

PROGRAMMIAMO IL SOSTEGNO ALL'abitare

UNA PROPOSTA PER COSTRUIRE CON LE FAMIGLIE UN
CAMMINO VERSO UN ABITARE BUONO E SERENO

SILVIA BRACCI

ASL ROMA E, DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA SALUTE MENTALE E DISABILITÀ

FAUSTO GIANCATERINA

CONSULENTE DELL'OPERA DON CALABRIA DI ROMA

L'articolo propone un percorso volto a sostenere un percorso di accoglienza abitativa per persone con disabilità. Il progetto si compone di due diversi percorsi che mirano a sostenere la domiciliarità ed a definire proposte di residenzialità sociosanitaria caratterizzate dalla piccola dimensione e dalla collocazione nei normali contesti abitativi

La ASL Roma E comprende 4 Municipi di Roma Capitale e una popolazione complessiva di oltre 750.000 abitanti. Le persone con disabilità (3,5% della popolazione) in relazione al problema residenziale attualmente possono contare su strutture di media/grande dimensione gestite da enti accreditati per la riabilitazione ex art.26 della L.833 e su 11 case famiglia di natura socio/educativa con caratteristiche di civile abitazione, promosse e finanziate dall'Amministrazione di Roma Capitale¹.

Ci si aspettava che l'attuale staticità operativa, dovuta a mancanza di risorse da parte di Roma Capitale e a causa dei tagli ai servizi riabilitativi in ordine al rientro dal debito da parte della Regione Lazio, producesse reazioni forti da parte delle famiglie, ma così non è stato. Si è notato, al contrario, una sorta di rassegnazione e di silenzio dovuti a una notevole dose di impotenza. Se poi consideriamo che questo argomento dalle famiglie spesso o è rimosso o è accompagnato da angoscia e sensi di colpa al pensiero di un futuro distacco dai loro figli con disabilità, si può comprendere come fosse necessario che qualcuno prendesse l'iniziativa di riproporre l'urgenza di affrontare per tempo una distacco morbido e condiviso, e accompagnare verso nuove strade tutti gli attori e ridare loro una ragionevole prospettiva al problema del "dopo di noi". Da qui è nata l'idea di riprendere in mano un messaggio di speranza, rimotivando dal basso le persone e proponendo un percorso progettuale da costruire passo passo con i diretti interessati.

L'ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto si compone di due sottoprogetti

e tiene conto dell'attuale strutturazione istituzionale nella Regione Lazio che sostanzialmente si basa sulla divisione netta tra interventi socio/assistenziali ed educativi di competenza dei Comuni e gli interventi sanitari e sociosanitari di competenza della ASL.

Nonostante tale situazione si vuole tentare - almeno a livello operativo - di superare i limiti di tali divisioni e rimodulare gli attuali modelli realizzativi, viaggianti in parallelo e non ancora interessati a fondersi (Il problema residenzialità è affrontato, nella regione Lazio, da due leggi parallele: L.R. 4/03 per le strutture sociosanitarie e L.R. 41/03 per le strutture socio assistenziali).

La capacità di lavorare in modo integrato - sempre presente negli operatori sociali e sanitari della ASL Roma E - permetterà certamente di sperare in una accelerazione dei processi di integrazione e soprattutto di poter disporre in futuro di diverse tipologie di residenze che vanno da quelle a bassa intensità assistenziale ed alta potenzialità di partecipazione sociale, a quelle ad alta intensità di assistenza sociosanitaria in grado di rispondere a bisogni di persone con disabilità complessa.

L'obiettivo è di giungere alla classificazione di tutte le residenze - con struttura di civile abitazione - in sociosanitarie per garantire che siano le strutture a modificare la loro organizzazione al mutare delle esigenze delle persone, rifiutando quindi di spostarle in altre strutture.

Questa sintetica proposta di progetto, frutto di un lavoro congiunto della UOC Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva/Disabili Adulti della ASL Roma E e dell'Opera Don Calabria, si propone di:

- attivare e promuovere un processo integra-

¹ Vedi in proposito, F. Giancaterina, *Handicap. Il progetto residenzialità del Comune di Roma; in Gruppo Solidarietà (a cura), 2001, "Handicap, servizi, qualità della vita".*

- tivo tra le diverse "filiere" tecnico/amministrative attualmente disposte in parallelo e senza possibilità di incontro ed integrazione;
- agire per coinvolgere tutti gli attori promovendo un programma di ampio respiro in cui tutti gli attori interessati e tutti gli stakeholders siano protagonisti nella condivisione e divisione di compiti, responsabilità e assunzione di oneri;
 - giungere all'integrazione anche delle altre agenzie: dall'educativa, allo scolastico, al lavoro e alle indennità monetarie, al tempo libero, ecc..

E' basilare partire dal concetto di salute.

Occorre, prima di tutto, riaffermare il diritto costituzionale alla salute, intesa non restrittivamente come diritto alla cura da malattie, ma come diritto ad un benessere globale e quindi multidimensionale, secondo il paradigma bio/psico/sociale ed educativo (ICF). Inoltre: "Non c'è salute senza **salute mentale**". E' il messaggio consegnato alle nazioni europee dalla Conferenza di Helsinki nel 2005. Frequentemente gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura rispetto alla salute mentale della persona con disabilità e della sua famiglia non vengono riconosciuti come parte integrante del progetto di cura. E' opinione diffusa, per esempio, che la diagnosi di ritardo mentale esaurisca in sé ogni disturbo comportamentale e relazionale.

In tale direzione tra gli operatori del settore perdurano alcuni pregiudizi:

- le menomazioni e le disabilità comportano unicamente problemi di tipo biologico, medico o riabilitativo;
- ove esiste un problema organico divengono "ininfluenti" i problemi psicologici e relazionali;
- i problemi delle persone con disabilità sono dovuti esclusivamente alle loro menomazioni e disabilità e sono la logica conseguenza di queste.

Esistono inoltre barriere culturali (oltre alle barriere architettoniche comunque presenti) che in modo ben più grave ostacolano l'accesso delle persone con disabilità ad interventi di salute mentale. In base alla letteratura scientifica sappiamo invece che:

- le persone affette da ritardo mentale hanno una probabilità quattro volte maggiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare una patologia psichiatrica (DSM- IV/1994);

- gli adulti con ritardo mentale soffrono degli stessi tipi di disturbi mentali delle persone normodotate dal punto di vista intellettivo (DSM- IV/1994);
- è possibile, anche nel ritardo mentale grave, fare diagnosi di patologia psichiatrica;
- esiste, e va distinta dalla disabilità intellettiva, una disabilità psichiatrica che richiede le professionalità e gli strumenti operativi specifici del DSM.

I dati. Le richieste di inserimento residenziale pervenute dalle équipes ambulatoriali del setore disabili adulti della UOC TSMREE/DA sono in **totale 142**: 130 per strutture socio-assistenziali e 24 per strutture sanitarie e socio-sanitarie. Per 12 utenti è stata presentata una domanda di inserimento residenziale per entrambe le liste. La differenza nella tipologia di struttura richiesta non è determinata solo da bisogni diversi dell'utenza, ma anche da altri fattori: si ritiene che la maggiore presenza di case famiglia sul territorio della ASL condizioni la richiesta, in quanto presuppone una maggiore possibilità di inserimento; inoltre, nella richiesta di inserimento, la caratteristica di struttura familiare delle socio-assistenziali è determinante per molti utenti e i loro familiari in quanto rappresenta la possibilità di evitare l'istituzionalizzazione. Per le strutture socio assistenziali ci sono **130 persone** in lista d'attesa, suddivise per Municipio di provenienza nel seguente modo (al 30 luglio 2010):

Municipio XVII	19
Municipio XVIII	33
Municipio XIX	50
Municipio XX	28
Tot	130

L'età degli utenti in lista d'attesa si può suddividere nelle seguenti fasce:

18- 30 anni	25
31 - 45 anni	57
46 - 65 anni	46
>oltre 65 anni	0
Assenza dato	2
Totale	130

E' necessario precisare che **il bisogno emergente** dalla lista d'attesa si riferisce ad un arco di tempo di tre anni, in quanto la domanda, da parte delle équipes ambulatoriali, si basa su una valutazione di lungo periodo sulle possibilità e/o capacità del nucleo familiare di prendersi cura del parente con disabilità in modo adeguato ai suoi bisogni, considerando una serie di fattori quali: l'anzianità dei genitori, la presenza o meno di supporti al nucleo, la presenza di malattie delle figure di sostegno, la qualità delle relazioni. Questo comporta che una parte delle persone in lista d'attesa per le strutture socio-assistenziali, precisamente 34 su 130, non abbiano un bisogno immediato di inserimento residenziale ma, avendo una situazione familiare critica, è necessario programmare nel territorio la risposta a tali bisogni. Dalla lista inoltre emerge un bisogno urgente di residenzialità per 8 persone. Per le strutture sanitarie e socio-sanitarie ci sono 24 utenti in lista d'attesa.

Progetti personalizzati. La predisposizione di progetti personalizzati per le persone con disabilità prende in considerazione: le condizioni psicofisiche della persona; i bisogni in rapporto all'età, alle potenzialità, ai desideri, al livello di autonomia e autosufficienza e al conseguente grado di intensità assistenziale; la situazione in ordine all'essere facilitatori o barriere dei contesti familiari e sociali; il percorso esistenziale di inclusione di ognuno. Inoltre occorre prendere in considerazione le possibilità di una positiva convivenza con altre persone, valutando le interazioni del soggetto, con le sue caratteristiche, con il gruppo convivente, mettendo in campo, se necessario, tutte le mediazioni possibili tra il soggetto e il gruppo per sviluppare gli adattamenti reciproci, per aumentare il benessere e ridurre i disagi.

Prima di tutto sostenere la permanenza il più possibile nella propria casa. La casa è il luogo fisico di vita, la dimora stabile che solitamente dà sicurezza e benessere, perché ci permette di identificazione con certezza cose, affetti e relazioni e tutti sentiamo questa esigenza. Il dover cambiare casa può essere un problema che, con intensità più o meno forte, si riflette nella nostra esistenza. Per le persone con disabilità intellettuale o psichiatrica può certamente esserci qualche problema in più quando, per scelta personale o per il venir meno delle condizioni di vita all'interno della

residenza familiare, occorre ricercare una residenza sufficientemente adeguata alle loro esigenze personale e sociali. E' per tale motivo che la rete dei servizi territoriali deve poter disporre di residenze sociosanitarie di diverse tipologie di intensità assistenziale (sempre e comunque strutture di civile abitazione fortemente integrate nel contesto urbano).

Perché sostegno all'abitare. E' la proposta di un sentiero operativo che veda *il sostegno all'abitare* non come un'emergenza, ma come parte e sviluppo naturale di un progetto per garantire il bene-essere della persona, mettendo a sua disposizione, precocemente, ogni opportunità per una scelta di vita personale soddisfacente e di inclusione sociale attiva. Per questo motivo si propone un processo programmatico che vuole raggiungere la condivisione delle famiglie e delle loro associazioni, dei servizi pubblici sanitari, sociosanitari e sociali, delle organizzazioni del terzo settore, delle associazioni di volontariato, delle comunità locali (nelle componenti: scuola, lavoro, sport, tempo libero, ecc). Si articola in due progetti.

INSIEME A NOI. SOSTEGNO ALL'ABITARE.

RESIDENZIALITÀ PROTETTA

Motivazione. Il Progetto rende possibile prevedere vari livelli d'intervento, a complemento degli interventi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali già attivati dalla UOCTSMREE/DA, che corrispondono a soluzioni di sostegno abitativo differenziate, calibrate in base alle competenze e alle caratteristiche del soggetto. Il Progetto "Sostegno all'abitare" si propone di rispondere ai bisogni emergenti di una fascia di utenza con disabilità stabilizzate gravi e/o complesse (ritardo mentale medio e grave, esiti di patologie neuropsichiatriche infantili o neurodegenerative con disturbi psicopatologici d'innesto) che, per continuare a risiedere nella propria abitazione e non ricorrere all'inserimento in strutture assistenziali residenziali (RSA, trattamento riabilitativo residenziale, ecc) o ritardare nel tempo il ricorso a tale inserimento, necessita di interventi domiciliari complessi e coordinati.

Il Progetto prevede di attivare il servizio di assistenza domiciliare integrata per n. 40 utenti/anno con un turnover previsto in un biennio pari a circa il 15%. La previsione di 40 utenti/anno è stata fatta sulla base dei bisogni di

utenti già in carico alla UOC TSMREE/DA e di altri conosciuti in quanto inseriti nelle liste d'attesa per RSA /LD.

Il Progetto Residenzialità protetta intende istituire una Residenza Protetta destinata a persone adulte con doppia diagnosi (disabilità e patologia psichiatrica) residenti nel territorio della ASL RME, *non assistibili al domicilio*, in lista d'attesa per l'inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie che non trovano collocazione adeguata per la presenza di disabilità complesse e gravi.

Il Progetto prevede di attivare una struttura residenziale per n. 10 posti + n. 2 accoglienze di sollievo programmate. La previsione di 10 utenti + 2/anno è stata fatta al fine di fornire una prima risposta ai bisogni di utenti già in carico alla UOC TSMREE/DA in situazione di particolare urgenza. Il servizio è attivo 365 gg./anno.

Sintesi del contenuto del 1° Progetto. Il Progetto intende attivare, nell'ambito dell'attività istituzionale della UOC TMREEE/DA nelle sue diverse articolazioni due linee di attività:

a) "Sostegno all'abitare": uno specifico servizio di presa in carico domiciliare integrata

effettuata da una èquipe multidisciplinare sociosanitaria, itinerante, che intervenga al domicilio o in strutture socio assistenziali, a sostegno della autonomia personale e sociale e realizzzi interventi domiciliari integrati finalizzati alla Promozione della Salute Mentale delle persone adulte con disabilità.

b) Residenzialità protetta: istituzione di una Residenza Protetta per persone con doppia diagnosi (disabilità e disturbi psicopatologici).

La fascia d'utenza da inserire nel Progetto comprende soggetti adulti con doppia diagnosi (disabilità e disturbo psichiatrico) residenti nel territorio della ASL RME:

a) utenti con disabilità neuromotorie e neuropsichiatriche la cui patologia richiede interventi quotidiani di tipo infermieristico, riabilitativo e assistenziale in grado però, se adeguatamente supportati in momenti di crisi personale e/o familiare, di permanere nel proprio domicilio (famiglia, casa-famiglia);

b) utenti con grave deficit intellettivo e/o disturbi comportamentali, assistiti da familiari anziani o comunque non in grado di assiste-

Solidarietà e diritti

Sembra sempre che la solidarietà sia in alternativa con il diritto. Non è in alternativa. Quando introdussero la pensione in Inghilterra, nell'800, intervistarono i vecchi e chiesero loro cosa ne pensassero. Molti risposero "adesso finalmente sono padrone di me stesso, non devo andare a pietare da mia figlia un piatto di minestra, posso qualche volta contraccambiare". Capite? Questo intendo quando parlo del diritto. Non è contro la solidarietà, anzi se c'è il diritto la solidarietà emerge con più spontaneità. Ci sono bellissime ricerche fatte sugli scambi tra generazioni in diversi Paesi; da lì viene fuori che anche nei paesi a welfare più generoso, ossia quelli nordici, non vengono meno gli scambi di aiuto, sia verso il basso che verso l'alto. Di solito i più vecchi danno denaro ai più giovani e le generazioni di mezzo danno cura in entrambi i sensi. Cioè non viene meno la solidarietà. La differenza tra la Svezia e l'Italia, per prendere i due esempi estremi, è che in Svezia questa redistribuzione dentro le generazioni familiari, soprattutto genitori - figli ma anche nonni - nipoti, è molto diffusa, cioè quasi tutti scambiano qualcosa dentro le reti intergenerazionali, mentre in Italia è un po' meno diffusa, ma molto più intensa. Cioè in Svezia si aggiunge, in Italia invece la redistribuzione deve essere selettiva: do a quello dei miei figli che ha più bisogno, do a quello dei più vecchi che ha più bisogno, ma in questo caso l'altro rimane senza ... Quindi non è vero che il welfare generoso scoraggia la solidarietà tra le generazioni. La rende meno necessaria, però per questo può anche renderla più ex abundantia cordis. Per contro un welfare poco generoso la rende molto più necessaria ma anche più contrattabile, più negoziata: te la do in cambio di. E anche producendo molta più dipendenza, e soprattutto molta più disuguaglianza.

Chiara Saraceno, in *Animazione Sociale*, n. 1-2011

- re il proprio figlio senza un maggiore e più complesso sostegno;
- c) utenti non più assistibili a domicilio che non trovano collocazione né nelle strutture residenziali per persone disabili, né nelle strutture residenziali psichiatriche per la compresenza di disabilità e disturbi psichiatrici.

INSIEME A NOI. REALIZZAZIONE DI: CASE FAMIGLIA, COMUNITÀ ALLOGGIO, GRUPPI APPARTAMENTO

L'obiettivo è quello di garantire con graduatità, attenzione e senza traumi, il distacco della persona dal nucleo familiare di origine e, nel contempo, di rafforzare l'azione di sostegno esistenziale per permettere a tutti di vivere in un ambiente sereno e confortevole, perfettamente integrato nella comunità locale, attraverso due momenti esperienziali:

- una prima esperienza in strutture propedeutiche all'abitare;
- una successiva in strutture residenziali stabili, partendo dalle attuali disponibilità per poi proporre processi di sperimentazione e di modifiche paradigmatiche.

Le tipologie attualmente possibili (legge 41/03). a) **Case famiglia**: strutture a ciclo residenziale organizzate sul modello familiare. Sono

strutture inserite in normali edifici di uso abitativo con criteri propri della civile abitazione. Accoglie **utenti assistibili a domicilio** di cui alla legge 104/92 per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia permanentemente o temporary impossibile o contrastante con il piano personalizzato; capacità ricettiva: fino a max. 8 posti; b) **Comunità alloggio per adulti con disabilità**: strutture a ciclo residenziale di tipo comunitario organizzate in più gruppi di convivenza; Accoglie **utenti assistibili a domicilio** di cui alla legge 104/92; sul piano strutturale è caratterizzata dai criteri di civile abitazione; la gestione della comunità e l'organizzazione delle attività si basano sulla partecipazione attiva degli ospiti alla vita comunitaria e sul loro coinvolgimento nel lavoro di gruppo; capacità ricettiva: fino a max. 20 posti con organizzazione in gruppi ognuno al max. 10 persone; c) **Comunità alloggio-gruppo appartamento**: struttura di tipo familiare a bassa intensità assistenziale, parzialmente autogestita, con limitata capacità ricettiva, destinata a soggetti maggiorenni in situazioni di disabilità fisica, psichica o sensoriale che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.

Dalle attuali disponibilità al processo di mo-

Percorsi per conoscere se stessi e migliorarsi: dalla teoria alla pratica

I volumi sono pubblicati nella collana *Psicologia e Personalità* dalla casa editrice Paoline: pensate come guide con indicazioni teoriche e suggerimenti pratici, indagano meccanismi psicologici, atteggiamenti, angosce e disagi, al fine di trasformare le dinamiche negative in comportamenti efficaci ed assertivi, verso se stessi e verso gli altri. "Giudicare è un atto di violenza, che cerca di imporre un punto di vista soggettivo come se si trattasse della verità ultima": questa la premessa che viene spiegata e commentata nel testo **Non giudicare**: i giudizi causano squilibri nelle relazioni, sono atti di forza verso gli altri e se stessi; indagando le dinamiche di questa dannosa inclinazione psicologica, viene dimostrato come ci si può educare al non giudizio, con pratiche di spiritualità e pacificazione interiore. Come vincere l'aggressività è il sottotitolo di **Rispettarsi e rispettare**: l'individuo possiede un'aggressività creativa e quindi costruttiva e un'altra distruttiva, che si manifesta come sadismo e masochismo e con atteggiamenti distruttivi verso gli altri e se stessi, con offese, insulti, manipolazioni, molestie, fino ad aggressioni fisiche; si spiega come è possibile destrutturare questi schemi di comportamento violento. Il contesto della riflessione proposta in **Come essere un buon capo** è l'ambiente di lavoro: suggerimenti e indicazioni per diventare manager responsabili ed "umani", acquisendo attitudini e competenze per creare un gruppo di stimolante collaborazione, con un percorso che non si basa solo sulla formazione professionale ma anche sulla condivisione di valori morali, di etica, legalità e giustizia.

Yves Alexandre Thalmann, **Non giudicare!**, Milano 2010, p. 232, 14.50 euro; Agnées Payen, **Rispettarsi e rispettare**, Milano 2010, p. 117, 11.00 euro; M. Brambilla, G. Bassi, R. Zamburlin, **Come essere un buon capo**, Milano 2011, p. 275, 15.00 euro.

difica. Noi proponiamo, partendo dalle attuali esperienze, un cambiamento culturale e sociale nei riguardi degli stereotipi che ancora circolano in relazione alle persone con disabilità e alle persone con malattia mentale, ricercando un cambiamento - primo fra tutti a livello di integrazione sociosanitaria - e una revisione dell'attuale normativa e regolamenti di settore in termini meno rigidi e più attenti, con carattere di dinamicità, agli obiettivi che tale normativa vuol perseguire, tale cambiamento sarebbe non solo auspicabile, ma opportuno e doveroso.

Strutture propedeutiche all'abitare. Tutti sappiamo per esperienza che ogni convinzione riceve un rinforzo o si modifica con più facilità se dispone di processi esperienziali diretti. Dare la possibilità alle famiglie di intravvedere un futuro sereno per un proprio familiare con disabilità, attraverso un'esperienza di graduale e condiviso processo di distacco dolce per vivere in una concreta situazione abitativa, è una delle fondamentali azioni di questo progetto. Vogliamo tentare di far sperimentare, attraverso la programmazione di convivenze temporanee, un'azione sostenibile e ben ponderata di vita fuori dalla famiglia. Si potranno così valutare e verificare le competenze, le affinità, le esigenze e i desideri dei singoli (non dimentichiamo che sono adulti con una loro storia, loro abitudini, loro timori, ecc.) e contemporaneamente le opportunità di vita comunitaria con la formazione dei piccoli gruppi che potranno garantire un convivere sereno e positivo. Pertanto:

- le persone interessate sperimentano un percorso propedeutico alla futura convivenza;
- le famiglie verificano la bontà o meno del percorso;
- i servizi sociosanitari e sociali affinano gli strumenti di programmazione e di sostegno al bene-essere personale e di gruppo, valutando sostenibilità, tempi e tipologie più adatte;
- gli enti gestori co-produttori del progetto partecipano concretizzando la realizzazione delle future residenze che, in tal modo saranno coerentemente idonee alle esigenze e, soprattutto, condivise da tutti gli attori;
- la comunità viene responsabilizzata nel rafforzare le opportunità di inclusione sociale a tutti i livelli.

PROCESSO DI CONDIVISIONE E AGGREGAZIONE DEGLI STAKEHOLDERS

Si tratta di lavorare ad un allargamento - per cerchi concentrici - della condivisione e partecipazione al progetto, attraverso alcune azioni: 1) azione con la ASL Territoriale: prima analisi del progetto; 2) azione ASL con consulte del territorio su progetto condiviso; 3) azione ASL e Consulte per la ricerca di intesa con i 4 Municipi per adesione al progetto; 4) azione con enti del terzo settore per una condivisione e un loro coinvolgimento nel progetto; 5) ridefinizione del progetto - con la partecipazione della struttura U.O. Disabilità del Dipartimento di Roma Capitale - attraverso:

- l'analisi del fabbisogno rilevato;
- la definizione di un piano triennale di realizzazione;
- la scelta delle tipologie residenziali - anche alternative alle attuali possibili (secondo l'attuale normativa) e quindi da sperimentare;
- la definizione del piano economico, evidenziando le diverse compartecipazioni (famiglie - Enti Pubblici - terzo settore - altri finanziatori);
- la ricerca delle disponibilità: strutture e finanziamento delle rette.

Dopo un giro di presentazione del progetto alle diverse Consulte del territorio, ed avere ottenuto un largo consenso, si è costituito un gruppo di lavoro con rappresentanza iniziale così composta: 4 rappresentanti della ASL Roma E; 1 rappresentante di Roma Capitale; 2 rappresentanti dell'Opera Don Calabria; 10 Rappresentanti delle 4 Consulte per la disabilità; 2 rappresentanti degli attuali gestori.

Il gruppo inizierà i lavori sulla proposta entro il mese di giugno con l'obiettivo di presentare il progetto definitivo alla Regione Lazio e a Roma Capitale (Assessorato politiche sociali e promozione della salute) per verificare: la disponibilità a sostenere economicamente il progetto; la possibilità di superare alcune rigidità normative e regolamentari al fine di poter spingere al massimo l'offerta di opportunità di inclusione che le persone con il loro cambiamento esperienziale esigono, introducendo elementi opportuni di "ma nutazione, evitando la standardizzazione e il pericolo che poi siano le persone a doversi adeguare e non i contesti a doversi modificare con il modificarsi delle esigenze delle persone.

