

Modello di presentazione di progetti per il finanziamento del Comune di Roma Anno 2017

INDICE

Scheda anagrafica del Centro	2
Finalità del centro.....	3
Progetto per l'anno 2017.....	4
1. Scheda utenti 2017	4
2. Valutazione dell'attività svolta nell'anno precedente	7
3. Il progetto	9
Gli obiettivi del progetto.....	9
Le modalità di progettazione	10
La struttura	11
Analisi del contesto (*).....	11
Le attività di supporto allo sviluppo del progetto	12
Prospetto riepilogativo.....	13
4. Le attività.....	14
Descrizione della attività	14
Le modalità di realizzazione.....	14
I risultati dell'attività	14
5. Altre attività	15
Attività rivolte alla famiglia	15
Attività con le associazioni di familiari	15
Attività con le associazioni di utenti.....	15
Piano settimanale attività.....	16
6. La fattibilità delle singole attività	17
7. Finanziamento richiesto al Comune di Roma: anno 2017	24
8. Costo complessivo del progetto.....	25
9. Altri finanziamenti e progetti in corso.....	25

Scheda anagrafica del Centro

Nome del Centro diurno **UOS Servizi Semiresidenziali** afferente alla UOC **Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale**

Indirizzo: **via Plinio 31**

Tel. **06 6835-4023**

Fax **06 6835-4020**

Responsabile **Dott.ssa Marina Di Maio**

e-mail marina.dimaio@asl-rm1.it

Sede: mq settanta coperti e sessanta di terrazzo che è stato aperto alla nostra utenza nel mese di novembre, dopo averlo messo in sicurezza.

Operatori

- Operatori di cooperativa di **tipo A** in convenzione con la ASL:

Quattro operatori sociosanitari della cooperativa Aelle Il Punto impegnati per l'intero tempo di apertura del servizio.

- Maestri d'arte:

I maestri d'arte (o conduttori) che gestiranno i laboratori saranno messi a disposizione da una Cooperativa sociale di tipo B individuata tramite procedure di evidenza pubblica di cui sarà data tempestiva comunicazione al Comune di Roma.

Durante l'anno ruotano sulla struttura tirocinanti che effettuano i tirocini pre- e post- laurea della Facoltà di Psicologia, altri tirocinanti vengono dalle scuole di specializzazione post laurea in Psichiatria e psicoterapia.

Sono presenti, a secondo delle richieste, presenze di volontari e sono stati richiesti operatori del servizio civile.

Finalità del centro

Di seguito vengono riportati alcuni dei compiti prioritari dei Centri diurni. A quale/i di queste finalità il Centro diurno pensa di contribuire? (indicare massimo 4)

1. la presenza attiva nel territorio, in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con gli altri servizi sanitari e sociali e con le cooperative;	
2. la formulazione concordata di piani terapeutici – di prevenzione secondaria e/o terapeutico riabilitativi personalizzati e complessi;	X
3. l' integrazione, nei piani terapeutici, dell'apporto della rete sociale del territorio (in particolare per quanto riguarda il pieno godimento dei diritti di cittadinanza es. diritto alla salute);	X
4. il coinvolgimento della famiglia come uno dei soggetti attivi nell'attuazione del progetto terapeutico dell'utente;	
5. la costruzione di un percorso che risponda ai bisogni specifici di ogni utente: l'abitare, il tempo libero, la socializzazione, l'inserimento lavorativo;	X
6. il funzionamento di gruppi di mutuo aiuto di familiari e di utenti;	
7. lo sviluppo di iniziative di informazione alla popolazione, con lo scopo di diminuire i pregiudizi verso il disagio mentale e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà;	
8. il tutoraggio agli inserimenti lavorativi degli utenti sia interni alla cooperativa che esterni	
9. lo sviluppo di cooperative sociali per l'inserimento lavorativo (tipo B);	
10. altro.....	
11. altro.....	

Progetto per l'anno 2017

1. Scheda utenti 2017 (ci riferiamo da febbraio 2016 a dicembre 2016)

Descrivere l'utenza del Centro che usufruisce del progetto fornendo le seguenti informazioni:

Posti a disposizione del Centro: Otto presenze massime giornaliere come da dichiarazione del Responsabile ASL RM E per le idoneità igienico sanitarie.

utenti in carico 40

media giornaliera:

1) nel centro 8

2) esterna al centro 4/6

3) numero inserimenti previsti 10/12 per anno

DATI UTENTE					DIAGNOSI SOCIALE							
Cod. Utente	Genere	Anno di nascita	Anno di inserimento al CD ¹	Anno di presa in carico al CSM	Invaldità ²	Tipologia di pensione ³	Titolo di studio ⁴	Contesto abitativo ⁵	Esperienze lavorative ⁶	Attività esterne al circuito di salute mentale ⁷	Modalità di frequenza del Centro Diurno nell'anno 2016 ⁸	Interventi all'interno del circuito di salute mentale nell'anno 2016 (escluso Centro Diurno e CSM) ⁹

¹ Effettiva presa in carico del Centro diurno.

² Occorre indicare in caso affermativo specificare la percentuale (%) di invalidità che è stata riconosciuta all'utente, in caso negativo indicare con un NO.

³ Indicare l'eventuale titolarità di una pensione di invalidità o l'inabilità lavorativa: 1. pens. da invalidità civile 2. pens. da inabilità lavorativa 3. accompagnamento 4. pens. da invalid. civ + accompagnamento 5. pens. da inabilità lavorativa + accompagnamento 6. pensione di reversibilità 7. pens. da lavoro 8. Nessuna pensione

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

⁵ 1. Solo 2. Famiglia d'origine 3. Famiglia propria 4. Comunità terapeutica 5. Residenze socio-sanitarie 6. Appartamento personalizzato

⁶ Dichiarare solo se l'esperienza lavorativa ha avuto carattere continuativo (ad esempio: superiore a sei mesi) e significativo.

⁷ Attività esterne (attività ricreative, formative, ecc.) sono quelle non organizzate direttamente dal CD, ma realizzate autonomamente dall'utente. 1. No 2. Si

B 1	f	2001	2016	2016				3	4	no	si	3	2
B 2	f	1992	2016	2015				3	4	no	no	3	2
B 3	m	1993	2016	2016				4	2	no	no	2	2
B 4	m	1998	2016	2016				3	2	no	no	3	2

B 5	f	2000	2016	2016				3	4	no	si	3	2
B 6	m	1989	2016	2016				6	2	no	si	1	2
B 7	m	1995	2016	2016				3	2	si	no	1	1
B 8	m	1993	2016	2016				4	2	no	no	3	2
B 9	f	1994	2016	2016				3	2	no	si	2	1
B 10	f	1994	2016	2016				4	2	no	no	1	2
B 11	f	2000	2016	2016				3	2	si	si	2	1
B 12	m	1997	2016	2016				4	2	no	si	1	2
B 13	m	1998	2016	2016				3	2	si	no	2	1
B 14	f	2001	2016	2016				3	2	no	si	3	1
B 15	f	1999	2016	2016				3	2	no	no	2	1
B 16	f	2001	2016	2016				3	2	no	no	1	2
B 17	f	1997	2016	2016				3	2	no	si	3	1
B 18	f	2000	2016	2016				3	2	no	si	1	1
B 19	f	1996	2016	2016				3	2	no	si	1	1
B 20	f	1998	2016	2016				4	2	no	no	2	1
B 21	f	1998	2016	2016				3	2	si	si	3	1
B 21	f	1997	2016	2016				3	2	no	si	1	2
B 22	m	1998	2016	2016				3	2	no	si	2	1
B 23	f	1997	2016	2016				3	2	no	si	2	1
B 24	f	1999	2015	2015				3	2	no	si	3	1
B 25	f	2000	2015	2015				3	2	no	no	1	2
B 26	f	1999	2016	2016				3	2	no	no	2	2
B 27	m	1997	2015	2015				3	2	no	si	2	1
B 28	f	1996	2016	2016				3	4	no	no	1	2
B 29	m	1997	2015	2015				3	2	no	no	1	2
B 30	m	1999	2015	2015				4	2	si	si	1	2

1. Alto utilizzatore (frequenta 3/5 giorni a settimana per più di una attività/laboratorio) 2. Medio utilizzatore (frequenta per 1/2 giorni a settimana per almeno una attività/laboratorio)
3. Basso utilizzatore (frequenta al bisogno come punto di riferimento sociale o contenimento temporaneo di stati emotivi).

1. No 2. SPDC 3. Clinica convenzionata 4. Day hospital

DATI UTENTE						DIAGNOSI SOCIALE						
Cod. Utente	Genere	Anno di nascita	Anno di inserimento al CD ¹⁵	Anno di presa in carico al CSM	Invaldit� ¹¹	Tipologia di pensione ¹²	Titolo di studio ¹³	Contesto abitativo ¹⁴	Esperienze lavorative ¹⁵	Attivit� esterne al circuito di salute mentale ¹⁶	Modalit� di frequenza del Centro Diurno nell'anno 2015 ¹⁷	Interventi all'interno del circuito di salute mentale nell'anno 2013 (escluso Centro Diurno e CSM) ¹⁸
B 31	m	1999	2015	2015			3	2	no	no	1	2
B 32	f	1999	2016	2016			3	2	no	no	2	1
B 33	f	1998	2015	2014			3	2	no	si	3	2
B 34	m	1998	2015	2015			3	2	no	no	2	1
B 35	m	1998	2014	2014			3	2	no	no	2	2
B 36	f	1997	2014	2014			4	2	no	si	1	1
B 37	f	1997	2016	2014			3	2	no	no	1	1
B 38	m	1999	2014	2014			3	2	no	si	2	1
B 39	m	1997	2014	2014			3	2	no	no	2	1
B 40	f	2000	2015	2014			3	2	no	no	2	3

¹⁰ Effettiva presa in carico del Centro diurno.

¹¹ Occorre indicare in caso affermativo specificare la percentuale (%) di invalidit  che   stata riconosciuta all'utente, in caso negativo indicare con un NO.

¹² Indicare l'eventuale titolarit  di una pensione di invalidit  o l'inabilit  lavorativa: 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 8. Nessuna pensione

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

¹⁴ 1. Solo 2. Famiglia d'origine 3. Famiglia propria 4. Comunit  terapeutica 5. Residenze socio-sanitarie 6. Appartamento personalizzato

¹⁵ Dichiarare solo se l'esperienza lavorativa ha avuto carattere continuativo (ad esempio: superiore a sei mesi) e significativo.

¹⁶ Attivit  esterne (attivit  ricreative, formative, ecc.) sono quelle non organizzate direttamente dal CD, ma realizzate autonomamente dall'utente. 1. No 2. Si

¹⁷ 1. Alto utilizzatore (frequenta 3/5 giorni a settimana per pi  di una attivit /laboratorio) 2. Medio utilizzatore (frequenta per 1/2 giorni a settimana per almeno una attivit /laboratorio) 3. Basso utilizzatore (frequenta al bisogno come punto di riferimento sociale o contenimento temporaneo di stati emotivi)

¹⁸ Interventi all'interno del circuito sanitario 1. No 2. SPDC 3. Clinica convenzionata 4. Day hospital

2. Valutazione dell'attività svolta nell'anno precedente

Nel biennio 2015/16 le attività sovvenzionate nel progetto di finanziamento sono state svolte con regolarità, rendicontate, relazionate trimestralmente e sono ancora in corso per completare l'ultimo trimestre del 2016:

- *cinema e cineforum*
- *amici degli animali*
- *arte (disegno e pittura)*
- *visite artistiche e culturali*
- *nuoto*
- *canto*
- *laboratorio LIPU*
- *chitarra*
- *teatro*
- *movimento*

In linea con le richieste del Comune di Roma per la concessione del finanziamento la nostra struttura ha privilegiato le attività esterne al CD.

La fruizione di spazi esterni non istituzionali è stata considerata una priorità anche nel biennio in corso.

La formazione del gruppo utenti è stato un elemento centrale per l'esplorazione dei territori urbani con un ritorno di conoscenza di aspetti legati all'interiorità di ciascun utente e delle modalità di relazione con gli altri.

Le attività sono state svolte o direttamente all'esterno (ad esempio equitazione, LIPU, attività sportive etc.) o nella nostra struttura, ma anche quelle interne sono state strutturate con l'intento di dare all'esterno una continuità delle esperienze (cinema, arte, canto etc.).

Il gruppo di lavoro fra operatori strutturati Asl, operatori di cooperativa e conduttori di laboratori formatosi ormai da qualche anno, ha ulteriormente migliorato la propria intesa e, con questa, la ricaduta positiva delle attività risocializzanti sull'utenza.

Per le attività estive abbiamo usufruito della piscina del Centro Sportivo Italiano e abbiamo organizzato gite al mare, in montagna, in campagna e percorsi ludico – conoscitivi nella città in collaborazione con enti pubblici e privati.

Tutti i laboratori proposti hanno avuto un riscontro positivo e verranno riproposti. Proseguiamo, pertanto, questo percorso coerentemente con il progetto e i suoi obiettivi. La vita quotidiana che abbiamo proposto ha offerto al paziente grave che afferisce alla nostra struttura la possibilità di un passaggio da una condizione nello "stare", anche senza svolgere nessuna attività organizzata, in un luogo accogliente e "sufficientemente buono", (arrivano pazienti che passano molte ore in un'immobilità quasi totale), ad una dimensione dove sia possibile vedere e poi considerare l'altro, come diverso e potenzialmente utile. Fondamentale per questo passaggio è stata la valorizzazione della vitalità, e la capacità di attribuire forza creativa ai processi che l'adolescente sta vivendo. Questa nostra modalità di lavoro ha creato la compresenza di :

- 1- ragazzi che sono in fase di sospensione dell'esame di realtà, con un'impossibilità di relazionarsi con altri, ma con la necessità di un'ambiente istituzionale come contenimento di angosce persecutorie;

- 2- ragazzi che attraverso il contesto gruppale debbono trovare una situazione privilegiata per apprendere e sviluppare conoscenze e competenze ,utilizzando il fare.
Il fare sta rappresentando la possibilità di far emergere uno spazio di comunicazione, sviluppare relazioni significative in pazienti con difficoltà o impossibilità di funzioni simboliche.

Le attività previste dal precedente progetto sono state così modificate:

1. **Laboratorio di Cinema e Cineforum:** attualmente frequentanti 5 o 6 utenti.
2. **Laboratorio amici animali, ex Ciampacavallo.** Attualmente frequentanti 4 utenti, tutte le settimane. (svolto all'esterno)
3. **Laboratorio di Danza:** attualmente frequentanti 2 utenti. (svolto all'interno)
4. **Laboratorio di Nuoto:** attualmente presenti 8 utenti, piscina comunale.
5. **Laboratorio "Lipu":** attualmente presenti 4 utenti .svolto all'esterno.
6. **Laboratorio di Fotografia/narrazione:** attualmente presenti 4 o 5 utenti. Svolto all'esterno.
7. **Laboratorio di Canto:** attualmente presenti 5 utenti. Svolto all'interno.
8. **Laboratorio di teatro:** attualmente presenti 4 utenti. Svolto all'interno.
9. **Laboratorio di chitarra:** attualmente presenti 5 utenti, svolto all'interno.
10. **Laboratorio d'arte:** attualmente presenti 4 utenti. Svolto all'interno.

3. Il progetto

Gli obiettivi del progetto

Gli obiettivi che ci proponiamo di raggiungere nel prossimo biennio sono in linea con l'intera programmazione degli ultimi anni per quanto attiene alla fascia d'età considerata finora. Un importante cambiamento avvenuto negli ultimi mesi è la trasformazione della UOC Tutela Adolescenza in UOC Prevenzione Interventi Precoci in Salute Mentale (UOC PIP SM). Questa innovazione ha comportato una riorganizzazione del servizio con un aumento della fascia d'età dell'utenza che comprende utenti fra i quattordici e i venticinque anni e con l'esigenza di privilegiare utenti con una gravità psicopatologica importante. Obiettivo fondamentale nella costituzione del nostro Percorso Semiresidenziale è stata la precocità di individuare e programmare l'intervento riabilitativo nella costruzione di un progetto terapeutico in accoglienza in quanto per un paziente con caratteristiche psicopatologiche importanti non si può non considerare un'analisi della domanda e proposta di riabilitazione come componente imprescindibile attenta del processo di cura.

Per accedere a tale percorso è necessario che il paziente venga valutato nella sua globalità.

Importante è avere tutte le informazioni in una fase preliminare rispetto a

1) la condizione psicopatologica del paziente;

2) la storia personale e familiare;

3) le capacità relazionali e sociali;

4) le aree di disabilità specifiche, relative alla vita domestica, relazioni sociali, alle attività lavorative e di studio;

5) le abilità presenti, residue le potenzialità e attitudini;

6) il bisogno, la disponibilità e la motivazione ad intraprendere un trattamento riabilitativo in una struttura semiresidenziale.

Tanto maggiore è la precocità con cui si individua e programma l'intervento riabilitativo, tanto più avremo la possibilità di ridurre le compromissioni ed evitare le disabilità associate alla malattia mentale.

Le finalità sono state quindi:

1) quella di potenziare la capacità che anche il giovane può aver perso, di rispondere con successo ai propri bisogni di interfacciarsi in modo armonico con l'ambiente e di rispondere alle richieste e ai bisogni dell'altro, per evitare che una serie di fallimenti lo isolino sempre di più, sia per l'esperienza frustrante che va a rinforzare sentimenti di disistima ed inadeguatezza, sia per le tendenze emarginanti che si creano nel contesto in cui il soggetto vive;

2) favorire con il nostro modo di intervenire sul gruppo e nel gruppo uno sviluppo dell'esame di realtà favorendo la capacità di rinunciare man mano all'onnipotenza infantile che spinge i ragazzi inseriti nel nostro percorso a voler tradurre le relazioni, in una situazione grupppale, che soddisfi bisogni di autogrificazione continua;

3) prevenire l'allontanamento dalla famiglia e l'abbandono del progetto di vita in corso;

4) agganciare i ragazzi con patologia in atto verso altre realtà sociali, scuola, lavoro, gruppo dei pari;

5) favorire l'acquisizione di responsabilità, di autonomia personale e di regole di vita cui ogni persona deve adattarsi

6) sviluppare competenze relazionali, favorendo l'instaurarsi di relazioni personali, per migliorare il basso o nullo livello di socialità;

7) acquisire capacità cognitive che gli permettano di interpretare più correttamente la realtà, migliorando il livello di autostima;

8)acquisire capacità mansionali che gli consentano di confrontarsi alla pari con gli altri, aumentando le proprie capacità adattative.

METODOLOGIA

Il percorso semiresidenziale è teso quindi a promuovere un processo di integrazione della realtà intrapsichica e interpersonale attraverso l'esperienza con un gruppo stabile di riferimento. Tale esperienza dovrebbe rappresentare la fase di transizione da una situazione protetta a contesti di maggiore socializzazione (scuola, lavoro, tempo libero).

Possiamo classificare le attività di cura che l'utente andrà a svolgere durante il percorso semiresidenziale in due livelli, il primo riguarda quelle attività orientate prevalentemente sulla realtà esterna del paziente, sui suoi comportamenti, sul suo modo di interagire con l'ambiente, sulle attività concrete di vita quotidiana ed utilizzano l'agire, il fare. Le attività di secondo livello sono invece più complesse si rivolgono al mondo interno del paziente, sono finalizzate al recupero di capacità più adeguate relazionali ed utilizzano fundamentalmente la relazione con il gruppo e con gli operatori, relazione fondata sulla fiducia, reciprocità e sulla piena partecipazione dell'utente.

La necessità di dare priorità all'intervento di cura sul paziente grave e la modifica della fascia d'età che si rivolge alla nostra struttura, ci porta a contatto con patologie spesso già strutturate, ponendoci nella necessità di contrastare l'aspetto di passività e chiusura che spesso contraddistingue tali situazioni. Il fare rappresenta la possibilità di far emergere uno spazio di comunicazione sviluppare relazioni significative in pazienti con difficoltà o impossibilità di funzioni simboliche.

La concretezza si sostituisce al simbolo e fornisce all'utente la possibilità di essere protagonista di quello che si fa come gratificazione narcisistica nell'azione e/ o nel prodotto e nella realizzazione di questo.

Le singole attività che si svolgono presso la struttura semiresidenziale devono rappresentare uno strumento per costruire delle relazioni duali e gruppali non basate solo sullo scambio verbale ma sul far insieme, in un sistema organizzato con regole e con la gestione del personale che si pone in un'ottica di partecipazione attiva e rispettosa del bisogno dell'utente (compagno adulto).

Il fare acquista un senso e dà luogo ad attività di secondo livello, nella considerazione che gli aspetti relazionali sono la base del lavoro riabilitativo, la cui efficacia sarà influenzata in primo luogo dalla relazione interpersonale fra operatori e utenti.

Gli utenti sono spesso demotivati e pessimisti rispetto alle proprie possibilità di cambiamento l'interazione socializzante con un interesse autentico, operatore - > utente - > gruppo crea la possibilità di un successo del trattamento riabilitativo.

Il gruppo rappresenta un contesto privilegiato entro il quale apprendere e sviluppare conoscenze sperimentare la sensazione di essere parte di qualcosa e il poter partecipare a qualcosa.

Attraverso il contesto grupale l'utente avrà la possibilità di manifestare, riconoscere, decodificare i propri modelli comportamentali e grazie al feed-back positivo o no che il