

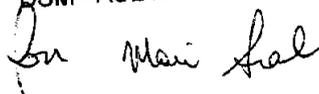
**Progetto per il finanziamento di Roma Capitale  
Anno 2017**

**CASA FAMIGLIA BRAMANTE**

**INDICE**

A) Residenza .....	2
B) Operatori .....	3
C) Finalità della residenza.....	3
D) Utenti .....	4
E) Valutazione dell'attività anno precedente .....	5
F) Progetto.....	6
F1 obiettivi del progetto nel suo complesso.....	6
F2 analisi del contesto.....	6
F3 attività .....	7
F4 progetto individuale di ogni utente.....	7
G) Costi.....	9
H) Richiesta di finanziamento a Roma Capitale .....	9

**Dott.ssa Rosa Maria Scalise**  
**PSICHIATRA**  
**Direttore F.F. Salute Mentale I Distretto**  
**DSM - ASL RM/A**



## A) Residenza

Indirizzo:

.ViaBramante.6.....  
.....

Tel....

Fax.....

Proprietario: X ATER COMUNE ASL ente privato familiare utente

Locatario: x ASL organismo convenzionato familiare utente altro.....  
.....

Tipologia contratto: x locazione comodato d'uso altro: locazione passiva con pagamento  
canone annuo

Dimensioni: mq...150.....

stanze da letto n 3.....

bagni n 2.....

x cucina angolo cottura

spazi comuni x SI n...1..... specificare: salone.....

altro (es. giardino, terrazzo,

etc.)...giardino.....

x Struttura residenziale socio-riabilitativa (S.R.S.R.) a bassa intensità assistenziale (L.R. n. 4/2003)

- autorizzazione all'apertura e al funzionamento SI  
.....
- Regolamento SI (allegato)
- Periodo massimo di permanenza nella struttura: Due anni

## B) Operatori

### B1. Dipartimento di Salute Mentale:

Responsabile del progetto Dott.ssa Rosa Maria Scalise Tel. 339 2519799  
e-mail rosamaria.scalise@virgilio.it

Operatori ASL (specificare qualifica e orario settimanale di lavoro nell'appartamento)

Nominativo	qualifica	ore settimanali nell'appartamento
Aburubiah Omar	Tecnico riab.psichiatrica	6
Scalise Rosa Maria	Psichiatra	2
Pica Cesare 8 andrà in pensione il 31.12.2016)	Inf. Prof.	6

### B2. Operatori di cooperativa di tipo A in convenzione con la ASL

Qualifica	Ore settimanali	Ore coordinamento	Ore annue	Costo orario	Costo totale
Assistente domiciliare	4		208	Euro 3.120,00	Euro 3.120,00
Costo complessivo					Euro 3120,00

Articolazione orario: n. ore giornalieri 2..... X n. giorni/settimana  
2.....  
...

## C) Finalità della residenza

Aderenza al progetto terapeutico;  
consapevolezza dei propri disagi;  
raggiungimento di un buon livello di autonomia personale;  
acquisizione di fiducia in sé stessi e nel mondo esterno;

## D) utenti

Cod. Utente	Anno di nascita	data inserimento residenza	Titolo di studio <sup>1</sup>	Invaldit� <sup>2</sup>	Tipologia di pensione <sup>3</sup>	Sussidio <sup>4</sup>	Inserimento al Centro diurno <sup>5</sup>	Inserimento attivit� riabilitative CSM <sup>6</sup>	Inserimento lavorativo <sup>7</sup>	Attivit� esterne al circuito della salute mentale <sup>8</sup>
01	1962	30.06.2015	3	100%	1	no	no	si	no	si
02	1966	04.08.2014	2	100%	1	no	no	si	no	si
03	1963	09.08.2016	4	100%	1	no	no	si	no	no
04	1972	04.08.2016	3	100%	1	no	no	si	no	si
05	1972	06.12.2016	2	100%	1	no	si	si	no	si

<sup>1</sup> 1. Nessuno 2. Licenza elementare 3. Licenza media inferiore 4. Licenza media superiore 5. Attestato professionale 6. Diploma di laurea 7. Altro

<sup>2</sup> Occorre indicare in caso affermativo la percentuale (%) di invalidit  che   stata riconosciuta all'utente, in caso negativo indicare con un **NO**

<sup>3</sup> Indicare **NO** nessuna pensione e per l'eventuale titolarit  di una pensione di invalidit  o l'inabilit  lavorativa indicare: 1. pens. da invalidit  civile 2. pens. da inabilit  lavorativa 3. accompagnamento 4. pens. da invalid. civ + accompagnamento 5. pens. da inabilit  lavorativa + accompagnamento 6. pensione di reversibilit  7. pens. da lavoro.

<sup>4</sup> No Si

<sup>5</sup> No Si

<sup>6</sup> No Si

<sup>7</sup> In caso negativo indicare **NO** e per inserimenti lavorativi: 1 lavoro 2 tirocinio finalizzato al lavoro 3 tirocinio terapeutico 4 borse lavoro

<sup>8</sup> Attivit  esterne (attivit  ricreative, formative, ecc.) sono quelle non organizzate direttamente dal DSM, ma realizzate autonomamente dall'utente:  
No Si

## **E) Valutazione dell'attività svolta nell'anno precedente (2016)**

Descrivere l'attività svolta nell'anno precedente in relazione ai progetti individuali di ogni utente: analizzando gli elementi che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi e/o gli eventuali ostacoli e insuccessi.

### **Codice utente 01**

Il pz ha sempre frequentato il C.D. Purtroppo ha avuto molte malattie fisiche per le quali si è curato ed una ricaduta maniacale per la quale è stato necessario un ricovero in SPDC.

### **Codice utente 02**

La paziente, ha avuto un buon compenso psicopatologico, ma anche una crisi depressiva che ha richiesto un ricovero in SPDC.

### **Codice utente 03**

Il paziente, dopo uno sfratto ed un ricovero in clinica, è entrato in casa famiglia con sufficienti livelli di autonomia e buoni rapporti con altri utenti. Frequenta il CSM.

### **Codice utente 04**

La pz dopo un ricovero di due anni in clinica si è convinta a rientrare a Roma ed a vivere in casa-famiglia. Scarsi i livelli di autonomia personale e difficili i rapporti con altri pz.

### **Codice utente 05**

Il paziente si era dimesso a giugno, interrompendo il progetto riabilitativo perché voleva vivere con la sua fidanzata. Purtroppo ha avuto una ricaduta psicotica ed un lungo ricovero in SPDC. E' stato riammesso in casa-famiglia a dicembre.

## **Progetto**

### **F1 Obiettivi del progetto nel suo complesso**

miglioramento delle capacità relazionali;  
scoperta dei propri limiti e delle proprie possibilità;  
individuazione dei propri stati d'animo;  
miglioramento delle relazioni familiari;  
capacità di riconoscere l'alterità, di gestire le relazioni e poter pensare che abbiano una fine;  
richiesta di accesso ad un trattamento individuale presso il CSM di provenienza, inserimento lavorativo attraverso borse lavoro.

## F2 Analisi del contesto (\*)

Analizzare il contesto di collaborazioni e relazioni necessarie ai percorsi degli utenti, specificando quelle che saranno utilizzate nella realizzazione del progetto individuale:

- centri diurni: Si
- ricreativi, sportivi e culturali :si
- attività artigiane e commerciali
- associazioni e cooperative attive sul territorio
- parrocchie :si
- enti formativi (scuole, università, UPTER, associazioni private) :si
- istituzioni (ASL, Municipio, Provincia, etc.)
- agenzie per l'impiego (COL): si
- altro.....  
.....  
.....

(\*) il contesto include il territorio adiacente e tutti gli altri ambiti di relazione

## F3 Attività del Responsabile del progetto ed operatori

### rivolte alla famiglia

Tutti i pazienti che hanno famiglia vengono seguiti nel Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare ogni 15 giorni presso la Comunità Tarsia; alcune famiglie vengono seguite singolarmente

### con le associazioni di familiari

Per alcune situazioni, esempio dimissioni, vengono coinvolte le associazioni dei familiari per aiutarci a trovare le case.

### con le associazioni di utenti

Non conosciamo associazioni di utenti.

#### **F4 Progetto individuale dell'utente**

##### **Codice utente 01**

Mantenere un buon compenso psicopatologico.

##### **Codice utente 02**

Inserimento al centro diurno ed alle attività riabilitative e risocializzanti.

##### **Codice utente 03**

Inserimento nel C.D. e nelle attività risocializzanti.

##### **Codice utente 04**

Inserimento nel c.d. ed alle attività risocializzanti.

##### **Codice utente 05**

Inserimento nel C.D. e nelle attività riabilitative e risocializzanti.

### G) Costo

Si chiede di descrivere i costi in base alle voci di spesa contenute nella seguente tabella:

VOCI DI SPESA	COSTO	QUOTA COMUNE	QUOTA ASL	QUOTA UTENTE o FAMILIARE	SUSSIDIO
personale convenzionato	3.120,00	3.120,00			
locazione: €..... al mese	n.q.		Quota ASL		
condominio: €.....al mese	n.q.		Quota Asl		
utenze: €.....al mese	n.q.		Quota ASL		
vitto:					
n. utenti 5.....	10.950,00	10.950,00			
costo pro-die 6,00 .....					
giorni 365.....					
spese gestione ordinaria (*)	500,00	500,00			
spese gestione straordinaria (**)	n.q.				
<b>TOTALE</b>	<b>14.570,00</b>	<b>14.570,00</b>			

(\*) specificare analiticamente le eventuali spese e il relativo costo:piccola manutenzione (acquisto di lenzuola, pentole, ecc)

(\*\*) specificare analiticamente le eventuali spese e il relativo costo:.....

**H) Richiesta di finanziamento a Roma Capitale per l'anno ~~2017~~ 2017: €**  
**14.570,00(quattordicimilacinquecentosettanta/00))**

## Dati Sensibili

### II Piano

- Codice 01 B.V. (Balducci Vito)
- Codice 02 N.K.A. (Nseyo Kayembe Adolphine)
- Codice 03 I.G. (Insardi Giuseppe).
- Codice 04 S.D. (Silvestrelli Daniela).
- Codice 05 G. K. (Gambo Kobi)

Dott.ssa Rosa Maria Scallisi  
PSICHIATRA  
Direttore F.F. Salute Mentale I Distretto  
DSM - ASIA RMI/A

### **Regolamento Struttura Socio-Residenziale Via Bramante 6.**

- 1) Nella struttura è vietata ogni forma di violenza ed aggressività verso sé stessi, altre persone o cose: le proprie esigenze o disappunti saranno discussi in sedi di terapia gruppale o nell'assemblea.
- 2) Gli utenti sono tenuti a riordinare le proprie stanze e gli ambienti comuni (bagni, cucina e sala da pranzo) in collaborazione con l'addetta delle pulizie; dovranno prendersi cura della propria igiene personale nel rispetto di sé e degli altri.
- 3) Le uscite serali vanno concordate con gli operatori, rispettando gli orari concordati.
- 4) Tutti gli utenti devono partecipare alle terapie psicologiche e riabilitative ed assumere la terapia farmacologia prescritta, segnalando ai sanitari eventuali effetti collaterali per poterla modificare.
- 5) Per le questioni prettamente mediche gli utenti si rivolgeranno al proprio medico di famiglia (ai quali signaleranno la loro permanenza in casa-famiglia, per eventuali visite domiciliari), che provvederanno a richiedere eventuali visite specialistiche.
- 6) In caso di riacutizzazione di psicosi gli utenti saranno ricoverati in SPDC o clinica psichiatrica convenzionata su richiesta del sanitario inviante e/o della casa-famiglia e tramite ambulanze del 118, laddove necessario.
- 7) E' assolutamente vietato l'uso di alcool che, assunto contemporaneamente ai farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale potrebbe provocare gravi situazioni cliniche.
- 8) E' assolutamente vietato l'uso di sostanze stupefacenti pena l'allontanamento dalla casa-famiglia.
- 9) E' fatto divieto assoluto di prendere la residenza presso la casa-famiglia.
- 10) Tutti gli ospiti titolari di indennità di accompagnamento dovranno versare l'importo totale al conto corrente bancario intestato alla ASL RM/A, relativo alle strutture residenziali.

**Dott.ssa Rosa Maria Scalise**  
**PSICHIATRA**  
**Direttore F.F. Salute Mentale I Distretto**  
**DSM - ASL RM/A**



ASL RM/A  
DIRETTORE D.S.M.  
Dott. Andrea Di Cicci