

**Modello di progetto
per il finanziamento di Roma Capitale
Anno 2017**

VIA QUARRATA 4 int. 2

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

A) Residenza

Indirizzo: VIA QUARRATA CIV. 7 INT. 2

Tel 06/8816868

Proprietario: X AIER COMUNE ASL ente privato familiare utente

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

.....
Tipologia contratto: X locazione comodato d'uso altro.....

Dimensioni: mq 50

stanze da letto n 1

bagni n 1

cucina X angolo cottura

spazi comuni X SI n 1 specificare SOGGIORNO/SALOTTINO NO

altro (es. giardino, terrazzo, etc.) BALCONE

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

- autorizzazione all'apertura e al funzionamento X SI NO
riferimenti dell'autorizzazione rilasciata ASL RM/A
 - Regolamento X SI (allegare) NO
 - Periodo massimo di permanenza nella struttura: 2 ANNI CIRCA
- appartamento di convivenza (minimo 3 e max 6 persone)
appartamento individuale (max 2 persone)

B) Operatori

B1. Dipartimento di Salute Mentale:

Responsabile del progetto Dr. ssa Raffaella Focarile Tel 06 77307769
e-mail rfocarile@tiscali.it

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

nomativo	qualifica	ore settimanali nell'appartamento
Dr.ssa RAFFAELLA FOCARILE	PSICOLOGA RESP.LE	9,00-16,00 (un turno a settimana)
Dr.ssa TERESA DE PAOLA	INFERMIERA COORDINATRICE	9,00-15,00 (LUNEDI'- SABATO)
Dr.ssa LONGO RAFFAELLA	TECNICO PSICHIATRICA RIABILITAZIONE	8,00- 15,00 (a tempo determinato rimmovabile)

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

Qualifica	Ore settimanali	Ore coordinamento	Ore annue	Costo orario	Costo totale
Operatore Socio Assistenziale	Feriali: 24		Feriali: 1204	Feriali: 17 €	Feriali: 20.468,00 €
Operatore Socio Assistenziale	Festivi: 2		Festivi: 128	Festivi: 22 €	Festivi: 2.816,00 €
Costo complessivo					23.284,00 €

Articolazione orario Feriali n. 4 ore giornaliere X tutti i giorni feriali della settimana
Articolazione orario Festivi n. 2 ore giornaliere X tutti i giorni festivi della settimana

4 ore feriali x 301 gg feriali anno = 1.204 ore feriali annue x 17 € = 20.468,00

2 ore festive x 64 gg festivi anno = 128 ore festive annue x 22 € = 2.816,00

B3. Altro personale: tirocinanti, volontari del servizio civile, volontari, etc.
(specificare tipologia e orario settimanale)

C) Finalità della residenza

Garantire ai pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e sufficienti livelli di autonomia un supporto socio-riabilitativo nella gestione della vita quotidiana da parte di assistenti domiciliari esclusivamente in alcune fasce orarie diurne.

D) utenti

Cod. Utente	Anno di nascita	data inserimento residenza	TITOLO di studio ¹	Invaldit� ²	Tipologia di pensione ³	Sussidio ⁴	Inserimento al Centro diurno ⁵	Inserimento attivit� riabilitative CSM ⁶	Inserimento lavorativo ⁷	Attivit� esterne al circuito della salute mentale ⁸
B.P. 1	1963	15/12/2015	3	100 %	1	NO	SI	SI	NO	NO
B.P. 2										

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

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

³ 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. accompagnio 4. pens. da invalid. civ + accompagnio 5. pens. da inabilit  lavorativa + accompagnio 6. pensione di reversibilit  7. pens. da lavoro.

⁴ No Si

⁵ No Si

⁶ No Si

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

⁸ 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)

BP1. Inizialmente il progetto di inserimento nell'appartamento di Sergio T. coinvolgeva anche Alessandro N. e Andrea A. L'avvio graduale dell'iniziativa durata molti mesi ha rappresentato per tutti e tre i pazienti una possibilità evolutiva importante al punto da determinare resistenze e manifestazioni di difficoltà tali da rendere necessari periodi di sospensione del progetto. **In particolare Alessandro N.** ha manifestato una significativa regressione psicopatologica al punto che si è ritenuto necessario interrompere la frequenza. Pertanto, mentre gli altri due pazienti hanno continuato e realizzato il progetto nonostante le iniziali difficoltà, Alessandro è rimasto all'int.2. Ciò ha permesso all'utente di migliorare progressivamente la condizione clinica.

BP2. Andrea A., come suddetto, è stato dimesso

F) Progetto

F1 Obiettivi del progetto nel suo complesso

- supporto e sostegno alla gestione della quotidianità per alcune ore diurne in un ambiente caratterizzato da affettività e rispetto reciproco.
- continuità dei rapporti sociali e miglioramento delle capacità relazionali.
- aumento progressivo dei livelli di consapevolezza dei propri bisogni, delle proprie capacità e del senso di responsabilità all'interno della casa/appartamento, nel piccolo gruppo con gli altri ospiti in situazioni sempre più conformi a quelle del mondo esterno.
- partecipazione della famiglia, se esistente, al progetto terapeutico.
- collegamento con i Servizi DSM, le agenzie e le associazioni del territorio.

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:

- X centri diurni
 - X ricreativi, sportivi e culturali
 - attività artigiane e commerciali
 - X associazioni e cooperative attive sul territorio
 - X parrocchie
 - X enti formativi (scuole, università, UPTER, associazioni private)
 - X istituzioni (ASL, Municipio, Provincia, etc.)
 - X agenzie per l'impiego (COL)
 - 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
 descrivere le attività che coinvolgono direttamente i familiari degli utenti e le modalità con cui si intende svolgerle.
COLLOQUI CON I FAMILIARI E GRUPPI MULTIFAMILIARI

con le associazioni di familiari
 descrivere le attività che coinvolgono le Associazioni di familiari.

NO

con le associazioni di utenti
 descrivere le attività che coinvolgono le Associazioni di utenti.

NO

F4 Progetto individuale dell'utente

Int. 2

BP1. La condizione clinica di Alessandro N. è attualmente sufficientemente stabilizzata. E' stata effettuata la richiesta di aggravamento e di amministratore di sostegno da parte del CSM di riferimento territoriale. Nel corso del 2017, compatibilmente alle condizioni generali del paziente, si pensa di avviare un inserimento nell'appartamento già abitato da Andrea A. e Sergio T.

BP2. Al posto di Andrea A. è programmato l'inserimento di un altro paziente del DSM.

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	23.284,00 €	23.284,00 €	A CARICO DELLA ASL		
locazione: €..... al mese			A CARICO DELLA ASL		
condominio: €..... al mese			A CARICO DELLA ASL		
utenze: €..... al mese			A CARICO DELLA ASL		
vitto: n. utenti 2 costo pro-die 8,00 €..... giorni	5.840,00 €		Euro 5.840,00 A CARICO DELLA ASL		
spese gestione ordinaria (*)			Euro 2.000,00 PICCOLA MANUTENZIONE PULIZIE E SERVIZIO BIANCHERIA A CARICO DELLA ASL		
spese gestione straordinaria (**)			MANUTENZIONE E PULIZIE STRAORD. A CARICO ASL		
TOTALE		23.284,00 €			

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

H) Richiesta di finanziamento a Roma Capitale per l'anno 2017: 23.284,00 €

ASL RM/A
DIRETTORE D.S.M.
Dot. Andrea Nafacci