

Progetto per il finanziamento di Roma Capitale Anno 2017

CASA FAMIGLIA BACCINA – IV PIANO

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: . Via Baccina ,81 IV Piano

Tel....066782826.....

Fax.....

Proprietario: ATER x 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...172.....

stanze da letto n 5.....

bagni n 2.....

x cucina angolo cottura

spazi comuni x SI n...1..... specificare: salone.....
NO

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

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 NO

referimenti dell'autorizzazione rilasciata.....

- Regolamento SI (allegare) NO

- Periodo massimo di permanenza nella struttura: Tre anni

appartamento di convivenza (minimo 3 e max 6 persone) SI

appartamento individuale (max 2 persone)

B) Operatori

B1. Dipartimento di Salute Mentale:

Responsabile del progetto Dott.ssa Rosa Maria Scalise Tel. 06 77307119
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 riabilitazione psichiatrica	15
Scalise Rosa Maria	Psichiatra	2
Pica Cesare (il 31.12.16 andrà in pensione)	Infermiere. Professionale.	15

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	10		520	Euro 15,00	Euro 7.800,00
Costo complessivo					7.800,00

Articolazione orario: n. ore giornaliere 2 h e mezza..... X n. giorni/settimana 6: tecnico riabilitazione + 2 ore x 5 giorni a settimana (assistente domociliare)+ 2 h e mezza inf. prof.
.....

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

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 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
01	1973	21.09.2015	4	100%	1	no	si	si	no	si
02	1990	03.02.2016	3	100%	1	no	si	si	si	si
03	1989	05.03.2015	2	100%	1	no	si	si	no	si
04	1983	12.01.2015	3	100%	1	no	si	si	si	si
05	1981	14.11.2016	2	100%	1	no	si	si	no	si
06	1978	19.10.2016	3	100%	1	no	si	si	no	si
						no	si	si	no	si

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. accompagnamento 4. pens. da invalid. civ + accompagnamento 5. pens. da inabilit  lavorativa + accompagnamento 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)

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 paziente questo anno ha avuto una lunga crisi depressiva, che per fortuna non ha esitato in ricovero. E' stato molto aiutato e sostenuto ad uscire dalla crisi anche nel C.D. dove ha frequentato un corso di ceramica.

Codice utente 02

Il pz ha cominciato un tirocinio con una borsa-lavoro, dove si reca tutti i giorni. Frequenta calcio con il C.D.

Codice utente 03

Frequenta il C.D. ed anche la cooperativa Lignarius, dove segue un corso di cucito.

Codice utente 04

La pz ha frequentato un corso di ceramica al C.D.

Codice utente 05

La pz ha molte difficoltà a parlare in italiano. Ha frequentato una scuola e segue un corso di cucito presso la cooperativa Lignarius.

Codice utente 06

Frequenta il C.D. ,fa un corso di cucito presso la cooperativa Lignarius.

F) 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 famigliari;
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

descrivere le attività che coinvolgono direttamente i familiari degli utenti e le modalità con cui si intende svolgerle.

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

descrivere le attività che coinvolgono 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

descrivere le attività che coinvolgono le Associazioni di utenti.

Non conosciamo associazioni di utenti.

F4 Progetto individuale dell'utente

Codice utente 01

Stabilizzazione del tono dell'umore. Frequenza maggiore alle attività riabilitative del C.D.

Codice utente 02

Aiutare il pz a collaborare con il tutor per essere assunto.

Codice utente 03

Consapevolezza dei propri disagi

Codice utente 04

Dimissioni e ingresso in un gruppo appartamento.

Codice utente 05

Maggiore frequenza alla scuola d'italiano.

Codice utente 06

Inserimento lavorativo.

G) Costo

Sì 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	7.800,00	7800,00			
locazione: €..... al mese	Annuo 1.022,50.		Annuo 1022,50		
condominio: €.....al mese	N.Q.		N.Q.		
utenze: €.....al mese	N.Q.		N.Q.		
vitto:					
n. utenti 6.....					
costo pro-die 6.50,00.....	14.235,00	14.235,00			
giorni 365.....					
spese gestione ordinaria (*)	1.558,00	1.558,00			
spese gestione straordinaria (**)					
TOTALE	23.593,00	23.593,00			

(*) specificare analiticamente le **eventuali** spese e il relativo costo:....cambio di lenzuola, pentole, o quanto attiene alla piccola manutenzione

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

H) Richiesta di finanziamento a Roma Capitale per l'anno 2017: €
23.593,00(ventitremilacinquecentonovantatré/00).

Regolamento Struttura Socio-Residenziale Via Baccina 81:

- 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 grupnale 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 segneranno 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.

ASL RM/A
DIRETTORE D.S.M.
Dott.ssa Rosa Maria Scalise
PSICHIATRA
Dott. F.F. Scatena
D.S.M. - ASL RM/A
Dott. F.F. Scatena
D.S.M. - ASL RM/A
Dott. F.F. Scatena
D.S.M. - ASL RM/A

Dati Sensibili

IV Piano

- Codice 01 A.C. (Antoci Claudio)
- Codice 02 D.G.M. (Di Gennaro Matteo)
- Codice 03 T.K. (Teklemarin Kebedesc)
- Codice 04 M.M. (Maria Massarini)
- Codice 05 H.A. (Haile Asmareth)
- Codice 06 V.M. (Vurchio Marianna)



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