



Comune di Avola

Il (bi)sogno di Agape

PROGETTO REDATTO AI SENSI DEL DECRETO 9 MARZO 2004

Decreto dell'Assessorato per la Famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali della Regione Siciliana del 9 marzo 2004 (GURS n. 17 del 16 aprile 2004)

Criteria e modalità di utilizzo ed erogazione di una quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali – legge n. 328/2000

Sommario

A)	CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO	3
1.	Area territoriale interessata	3
2.	Studio ed analisi del contesto sociale interessato	3
3.	Cause e fattori peculiari del disagio che si intende affrontare con il progetto	4
B)	DATI GENERALI DEL PROGETTO	7
1.	Numero e tipologia dei destinatari finali	7
2.	Durata, fasi, obiettivi intermedi e a breve termine	7
3.	Ricadute sul territorio	14
4.	Obiettivi finali ed esiti attesi, in relazione alle cause ed ai fattori peculiari del disagio	14
5.	Integrazione degli obiettivi del progetto con le politiche del territorio	16
6.	Collegamenti (di integrazione, coordinamento, prosecuzione) con altri progetti ed iniziative	16
7.	Soggetti (pubblici e/o privati) coinvolti nella realizzazione del progetto e modalità di partecipazione, con individuazione delle rispettive attribuzioni operative	17
C)	CONGRUITÀ DEI COSTI DI REALIZZAZIONE	18
1.	Documentazione sulla congruità dei costi delle singole componenti del progetto	18
2.	Rapporto tra risorse da impiegare e costi da sostenere	18
D)	METODOLOGIE PER FAVORIRE IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI E SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO	19
1.	La metodologia	19
2.	Il sistema della valutazione	20
E)	MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	23
1.	Gestione operativa a cura del soggetto che ha presentato il progetto, ovvero motivazioni di una eventuale diversa gestione	23
2.	Livello professionale degli operatori da impiegare nel progetto e programmi di formazione specifica	24
3.	Rispetto delle normative di legge e contrattuali in materia di tutela dei lavoratori	24
F)	MODALITÀ E FORME DI DIFFUSIONE DEI RISULTATI	25
1.	La comunicazione	25

A) CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO

1. Area territoriale interessata

Gli interventi e le azioni previste dal progetto “**Il (bi)sogno di Agape**” si svilupperanno nel territorio del Comune di Avola.

I dati e le notizie che seguono sono tratte dal Piano di Zona del Distretto socio sanitario D46 composto, oltre che dal comune di Avola, anche dai comuni di Noto (capofila), Pachino, Portopalo di Capo Passero e Rosolini.

“Avola è una cittadina che si estende su un territorio pianeggiante con vista sul mare e con una superficie di Km². 74,26, con 31.645 abitanti, di cui 15.557 maschi e 16.088 femmine, con una densità di 2,35 abitanti su mq.

La popolazione attiva, compresa tra 15 e 64 anni è di 21.936 abitanti.

I residenti sono suddivisi in 10.517 nuclei familiari. In maggioranza sono i nuclei familiari composti da uno a quattro componenti, nonché un alto numero di nuclei familiari composti da 5 e 6 componenti. Poche sono le famiglie composte da 8 e più componenti, questi principalmente costituiti di fatto da due nuclei familiari”.

2. Studio ed analisi del contesto sociale interessato

Il Comune di Avola ha un’economia prevalentemente agricola, poco remunerativa in quanto poco sviluppata tecnologicamente. E’ presente un settore commerciale e artigianale in notevole espansione, mentre poco rilievo è dato al turismo che data la felice posizione geografica dovrebbe avere maggiore sviluppo. Il livello di ricchezza pro-capite risente dell’economia generale stagnante e significativi permangono i livelli di disoccupazione nelle varie fasce sociali, soprattutto fra i giovani in cerca di prima occupazione.

Rispetto a pochi anni or sono il territorio è trainato da importanti iniziative locali quali il PIT Ecomuseo del Mediterraneo, il PRUSST, i PIC Leader e Leader Plus. Iniziative complessivamente finalizzate alla integrazione tra risanamento di centri storici, completamento e/o costruzione di opere pubbliche per il miglioramento della viabilità ed accessibilità territoriale, valorizzazione delle risorse umane e imprenditoriali nell’ambito delle filiere produttive dell’agricoltura e del turismo connesso ai beni ambientali e culturali.

La dislocazione urbanistica della città ha comportato la ghettizzazione delle fasce sociali meno abbienti in alcuni quartieri periferici (zona Santa Lucia, zona Fontana, zona Qualleci) dove alto è il rischio di processi di esclusione sociale, sia per gli adulti che per i minori, in quanto sono abitati da famiglie svantaggiate

economicamente, culturalmente e socialmente, ove i pochi che lavorano svolgono attività saltuarie e spesso lavoro nero.

In generale, per ciò che riguarda la problematica del disagio sociale, a fronte di una domanda di servizi notevole – ricreativi, educativi, di supporto alle famiglie, di accompagnamento, ecc.- molto limitata è l'offerta dei servizi.

3. Cause e fattori peculiari del disagio che si intende affrontare con il progetto

Le cause specifiche del disagio che si intende affrontare con questo progetto sono quelle connesse alle situazioni dei soggetti diversamente abili.

Il presupposto da cui parte il progetto è quello di favorire il pieno sviluppo delle potenzialità di ogni persona, promuovendo un modello di assistenza più adeguato alle eterogeneità dei bisogni, anche attraverso l'apporto dell'associazionismo e del volontariato: la persona deve poter diventare protagonista del proprio futuro, partecipando a pieno titolo alle scelte che lo riguardano.

È necessario quindi costruire un progetto nuovo di cultura della disabilità che ne valorizzi la ricchezza sociale, utilizzandone le potenzialità come occasione di crescita collettiva.

L'approccio metodologico del progetto è legato ad alcuni principi fondamentali:

▪ **principio DELLA “NON DISCRIMINAZIONE”:**

la società è costituita da un insieme di “diversità”, ciascuna delle quali porta in sé specifici valori dei quali la società stessa deve essere messa in condizione di arricchirsi culturalmente. La consapevolezza di tali diversità inoltre permette di individuare iniziative diversificate e sempre più adeguate a superare le eventuali difficoltà;

▪ **principio DELLE “PARI OPPORTUNITÀ”:**

l'azione complessiva deve tendere a eliminare lo svantaggio derivante dalla situazione di disabilità. Si devono cioè eliminare il più possibile gli ostacoli sociali e ambientali che non solo impediscono la piena partecipazione alla vita collettiva, ma perpetuano la situazione di isolamento ed esclusione sia della persona disabile che della sua famiglia;

▪ **principio DELLE “MAGGIORI GRAVITÀ”:**

soltanto tarando i servizi sulla non autosufficienza grave e gravissima, sarà possibile ottenere conseguentemente più adeguate soluzioni nell'intero pianeta della disabilità;

▪ **principio DELLA “CONCRETA INTEGRAZIONE”:**

la legislazione in materia di disabilità dovrà essere tradotta in opportunità concrete affinché i diritti umani e sociali compressi dalle situazioni di disabilità possano essere effettivamente esigibili.

L'entità del problema della disabilità e dell'handicap nel Distretto D46 è difficilmente misurabile su parametri di facile comprensione, come del resto succede in tutto il territorio nazionale.

I dati presentati nel Piano di Zona e nella Relazione Sociale non sono sufficienti per identificare i bisogni. Il riferimento più certo in questo contesto è il dato relativo

alle persone che usufruiscono dei servizi, ed in particolar modo dei servizi sociosanitari specifici per la disabilità e l'handicap, riportati nella tabella seguente.

Comune	Avola
Alunni portatori di handicap nelle scuole materne	9
Alunni portatori di handicap nelle scuole elementari	67
Alunni portatori di handicap nelle scuole medie inf.	42
Portatori di handicap in assistenza domiciliare ed extradomiciliare	23
Soggiorni di vacanza	--
Centri sociali	--

Da una indagine conoscitiva sull'handicap svolta dalla cooperativa Iris di Siracusa, alla fine degli anni novanta, emergeva anche allora questa difficoltà di fare emergere il fenomeno. A fronte del numero complessivo di soggetti portatori di handicap rilevato sui territori di riferimento, la ricerca riuscì a raggiungere ed intervistarne solo il 10% circa. Questo dà una prima fondamentale indicazione in merito alla problematica legata all'handicap, e cioè che esso è un fenomeno che vive nell'ombra, a fronte del quale la cultura che permea ancora la popolazione è quella del "nascondimento". Il Disabile è "recluso" già da questo primo dato. Sul piano dell'elaborazione delle risposte dei questionari, emergeva poi una duplice esigenza:

- a) la mancanza assoluta di opportunità di vita sociale, e quindi di possibile integrazione nel tessuto vitale del territorio;
- b) la sconcertante solitudine delle famiglie di appartenenza e l'enorme peso che queste sono chiamate a sostenere.

Tali problematiche ne davano poi come risultanza una terza, ovvero:

- c) il progressivo "appassimento" delle abilità residue ed uno slittamento verso una ghettizzazione escludente sempre più marcata.

Per quanto riguarda, la situazione dei servizi ai disabili, dalla relazione sociale si evince che, nel comune di Avola, *"dal 1998 è stato attivato il servizio di assistenza domiciliare disabili per 16 utenti. Attualmente oltre a questo servizio intradomestico viene fornito il servizio di assistenza extra domiciliare per 7 utenti con il finanziamento regionale di uno specifico progetto comunale. Questi servizi sono affidati ad un organismo privato. Non sono state ancora attivati servizi ricreativi e di socializzazione. Manca un Centro di incontro. I minori portatori di handicap, assistiti da operatori Comunali in convenzione e da volontari dell'Associazione UNITALS, durante il periodo estivo vengono inseriti nel progetto "Estate Minori". Agli utenti con disabilità psichica, in numero di 22 si garantisce il solo servizio residenziale in strutture private convenzionate, ubicate tutte fuori dal territorio comunale. La mancanza di strutture residenziali nel territorio comunale sia per i minori sia per i disabili, comporta notevoli difficoltà nel seguire con la dovuta attenzione gli utenti che beneficiano dei servizi. Non è da trascurare ancora la difficoltà che la famiglia di origine trova nel rapportarsi con il proprio familiare e la relativa struttura di accoglienza"*.

Infine, le priorità emerse dal Piano di Zona, per l'area disabilità riguardano:

- riabilitazione psico-motoria;
- assistenza domiciliare ;
- aiuto efficace alle famiglie dei disabili fisici cronicizzati (che non possono migliorare la propria condizione fisica);
- assistenza post-scolastica ed estiva;
- compagnia per i soli;
- centri residenziali per il “dopo di noi”;
- mobilità verso i luoghi di cura, ricreativi ed altri;
- integrazione lavorativa;
- possibilità di partecipazione alla vita collettiva (feste, concerti, manifestazioni sportive, ecc)
- ricerca sociale;
- servizi informativi e di orientamento.

B) DATI GENERALI DEL PROGETTO

1. Numero e tipologia dei destinatari finali

I beneficiari finali del presente progetto sono **soggetti disabili** residenti nel comune di Avola che per una minorazione fisica, psichica o sensoriale hanno subito grave e permanente limitazione dell'autonomia personale.

In particolare per ognuna delle singole azioni i beneficiari finali sono i seguenti:

1. **Sportello Unico Disabili**: tutti i disabili e i loro familiari residenti ad Avola;
2. **Piano Educativo Individualizzato**: dieci disabili gravi residenti ad Avola;
3. **Interventi di supporto alla famiglia**: tutti i disabili e i loro familiari che potranno utilizzare i 3 posti letto del servizio di accoglienza residenziale temporanea.

Ma essendo anche un progetto che ha fra gli obiettivi quello di incidere sui sistemi di riferimento dei disabili, i destinatari intermedi sono anche tutti gli **“attori territoriali”** che fanno parte delle agenzie sociali formali ed informali.

2. Durata, fasi, obiettivi intermedi e a breve termine

Il progetto è di durata biennale e si articolerà secondo le seguenti fasi suddivise per azioni:

1. **Sportello Unico Disabili**

- A) Costituzione dell'Ufficio
- B) Formazione, consolidamento e organizzazione dell'Ufficio
- C) Avvio e gestione del servizio
- D) Protocollo operativo con altri uffici, servizi, figure professionali.
- E) Verifica della validità dell'impostazione.

2. **Piano Educativo Individualizzato**

- A) Prosieguo dell'iniziativa: “Agape e poi”
- B) Individuazione dei nuovi soggetti da prendere in carico
- C) Realizzazione di interventi individualizzati
- D) Verifica e riprogettazione delle attività

3. **Interventi di supporto alle famiglie**

- A) Individuazione e adeguamento della struttura di accoglienza
- B) Avvio e gestione del servizio di accoglienza residenziale temporanea, programmata o di emergenza
- C) Avvio e gestione del servizio di accoglienza diurna nel fine settimana
- D) Interventi a domicilio

- E) Soggiorni estivi
- F) Programmazione di attività in collaborazione con associazione di familiari
- G) Valutazione ed eventuale stesura convenzioni per la continuazione dell'attività

Cronogramma

FASE	1° ANNO												2° ANNO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1																								
A	■																							
B		■																						
C			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
D			■	■	■	■																		
E				■				■				■				■				■				■
2																								
A	■																							
B	■																							
C		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
D				■				■				■				■				■				■
3																								
A	■																							
B		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
C		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
D		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
E						■	■	■									■	■	■					
F										■	■	■										■	■	■
G				■				■				■				■				■				■

Il modello teorico ed il quadro metodologico generale all'interno del quale verrà articolato il presente progetto è quello sistemico. Ciò vuol dire che il problema dell'handicap grave non sarà mai visto come problema che riguarda solo il soggetto, ma l'intera famiglia e gli altri sistemi di riferimento a lui più prossimi.

Le azioni sviluppate durante il progetto saranno le seguenti:

1. Sportello Unico Disabili

Obiettivo

Migliorare la presa in carico globale attraverso la creazione dello Sportello Unico per le disabilità nel comune di Avola.

Descrizione

Il progetto si propone di costituire lo Sportello Unico con figure professionali specifiche e adeguate a promuovere la cultura della prevenzione e a garantire continuità di intervento alla persona disabile dal momento dell'insorgenza della disabilità e per tutto l'arco della vita.

Lo sportello avrà il compito specifico della presa in carico e dell'accompagnamento della persona disabile e della sua famiglia nelle varie fasi del loro percorso, aiutandole a costruire un progetto di vita.

Effettuerà, in collaborazione con altri uffici e servizi territoriali, il monitoraggio dei bisogni, la valutazione multidimensionale, la progettazione degli interventi, la predisposizione dei progetti individualizzati.

Collaborerà con il comune e con i servizi specialistici nella realizzazione della rete informativa territoriale sulla disabilità.

2. Piano Educativo Individualizzato

Obiettivo

L'azione ha una modalità operativa originale. Si colloca a metà strada tra un intervento domiciliare educativo vero e proprio, dove l'operatore "entra" nel sistema familiare, ne scorge risorse e carenze, ne osserva problematiche e difficoltà, al fine di redigere un piano d'intervento individualizzato che risponda alle esigenze dell'utente e un centro ludico-ricreativo dove è possibile dedicarsi ad attività di animazione ed espressive, in cui la dimensione sociale riveste una forte valenza.

Ecco, allora, che la metodologia adottata deve riferirsi ad un quadro teorico di riferimento integrato, che prediliga l'utilizzo di strumenti e approcci diversi tra loro, che si completino e rafforzino l'un l'altro. Dopo un periodo di osservazione gli operatori elaborano la "scheda di presentazione del caso", primo step necessario alla stesura del **piano educativo individualizzato**.

I Piani Educativi Individualizzati conterranno:

- Gli obiettivi da raggiungere per il miglioramento della qualità di vita dell'utente e dell'intero nucleo familiare;
- I tempi complessivi di erogazione del servizio, stabiliti in funzione degli obiettivi da raggiungere;
- La tipologia delle prestazioni da erogare e la loro frequenza;
- La definizione del coinvolgimento dei soggetti che andranno a comporre la rete.

Pertanto, la chiave che aiuta a capire come impostare le attività e quindi quale strategia adottare per raggiungere gli obiettivi, sta nel riflettere su alcuni principi fondamentali:

- Ricercare la qualità della vita del soggetto disabile, intesa come ricerca del massimo sviluppo possibile in termini di abilità e di capacità affettivo relazionali;
- Migliorare il grado di salute psicofisica e di abilità necessarie all'integrazione;
- Instaurare relazioni interpersonali significative;
- Salvaguardare le relazioni sociali in atto al momento dell'avvio del servizio e possibilmente crearne delle nuove;
- Attivare tutti i possibili processi di informazione e comunicazione per gestire in maniera costruttiva il tempo libero;
- Attenzionare le abilità cognitive riferite alla possibilità del soggetto disabile di comprendere e conoscere il mondo in cui vive.
- Guidare gli atteggiamenti comportamentali verso una corretta modalità di relazione del soggetto disabile con gli altri.

Descrizione

Attività ludico-ricreativa

L'intera attività ludico-educativa, si svilupperà intorno ad alcuni assi principali:

- autonomia personale;
- attività rivolte all'area cognitiva;
- attività rivolte all'area motoria;
- attività rivolte all'area delle abilità relazionali;
- attività ludico-occupazionali.

Ovviamente le attività saranno programmate in base alla valutazione delle potenzialità e delle esigenze degli utenti coinvolti nel progetto.

Prestazioni:

- Le attività dell'**autonomia personale** riguardano quattro repertori fondamentali: abbigliamento, igiene, alimentazione, controllo sfinterico. Si lavorerà in questo senso per l'acquisizione delle capacità relative.
- Le attività dell'**area cognitiva** sono quelle relative alle "funzioni intellettive superiori" e saranno articolate in:
 - attività per il potenziamento del repertorio linguistico-comunicativo
 - attività per il potenziamento e/o costruzione di abilità di scrittura e lettura.
- Le attività dell'**area motoria** riguarderanno essenzialmente due livelli:
 - 1) igiene posturale: si tratta di un lavoro per il mantenimento di una corretta postura
 - 2) attività psicomotoria, si tratta di semplici giochi ed esercizi che consentono una attivazione volontaria e spontanea dell'utente e uno sviluppo della collaborazione interpersonale.
- Le attività relative all' **abilità interpersonale** sono da considerarsi in parte trasversali alle proposte in precedenza descritte e in parte obiettivi di interventi specifici per una fascia di utenza che possiede minime capacità relazionali. Le proposte possono riguardare diversi aspetti: l'identità, il senso di rispetto, la formulazione di richieste, il contatto sociale di cortesia, la relazione di collaborazione.
- Le **attività ludico-occupazionali** sono di certo uno spazio in cui si sintetizzano diverse abilità e competenze (perfezionamento delle condotte motorie, valorizzazione del senso di sé e dell'autostima, esercizi di abilità cognitive, potenziamento delle capacità attentive etc).

Le proposte possono essere:

- attività manipolativa-costruttiva;
- attività grafico-pittorica, disegno, pittura, collage etc.

- attività florovivaistica, cartotecnica.

Le diverse attività saranno gestite su due livelli:

- seduta individuale con operatore (in connessione con il progetto d'intervento individuale)
- programmazione in piccolo gruppo di utenti con abilità omogenee.

Stimolazioni sensoriali, cognitive e motorie

Nei soggetti disabili con handicap neuropsichico le difficoltà motorie, percettivo-sensoriali e cognitive sono presenti con livelli di gravità diversi, spesso associate ad una tendenza alla passività o al comportamento ipercinetico.

Si presentano spesso situazioni di scarsa integrazione dello schema corporeo e dell'emotività con problemi di coordinazione o ancora soggetti con scarsa percezione e capacità di differenziazione. E' opportuno proporre delle attività di stimolazioni specifiche (tipiche anche dell'età evolutiva) che possono ripristinare uno stato di maggiore consapevolezza e sensibilità e di migliore funzionamento psico-corporeo.

Prestazioni:

Le attività possono riguardare:

- l'area motoria globale,
- la motricità fine,
- il rilassamento,
- le attività sensoriali (giochi tattili, sonori etc)
- le attività cognitive di base.

Orientamento

Premessa di ogni intervento psico-educativo è la fase di valutazione e conoscenza del soggetto per meglio poter programmare e orientare l'intervento.

Per attività orientativa, in generale, intendiamo la fase di esplorazione e analisi delle esigenze, aspettative, bisogni, esperienze, potenzialità e difficoltà del soggetto per poter costruire un piano di azioni e risposte che sia efficace e realistico e contribuisca al pieno sviluppo della persona e al soddisfacimento dei bisogni.

La fase di diagnosi/conoscenza è allora di importanza elevata per:

- conoscere l'ambiente di vita e familiare del soggetto;
- comprendere e valutare la problematica e la patologia portata;
- valutare le potenzialità e le abilità di base;
- valutare le aree deficitarie;

- valutare esigenze ed interessi.

Prestazioni:

In base ai risultati di questa osservazione/valutazione si programmerà e orienterà il piano d'intervento individuale che potrà prevedere diverse azioni a seconda dei casi:

- integrazione in realtà territoriali,
- inserimento lavorativo,
- sviluppo della rete sociale,
- intervento sanitario specifico o altro.

Nella realizzazione di questa fase è altresì importante:

- sostenere ed integrare la famiglia del disabile
- orientare i familiari nella ricerca delle risorse e servizi disponibili per affrontare al meglio le esigenze e i bisogni emergenti.

Sostegno alla famiglia

Tale attività ha come obiettivo fondamentale il sostegno alla famiglia e il "rafforzamento" dell'utente in quanto persona, al fine di creare relazioni circolari significative, attuando interventi che mirano ad aumentare il senso di autostima del soggetto disabile e il sollievo ai compiti di cura dei familiari.

Prestazioni:

Rientrano in tale servizio tutti gli interventi volti a favorire:

- i rapporti familiari e sociali, operando in un contesto globale e avvalendosi delle reti informali di aiuto esistenti sul territorio (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato)
- Il sostegno socio relazionale, prevedendo una serie di interventi quali: accompagnamento presso parenti e amici, luoghi di culto, uffici pubblici, centri diurni, manifestazioni e spettacoli, volti a favorire la partecipazione degli utenti alla vita di relazione
- Il sollievo alle famiglie dai pressanti compiti di cura.

La frequenza delle prestazioni sarà quella prevista dal piano individualizzato.

3. Interventi di supporto alle famiglie

Obiettivo

Sostegno all'equilibrio del nucleo familiare. Mantenimento il più a lungo possibile del disabile all'interno del nucleo familiare.

Descrizione

Si prevedono una serie di azioni tese a sostenere, con forme diverse e personalizzate a seconda delle esigenze, il nucleo familiare, (coniuge, genitori, fratelli) che si trova ad affrontare il problema della disabilità di un loro congiunto.

Le azioni previste sono:

- accoglienza residenziale temporanea, programmata o di emergenza con n° 3 posti letto a disposizione;
- accoglienza diurna per dare risposte supplementari e integrative al supporto fornito dai servizi ADH e centro diurno al fine di permettere alla famiglia di avere una vita di relazione;
- interventi a domicilio, per soddisfare bisogni specifici di assistenza e di autonomia del disabile o dei familiari;
- soggiorni estivi, realizzati con il duplice scopo di alleviare la famiglia e offrire momenti di svago e socializzazione alle persone disabili (realizzati mediante una programmazione comune con gli altri organismi del territorio);
- sostegno alla creazione di associazioni di familiari di disabili e collaborazione al fine di sviluppare nuove attività maggiormente attinenti ai problemi che le famiglie quotidianamente incontrano.

Per quanto riguarda il servizio di accoglienza residenziale temporanea, l'intento è quello di realizzare, possibilmente nella stessa struttura o nelle vicinanze del costituendo Centro Disabili, tre posti letto a disposizione delle famiglie dei disabili avolesi per situazioni programmate o di emergenza. Le spese per la realizzazione della struttura non vengono messe a carico del progetto a cui competono solo quelle relative al personale.

3. Ricadute sul territorio

Le ricadute territoriali riguardano principalmente il modello organizzativo che dovrà privilegiare la centralità dell'intervento territoriale per mantenere il disabile nel suo ambiente naturale di vita. Si rende necessario, quindi, favorire tutti gli interventi tesi ad assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte di vita.

Il progetto tenderà di mutare l'attuale configurazione del sistema (che oggi troppo spesso si connota come risposta all'emergenza) in una organizzazione finalizzata ad una presa in carico globale e continuativa della persona disabile, attraverso il coordinamento delle risorse.

Inoltre, si cercherà di disegnare lo scenario in cui i diversi soggetti pubblici e privati che operano in questo campo trovino una precisa collocazione, determinando forme di collaborazione nuove e azioni più incisive.

Impostare una politica nei confronti di chi vive la condizione di svantaggio sociale che consegue alle varie forme di disabilità, presuppone la piena consapevolezza del problema, in tutti i suoi aspetti: umani, sociali, sanitari, culturali ed anche economici.

La disabilità è un problema talmente ampio, complesso e articolato che non può essere affrontato episodicamente; per superarlo bisogna sapersi adeguare al fenomeno, seguendone l'evoluzione e le nuove sfide che esso ci pone.

La ricaduta maggiore è quindi, quella di rendere praticabile alle persone disabili l'esercizio del diritto all'autonomia, all'indipendenza, all'integrazione sociale.

4. Obiettivi finali ed esiti attesi, in relazione alle cause ed ai fattori peculiari del disagio

Il Progetto si fonda su tre concetti che costituiscono i cardini della sua struttura:

- l'integrazione attraverso le pari opportunità,
- i processi centrati sulla relazione e non sull'individuo,
- la valorizzazione, il sostegno e il sollievo delle responsabilità familiari.

L'impegno riguarda quindi il riconoscere ed assumere le opportunità che il territorio offre in termini di normalità e fare in modo che anche il disabile ne possa usufruire, intervenendo, se necessario, a livello ambientale, culturale e individuale.

L'attenzione non viene allora centrata esclusivamente o principalmente sulla persona in quanto disabile, ma sul contesto della sua vita: lo scambio di relazioni che scaturiscono dal suo essere in una famiglia, in una comunità, dal suo essere cittadino, consumatore, turista; anch'egli allora può proporsi ed essere riconosciuto come soggetto di diritti, come risorsa, come protagonista della propria inclusione. Si intende passare dalla cultura dell'handicap alla cultura della normalità, quella cioè che afferma la diversità di ogni essere umano come condizione normale, quindi risorsa positiva, come patrimonio multiforme di cultura,

capacità, attitudini di vita. La famiglia, in quest'ottica, viene a svolgere un ruolo attivo e partecipato. Si costruiscono risposte non per le famiglie, ma con le famiglie, risposte relazionali, non individualistiche, bensì centrate sulle relazioni e non sui singoli, sulla persona in quanto membro di una famiglia e non in quanto individuo portatore di una disabilità. La salvaguardia della solidarietà familiare costituisce un valore e una condizione per risposte adeguate e personalizzate.

OBIETTIVI GENERALI

Il presente intervento è finalizzato a creare un piano organico ed integrato con tutte le altre iniziative in favore dei soggetti diversamente abili attivi o da attivare nel Comune di Avola.

In particolare, il progetto si colloca in prosecuzione dell'intervento denominato "Agape e poi..." inserito all'interno della pianificazione del Piano di Zona del distretto sociosanitario D46 attivato a valere sulla quota di cofinanziamento del comune di Avola relativo alla prima annualità. Tale intervento è, a sua volta, la prosecuzione di due precedenti progetti (progetto Agape e Agape e poi) finanziati ai sensi dell'art.39 2° comma L.104/92 – finanziamento 2001/2003 - al comune di Avola e gestito dalla coop. sociale Iris di Siracusa.

Inoltre, il presente progetto rafforza, da un lato, le attività previste dal Centro diurno per disabili che verrà attivato ad Avola con i fondi del primo triennio del Piano di Zona del distretto D46 e, dall'altro, il servizio di assistenza domiciliare disabili attivo a livello comunale.

Gli obiettivi generali del progetto sono:

- Mantenere il disabile all'interno del proprio nucleo di appartenenza, supportando la famiglia nelle azioni quotidiane al fine di migliorare il grado di autonomia e la qualità di vita non solo del soggetto disabile ma anche dell'intera famiglia;
- Favorire la vita di relazione del disabile, aiutando nel contempo la famiglia ad aprirsi al territorio e ad usufruire delle risorse di cui questo dispone.

RISULTATI ATTESI

1. Valutazione complessiva delle disabilità e/o del quadro psicopatologico;
2. Progetti individualizzati e integrati;
3. Acquisizione di abilità di autonomia;
4. Acquisizione di abilità di comunicazione e di relazione;
5. Acquisizione di abilità cognitive;
6. Acquisizione di abilità lavorative;
7. Acquisizione di abilità integranti;
8. Mantenimento delle abilità acquisite;
9. Costruzioni di relazioni empatiche;
10. Costruzione di relazioni sociali col territorio;
11. Creazione di integrazione sociale col territorio;
12. Sostegno alle famiglie.

5. Integrazione degli obiettivi del progetto con le politiche del territorio

Il progetto si sviluppa come prosecuzione dei rapporti sinergici che il comune di Avola e la cooperativa sociale Iris di Siracusa hanno iniziato a partire dalla gestione di alcuni servizi (assistenza domiciliare anziani e disabili, progetto 104/92, APQ marginalità sociale, progetto 309/90, Equal II fase) in cui hanno co-programmato le politiche di welfare territoriali.

In particolare, il progetto si integra con la seguente parte contenuta nel piano di zona del distretto D46:

“Quasi in tutti gli interventi è emersa la necessità di offrire risposte attente e precise al bisogno di riabilitazione psicomotoria attraverso appositi centri. Egualmente unanime è stata la individuazione di una completa assistenza domiciliare quale risposta ai bisogni di molti disabili ed anche agli psicotabili. Si è pure puntata l'attenzione sul cosiddetti disabili stabilizzati vale a dire quelle persone che per la loro cronicità non possono più migliorare la loro condizione fisica. A tal fine è improcrastinabile un reale aiuto alle famiglie ove sono presenti queste persone. In tale ambito si è pure trattata la necessità di un'assistenza post-scolastica ed estiva delle persone diversamente abili. Inoltre si è attenzionato il bisogno della compagnia di persone che vivono la solitudine attuale o che possano viverla in prospettiva attraverso la realizzazione di centri residenziali anche secondo il concetto del "dopo di noi". Proprio con riferimento alla lotta alla solitudine si è parlato in questa sede di centri di socializzazione e di televideo soccorso compagnia. ...Infine si è posto l'accento sulla necessità di dare anche a queste persone meno fortunate la possibilità di usufruire di tutti gli spazi sociali e di ogni momento collettivo di socialità (feste, concerti, manifestazioni sportive, ecc.).”

6. Collegamenti (di integrazione, coordinamento, prosecuzione) con altri progetti ed iniziative

Il progetto, per le attività progettate, per il partenariato attivato, per l'esperienza posseduta dai soggetti che lo compongono, si pone su un piano di assoluta continuità ed è suscettibile di produrre utili sinergie con altri interventi in questo momento in fase di realizzazione nel territorio del Distretto.

Ciò con particolare riferimento a quelli previsti nell'ambito del Piano di Zona del Distretto D46.

In particolare gli obiettivi progettuali si integrano con i seguenti progetti:

- **Centro diurno disabili**, intervento che verrà finanziato per tre anni con i fondi del Piano di Zona;
- **Progetto agape e poi...**, intervento che verrà attivato con la quota di co-finanziamento del Comune di Avola a valere sulla prima annualità del Piano di Zona;

- **Assistenza domiciliare disabili**, è un servizio del Comune di Avola attivo dal 1998 in favore di 16 disabili gestito in convenzione con la cooperativa Iris di Siracusa.
- **Le officine del cambiamento**, finanziato al comune di Avola a valere sull'Accordo di Programma Quadro (APQ) - Recupero della marginalità sociale e pari opportunità, priorità A, e verrà gestito da un partenariato composto dal comune di Avola, dalla cooperativa sociale Iris, dall'associazione di volontariato Misericordia di Avola e dalla psc Passwork.

7. Soggetti (pubblici e/o privati) coinvolti nella realizzazione del progetto e modalità di partecipazione, con individuazione delle rispettive attribuzioni operative

Per quanto riguarda la gestione operativa del progetto si provvederà all'affidamento diretto alla cooperativa sociale Iris di Siracusa, che è stata individuata come soggetto del privato sociale con cui è stato co-progettato l'intervento.

Le motivazioni di tale scelta sono le seguenti:

- dare continuità alle prestazioni erogate con i precedenti interventi,
- valutazione positiva della qualità dei servizi erogati,
- adesione e soddisfazione delle famiglie degli utenti,
- stabilità degli operatori impiegati,
- esperienza nel settore,
- relazioni instaurate con il territorio.

C) CONGRUITÀ DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

1. Documentazione sulla congruità dei costi delle singole componenti del progetto

I parametri dei costi utilizzati sono i seguenti:

- Supervisore (psicologo/pedagogista), coordinatore (assistente sociale), operatori sociali (assistenti domiciliari): costo orario previsto dal CCNL della cooperazione sociale;
- I costi relativi agli oneri di gestione sono quelli normali di mercato.

2. Rapporto tra risorse da impiegare e costi da sostenere

Descrizione risorsa	Costo unitario	N. ore	Importo totale
COSTI 1° ANNO			
<i>Risorse umane</i>			
Supervisore	€ 18,00	780	€ 14.040,00
Coordinatore	€ 14,50	1040	€ 15.080,00
Operatori sociali	€ 13,50	7280	€ 98.280,00
Subtotale risorse umane			€ 127.400,00
Oneri di gestione	10% R.U.		€ 12.740,00
Subtotale oneri di gestione			€ 12.740,00
TOTALE 1° ANNO			€ 140.140,00

COSTI 2° ANNO			
<i>Risorse umane</i>			
Supervisore	€ 18,00	780	€ 14.040,00
Coordinatore	€ 14,50	1040	€ 15.080,00
Operatori sociali	€ 13,50	7280	€ 98.280,00
Subtotale risorse umane			€ 127.400,00
Oneri di gestione	10% R.U.		€ 12.740,00
Subtotale oneri di gestione			€ 12.740,00
TOTALE 2° ANNO			€ 140.140,00

TOTALE GENERALE			€ 280.280,00
------------------------	--	--	---------------------

D) METODOLOGIE PER FAVORIRE IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI E SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO

1. La metodologia

Gli assunti metodologici che stanno alla base del nostro progetto e che hanno caratterizzato l'indirizzo degli interventi previsti, possono riassumersi nel seguente modo.

Per ogni singolo utente sarà formulato un progetto terapeutico caratterizzato da una valutazione di ingresso nella quale saranno testate le singole abilità e capacità quali:

l'autonomia, il linguaggio, la motricità, le abilità cognitive di base, le abilità cognitive superiori, le abilità sociali, le abilità lavorative, le abilità integranti e l'eventuale quadro psicopatologico.

A questo consegue una definizione degli obiettivi. In ultima istanza il lavoro terapeutico e riabilitativo sarà verificato per ogni singolo obiettivo programmato.

Il modello di P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) che sarà utilizzato prevede una scheda divisa in tre parti:

- Obiettivi educativi;
- Modalità di relazione e d'intervento;
- Attività proposte.

Ogni scheda prevederà inoltre l'anamnesi, la descrizione della personalità e dei comportamenti all'interno degli ambienti di vita e l'individuazione di bisogni ed interessi. La sfida reale, sul piano metodologico, starà nel secondo punto del PEI, ovvero nella modalità di relazione e d'intervento. La relazione terapeutica, come accettato unanimemente, è infatti la più importante tra le risorse dell'operatore; tutto ciò che viene insegnato e soprattutto che viene appreso è mediato dalla relazione terapeutica; una relazione terapeutica negativa invalida ogni possibilità di riabilitazione. Per garantire ciò, verrà fornita agli operatori una supervisione del loro rapporto con gli utenti al fine di poter elaborare i vissuti e non agire le emozioni negative a questi riconducibili. Essi saranno inoltre chiamati a dare risposte precise alle seguenti tracce di lavoro:

- Attraverso quali strategie sono attuabili gli obiettivi educativi, per non rimanere nel vago?
- Quali atteggiamenti e canali comunicativi bisogna mettere in atto per iniziare una relazione educativa significativa con il ragazzo, affinché possa sentirsi rispettato, accolto, valorizzato?
- Come organizzare l'ambiente perché il disabile riesca a vivere attivamente ed essere pienamente coinvolto?
- Quale condotta complessiva dell'équipe serve per veicolare al disabile messaggi educativi unitari?

Il benessere integrale della persona (la qualità della vita) in una visione comunitaria sarà la meta ultima del gruppo di operatori coinvolti. Al centro del P.E.I. ci sarà infatti la rete di relazioni che permette alla persona di essere se stessa nel suo dinamico evolvere.

Su tale punto, la collaborazione dei genitori dovrà essere incentivata per permettere all'utente di ricevere adeguati stimoli al suo sviluppo anche a casa, facendo al contempo sentire i genitori protagonisti dell'intervento riabilitativo-terapeutico; ad essi sarà richiesto di osservare con attenzione il comportamento del proprio figlio, per discutere insieme all'équipe quali priorità porre nell'intervento educativo e intervenire poi attivamente per raggiungere gli obiettivi posti.

L'aggiornamento costante e il lavoro in équipe formano una visione d'insieme rispetto a quelle competenze condivise, indispensabili per rendere il lavoro terapeutico efficace e non cadere nell'ansia dell'incertezza e del dilettantismo.

Le tecniche di riabilitazione cognitiva, che si intendono adottare, trovano la loro matrice culturale nel cognitivismo-comportamentismo, quale si è evoluto nell'ultimo ventennio. Cardine dell'inizio di ogni intervento terapeutico è l'analisi funzionale del sintomo, la quale fornisce le dimensioni di base sulle quali concentrare l'azione terapeutica e riabilitativa. All'interno di questa visione della disabilità e della psicopatologia verranno ad essere applicate le tecniche ormai lungamente studiate dal movimento cognitivista-comportamentista. Con tali tecniche si può andare ad incidere su comportamenti disadattivi, su difficoltà di apprendimento, o si possono codificare procedure di apprendimento per nuove abilità. Fra esse trova un posto particolarmente significativo, per ampliare la possibilità di apprendere dell'utente portatore di handicap, il metodo del professor Feuerstein. Secondo tale metodo, che trova la sua matrice culturale nel cognitivismo dalla scuola di Piaget, la struttura cognitiva dei soggetti con ritardo mentale ed i deficit di apprendimento, possono essere cambiati trasformando lo stile cognitivo dei soggetti da passivo e dipendente ad attivo e capace di generare conoscenza. Il programma trova il suo fondamento razionale nella teoria della modificabilità cognitiva e nell'esperienza dell'apprendimento mediato, che tendono a sviluppare massimamente le capacità metacognitive all'interno della relazione terapeutica.

La possibilità di essere indipendenti, svincolati da un'assistenza continua, rappresenta un obiettivo di primaria importanza in quanto garantisce lo sviluppo dell'autonomia, fondamento di una buona qualità della vita.

2. Il sistema della valutazione

Per quanto riguarda **il sistema della valutazione** qui è inteso come un processo complesso che, attraverso vari momenti e strumenti, mira a rilevare quanto succede all'interno del progetto in questione, e non solamente sulla scorta delle eventuali discrepanze tra quanto previsto e quanto effettivamente raggiunto (questo lo farà la "verifica", intesa come uno dei momenti della valutazione), ma anche come "funzione produttrice di significato", ovvero processo più complessivo in cui si elabora il senso di quanto emerge dal progetto –in termini di prodotti relazionali, simbolici, contenutistici, metodologici, ecc.

Valutare significherà allora “leggere” quanto avviene, al fine di trarne indicazioni per eventuali azioni successive, ma soprattutto per poter permettere in tempo reale aggiustamenti ai processi e alle procedure in direzione degli obiettivi che ci si è posti. Da tale ottica, il processo complessivo di valutazione si sostanzierà in vari report descrittivi –intermedi e finali- che, utilizzando anche quanto emerge dalle verifiche e dai monitoraggi, riguarderanno tutti gli aspetti dell’attività in corso. L’obiettivo è che i “lettori” di tali report –siano essi soggetti istituzionali, che gli stessi destinatari delle azioni previste- possano avere il quadro completo di quanto all’interno del progetto si produce e di quali siano i cambiamenti prodotti sia negli utenti che nell’intero territorio.

Gli indicatori, che utilizzeremo per verificare e valutare la realizzazione degli obiettivi, gli strumenti, le responsabilità e i tempi, saranno quelli stabiliti dal Piano della Qualità della Cooperativa IRIS, redatto ai sensi della Norma UNI EN ISO 9001:2000.

Gli indicatori, in sintesi, rileveranno i seguenti aspetti:

1. Grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori;
2. Grado di coinvolgimento degli stessi;
3. Grado di soddisfazione del Comune, committente del Servizio;
4. Rispetto delle procedure, con particolare riferimento a :
 - Tempi del servizio
 - Modalità di erogazione
 - Verifica delle prestazioni
 - Obiettivi raggiunti
5. Attuazione delle attività previste dal progetto.

Gli strumenti di controllo e valutazione consentiranno di valutare gli esiti del servizio, utilizzando come fonte di informazione l’opinione e la percezione degli utenti, nonché la competenza degli operatori del servizio e saranno utilizzati con una modalità di tipo non ispettivo, ma partecipata.

Questa valutazione partecipata ci permetterà di calibrare le risposte da dare per migliorare il servizio e al contempo la flessibilità della procedura ci permetterà di intervenire in itinere per correggere eventuali errori.

Al momento dell’inizio del progetto la Cooperativa presenterà il proprio piano di qualità, allo scopo di rendere semplice il controllo di Qualità e allo stesso tempo dare la possibilità al Comune di prendere visione delle modalità gestionali e del rispetto dei requisiti contrattuali.

Gli strumenti di valutazione di cui ci avvarremo saranno i seguenti

- Relazioni mensili dell’Assistente sociale responsabile del servizio sull’andamento delle attività
- Somministrazione di questionari per valutare il grado di soddisfazione dell’intervento da parte degli utenti e dei loro familiari, nonché del committente
- Somministrazione di questionari agli operatori per il monitoraggio degli interventi.
- Relazione finale basata sulle azioni correttive predisposte durante le verifiche in itinere, eventuali reclami degli utenti o degli operatori.

La responsabilità valutativa dell'intero progetto sarà il risultato di un processo di partecipazione che consentirà ai diversi attori: Committente, Ente erogatore e Utente, di esprimere il proprio giudizio sulla funzionalità del servizio. L'opportunità di partecipare al percorso valutativo in maniera integrata, consente un clima di effettiva parità e soprattutto conferisce all'utente un ruolo attivo, poiché diventa protagonista del servizio a lui stesso rivolto, secondo logiche di empowerment che la stessa legge quadro sull'assistenza (L. 328/00) sostiene.

I tempi relativi al controllo e alla valutazione avranno una scansione che terrà conto di valutazioni ex ante, di controlli e valutazioni in itinere e di valutazione ex post, per ogni singolo progetto individuale.

Una valutazione finale complessiva del Servizio (validazione) verrà predisposta, dalla Cooperativa, allo scadere del progetto e terrà conto dei risultati delle verifiche effettuate in itinere. Il tutto servirà a valutare la conformità degli obiettivi prefissati con quelli effettivamente raggiunti.

I risultati delle verifiche e la valutazione finale potrà essere visionata da parte del Comune.

E) MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1. Gestione operativa a cura del soggetto che ha presentato il progetto, ovvero motivazioni di una eventuale diversa gestione

- **Responsabile legale e titolare del Progetto:** Comune di Avola
- **Sede:** Comune di Avola – Via Garibaldi, 82 - 96012 Avola
- **Referente Legale:** Sindaco – Albino Di Giovanni
- **Responsabile del Progetto:** Dott.ssa Laura Pulvirenti e Avv. Corrado Girlando

L'ente esecutore del progetto è stato individuato nella cooperativa sociale Iris di Siracusa in quanto possiede:

- le giuste competenze maturate nel settore,
- un forte radicamento territoriale,
- un rapporto di partenariato consolidato con l'amministrazione di Avola per la gestione di servizi in favore di soggetti svantaggiati
- adeguata solidità imprenditoriale
- capacità progettuali.

Pertanto si è ritenuto opportuno già in questa fase co-progettare l'intervento come valore aggiunto per l'intero territorio comunale.

Per l'elenco completo delle attività svolte dalla cooperativa si allega il profilo societario.

2. Livello professionale degli operatori da impiegare nel progetto e programmi di formazione specifica

Riguardo alle risorse umane da impiegare per la realizzazione del progetto si intendono garantire livelli alti di professionalità.

Risorsa	Titolo di studio	Esperienza professionale	Funzione
Supervisore	Laurea in psicologia o pedagogia	Esperienza precedente nella supervisione di interventi in favore di disabili	Supervisione di tutte le azioni del progetto ed in particolare dello Sportello Unico disabili e del Piano educativo Distrettuale
Coordinatore assistente sociale	Diploma di laurea in scienze sociali	Esperienza maturata nel coordinamento di servizi in favore di disabili	Coordinamento degli interventi degli operatori sociali
Operatori sociali	Qualifica di assistente domiciliare	Esperienza precedente in servizi di assistenza domiciliare per i disabili	Rapporto diretto con gli utenti nel servizio dell'azione Piano Educativo Individualizzato e supporto alle famiglie.

3. Rispetto delle normative di legge e contrattuali in materia di tutela dei lavoratori

Tutto il personale impiegato sarà regolarmente assunto per la tutta la durata del progetto, applicando il contratto collettivo nazionale di lavoro del settore cooperazione sociale, seguendo il giusto livello di inquadramento.

Inoltre, si rispetteranno gli adempimenti previsti dal D.Lgs 626/94, anche attraverso la formazione ed informazioni degli operatori relative alla sicurezza sul lavoro; periodicamente gli operatori saranno sottoposti a visita medica di idoneità lavorativa.

Si stipulerà apposita polizza assicurativa di responsabilità civile per danni a terzi.

F) MODALITÀ E FORME DI DIFFUSIONE DEI RISULTATI

1. La comunicazione

Il progetto prevede espressamente delle azioni dedicate all'animazione territoriale finalizzate ad informare, sensibilizzare e creare un clima favorevole e di attenzione attorno ai temi del progetto.

Tutte le attività di comunicazione sia interna che esterna verranno definite in considerazione della necessità di garantire la piena accessibilità delle informazioni a tutti i soggetti coinvolti dal progetto.

In particolare la comunicazione interna sarà finalizzata a fare circolare le informazioni fra tutti i soggetti coinvolti dall'iniziativa (operatori, famiglia, utenti, amministrazione comunale, distretto socio-sanitario) e a sensibilizzare gli *stakeholders* territoriali sui temi delle disabilità e creare un linguaggio condiviso.

La comunicazione esterna, invece, servirà da una parte a informare i potenziali utenti sui servizi offerti e sulle modalità di erogazione, dall'altra servirà a creare un clima favorevole e di sostegno attorno al servizio.

Il processo di coinvolgimento dei beneficiari finali vede due distinti momenti:

- uno di tipo istituzionale attraverso gli operatori che hanno quotidianamente rapporti con gli utenti del servizio.
- L'altro di tipo *customer satisfaction* in cui si tiene conto dell'espressione di bisogni e visioni degli stessi utenti attraverso un sistema di rilevazione sistematica dei feed-back sui servizi ricevuti, dove sarà previsto uno spazio propositivo di miglioramento continuo dei servizi. Il principio di fondo cui si intende sottostare, orientato ad una qualità costantemente monitorata, oltre che ad un principio puramente etico, è che la legittima proprietà dell'intero impianto progettuale, e dei processi e servizi da esso attivati, afferisce totalmente agli utenti.

La promozione del progetto avverrà anche attraverso comunicati stampa e una conferenza di presentazione iniziale.

I risultati finali del progetto verranno diffusi attraverso la stampa di un opuscolo informativo.