

## **APERTURA DI UN CENTRO SOCIO EDUCATIVO, ANALISI DELLE ESIGENZE ED INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI REALIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO**

### **Quadro normativo**

Nel 1998 il Governo italiano ha finalmente cercato di mettere ordine nel settore della Riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che provvedesse a:

- la presa in carico del malato
- la sua valutazione
- l'elaborazione di un progetto riabilitativo
- l'effettuazione di un preciso programma di intervento.

Le linee guida hanno rappresentato l'avvio di un processo nuovo sui territori regionali ma non sufficiente per delineare un sistema articolato, e definito di strumenti e servizi dedicati.

Le linee guida sono state recepite solo nei piani sanitari mancando uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica, per cui ci si trova di fronte ad una molteplicità di denominazioni per strutture riabilitative eroganti uguali attività oppure ad un'unica denominazione per strutture che erogano attività riabilitative diverse.

Situazione territoriale nella regione Lazio

I dati che andiamo rappresentare in maniera descrittiva sono stati acquisiti dal sito della ASP Lazio.

I volumi di attività e la distribuzione dei servizi sanitari e sociosanitari sono molto eterogenei fra le diverse Province della regione.

Nella Provincia di Roma la situazione territoriale si caratterizza per una netta differenza e eterogeneità tra territori attigui (distretti socio sanitari) e facenti parte della stessa ASL.

Ne è rappresentativa la situazione dei territori della ASL RMF, i quali non hanno una organizzazione dei servizi minimamente omogenea.

Si passa da una presenza di servizi integrati del territorio distrettuale F3 ad una totale mancanza di

servizi nel distretto F2.

La rilevazione dell'ASP fa emergere che la Regione e le Province stanno affrontando la fase intensiva, in regime di degenza ordinaria, con l'attivazione di strutture dedicate, sia pubbliche ospedaliere che ospedaliere accreditate. Per quanto riguarda la fase estensiva gli interventi riabilitativi sono stati spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di mantenimento, collegando tali attività con gli interventi di inclusione sociale.

Si rende pertanto necessaria una definizione di diversi setting riabilitativi, con definizione dei criteri e dei requisiti che ne stabiliscano l'appropriatezza d'uso in base alle risorse a disposizione.

### **Quadro dei trattamenti riabilitativi**

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei Livelli essenziali di assistenza, con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

I trattamenti sono erogati nelle fasi di:

- riabilitazione intensiva;
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;
- riabilitazione estensiva;

ed in regime di:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital);
- Day Service;
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare.

A ben vedere nel territorio Distrettuale F2 sono mancanti tutti i servizi di base:

- a) un dipartimento per la riabilitazione;
- b) una unità di valutazione territoriale;
- c) non ci sono servizi estensivi o di mantenimento, solo due esperienze dedicate a una popolazione ben ristretta;
- d) la copertura socio assistenziale risulta insufficiente per rispondere alla persona disabile e alla sua famiglia.

## **Scopo della riabilitazione**

Lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona disabile).

Compito dell'intervento riabilitativo, pertanto, è definire la "persona", per poi realizzare tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona stessa, nell'ottica del reale empowerment, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto.

Il "percorso assistenziale integrato" è il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo. In tale ambito il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte della persona che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita.

## **Il concetto di disabilità: classificazioni differenti ma complementari.**

Negli ultimi decenni il concetto di disabilità e di fatto il disabile, ha subito importanti cambiamenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1980 ha definito tre termini inerenti alla condizione e agli effetti della minorazione:

- deficit
- incapacità
- handicap.

Il deficit è la mancanza permanente, ovvero un'anomalia fisica, psichica o sensoriale, che caratterizza la vita di chi ne è affetto.

L'incapacità è la conseguenza di un deficit: l'impossibilità di compiere determinate azioni in completa autonomia.

L'handicap, invece, è la risultante dell'incontro tra l'incapacità e il deficit con l'ambiente socio-culturale e l'immaginario collettivo: si può dunque considerare come la risonanza sociale del deficit e delle sue conseguenze.

Il 21 maggio 2001, 191 Paesi partecipanti alla cinquantaquattresima Assemblea Mondiale della

Sanità hanno accettato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF), come standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità.

Lo scopo generale ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati. Quest'ultime sono descritte dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali:

- Funzione e Strutture Corporee
- Attività e Partecipazione.

La classificazione elenca, anche i fattori ambientali che interagiscono a determinare una situazione di disabilità.

Questa infatti viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo. L'ICF può essere utilizzata in discipline e settori diversi (clinico, statistico, ricerca, politiche welfare, ad esempio) in quanto:

- fornisce una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate: stabilisce un linguaggio comune allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- rende possibile il confronto tra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi;
- fornisce uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

La classificazione è il risultato di un lungo lavoro di revisione, iniziato nel 1993 dall'OMS ma già avviato nel 1980.

La nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute è una delle classificazioni internazionali, sviluppate dall'Organizzazione Mondiale della Salute che permettono di codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute (ad esempio diagnosi, funzionamento e disabilità, accesso ai servizi...).

Dette informazioni utilizzando un linguaggio comune e standardizzato favoriscono la comunicazione, in materia di salute e assistenza sanitaria, tra gli operatori di tutto il mondo e tra varie scienze e discipline.

A differenza della precedente Classificazione ICIDH, l'ICF non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute".

Nel primo tipo di classificazione l'attenzione viene posta sulle conseguenze cioè sull'impatto delle

malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute.

In tal senso l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità ma tutte le persone, proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

Inoltre, viene utilizzata una terminologia più neutrale in cui Funzioni e Strutture Corporee, Attività e Partecipazione vanno a sostituire i termini di menomazione, disabilità e handicap.

La sequenza, prima descritta Menomazione Disabilità Handicap, alla base dell'ICIDH, nella nuova Classificazione viene superata da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e la disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo.

La classificazione integra in un approccio di tipo "biopsicosociale" (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica, individuale e sociale) che è la concezione medica e sociale della disabilità.

È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità.

Quest'ultima viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive.

Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.

L'ICF correlando la condizione di salute con l'ambiente promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione.

### **Cosa è necessario riabilitare con la riabilitazione di tipo sociosanitario?**

### **Quali sono gli elementi distintivi della riabilitazione sociale funzionale**

Sohlberg e Mateer affermano che "la riabilitazione si riferisce al processo terapeutico teso ad aumentare o migliorare le capacità individuali nell'elaborare ed usare le informazioni che arrivano in modo da migliorare la vita quotidiana".

La riabilitazione non è qualcosa che noi diamo o facciamo alle persone, ma è piuttosto un processo interattivo a due vie che coinvolge le persone con disabilità, lo staff terapeutico, i parenti e

possibilmente i membri della comunità più ampia.

La capacità di entrare in contatto empatico con un'altra persona rappresenta dunque un modo di sentire il suo mondo interno che si snoda per strade affatto diverse da quelle della dimensione razionale.

L'empatia non è un aspetto che connota solo il rapporto terapeutico, quello riabilitativo o quello rieducativo.

E' un requisito indispensabile in ogni rapporto che voglia avere valenze in qualche modo terapeutiche, ma in realtà diventa elemento cardine di ogni relazione.

La disponibilità empatica presuppone la volontà, oltre che la capacità di rinunciare rispetto alla tentazione di leggere le cose in maniera egocentrica per sapersi mettere in situazioni di ascolto.

Significa accettare di porsi in una condizione di nudità emotiva, abbandonando spesso le difese intessute proprio di razionalizzazioni, di pregiudizi, di forme personali ormai ritualizzate di leggere il mondo.

Se io sarò in grado di pormi in situazione di ascolto partecipe rispetto all'altro posso ragionevolmente aspettarmi che l'altro sia disposto a fare la stessa cosa con me.

Quindi ciò che determina la capacità empatica è la disponibilità a lasciarsi coinvolgere poiché non si può condividere l'esperienza di un altro senza coinvolgimento emotivo mentre, viceversa, la paura del coinvolgimento e della dipendenza che ne scaturisce, sembra alla base delle incapacità di empatia .

Questa paura contraddistingue il soggetto che vuole rimanere arroccato nella postazione dell'osservatore meticoloso e attento perché tale da farlo sentire protetto e sicuro.

La disponibilità all'empatia, nel rapporto educativo in generale e in quello rieducativo, riabilitativo e terapeutico in particolare è legata alla motivazione.

Tale disponibilità è possibile se diventa anche un modo per prendersi indirettamente cura di se.

I modelli derivanti dalla terapia dell'apprendimento e della psicologia comportamentale sono stati utilizzati in riabilitazione da molti anni.

Gli approcci comportamentali forniscono una struttura, un modo per analizzare i problemi cognitivi, un modo per valutare le manifestazioni quotidiane dei problemi cognitivi e l'efficacia dei programmi riabilitativi.

Inoltre questi approcci forniscono molte strategie di trattamento, come ad esempio il modellamento, la desensibilizzazione, il concatenamento, l'estinzione, il rinforzo positivo e così via, ognuna delle quali può essere modificata o adattata per gli scopi specifici, i problemi e le persone.

Il punto di partenza di qualsiasi intervento riabilitativo è sempre stato legato al tema clinico.

E' indispensabile dunque una valutazione che tenga presente da un lato gli aspetti cognitive e

dall'altro i subitanti neurali.

Grazie all'utilizzo dell'ICF sono stati identificati gli aspetti di difficoltà definiti come “funzionali“:

- le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo;
- le difficoltà della comunicazione ivi comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

### **Come si sceglie una procedura riabilitativa.**

Il termine riabilitare ha letteralmente il significato di “ri-abilitare” o meglio ancora “restituire le abilità”.

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione sociale e psichiatrica con la finalità di far raggiungere al paziente il miglior livello di vita sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale.

Gli obiettivi della riabilitazione sono ottimizzare:

- la capacità di soluzioni di problemi per il miglioramento e ampliamento della capacità adattiva
- la qualità della vita mirando al benessere e alla percezione di benessere bio-psico-sociale.

Caratteristiche del Progetto Riabilitativo Individuale e del PAI

1. Tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze della persona (e/o dei suoi familiari, quando necessario), delle sue menomazioni, disabilità e soprattutto delle abilità residue recuperabili, oltre che dai limiti imposti dalle situazioni ambientali e dalle risorse disponibili.
2. Definisce quali siano gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità della persona, dei familiari (quando necessario) e del team curante individuando l'outcome globale generale e l'outcome funzionale
3. Stabilisce il ruolo del team riabilitativo rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati
4. Determina i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati
5. E' comunicato in modo comprensibile ed appropriato alla persona ed ai familiari quando è

necessario.

6. E' comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso.
7. Costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dal team riabilitativo.
8. E' uno strumento flessibile, in quanto deve essere modificato, adattato, e nuovamente comunicato alle persone prima citate qualora:
  - a. Si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato.
  - b. Vengano raggiunti determinati risultati
  - c. Si verifichino modificazioni non previste rispetto ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definite.

La riabilitazione, con opportune azioni e modalità, si interessa dell'individuo nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale fino a coinvolgere il contesto familiare, sociale, ed ambientale.

Si compone di interventi integrati di: rieducazione, educazione ed assistenza.

Nell'ambito degli interventi di riabilitazione sanitaria bisogna garantire:

- partecipazione ai programmi di prevenzione primaria delle malattie a rischio disabilitante e di educazione alla salute della popolazione;
- partecipazione ai processi di diagnosi e cura delle malattie a rischio disabilitante per contenere l'insorgenza dei danni secondari e terziari, a volte prevalenti nel determinare la misura della disabilità residua;
- prescrizione, collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi forniti nell'ambito del nomenclatore tariffario e verifica della efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura;
- offerta di assistenza tecnica ai servizi deputati alla qualificazione e alla riqualificazione professionale e al servizio sociale per il reinserimento sociale e professionale del disabile e problematiche correlate (barriere architettoniche, attestazione di idoneità relativa e quant'altro previsto dalla legge 104/92);
- presidi deputati all'erogazione degli interventi di riabilitazione sanitaria che costituiscono l'interfaccia propria e privilegiata tra gli interventi sanitari e le attività di riabilitazione sociale quale condizione indispensabile per l'ottimizzazione degli interventi e il raggiungimento dei risultati, specie nelle disabilità più gravi secondarie a danni neurologici.

### **Percorso riabilitativo unico**

In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di

riabilitazione sul territorio Distretto F2 che consideri:

- il grado di complessità del paziente preso in carico;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti, con particolare riferimento alle problematiche della popolazione in età evolutiva, garantendo in questo settore la necessaria continuità nel passaggio all'età adulta;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità, con particolare riferimento anche alle problematiche cognitive e neuropsicologiche;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto Riabilitativo Individuale.

## **MOTIVAZIONE PER L'APERTURA DI UN CENTRO SOCIO EDUCATIVO SUL TERRITORIO DISTRETTUALE**

Integrazione socio-sanitaria: è l'insieme delle prestazioni sociali e sanitarie mirate a soddisfare i bisogni di salute della persona, che vanno dalla prevenzione, alla cura, fino alla riabilitazione. Essa fornisce strumenti necessari per il PSR, per il Programma delle attività territoriali, per il Piano Sociale Regionale e per il Piano di Zona.

L'attivazione di un Centro socio educativo per l'handicap deve necessariamente rientrare nelle competenze e politiche distrettuali e devono trovare spazio proprio all'interno del Piano di zona.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14/02/2001:

- l'intensità assistenziale è costituita dalla fase intensiva, fase estensiva e fase di lungo assistenza;
- i Comuni devono occuparsi di fornire interventi di assistenza, promozione e sostegno a favore dell'infanzia, adolescenza e anziani; contrastare la povertà; fornire assistenza domiciliare ai bisognosi; fornire assistenza presso RSA e RP per anziani; intervenire e sostenere la persona economicamente se necessario.

Il decreto definisce anche le caratteristiche di un intervento riabilitativo socio educativo integrato.

### **Definizione di centro socio educativo**

Il Centro Socio Educativo è una struttura territoriale a ciclo diurno rivolta a soggetti in condizione di disabilità che abbiano terminato il percorso scolastico dove sono possibili anche progettualità di formazione ed orientamento al lavoro e di miglior utilizzo del tempo libero. E' teso a promuovere interventi educativi e riabilitativi progettati persona per persona.

In particolare deve sviluppare il grado di autonomia personale e sociale e perseguire la finalità della

integrazione nell'ambiente sociale e lavorativo.

Particolare impegno è dedicato alla realizzazione di un ambiente ospitale e familiare, per il perseguimento della valorizzazione delle relazioni interpersonali.

Il servizio è aperto alla comunità locale con funzioni di accoglienza, sostegno alla domiciliarità, promozione della vita di relazione, sviluppo delle competenze personali e sociali.

Le attività ed i servizi erogati presso il CSE avvengono nel rispetto dei principi di eguaglianza degli utenti, di imparzialità e del diritto a prestazioni ed interventi socio educativi personalizzati sulla base delle specifiche esigenze individuali .

Sono garantiti la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari alla prestazione del servizio, il diritto di accesso alle informazioni che lo riguardano, il diritto ad avere una risposta in tempi ragionevoli relativamente ad osservazioni e reclami.

Per l'ottimale funzionamento del CSE è indispensabile:

- a) informare gli utenti e i loro familiari e gli altri soggetti del territorio delle prestazioni che il CSE offre;
- b) impegnarsi attraverso azioni di verifica, monitoraggio e confronto a migliorare le prestazioni offerte in relazione ai bisogni rilevati;
- c) raccogliere e valutare il grado di soddisfazione per migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

## **Il Centro Socio Educativo come contenitore di attività': un contributo di ricerca di senso.**

Il rapporto educativo è una relazione tra due o più individui nella quale è richiesta ad una delle parti un intervento di sostegno, supporto e accompagnamento psicopedagogico finalizzato alla crescita e al cambiamento della persona definita utente. Questa azione comporta la nascita e il riconoscimento di uno spazio comune, non neutro, di interazione e la ricerca di canali di comunicazione da parte dei soggetti della relazione, è caratterizzato da una dimensione spazio temporale molto precisa basata sul "qui ed ora" che riporta ogni comportamento all'interno di un contesto ben preciso e mette in campo tutti coloro che sono coinvolti nella relazione.

Caratteristiche dell'intervento educativo:

- Unicità della persona: il lavoro educativo riconosce ad ogni persona la propria individualità, lavorare con le persone vuol dire sapere che non esistono delle soluzioni sicure e prestabilite, che le soluzioni vanno ricercate e concordate nell'ambito del singolo progetto e della singola relazione senza dimenticare mai il riferimento al gruppo;
- considerare la persona nella sua globalità mettendo la persona al centro dell'azione considerando i suoi bisogni, i suoi punti di vista ma soprattutto coinvolgendo la stessa nel rapporto e nel progetto educativo;
- la relazione: il lavoro si basa sul concetto di creazione di un ambito caldo di interazione e di comunicazione che renda il rapporto significativo per la persona. Perché il lavoro abbia successo ha bisogno di restringere le distanze tra l'utente e l'operatore in grado di sostenere, ascoltare, intervenire puntando al miglioramento delle condizioni di vita della persona.

I mezzi dell'educazione:

- L'integrazione: nel lavoro è fondamentale fare riferimento a diverse conoscenze e apporti scientifico-metodologici, al servizio della persona. E' in quest'ottica che nasce l'esigenza di un lavoro integrato. La Casa famiglia oltre ad avere figure professionali di varia specializzazione, mantiene i rapporti con le altre persone che si occupano della persona e mira al suo reinserimento nel suo ambiente di appartenenza, lavorando in sinergia con le figure presenti sul territorio.

- L'apprendimento attivo: ha per oggetto le modalità ed i percorsi in base ai quali i giovani entrano in possesso di un nuovo sapere o maturano un cambiamento di sapere. tra il sapere iniziale e quello finale c'è una differenza da colmare e un tragitto per farlo. Per attivo intendiamo un modo di fare educazione dove l'interazione e la partecipazione di ogni singola persona contribuiscono al buon esito dell'intervento.
- Osservazione: L'osservazione deve portare alla comprensione della situazione del persona, nella sua globalità: come si muove, come si esprime, la mimica, la gestualità, la postura, il modo di vestirsi, come si relaziona e con chi, quali sono le sue preferenze, i suoi bisogni del suo stato d'animo le capacità e le potenzialità; in base agli elementi raccolti si delinea il progetto educativo. Per farlo è necessario tenere in considerazione in primo luogo le esigenze e i bisogni e le potenzialità del ragazzo.
- La comunicazione: è l'insieme di codici comunicativi e metacomunicativi che la persona utilizza per mettersi in contatto con l'esterno. Un comportamento non adeguato è un modo per comunicare che qualcosa non funziona, esso può non essere socialmente accettato ma allo stesso tempo essere funzionale per la persona, per far sì che riesca ad esprimersi e comunicare. Compito dell'operatore è di comprendere e offrire degli strumenti alla persona che gli permettano di essere capito dalle persone con cui interagisce: questo ha un duplice scopo, quello dell'integrazione sociale, e quello di diminuire il disagio che la persona prova.
- Esperienza: l'esperienza educativa si presenta come attività basata sull'intenzionalità e viene organizzata per finalità. Parte importante dell'esperienza è la riflessione, l'elaborazione e la condivisione in gruppo delle cose sperimentate. La riflessione comporta un investimento totale da parte della persona che si basa sullo scambio di comunicazioni, impressioni, emozioni che costruiscano conoscenze, apprendimenti, risorse attivando nella persona possibilità di piena autonomia. La condivisione è una ricchezza per il gruppo ed è un modo anche per la persona che racconta di appropriarsene e farla diventare ancora più vera potendone osservare aspetti che in un primo momento aveva trascurato.
- Gli step educativi: E' importante saper accettare le frustrazioni il fatto che a volte gli obiettivi non si riescono a raggiungere e saper cogliere anche i piccoli passi avanti. L'operatore può offrire alla persona strumenti nuovi o insegnare a padroneggiare quelli che già possiede, accompagnandola in questo percorso di crescita senza mai sostituirsi a lei.

- Il lavoro d'équipe e la supervisione: servono per confrontare e decidere con altri le linee migliori di intervento per quella determinata persona è utile anche per non sentirsi gli unici responsabili di certe scelte. Gli operatori compilano un diario giornaliero e fanno il verbale delle riunioni anche per tenere sempre presente la storia del ragazzo, i suoi cambiamenti, il motivo per cui sono state fatte certe scelte, e avere presente il suo andamento senza correre il rischio di lasciarsi influenzare dall'impressione del momento.

### **Servizi primari**

I servizi primari costituiscono l'insieme delle prestazioni finalizzate alla realizzazione delle attività educative e formative per il raggiungimento degli obiettivi nel rispetto del Progetto educativo - riabilitativo personalizzato, attraverso lo sviluppo di un sistema di fiducia e rispetto tra il CSE, gli utenti e le loro famiglie.

In particolare comprendono

- attività quotidiane: colazione, assemblea, pranzo, cura degli spazi;
- laboratori a cadenza quotidiana: quali ad esempio quello di cucina;
- laboratori a cadenza settimanale: quali ad esempio quello di conoscenza, utilizzo, gestione del danaro, di cura della persona, di gestione ed incremento delle autonomie di base, di gestione degli spazi personali di rilassamento, di scrittura creativa (giornale e diario), di danza e teatro, musicale;
- servizi primari che, di norma, comprendono: servizio cucina e mensa, servizio di trasporto, servizio di manutenzione e pulizia;
- servizi complementari e di supporto che costituiscono l'insieme delle prestazioni che contribuiscono a sviluppare, integrare e migliorare la funzionalità e l'erogazione.

L'attività socio educativa del Centro potrà inoltre essere integrata con ulteriori progetti ed interventi ricreativi ed educativo - culturali, previamente concordati ed approvati, sia su proposta del soggetto gestore e sia su proposta dell'Ente quali, ad esempio: vacanze mare; vacanze montagna; viaggi turistico - culturali; gemellaggi; scambio di esperienze ed integrazione di attività con altri centri socio assistenziali per portatori di handicap; attività ludica; attività artistica e teatrale; mostre pittura e prodotti realizzati dagli ospiti del centro e simili.

Al soggetto affidatario spetta il compito di realizzare le suddette attività sia in compatibilità ed in contemporanea dell'apertura del Centro e sia nel periodo di sospensione dell'attività del centro.

In ogni caso il centro in presenza di attività integrativa concomitante con il periodo delle settimane di apertura comunque da garantire, dovrà rimanere aperto in caso di eventuali esigenze per l'utenza che non aderisca ai progetti di attività complementare.

*Il Presidente*  
*Filippo Bellantone*