM H e di implementare l'esperienza di integrazione tra soggetti istituzionali e Terzo Settore sperimentato nel progetto di inserimento lavorativo IPS "Officina dell'Orientamento al lavoro- Sviluppo di procedure e sistemi di promozione dell'inserimento al lavoro di persone con patologia psichiatrica", gestito dalla cooperativa Sociale Elmas insieme alla Cooperativa Sociale Gnosis, a "Città dei Mestieri di Roma e Lazio", Consorzio SOLCO e al Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl RM H. La collaborazione e le sinergie progettuali che la cooperativa Gnosis ha stabilito negli anni con il Servizio di Salute mentale del territorio, le Associazioni dei Familiari e gli enti locali e l'inserimento di Gnosis e degli altri partner dell'ATS nelle diverse reti territoriali rendono possibile infatti un lavoro integrato e sinergico in grado di evitare sovrapposizioni e sprechi che ridurrebbero l'efficienza dell'intervento.

D'altra parte il servizio proposto, pur innovativo e differente, non è in contrapposizione, ma bensì complementare con il sistema di inclusione socio occupazionale tradizionale; a tal fine alleghiamo le lettere di adesione dei Distretti socio assistenziali che attestano la coerenza del progetto complessivo con le esigenze territoriali e la disponibilità a collaborare nella gestione delle attività progettuali; sulla base di questi accordi formali di collaborazione, saranno stipulati specifici Protocolli di Intesa per le singole aree progettuali

3.2.11 Cronogramma delle attività

Attività	Mesi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Individuazione sedi, allestimento dei centri													
Selezione, valutazione inserimenti iniziali													
Attività dei Centri –IPS – Sostegno al lavoro													
Valutazione finale dell'intervento													

3.2.12 Analisi dei costi

<i>Voci di spesa</i>	<i>Ore totali</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Totale</i>
Interventi individualizzati IPS	1.248	23	28.704,00 €
Interventi di valutazione, orientamento	208	25	5.200,00 €
Coordinamento di area	104	20	2.080,00 €
N. 6 personal computer		500	3.000,00 €
N. 3 stampanti		250	750,00 €
Materiale di cancelleria, depliant, fotocopie			1.000,00 €
Costo area progetto			40.734,00 €

3.3 Attivazione di percorsi di socializzazione e di inclusione sociale

3.3.1 Introduzione

Le azioni progettuali proposte in questa area si configurano come un possibile proseguimento, estensione ad un più ampio territorio e implementazione di una serie di progetti che le Associazioni e le Cooperative facenti parte della costituenda ATS hanno attivato nel corso di questi anni, spesso in collaborazione con Dipartimenti di Salute Mentale e Distretti Socio Sanitari appartenenti all'RM H al fine di strutturare percorsi di inclusione sociale e interrompere la relazione di natura circolare, di costante e reciproco rinforzo che intercorre tra disagio psichico e isolamento sociale.

Se da una parte infatti esiste una ampia fascia di utenti dei servizi psichiatrici territoriali che mostra congiuntamente gravità clinica, disabilità e marginalità, proponendo criticità talmente complesse e multiformi da non poter trovare una risposta pienamente soddisfacente esclusivamente all'interno dei

servizi stessi, dall'altra c'è (come emerge nei dati evidenziati nel paragrafo 1.1 del presente progetto) una gamma presumibilmente altrettanto vasta di persone "al limite", che non presentano un disturbo psichiatrico conclamato, ma che rischiano, in seguito a difficoltà e fragilità personali, familiari e sociali, di trovarsi gradualmente esclusi dal contesto sociale.

In entrambi i casi, sia che si tratti di ricostruire o costruire ex novo un tessuto relazionale e sociale, sia che si tratti di proteggere e rinforzare legami fragili e problematici con la società, appare evidente la necessità di interventi che connettano in termini organizzati e innovativi il sistema formale dei servizi con il Terzo Settore e con il sistema informale del Quarto Settore, inteso come una forma di organizzazione su base volontaria, "centrata sul protagonismo diretto di persone/famiglie/comunità coinvolte da un problema/disagio/difficoltà ma anche da una preoccupazione/ideale/prospettiva/visione; centrata sulla mutualità di gruppo, di vicinato, associativa, comunitaria, anziché sulla erogazione di servizio di qualcuno per qualcun altro" (*Il Manifesto del Quarto Settore in Trentino*, www.eps2013.altervista.org/alterpages/files/ManifestoQuartoSettore.pdf).

In relazione a ciò, particolarmente interessanti ci paiono le esperienze portate avanti nel corso di questi anni in alcuni Distretti Socio Sanitari del Territorio e che intendiamo estendere all'intera area dell'RM H: si tratta di interventi complementari che da un lato vedono in prima linea associazioni del Terzo e Quarto settore che collaborano con soggetti istituzionali in progetti volti a costruire percorsi di integrazione rivolti a pazienti, familiari e cittadini attivi (*Progetto Sabato Club*), dall'altro si configurano come esperienze apparentemente più tradizionali di stampo terapeutico-riabilitativo ma che intervengono invece a dar voce e diritto di parola a quei nuclei familiari che, sia a causa del disagio psichico di uno dei suoi membri, sia a causa di preesistenti fragilità strutturali, si trovano in difficoltà o a rischio di emarginazione (*Progetto Gruppi multifamiliari*) o ancora ad offrire sostegno psicologico, sociale e concreto (anche attraverso un servizio di mensa) a persone altrimenti in condizione di solitudine ed emarginazione (*Servizio pomeridiano di accoglienza e mensa*)

3.3.2 Piano di intervento

L'intervento si propone di intervenire in quelle situazioni di grave emarginazione connesse a situazioni di disabilità e di disagio mentale; prevede la costituzione di **esperienze di socializzazione, individuali e familiari**, che consentano a persone isolate di sperimentare quelle situazioni di interazione e scambio che rappresentano le basi, accanto all'autonomia abitativa e al reinserimento lavorativo, per un reinserimento sociale in grado di offrire dignità e soddisfazione alla persona.

L'intervento si struttura in tre azioni:

AZIONE1: COSTITUZIONE DI UNO **SPAZIO DI ACCOGLIENZA COSTANTE**, UN CLUB, APERTO UNA VOLTA A SETTIMANA CHE FUNZIONI COME **PORTALE DI ACCESSO** AD ATTIVITÀ DIFFERENTI CHE SARANNO ORGANIZZATE DI VOLTA IN VOLTA, IN LUOGHI DISLOCATI SULL'INTERO TERRITORIO DELL'RM H

- a) L'azione proposta prevede l'individuazione di una sede che funzionerà come un Club, una base e un punto stabile di accoglienza, cioè, dove si svolgeranno alcune attività ed esperienze di socializzazione e dove verranno organizzate, all'interno di una programmazione che riguarderà tutti i partecipanti, le attività distribuite in un calendario trimestrale; la sede del centri sarà messa a disposizione dai Distretti Socio Sanitari che hanno dato formale adesione al progetto e offerto la disponibilità di spazi e attrezzature inerenti al progetto e sarà scelta in base al criterio della maggiore e più equa accessibilità per tutti gli utenti del territorio.

- b) Le attività si organizzeranno attorno ad alcune aree principali (musica, attività culturale, sport, gite, momenti conviviali); alcune attività (laboratori, musica, cene) avranno una cadenza regolare, altre si configureranno come eventi e si svolgeranno 2 volte al mese.
- c) L'intervento, della durata di un anno, sarà attivato in un programma di attività distribuite su 10 mesi (esclusi quelli estivi) con un monte ore complessivo di 300 h di attività
- d) L'intervento intende coinvolgere volontari, studenti universitari dell'area sociale tirocinanti presso servizi pubblici ed enti convenzionati e studenti delle scuole superiori di "terza area" con le quali è già attivo un rapporto di collaborazione. Alcuni laboratori verranno condotti da specialisti/maestri; singole attività saranno responsabilità dei soci dell'Associazione Alchimia (partner dell'ATS proponente), degli Utenti Familiari Esperti e di cittadini attivi che si renderanno disponibili a portare il proprio contributo

AZIONE2: COSTITUZIONE DI **3 GRUPPI MULTIFAMILIARI** CHE SI SVOLGERANNO PRESSO 3 DIFFERENTI SEDI, DISLOCATE SUL TERRITORIO RM H; SI PREVEDE CHE I GRUPPI MULTIFAMILIARI, **A CADENZA QUINDICINALE E CON DURATA DI 2 ORE**, COINVOLGERANNO CIASCUNO IN MEDIA 15 NUCLEI FAMILIARI E CIRCA 30-35 PERSONE PER UN TOTALE STIMATO DI **45 NUCLEI FAMILIARI** E CIRCA **90-110 PERSONE**

Questa azione prevede la costituzione sul territorio di 3 Gruppi multifamiliari rivolti a nuclei familiari che, in seguito al disagio mentale o alla disabilità di uno dei membri e/o a causa di fragilità strutturali preesistenti si trovano in una condizione individuale e familiare di emarginazione ed esclusione sociale; il Gruppo Multifamiliare offre uno spazio di confronto libero in cui ciascuno, persona con disagio o familiare, può attivare esperienze di confronto paritario in cui è possibile sperimentare modalità di gestione del conflitto, di contrattazione, di mediazione e acquisire (o riacquisire) quelle capacità conversazionali necessarie per rapportarsi con i contesti "normali".

La metodologia utilizzata nella conduzione fa riferimento all'approccio proposto inizialmente in Argentina da **Garcia Badaracco** e si basa sull'ipotesi che esista in ciascun individuo una virtualità sana, spesso imbrigliata all'interno di relazioni e interdipendenze patologiche, che nello scambio e nel rispecchiamento gruppale, può essere riconosciuta, sostenuta e rinforzata; ciascun incontro di gruppo, della durata di 2 ore, sarà condotto da 2 Psicoterapeuti Familiari che avranno la funzione di mediare le dinamiche gruppali e di garantire che il gruppo non riproponga quelle modalità di esclusione e sopraffazione che i soggetti hanno sperimentato nei contesti sociali. Il gruppo rappresenta infatti un microcosmo sociale che può funzionare da un lato per le persone più fragili come palestra dove rafforzare le capacità sociali e relazionali, dall'altro per i familiari e gli osservatori come punto di vista privilegiato da cui osservare gli altri senza il filtro dello stigma e del pregiudizio

AZIONE3: COSTITUZIONE DI UN **SERVIZIO POMERIDIANO DI ACCOGLIENZA E MENSA** CHE FUNZIONI COME SPAZIO DIURNO DI **INTEGRAZIONE SOCIALE, SOSTEGNO E RECUPERO**; IL CENTRO OFFRIRÀ ATTIVITÀ DI **SOCIALIZZAZIONE** ED UNO **SPAZIO MENSA** E SARÀ APERTO **TRE GIORNI A SETTIMANA PER QUATTRO ORE AL GIORNO**, CON UNA UTENZA DI **8 PERSONE**

Questa azione prevede la costituzione di uno spazio di accoglienza e mensa per persone con grave disabilità psicosociale che risponda ed una grave carenza sul territorio di servizi assistenziali e di socializzazione pomeridiani.

Si descrivono di seguito le principali caratteristiche del servizio:

3.3.2.1 Le attività del Centro permettono di garantire:

- L'ospitalità pomeridiana
- L'assistenza, l'accudimento ed l'accompagnamento dell'Utente
- Gli interventi socio-educativo-riabilitativi mirati

- L'educazione al raggiungimento di un adeguato livello di autonomia personale
- Il mantenimento e lo sviluppo delle capacità psichiche, sensoriali, motorie e manuali residue
- La creazione di programmi individualizzati con obiettivi a breve e lungo termine;
- La creazione di rapporti di gruppo con osservazione e verifica delle dinamiche relazionali
- La promozione di iniziative di sensibilizzazione e di inserimento degli Utenti nel contesto territoriale
- Il servizio mensa

La programmazione delle attività socio-educative, promosse dall'Equipe Riabilitativa, si articolerà in una serie di laboratori multidisciplinari e di percorsi strutturati, descritti qui di seguito, funzionali alle capacità residue degli Utenti.

▪ **Laboratorio plastico-manipolativo e grafico-pittorico**

Strutturato per la creatività e la libera espressione, può essere organizzato in due angoli: l'angolo della pittura e l'angolo plastico-manipolativo. Ogni Utente ruoterà nelle varie mansioni dell'Unità a Produttività Ridotta. Tale modalità organizzativa permetterà un'attenta osservazione delle dinamiche relazionali tra i partecipanti e la verifica delle stesse.

▪ **Laboratorio di espressione corporea**

Il laboratorio si pone come una sperimentazione innovativa di lavoro sul proprio corpo, alla ricerca di una maggiore sintonia interiore e nella relazione con gli altri. Il percorso prevede un intervento di supporto al movimento creativo, con elementi di danza/terapia per favorire un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità. Il laboratorio intende offrire uno spazio a tutti quegli impulsi creativi e desideri di libera espressione che in genere non trovano modo di manifestare nella maniera adeguata.

▪ **Laboratorio musicale**

L'attività ruota intorno all'elemento suono, fulcro del progetto, tenendo conto del suo significato nell'accezione più ampia: si parte dal suono come rumore per arrivare al suono come musica. La musicoterapia può infatti essere considerata una modalità per entrare in relazione con la persona attraverso il suono o la musica, considerati strumenti di comunicazione non verbale.

La metodologia di lavoro prediligerà la forma ludica e darà ampio spazio alla creatività degli utenti protagonisti di questa attività e delle loro richieste. Tutte queste esperienze avranno alla base la comunicazione non verbale fatta di suoni, di colori e di movimenti. La musica offre all'utente la possibilità di esprimere e percepire le proprie emozioni, di mostrare o comunicare i propri sentimenti o stati d'animo attraverso il linguaggio non verbale.

▪ **Laboratorio di autonomia**

Tra gli obiettivi che il Centro Pomeridiano intende perseguire si colloca in primis il raggiungimento ed il mantenimento delle abilità conseguite dall'Utente con fragilità sociale, nonché il potenziamento, laddove possibile, delle competenze nelle azioni di cura della propria persona: lavarsi, vestirsi, l'uso e la cura degli indumenti, mangiare, sviluppare e mantenere determinate abilità occupazionali..

▪ **Laboratorio teatrale**

Con l'ausilio di un animatore si organizzeranno rappresentazioni teatrali nelle quali gli utenti del Centro saranno i protagonisti; saranno attuate manifestazioni e spettacoli pubblici.

Laboratorio di educazione alla salute

Il laboratorio propone esperienze per condurre l'utente a riflettere sulle proprie abitudini alimentari e a conoscere le caratteristiche di una sana alimentazione per instaurare con il cibo un rapporto consapevole, positivo e sereno.

▪ **Laboratorio di Cineforum**

▪ **Uscite sul territorio**

L'attività intende offrire agli utenti un'esperienza di forte valore sociale, educativa e formativa, capace di garantire apprendimenti diversi e diversificati attraverso la dimensione del gruppo e del vivere in comunità. Si propone di fornire occasioni di integrazione e di prevenzione dell'emarginazione per quei nuclei familiari che presentano situazioni di disagio sociale. I soggiorni possono essere considerati interventi di sollievo per le famiglie di soggetti in situazione di disabilità che non possono contare su una rete di supporto e che, in situazioni di particolare difficoltà, potrebbero vedere nell'istituzionalizzazione l'unica soluzione per fronteggiare i problemi. Attraverso questa modalità si intende sperimentare e consolidare una metodologia di rete che coinvolga più soggetti istituzionali in

un processo di programmazione partecipata. Il progetto prevede la realizzazione di gite esterne aventi come obiettivo la conoscenza e l'integrazione con il territorio.

▪ Stanza Snoezelen

La scelta di un lavoro basato sull'approccio delle stimolazioni plurisensoriali nasce dall'esigenza di delineare un adeguato intervento terapeutico ed educativo per i soggetti con una grave compromissione delle capacità relazionali e comunicative. Rispondere al bisogno di comunicazione di queste persone rappresenta un aspetto fondamentale per contenere le problematiche che concorrono a rendere complesso l'approccio relazionale e per poter migliorare la qualità della vita dei pazienti. La difficoltà di individuare un canale comunicativo può determinare un alto livello di frustrazione nella gestione della relazione con le figure di riferimento in generale ed in particolare con le figure assistenziali. Questo compromette l'attuazione adeguata dell'iter riabilitativo, rendendo difficile il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Il progetto si prefigge di utilizzare la metodologia delle stimolazioni plurisensoriali, con particolare riferimento all'approccio Snoezelen, per individuare in questi pazienti il canale comunicativo e rendere così possibile l'apertura alla relazione e al raggiungimento degli obiettivi specifici. La stimolazione multisensoriale viene condotta all'interno di ambienti strutturati ad hoc, che essendo privi di stimoli esterni, facilitano la percezione dell'ambiente circostante, alleviando nel contempo gli effetti di una prolungata privazione.

Gli utenti del Centro potranno utilizzare lo spazio strutturato ed attrezzato di tipo Snoezelen con il personale tecnico del Centro, che offre la possibilità di orientare adeguatamente gli interventi riabilitativi sull'area comunicativa ed affettivo/relazionale, oltre che sul livello di motivazione e sull'autostima.

▪ Percorso famiglia

Nella metodologia della partecipazione e dell'integrazione della persona con disabilità nel contesto sociale risulta quanto mai importante includere un percorso parallelo con i genitori/familiari degli utenti che frequentano il Centro.

Accanto al lavoro con i genitori, si prevede infatti di offrire un supporto psicologico agli utenti, con interventi individuali e/o di gruppo finalizzati ad intervenire su alcune dinamiche particolari attivate all'interno del Centro o su nuclei conflittuali irrisolti, che necessitano un intervento specifico. Per il sostegno ai familiari, la metodologia di lavoro prevede una modalità partecipativa: il genitore avrà un ruolo di soggetto attivo e sarà coinvolto nel progetto riabilitativo del proprio figlio attraverso la condivisione degli obiettivi e delle strategie educative che l'equipe individuerà nella stesura dei singoli progetti riabilitativi. Si prevede la realizzazione di incontri di gruppo e incontri individuali. Gli incontri di gruppo saranno funzionali alla presentazione del percorso ed all'approfondimento di problematiche personali, necessità specifiche, etc. Per quanto concerne l'intervento di sostegno psicologico da attivare sugli utenti, si stabiliranno delle modalità specifiche tenendo conto dell'individualità del singolo e delle specifiche necessità

3.3.3 Luoghi dell'intervento

Le sedi dello Spazio di accoglienza, dei Gruppi Multifamiliari e del Servizio pomeridiano di accoglienza saranno messe a disposizione dai Distretti Socio Sanitari che hanno dato formale adesione al progetto e offerto la disponibilità di spazi e attrezzature inerenti al progetto; in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione tra Istituzioni e Associazioni, saranno inoltre utilizzate ulteriori sedi messe a disposizione da Enti del Terzo Settore partner dell'ATS (Gnosis) che presenta il progetto e da altri che, pur non partecipando direttamente al progetto offrono la disponibilità in tal senso.

3.3.4 Destinatari dell'intervento

Destinatari dell'intervento sono:

AZIONE 1: persone adulte con grave disabilità fisica o mentale e/o disagio psicosociale e/o disturbo mentale grave residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H, familiari, cittadini attivi

AZIONE 2: persone adulte e nuclei familiari residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H che, in seguito al disagio mentale o alla disabilità di uno dei membri e/o a causa di fragilità strutturali preesistenti si trovano in una condizione individuale e familiare di emarginazione ed esclusione sociale

AZIONE 3: persone adulte con grave disabilità fisica o mentale e/o disagio psicosociale e/o disturbo mentale grave residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM.

	<i>Destinatari diretti</i>
Spazio di accoglienza e attività di socializzazione	circa 200 utenti (previsti)
3 Gruppi multifamiliari x 30-35 persone (15 nuclei familiari)	Circa 90-110 utenti(45 nuclei familiari)
Servizio di accoglienza pomeridiana e mensa	8 utenti

3.3.5 Accesso al servizio e presa in carico

AZIONE 1: L'accesso al servizio avviene tramite indicazioni dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi Socio-sanitari, degli Enti Locali; il programma, le attività e le modalità di partecipazione e di accesso saranno rese pubbliche tramite volantini, social network, contatti con i Servizi interessati, sui siti dell'ASL RM H, dei distretti Socio Sanitari e dei Comuni che ad esso afferiscono.

AZIONE 2: L'accesso al servizio avviene tramite indicazioni dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi Socio-sanitari, degli Enti Locali; l'inizio dell'attività sarà preceduto da una serie di incontri di presentazione all'interno dei Servizi socio-sanitari per condividere il significato e gli obiettivi dell'intervento.

Relativamente ad entrambe le azioni progettuali, allo scopo di favorire l'articolazione tra aree progettuali che si propongono di raggiungere attraverso interventi complementari il medesimo scopo di garantire processi di inclusione sociale, sarà privilegiato l'accesso al servizio di persone impegnate in progetti di coabitazione descritti nel punto 3.1. e/o in progetti di inserimento lavorativo descritti nel punto 3.2

AZIONE 1: L'accesso al servizio avviene tramite indicazioni dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi Socio-sanitari, degli Enti Locali; rientrano nel progetto tutti i soggetti in condizione di fragilità sociale che presenteranno richiesta.

3.3.6 Personale

Il personale impegnato in questa area del progetto è costituito da:

AZIONE 1:

- 2 educatori (di cui 1 con funzione di coordinatore di area)
- 3 maestri d'arte

AZIONE 2:

- 2 psicologi – psicoterapeuti familiari

AZIONE 3:

- 1 Referente clinico organizzativo
- 1 psicoterapeuta
- 1 educatore
- 1 terapeuta della riabilitazione
- 1 personale OSS

In relazione alla specificità del progetto che si articola in aree progettuali distinte ma strettamente connesse tra loro, si fa presente che il personale sarà prevalentemente impegnato in più aree del progetto, al fine di garantire l'articolazione di attività che contribuiscono al medesimo obiettivo del contrasto all'emarginazione e dello sviluppo di processi di inclusione sociale.

3.3.7 Obiettivi a lungo termine

- Contrastare la marginalizzazione e l'emarginazione sociale di persone/famiglie con disabilità e/o grave disagio psico-sociale.
- Incrementare i processi di partecipazione e di cittadinanza attiva di persone con grave disagio mentale.
- Limitare i rischi di cronicizzazione.
- Ridurre i pregiudizi nei confronti della disabilità e della malattia mentale;
- Fornire sostegno psicosociale ed evitare possibili ricadute
- stimolare la vita di relazione delle persone con disabilità che necessitano di un supporto per raggiungere un soddisfacente livello di integrazione sociale
- prevenire l'istituzionalizzazione
- valorizzare le abilità spesso inespresse e stimolare la promozione della massima autonomia
- salvaguardare la dignità della persona con disabilità e della sua famiglia
- supportare la persona con disabilità, la sua famiglia e il contesto sociale di riferimento
- collaborare con i servizi territoriali al fine di creare le condizioni per un'integrazione efficace
- offrire prestazioni di supporto all'assistenza domiciliare

3.3.8 Risultati attesi a breve e medio termine

Risultati attesi	Indicatori
<u>AZIONE 1</u>	
Coinvolgimento di almeno 200 utenti alle attività di socializzazione	Numero di persone che accedono alle attività di socializzazione
Coinvolgimento del "territorio" alle attività del centro	Percentuale di cittadini (non familiari, né pazienti) partecipanti alle attività (almeno 20%)
Responsabilizzazione e partecipazione attiva dei pazienti	Numero di pazienti che partecipa alle attività di programmazione
<u>AZIONE2:</u>	
Riduzione di eventi critici individuali	Numero ricoveri in Spdc
Miglioramento delle capacità individuali di confronto in un contesto grupppale	Numero e caratteristiche episodi conflittuali o non rispettosi all'interno del gruppo
Riduzione della conflittualità intrafamiliare	Numero e caratteristiche di episodi conflittuali o violenti riportati
<u>AZIONE3</u>	
Migliorare il livello di autonomia individuale	Osservazione degli operatori, feedback familiari
Graduale reinserimento nel contesto sociale	Numero di pazienti che partecipa alle attività
Riduzione della conflittualità intrafamiliare	Numero e caratteristiche episodi conflittuali o violenti riportati

3.3.9 Integrazione e coordinamento con gli Enti Locali e le Istituzioni del territorio

AZIONE 1:

Questa azione si propone di dar continuità ad un progetto del Distretto Socio Sanitario H1 gestito fino a giugno 2012 dall'Associazione Alchimia in collaborazione con il DSM di Frascati, denominato "Sabato club"; tale progetto orientato all'inclusione sociale di soggetti con disagio mentale, ha visto il coinvolgimento in una serie di attività musicali, culturali, sportive, gite e momenti conviviali di persone disagiate, segnalate dal CSM di Frascati e dai Servizi Sociali Comunali del Distretto RM H1, accanto a familiari, cittadini, associazioni del territorio, soci di Alchimia. Gli ottimi risultati quantitativi (coinvolgimento di 116 persone, di cui il 20% familiari e il 30% cittadini attivi) e qualitativi rilevati dalla relazione finale del progetto che alleghiamo (allegato n.) evidenziano l'efficacia di un intervento che ha rappresentato e può rappresentare per tutto il territorio dell'RM H un punto stabile di riferimento per persone e famiglie in condizione di emarginazione ed esclusione sociale.

AZIONE 2:

I gruppi multifamiliari che il progetto prevede di costituire rappresentano per la Cooperativa Gnosis, capofila del progetto, la possibilità di esportare una modalità di lavoro e una filosofia di intervento in situazioni di grave disagio ed emarginazione che attua dal 2005 all'interno delle Comunità Terapeutico Riabilitative per pazienti adulti con disturbi psichici "La Grande Montagna" e "La Castelluccia"; in tal senso la Cooperativa risponde ad una esigenza emersa in più occasioni negli spazi di confronto formali e informali con le associazioni del territorio, legata alla necessità di presa in carico, in un contesto non connotato chiaramente come terapeutico, di pazienti e famiglie in situazioni critiche, ma prive di un rapporto stabile con i CSM, e di pazienti e famiglie il cui disagio ed emarginazione sociale non può essere chiaramente connotato in termini psichiatrici.

D'altra parte, a fronte di una esigenza molto forte, nel territorio del distretto RM H è presente un solo altro Gruppo Multifamiliare che utilizza l'approccio di Garcia Badaracco, anch'esso presente in un contesto psichiatrico, il CSM di Frascati.

AZIONE 3:

L'intervento intende rispondere ad una richiesta emersa da parte dei genitori degli utenti che afferiscono con diverse modalità di accesso ai servizi della Cooperativa "Sorriso per tutti" Onlus, ovvero di istituire un **servizio pomeridiano di accoglienza** per gli utenti del territorio, volto a sostenere le stesse famiglie, molto spesso isolate e private di qualsiasi forma di piacere, svago o semplice tempo libero e, nel contempo, a limitare una condizione di solitudine, frustrazione e disagio in cui versano soggetti in condizioni di fragilità sociale. Non sono presenti infatti sul territorio dell'RM H servizi assistenziali ed emergenziali a copertura pomeridiana che vedono coinvolte persone disabili, pur essendocene una forte richiesta da parte del territorio

Le azioni proposte in questa area progettuale non sono quindi in contrapposizione con servizi o interventi già presenti sul territorio, né rischiano di rappresentare un inutile doppione; ma sono al contrario complementari con le forme di contrasto al disagio psichico presenti; nell'attivare i servizi proposti all'interno di questa area progettuale, l'ATS intende collaborare con il DSM e con gli Enti Locali sulla base della formale adesione espressa dai Distretti Socio Sanitari sulla base dei quali saranno stipulati specifici Protocolli di Intesa per le singole aree progettuali

3.3.10 Cronogramma delle attività

Attività	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<u>AZIONE 1:</u>												
Individuazione e allestimento spazio accoglienza	■											
Attività presso la sede	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■
Eventi		■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Valutazione dei risultati												■
<u>AZIONE 2:</u>												
Presentazione del servizio	■	■										
Gruppi multifamiliari			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Valutazione dei risultati												■
<u>AZIONE 3:</u>												
Costituzione dell'equipe riabilitativa	■											
Inividuazione dell'utenza	■											
Inserimento ed Accoglienza	■	■										
Osservazione, analisi dei bisogni		■	■									
Pianificazione dei Laboratori		■	■									
Servizi alla Famiglia		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Strutturazione del programma educativo			■	■								
Pianificazione degli eventi e festività				■								
Laboratorio plastico-manipolativo		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio musicale		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio logico		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio di educazione alla salute		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio teatrale		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio di autonomia		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Laboratorio multisensoriale		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uscite sul territorio				■				■				■
Monitoraggio			■			■		■			■	■
Incontri tecnici	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resocontazione dei risultati					■							■

3.3.11 Analisi dei costi

<i>Voci di spesa</i>	<i>Ore totali</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Totale</i>
AZIONE 1:			
Presenza educatori	600	20	12.000,00 €
Presenza maestri d'arte	176	20	3.520,00 €
Spese materiale laboratori			1.500,00 €
Spese cancelleria, volantini...			500,00 €
Spese gestione			3.000,00 €
Trasporti (Gite, eventi, accompagnamento utenti)			6.000,00 €
AZIONE 2			
Gruppi multifamiliari (Conduzione Psicoterapeuti)	240	30	7.200,00 €
Interventi propedeutici e di presentazione	24	30	720,00 €
Coordinamento di area (prime due azioni)	104	20	2.080,00 €
AZIONE 3			
Psicologo referente	144	22	3.168,00 €
Terapisti occupazionali	288	9,96	2.868,48 €
Coordinatore centro	576	13,08	7.534,08 €
Educatore	288	9,96	2.868,48 €
Maestro d'arte	192	12,69	2.436,48 €
OSS	768	8,72	6.696,96 €
Servizio mensa			5.822,67 €
Gestione tecnico - amministrativa			1.711,68 €
Materiale di consumo per laboratori			2.880,00 €
Assicurazione R. C.			160,00 €
Servizi pulizia			1.296,00 €
Altri servizi (pulmino, spese gestione varie)			401,28 €
Costo area progetto			74.364,11 €

4 METODOLOGIA

L'articolazione complessa dell'intervento fa sì che l'équipe multidisciplinare utilizzi nella realizzazione delle azioni progettuali differenti strumenti e tecniche eterogenee (indicati nella descrizione delle singole aree progettuali) i cui presupposti vanno ricercati nella Psicologia di Comunità, nella Sociologia, nella Psicologia Sociale, nel Modello Psicoeducazionale; il modello teorico-metodologico che sta alla base e agisce come elemento unificante e di integrazione di interventi e tecniche, ha a che fare con l'utilizzo di una modalità di coinvolgimento attivo della persona/nucleo familiare in situazione di deprivazione ed emarginazione sociale che possiamo riassumere nel concetto di **empowerment**.

Il *Word Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*, nell'offrire un punto di vista multidimensionale sulla povertà, indica infatti nell'empowerment la strategia principale per il contrasto alla povertà e alle forme di emarginazione sociale; consapevoli delle possibili confusioni originate da un termine che appare quasi onnicomprensivo e che è utilizzato con significati piuttosto differenti in economia, in sociologia, in psicologia, facciamo riferimento alle indicazioni contenute in *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook* (Narayan-Parke, Washington, 2002) per individuare quattro punti centrali attorno ai quali organizzare le strategie di empowerment di quelle categorie di persone che per malattia, disagio, povertà si trovano in situazione di esclusione sociale:

- accesso all'informazione;
- Inclusione e partecipazione;
- accountability (intesa come possibilità di controllo e verificabilità da parte dei soggetti interessati degli interventi loro rivolti);
- capacità organizzativa locale (intesa come opportunità per i gruppi di organizzarsi e mobilitare risorse per risolvere problemi di comune interesse).

Si tratta quindi di una strategia di rinforzo delle capacità e competenze individuali, familiari e gruppali che, pur non ponendosi in contrapposizione con le tecniche assistenziali tradizionali, obbliga a pensare nuovi modelli di co-partecipazione che ridefiniscano le abituali gerarchie, favorendo forme innovative di integrazione tra Istituzioni, Terzo Settore, Associazionismo e utenti.

Nello specifico del nostro progetto, nello svolgere funzioni di empowerment e di coinvolgimento attivo delle persone in situazione di difficoltà gli operatori si avvarranno, inoltre, di molteplici strumenti, tra i quali:

- *peer education*: processo di educazione fra pari, per cui, tramite un *processo a cascata*, gli individui possono condividere all'interno del proprio gruppo di pari le competenze acquisite;
- *lavoro di rete*: modalità che interviene sul contesto di appartenenza della persona e che punta a favorire una interconnessione tra istituzioni e servizi esistenti sul territorio in un'ottica ecologica e sistemica;
- *lavoro di équipe*: rispetto alla pluralità di obiettivi e di interventi ipotizzati nel progetto, la presenza di un gruppo di lavoro multidisciplinare (basata, vale a dire, non sull'idea di una organizzazione di tipo sommativo, né su una figura di operatore polivalente, bensì su operatori con competenze specifiche e complementari) consente di poter lavorare su un obiettivo comune, di definire cioè un progetto alla cui realizzazione concorrono i vari membri con interventi diversi a seconda delle necessità peculiari del compito e delle competenze specifiche dei singoli professionisti.

5 DESTINATARI DELL'INTERVENTO (SCHEDA RIASSUNTIVA)

Destinatari degli interventi indicati nel progetto sono: persone adulte e nuclei familiari residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H che, in seguito al disagio mentale o alla disabilità di uno dei membri e/o a causa di fragilità strutturali preesistenti si trovano in una condizione individuale e familiare di emarginazione ed esclusione sociale.

Più nello specifico, in relazione alle singole aree progettuali, i destinatari sono:

Area sostegno all'abitare:

persone adulte con grave disabilità e/o disagio psicosociale, dai 18 ai 60 anni, residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H.

Area sostegno al lavoro:

persone adulte con grave disabilità fisica o mentale e/o disagio psicosociale e/o disturbo mentale grave residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H e attualmente escluse dal mercato del lavoro.

Area attivazione di percorsi di socializzazione e inclusione sociale:

persone adulte con grave disabilità fisica o mentale e/o disagio psicosociale e/o disturbo mentale grave residenti nei Comuni afferenti al territorio dei Distretti Socio Sanitari RM H, familiari, cittadini attivi.

	<i>Destinatari diretti</i>
6 Gruppi appartamento (1 per ogni distretto) x 3 utenti ciascuno.	18 utenti
3 Centri per il lavoro IPS (1 per ogni 2 distretti) x 25 utenti ciascuno.	75 utenti
Spazio di accoglienza e attività di socializzazione	circa 200 utenti (previsti)
3 Gruppi multifamiliari x 30-35 persone (15 nuclei familiari)	Circa 90-110 utenti (45 nuclei familiari)

6 ELEMENTI DI INNOVATIVITÀ DEL PROGETTO

Il progetto ABILI presenta molteplici aspetti di innovatività che per esigenze di sintesi raggrupperemo in tre aspetti:

1) Innovatività dell'assetto organizzativo e di integrazione tra servizi:

Alla base del progetto che presentiamo c'è la presenza già da alcuni anni su parte del territorio RM H di una rete di Associazioni e Cooperative che in stretta collaborazione e coordinamento con i servizi socio-sanitari e con gli Enti Locali opera per favorire processi di inclusione sociale e di lotta all'emarginazione; sulla base di ciò nel corso di questi anni sono stati avviati una serie di interventi e di esperienze che hanno connesso in termini organizzati e sperimentali il sistema formale dei servizi con il Terzo Settore e con il sistema informale del Quarto Settore, offrendo un modello innovativo di integrazione tra Servizi – Enti Locali – Terzo Settore – Associazioni di familiari e utenti – Associazioni per la Cittadinanza Attiva che proponiamo di estendere all'intero territorio RM H.

Ciò, a nostro parere, permette di:

- a. garantire un accesso più ampio e pari condizioni di fruibilità a tutte le persone in uno stato di deprivazione
- b. evitare duplicazioni e sprechi che riducano l'efficienza dell'offerta
- c. integrare interventi molteplici all'interno di un unico progetto complesso che si articola in una pluralità di servizi interconnessi, evitando così frammentarietà, contraddizioni e riducendo i costi

2) Innovatività degli interventi proposti

Gli interventi che proponiamo, pur non avendo carattere di sperimentality presentano aspetti particolarmente innovativi; si tratta infatti di progetti già messi in atto in altre parti d'Italia e recentemente utilizzati sul territorio dalle Cooperative e dalle Associazioni dell'ATS, che per molti versi ribaltano le logiche tradizionali di intervento, offrendo nel contempo risposte economiche e coerenti con le indicazioni dei principali organismi internazionali (ad esempio l'Organizzazione Mondiale della Sanità) che combattono il disagio mentale e l'esclusione sociale.

Nel rimandare ai singoli paragrafi che descrivono gli interventi per un'analisi più dettagliata degli aspetti innovativi delle singole azioni progettuali (*Social housing, IPS, Gruppi multifamiliari, Esperienze condivise di partecipazione sul territorio*), ci sembra importante sottolineare come sia la prima volta che si prospetta una diffusione così capillare di questi interventi, spesso attivati solo sporadicamente, sul territorio RM H, e come, ancora, sia la prima volta che questi interventi vengano proposti in una forma organizzata coerentemente all'interno di un singolo progetto.

3) Innovatività del modello di intervento

Elemento innovativo e unificante i diversi interventi proposti all'interno del progetto è l'utilizzo di una modalità di **coinvolgimento attivo** della persona/nucleo familiare in situazione o a rischio di deprivazione ed emarginazione sociale; attraverso questa modalità, complementare e non in contraddizione con i tradizionali interventi di natura assistenziale, ci si propone di intervenire non soltanto sullo stato critico attuale, ma anche sulle condizioni che determinano lo stato di emarginazione, rinforzando risorse personali e sociali e creando quelle condizioni individuali e contestuali che consentano una più stabile e definita inclusione sociale.

7 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Il servizio offerto sarà documentato con l'obiettivo di verificare la qualità del lavoro svolto.

A) RISPETTO AL CRITERI DELL'**EFFICACIA ESTERNA** IL MONITORAGGIO CONSENTIRÀ DI VERIFICARE LA CRESCITA ED IL CAMBIAMENTO DEGLI UTENTI.

Gli indicatori generali in tal senso saranno:

- numero di utenti totali coinvolti nei differenti progetti;
- grado di soddisfazione da parte degli utenti in relazione al servizio offerto;
- feedback dei partner istituzionali;
- coinvolgimento del territorio.

Gli indicatori specifici per l'area del sostegno all'abitare saranno:

- numero persone che partecipano per almeno 8 mesi al progetto di coabitazione;
- numero ricoveri in Spdc;
- feedback degli operatori coinvolti;
- numero e caratteristiche episodi conflittuali o violenti riportati.

Gli indicatori specifici per l'area del sostegno al lavoro saranno:

- numero di persone che accedono ai Centri IPS e partecipano attivamente ai programmi;
- numero di persone che ottiene una occupazione full time o part-time;
- numero di persone che mantiene un'occupazione full-time o part-time per almeno 6 mesi.

Gli indicatori specifici per l'area della socializzazione e dell'inclusione sociale saranno:

Per lo spazio di accoglienza:

- numero di persone che accedono alle attività di socializzazione;
- percentuale di cittadini (non familiari, né pazienti) partecipanti alle attività (almeno 20%);
- numero di pazienti che partecipa alle attività di programmazione.

Per i gruppi multifamiliari:

- numero ricoveri in Spdc;
- numero e caratteristiche episodi conflittuali o non rispettosi all'interno del gruppo;
- numero e caratteristiche episodi conflittuali o violenti accaduti in famiglia riportati.

B) RISPETTO AL CRITERIO DELL'**EFFICACIA INTERNA** IL MONITORAGGIO CONSENTIRÀ DI VERIFICARE LO "STATO DI BENESSERE DEGLI OPERATORI".

Tale aspetto è multidimensionale e fa riferimento ai seguenti indicatori:

- ruolo professionale adeguato alle specifiche competenze;
- adeguato trattamento economico e contrattuale;
- riunioni cadenzate d'équipe e di supervisione;
- incontri periodici tra gli operatori e i responsabili dei servizi (pubblici e della cooperativa).

C) RISPETTO AL CRITERIO DELLA **COERENZA METODOLOGICA** IL MONITORAGGIO CONSENTIRÀ DI VERIFICARE SE LE ATTIVITÀ E LE MODALITÀ OPERATIVE SONO ADEGUATE.

Gli indicatori in tal senso saranno:

- attività proposte;

- tempi e modalità di realizzazione;
- spazi utilizzati per lo svolgimento/realizzazione;
- modalità comunicative utilizzate.

D) RISPETTO AL CRITERIO DELLA **RILEVANZA**, LE INFORMAZIONI RACCOLTE CONSENTIRANNO DI VALUTARE LA COERENZA DELL'INTERVENTO CON IL PROGETTO PRESENTATO E CON GLI OBBLIGHI CONTRATTUALI.

D) RISPETTO AL CRITERIO DELL'**EFFICIENZA**, LE INFORMAZIONI RACCOLTE AVRANNO L'OBIETTIVO DI INDIVIDUARE UN EQUILIBRIO SOSTENIBILE TRA:

risorse impiegate - risultati raggiunti - innovatività.

7.1 Documenti informativi

Riteniamo opportuno, al fine di monitorare i servizi, utilizzare la seguente modulistica, il cui utilizzo sarà differenziato nelle differenti servizi:

- cartelle anagrafiche ed anamnesiche individuali;
- piani di intervento;
- calendario settimanale delle attività;
- fogli firma per presenze giornaliere degli utenti;
- documentazione riepilogativa sul numero degli utenti suddivisa per fasce d'età, e parametri di frequenza media mensile;
- report settimanali inerenti le attività proposte e le modalità di realizzazione;
- schema per relazioni trimestrali;
- verbali per le riunioni;
- carta dei servizi.

9 COSTI (SCHEDA RIASSUNTIVA)

<i>Voci di spesa</i>	<i>Ore totali</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Totale</i>
SOSTEGNO ALL'ABITARE			
Interventi di sostegno domiciliari	500	18,94	9.470,00 €
Incontri propedeutici individuali	72	30	2.160,00 €
Incontri propedeutici gruppali	50	30	1.500,00 €
Coordinamento di area	60	20	1.200,00 €
Personale amministrativo	25	20	500,00 €
Sostegno economico agli utenti			64.800,00 €
Stipula contratti e spese affitto			1.000,00 €
Costo area progetto			80.630,00 €
SOSTEGNO AL LAVORO			
Interventi individualizzati IPS	1.248	23	28.704,00 €
Interventi di valutazione, orientamento	208	25	5.200,00 €
Coordinamento di area	104	20	2.080,00 €
N. 6 personal computer		500	3.000,00 €
N. 3 stampanti		250	750,00 €
Materiale di cancelleria, depliant, fotocopie			1.000,00 €
Costo area progetto			40.734,00 €
SOCIALIZZAZIONE			
AZIONE 1:			
Presenza educatori	600	20	12.000,00 €
Presenza maestri d'arte	176	20	3.520,00 €
Spese materiale laboratori			1.500,00 €
Spese cancelleria, volantini...			500,00 €
Spese gestione			3.000,00 €
Trasporti (Gite, eventi, accompagnamento utenti)			6.000,00 €
AZIONE 2			
Gruppi multifamiliari (Conduzione Psicoterapeuti)	240	30	7.200,00 €
Interventi propedeutici e di presentazione	24	30	720,00 €
Coordinamento di area (entrambe le azioni)	104	20	2.080,00 €
Personale amministrativo (entrambe le azioni)	48	20	960,00 €
AZIONE 3			
Psicologo referente	144	22	3.168,00 €
Terapisti occupazionali	288	9,96	2.868,48 €
Coordinatore centro	576	13,08	7.534,08 €
Educatore	288	9,96	2.868,48 €
Maestro d'arte	192	12,69	2.436,48 €
OSS	768	8,72	6.696,96 €
Servizio mensa			5.822,67 €
Gestione tecnico - amministrativa			1.711,68 €
Materiale di consumo per laboratori			2.880,00 €
Assicurazione R. C.			160,00 €
Servizi pulizia			1.296,00 €
Altri servizi (pulmino, spese gestione varie)			401,28 €
Costo area progetto			75.324,11 €
SPESE GENERALI			
Responsabile progetto	416	35	14.560,00 €
Spese gestione generali			8.000,00 €
Costo totale progetto			219.248,11

9 CRONOGRAMMA (TUTTE LE ATTIVITÀ)

	Attività	Mesi											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
lavoro	Individuazione preparazione appartamenti	■	■										
	Individuazione e valutazione utenti	■	■										
	Attivazione gruppi appartamento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Incontri propedeutici individuali e di gruppo	■	■										
	Interventi domiciliari di gestione dinamiche gruppali			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sostegno economico			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Interventi di gestione appartamenti			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Valutazione finale dell'intervento												■
lavoro	Individuazione sedi, allestimento dei centri	■											
	Selezione, valutazione inserimenti iniziali	■	■	■									
	Attività dei Centri –IPS – Sostegno al lavoro	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Valutazione finale dell'intervento												■
socializzazione	Individuazione e allestimento spazio accoglienza	■											
	Attività presso la sede	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■
	Eventi		■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
	Valutazione dei risultati												■
	Presentazione del servizio	■	■										
	Gruppi multifamiliari			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Valutazione dei risultati												■
	Costituzione dell'équipe riabilitativa	■											
	Inviduazione dell'utenza	■											
	Inserimento ed Accoglienza	■	■										
	Osservazione, analisi dei bisogni		■	■									
	Pianificazione dei Laboratori		■	■									
	Servizi alla Famiglia		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Strutturazione del programma educativo			■	■								
	Pianificazione degli eventi e festività				■								
	Laboratorio plastico-manipolativo			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio musicale			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio logico			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio di educazione alla salute			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio teatrale			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio di autonomia			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Laboratorio multisensoriale			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Uscite sul territorio				■				■				■
	Monitoraggio				■			■		■			■
	Incontri tecnici	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Resocontazione dei risultati					■							■
	Valutazione finale											■	