

Premio Innovazione nei Servizi Sociali. Città di Rimini. Quinta Edizione.

NORME PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	
SCHEMA D'ISCRIZIONE	
<i>Titolo del progetto</i>	Vita spericolata: una casa per la Vita Indipendente
<i>Ente proponente</i>	FISH Umbria ONLUS – sez. Terni
<i>Settore/Ufficio proponente</i>	Centro per l'Autonomia Umbro
<i>Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)</i>	Via Giovanni XXIII, n. 25

TITOLO

“Vita Spericolata: una casa per la Vita Indipendente”

TEMPI

data di avvio 19 ottobre 2006

Data prevista di conclusione 19 ottobre 2007

INTRODUZIONE

Destinatari

Possono proporre domanda di partecipazione, Persone con Disabilità (PcD) motoria e/o sensoriale certificata ai sensi della legge 104/1992 di un'età compresa tra 18 e 65 anni che, a prescindere dal livello di autosufficienza, presentino elevate potenzialità di autonomia e abbiano manifestato in maniera inequivocabile la volontà di realizzare un personale progetto di vita indipendente.

Il progetto, per le sue caratteristiche, esclude coloro che presentano alterate capacità di autodeterminare le scelte della propria vita, alterate funzioni mentali globali e specifiche come da definizione proposta dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF).

Contesto

Il progetto «Vita spericolata» è un progetto innovativo del Piano di Zona dell'Ambito Territoriale n. 10 di Terni. È stato affidato dall'Ufficio di Piano alla FISH Umbria ONLUS.

Breve descrizione del servizio se esistente

Si intende offrire a PcD motoria e/o sensoriale la possibilità di realizzare un'esperienza di vita indipendente. I partecipanti al progetto avranno infatti l'opportunità di vivere per un periodo di tempo in un appartamento accessibile, nel quale potranno gestire in autonomia tutti gli aspetti della vita quotidiana. I due ospiti saranno affiancati da un consulente alla pari – persona anch'essa con disabilità che ha acquisito una consapevolezza circa la propria autonomia – che li accompagnerà in

un processo di emancipazione e di empowerment. L'appartamento in questione prevede la possibilità di ospitare 2 persone, o una con assistenza notturna, che vivranno l'esperienza per un periodo variabile dai 30 ai 45 giorni a seconda delle caratteristiche e delle esigenze personali.

Motivazioni

Riconoscere il diritto della PcD di condurre una vita autonoma ed indipendente e migliorare la sua qualità della vita e di chi gli sta accanto.

Questa è un'esperienza che consentirà alla persona di confrontarsi con se stessa, con la propria disabilità e di acquisire maggiore consapevolezza rispetto alle proprie risorse e alle proprie esigenze, che è necessaria per poter scegliere di progettare in autonomia la propria vita

Analisi preliminari

Studio delle esperienze di percorsi di vita indipendente realizzati in altre città italiane.

Analisi della condizione di forte dipendenza dalla famiglia di origine delle PcD del territorio ternano che porta una limitazione nell'autodeterminazione delle scelte della propria vita.

Individuazione e formazione delle figure professionali coinvolte.

Obiettivi

- Promuovere l'autodeterminazione: la persona sceglie in autonomia la modalità di aiuto in base alla valutazione dei propri bisogni e progetti.
- Stimolare il desiderio di gestione autonoma della propria vita.
- Favorire la domiciliarità e allo stesso tempo attenuare l'onere assistenziale a carico della famiglia.
- Favorire l'integrazione sociale delle PcD.
- Elevare l'appropriatezza degli interventi valorizzando le capacità residue della persona e fornendo assistenza secondo gli effettivi bisogni della PcD.
- Diffondere il modello medico-sociale, proposto dall'OMS, attraverso l'utilizzo dell'ICF da parte dell'equipe del progetto.
- Sperimentazione di assistenza condivisa da parte delle PcD.

COSTRUZIONE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Metodologia e procedure

I potenziali candidati vengono selezionati sulla base di specifici criteri:

1. criteri scientifici basati sul modello bio-psico-sociale dell'OMS attraverso l'utilizzo dell'ICF: Checklist-ICF, WHO-DAS (scala che misura i bisogni della persona) e SIS (scala che misura il livello di assistenza).
2. valutazione delle effettive possibilità e/o necessità di vivere in modo indipendente:
 - mancanza di sostegno familiare
 - necessità di affrontare a breve la vita indipendente
 - grado di motivazione nel voler affrontare questa esperienza
 - livello di autonomia già acquisito
 - anzianità

Altro requisito è la compatibilità tra i candidati che condivideranno l'esperienza:

- sesso
- età
- stile di vita
- tipologia della disabilità

La persona ritenuta idonea viene affiancata da un'équipe multiprofessionale con la quale valuterà le proprie necessità e potenzialità. L'équipe è composta di:

- medico fisiatra,
- assistente sociale
- psicologo,
- terapeuta occupazionale,
- tecnico di progettazione
- consulente alla pari

Fin dal primo colloquio, l'équipe incontra la persona in forma ristretta: sono presenti due figure fisse (assistente sociale e consulente alla pari) e una variabile secondo il tipo di necessità evidenziata. Nel corso dell'esperienza, la persona incontrerà tutti i membri dell'équipe per garantire una valutazione olistica.

Molti dei potenziali candidati sono già seguiti dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione (UMV) dell'ASL: ciò ha reso necessario il raccordo tra questa e l'équipe del progetto. Quindi l'accesso avviene:

- direttamente, mediante conoscenza del bando
- segnalazione della persona da parte dell'UMV all'équipe.

Indipendentemente dalla modalità di accesso, il candidato incontra l'équipe per una prima valutazione, in cui si definiscono:

- gli obiettivi da perseguire nel corso dell'esperienza
- il progetto personalizzato.

L'esperienza della persona viene monitorata dall'équipe con incontri periodici al fine di verificare l'idoneità e l'eventuale rimodulazione degli obiettivi posti.

Ci si riserva la possibilità di attivare valutazioni specialistiche qualora ne emerga la necessità.

A conclusione del percorso, l'équipe del progetto e quella dell'UMV effettuano, con l'utente, valutazione e verifica finale dell'esperienza per eventuale rimodulazione delle prassi adottate e adeguamento dei livelli assistenziali sulla base delle esigenze emerse.

Soggetti coinvolti

Il Centro per l'Autonomia Umbro attraverso le proprie risorse organizzative e professionali gestirà le attività previste dal progetto, rapportandosi con tutte le risorse del territorio, in particolare:

- le associazioni aderenti alla sezione di Terni della FISH Umbria
- Comune di Terni coinvolto anche attraverso la Circoscrizione, l'Ufficio Della Cittadinanza, il Sistema SAL, il Progetto Giona, il Telesoccorso.
- Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'ASL n°4,
- Centri di Salute
- ATC (Azienda Trasporti Consorziali)
- COSEA (servizio di trasporto)
- AUSER
- ARCI: attraverso il progetto "La sporta alla porta" .

Materiali predisposti

- Modulo di partecipazione
- Modulo invio UVM
- Scheda personale dell'utente
- Scale di misurazione dei bisogni e dell'assistenza (Checklist-ICF, WHO-DAS, SIS)
- Verbali riunioni d'équipe
- Diario di lavoro per utenti
- Regolamento per la convivenza nella casa
- Regolamento turni per le mansioni domestiche
- Relazione finale

Fasi di realizzazione

Fase preliminare:

- Adeguamento strutturale dell'appartamento.
- Allestimento con arredi e accessori per l'accessibilità e fruibilità degli spazi.
- Promozione dell'iniziativa.
- Selezione dei candidati e creazione della graduatoria per la partecipazione al progetto.
- Formazione del coordinatore consulente alla pari.
- Costituzione di un'équipe multidisciplinare in grado di applicare l'ICF nella definizione e valutazione del progetto personalizzato.
- Stesura del regolamento per l'organizzazione quotidiana.
- Conoscenza da parte dell'équipe degli interventi attivati sul territorio per la persona

Fase di realizzazione del progetto:

- Colloquio con l'équipe per la definizione degli obiettivi e delle strategie da adottare per il successo dell'esperienza.
- Raccordo con il Centro di Salute e con l'UMV dell'ASL per la definizione e attivazione del livello di assistenza necessaria alla PcD al fine di consentirle la partecipazione al progetto.
- Attivazione di specifici servizi per la mobilità (COSEA) o di servizi per l'aiuto alla persona offerti dalla rete associativa (ARCI, AUSER, ecc.).
- Consulenze/addestramento con il supporto di operatori dell'équipe.
- Stesura report delle singole esperienze.

Fase finale:

- Monitoraggio dell'efficacia della sperimentazione.
- Valutazione e verifica.
- Consulenza da parte degli operatori dell'équipe.
- Raccordo con il Centro di Salute e con l'UMV dell'ASL per l'adeguamento del livello di assistenza alla luce dell'esperienza effettuata e dei nuovi obiettivi fissati.
- Rimodulazione delle prassi adottate e loro adeguamento alle esigenze concrete emerse.

Aspetti innovativi da segnalare

- Spostare l'attenzione dal diritto al servizio al diritto alla qualità della vita.
- Promuovere la gestione autonoma della propria vita.

- Stimolare la consapevolezza dei propri limiti e delle risorse potenziali (processo di empowerment).
- Elaborazione di un progetto personale da parte di un'équipe.
- Utilizzo dell'ICF quale modello di riferimento nella realizzazione del progetto e linguaggio condiviso dai componenti dell'équipe.
- Adottare la metodologia della consulenza alla pari.
- Ricerca di soluzioni tecniche e organizzative per ridurre la necessità di assistenza.
- Sperimentazione di modalità di assistenza condivisa.

RISULTATI E VALUTAZIONE

Risultati attesi

- Elevare i livelli di attività e di partecipazione delle PcD
- Collegare l'attivazione di servizi e interventi a obiettivi di vita condivisi
- Ridurre i bisogni assistenziali
- Diffondere conoscenze e motivazioni necessarie a favorire esperienze di vita indipendente
- Sviluppare un progetto globale di vita indipendente sulla base delle reali capacità e limiti della PcD al fine di migliorarne la qualità della vita e riconoscerne il diritto all'autodeterminazione.
- Ridurre i costi del carico assistenziale attraverso la sperimentazione dell'assistenza condivisa.

Criteri di valutazione

Gli aspetti significativi per una valutazione delle attività progettuali riguardano:

- chiarezza e verificabilità degli obiettivi.
- valore tecnico-scientifico delle metodiche proposte.
- creazione di una rete di servizi intorno alla persona
- ruolo attivo delle associazioni in fase di programmazione e valutazione del progetto
- ruolo attivo dei partecipanti nello svolgimento delle attività.

Strumenti e metodologie di valutazione

La verifica e la valutazione dei risultati conseguiti dal punto di vista qualitativo è partecipata. La metodologia, gli indicatori di misurazione e gli altri strumenti di lavoro dovranno venire definiti (e ridefiniti nelle varie fasi di attuazione) con le PcD coinvolte nel progetto.

In sede di valutazione finale dell'iniziativa, andranno ritirati i criteri di accesso e le procedure finalizzate alla presa in carico.

Per quanto riguarda gli indicatori da adottare per una verifica degli esiti della sperimentazione, sarà posta particolare attenzione a:

- la modifica della percezione dei limiti e delle proprie possibilità da parte della persona e della sua famiglia.
- la variazione dei livelli di attività (performance e capacità) e di partecipazione della persona.
- la definizione di nuovi obiettivi di vita e il conseguente adeguamento dei livelli di assistenza.

I partner del progetto costituiranno un gruppo di lavoro che sarà incaricato della validazione, del monitoraggio e della valutazione del progetto sulla base di osservazioni, colloqui periodici e report finali che verranno prodotti dall'équipe sulle singole esperienze personali.

RISORSE

Costo complessivo del progetto

40.265,89 Euro

Fonti di finanziamento

- Comune di Terni
- FISH Umbria ONLUS, sezione di Terni
- Altri partner

Risorse umane impegnate

Numero: 2 équipe multiprofessionali

Professione: (1) équipe progetto: assistente sociale, psicologo, consulente alla pari, fisiatra, terapeuta occupazionale, tecnico di progettazione. (2) équipe UVM: il medico del Centro di Salute, il medico di medicina generale dell'utente, l'assistente sociale, il terapeuta della riabilitazione, e altre figure professionali di volta in volta attivabili.

Formazione prevista: titoli di studio specifici per le professionalità presenti nelle équipe, formazione ICF, addestramento del consulente alla pari.

Risorse tecnologiche

Attivate: cucina accessibile e sollevatore per vasca.

Da attivare: collegamento ad internet

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Positività

- Tradurre il desiderio di vivere in modo indipendente in un'autoanalisi delle proprie potenzialità/possibilità e in una concreta acquisizione delle capacità necessarie.
- Presenza costante e possibilità di confronto con il consulente alla pari.
- Trasferimento di conoscenze ed esperienze in grado di contenere i bisogni assistenziali.
- Valutazione multidimensionale della persona e del suo percorso di empowerment.
- Raccordo ed integrazione tra le professionalità presenti nell'équipe del progetto con quelle dell'ASL.
- Presenza nell'équipe del progetto di figure innovative nella presa in carico della persona.
- Confronto con disabilità diverse dalla propria.
- Riduzione dei costi del carico assistenziale attraverso la sperimentazione dell'assistenza condivisa.

Criticità

- Possibile difficoltà di coinvolgere l'intero nucleo familiare negli obiettivi del progetto.

- Possibile difficoltà di accettazione da parte dei genitori dell'autodeterminazione del figlio.
- Possibile difficoltà di una non concreta ed immediata applicazione delle competenze acquisite, al momento del rientro nel nucleo familiare a conclusione del progetto.
- Possibile difficoltà per il consulente alla pari di separare i compiti professionali imposti dal proprio ruolo da quelli più informali derivanti dalla coabitazione con i partecipanti al progetto.

Comunicazione interna ed esterna

- Presentazione pubblica del progetto con annesso video.
- Accordo di collaborazione con l'ARCI ("Sporta alla porta").
- Raccordo dell'équipe del progetto con l'UVM dell'ASL con riunioni periodiche.
- Riunioni d'équipe del progetto.
- Incontri periodici presso l'appartamento con il referente dell'équipe.
- Colloqui con i partecipanti.
- Presentazione radiofonica del bando e del progetto.
- Presentazione del progetto ai servizi del territorio.

Successive implementazioni

- Diffusione della conoscenza del progetto alle Istituzioni e ai servizi del territorio, attraverso la divulgazione del bando, attraverso contatti diretti, telefonici e on line.
- Raccordo con i servizi del territorio secondo modalità codificate, condivise e non estemporanee.
- Verifica ed eventuale revisione delle procedure adottate.
- Avvio di percorsi formativi di approfondimento per l'équipe del progetto sulle tematiche della consulenza alla pari e della vita indipendente.
- Sostegno alla persona al termine dell'esperienza nella realizzazione del personale progetto di vita indipendente.
- Potenziamento della rete dei servizi comunitari in funzione del progetto personalizzato di vita indipendente, attraverso incontri di formazione tra gli operatori.