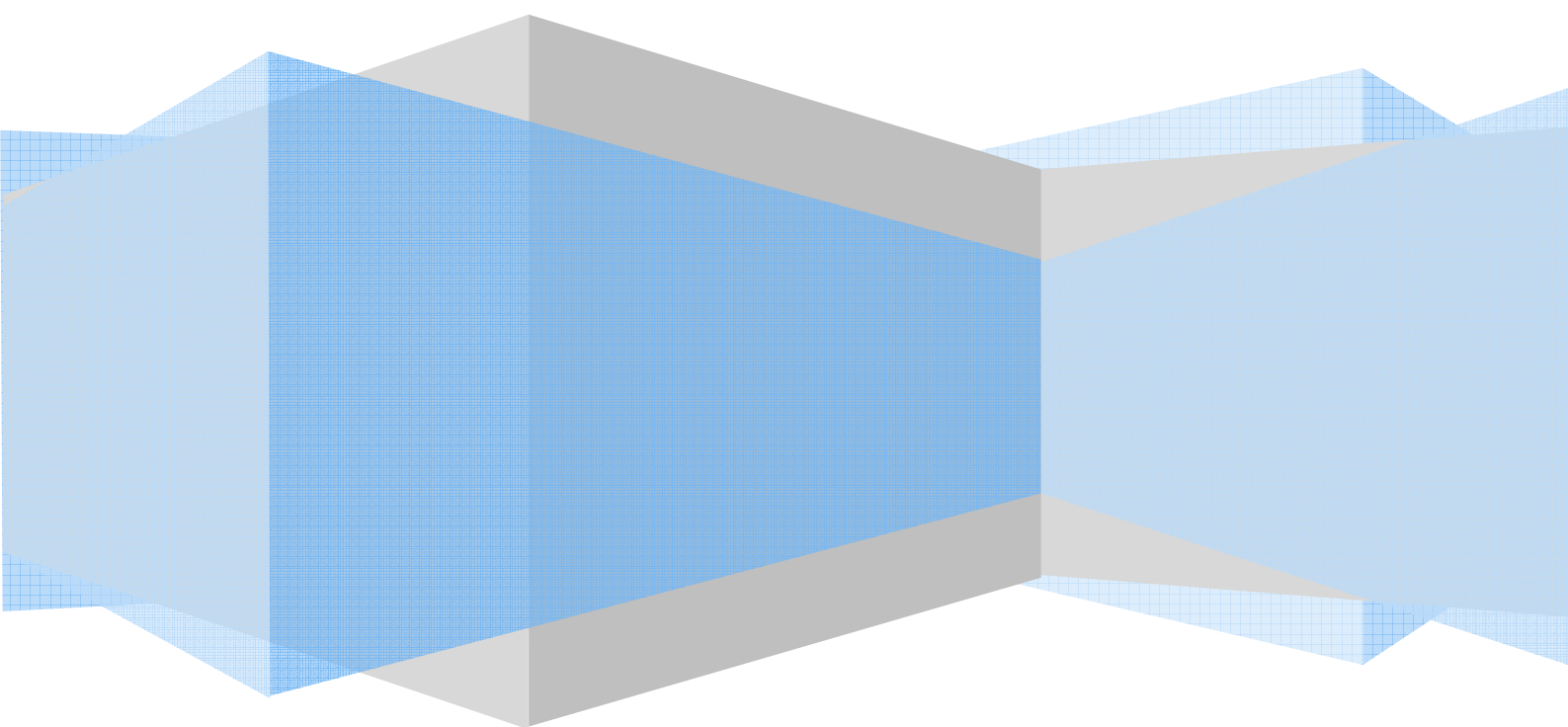


# “Costruire un Progetto di vita in Comune”

Uno sportello psico-pedagogico nelle scuole



## SOMMARIO

1. PREMESSE TEORICHE .....	3
2. ANALISI DEL CONTESTO .....	6
3. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI.....	9
4. DESTINATARI.....	9
5. ATTIVITA', METODOLOGIE, RISULTATI ATTESI .....	11
6. PERIODO DI DURATA.....	15
7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE .....	16
8. ATTORI E SOGGETTI COINVOLTI.....	16
9. COSTI .....	16
ALLEGATI .....	17

## 1. PREMESSE TEORICHE

Ogni bambino e bambina, ragazzo e ragazza, può incontrare nella sua vita una situazione che gli crea bisogni educativi speciali: i normali bisogni educativi che tutti/e hanno, si arricchiscono di necessità “speciali”. Proprio a questi soggetti è rivolto il progetto in questione, poiché essi hanno bisogno di interventi ed attenzioni specifiche: come disse Don Milani, non si può “far parti uguali fra disuguali”.

Ci sono diversi tipi di situazioni che possono portare il minore ad avere bisogni ed urgenze particolari:

- Svantaggio e deprivazione sociale: situazioni sociali e familiari povere, marginali, in contesti deprivati culturalmente ed economicamente.
- Provenienza e bagaglio linguistico e culturale diverso: bambini migranti o comunque figli di migranti
- Famiglia difficile: multiproblematica, abusante, densa di conflitti e dinamiche produttrici di patologie, disorganizzata e senza regole
- Difficoltà psicologiche proprie dei bambini/e o ragazzi/e ma non così gravi da ottenere una diagnosi: forte collera, bassa tolleranza alla frustrazione, bassa autostima e motivazione, povera immagine di sé, atteggiamenti aggressivi e distruttivi. Non va dimenticato l'uso e abuso di droghe cosiddette leggere, spesso anticamera di sostanze stupefacenti micidiali qualora non si intervenga adeguatamente e tempestivamente
- Diagnosi psicologica e/o medica

Solamente per i bambini/e e ragazzi/e con diagnosi psicologica e/o medica è prevista la stesura formale ed istituzionale di un Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) da parte degli operatori dell'ASL ed insegnanti, condiviso e sottoscritto dalla famiglia.

Negli altri casi, in assenza di diagnosi, sta alla sensibilità delle insegnanti tenere in considerazione i bisogni educativi speciali dell'alunno/a, con la possibilità di prevedere interventi meno formali e più o meno mimetizzati all'interno della classe. Questi soggetti

restano perlopiù sconosciuti agli operatori sociali e sanitari – soprattutto nel caso di famiglie poco attente, che rifiutano e rigettano l'idea di un necessario intervento o che addirittura sono causa del malessere del minore – e non sempre hanno la fortuna di trovare insegnanti e condizioni scolastiche che permettano un sostegno “informale”.

Accanto alle esperienze precedentemente descritte eventi di vita molto diversi tra loro possono rappresentare altrettanti fattori di rischio: si definiscono “fattori di rischio” tutte le condizioni esistenziali del bambino e del suo ambiente che comportano un rischio di morbosità superiore a quello osservato nella popolazione generale. Attualmente i fattori di rischio sono ben individuati:

- nel bambino: prematurità, patologia somatica precoce, separazioni in tenera età, malattie somatiche croniche..
- nella famiglia: separazione parentale, prolungato disaccordo, alcolismo, malattie croniche, mancanza di una figura genitoriale (ragazze madri), eventi luttuosi..
- nella società: basso livello socio economico, deprivazione culturale, stato di emigrazione..

Queste situazioni non sono tutte indipendenti, spesso si rafforzano con effetti cumulativi, come nel caso della prematurità e della povertà socioeconomica. Si possono distinguere:

- eventi specifici e ben definiti (ospedalizzazione, separazione dei genitori, evento luttuoso, nascita di un fratello, emigrazione..)
- situazioni croniche e prolungate (carenze socio-economiche, clima familiare conflittuale) o che hanno effetti a distanza di tempo.

La qualità degli eventi di vita, lo stress, i fattori di rischio dovrebbero essere oggetto di una particolare attenzione che operi principalmente una distinzione tra eventi unici, precisi che non coinvolgano i congiunti e i valori della famiglia (per esempio un incidente su un mezzo pubblico, o l'essere presenti mentre si svolge un'azione violenta) ed eventi che invece durano e si ripetono nel tempo e colpiscono i familiari e gli affetti familiari (per esempio scene di violenza nella famiglia, situazioni di malattia cronica o di lutto nell'ambito familiare, situazione di migrazione). Mentre nel primo caso si può manifestare un disturbo transitorio dell'adattamento, che poi scompare senza lasciare sequele, nella seconda eventualità l'andamento è ben diverso.

Molti ricercatori odierni continuano a interrogarsi sull'origine di certe patologie psicologiche riscontrate nei soggetti adulti, perché alcuni di questi disturbi hanno un inizio precoce durante la vita con una cronologia di insorgenza sincronizzata con le tappe dello sviluppo individuale. La maggior parte degli individui con una cattiva salute psicologica durante l'infanzia non sviluppa cattiva salute anche in età adulta, ma in alcuni casi può diventare una condizione ricorrente e ripresentarsi anche nella mezz'età. Disturbi affettivi o da ansia nella prima età adulta possono essere associati a problemi insorti durante l'infanzia. Infatti, è stata dimostrata che ricorre la stessa diagnosi (continuità omotipica) in diversi momenti della vita, tra disturbi internalizzanti (chiusura, depressione) dell'infanzia e della prima età adulta. Mentre insorgono disturbi psicologici di varia natura (continuità eterotipica) tra un'infanzia con problemi esternalizzanti (ansia di essere accettati, ostilità, iperattività) e una prima età adulta con disturbi affettivi o da ansia. La valutazione della salute mentale e delle condizioni psicologiche dei soggetti nelle varie tappe della crescita ha confermato un'associazione ma con un certo gradiente. Infatti, gli studi di coorte avviati per parecchi anni, come quello utilizzato dagli psichiatri inglesi, autori di un'analisi sui disturbi psicologici dei quarantacinquenni, dimostrano che un'infanzia con problemi psicologici aumenta fino al doppio il rischio di avere un salute mentale fragile nella prima età adulta e nella mezz'età. Un'associazione indipendente da altri aspetti, infatti a parità di salute mentale tra i 23 e i 33 anni, si riscontravano disturbi affettivi o da ansia a 45 anni. Tuttavia se si consideravano i problemi psicologici nella prima età adulta, l'associazione con i disturbi nella fase successiva della vita era ancora più forte, il rischio di sviluppare ansia e affettività disturbata aumentava da due a sette volte. Un effetto probabilmente dovuto alla prossimità temporale delle due epoche della vita, tale da creare continuità anche per le difficoltà psicologiche, che dimostra il ruolo diretto dei disturbi mentali infantili e di quelli della mezz'età.

I comportamenti giovanili descritti sono la risultante dell'incrocio di più fattori di rischio compresenti nella società del benessere: individuali, familiari, sociali e culturali. La vulnerabilità individuale e familiare del bambino è legata alla sua storia personale, al suo stile di vita individuale e familiare, ai fattori di disgregazione familiare che hanno sovvertito i tempi della famiglia, ove il cibo e il tempo libero non sono più occasioni per stare insieme, ma momenti vissuti individualmente da ciascuno. La scuola per parte sua, come luogo di stress e competizione in cui eccellere (specie per le femmine) o come luogo di insuccesso e fallimento da cui fuggire (specie per i maschi) costituisce talvolta un altro fattore di rischio e non protettivo. Il modello culturale estetico e edonistico diffuso dai mass-media,

che mette al centro i valori individuali del corpo, del successo, del divertimento, del consumo ricreazionale come soli valori positivi, contribuisce a costruire e a spingere il giovane verso le vie di fuga "pericolose". I luoghi sociali di aggregazione giovanile più frequentati e desiderati sono costruiti su questo modello culturale: le palestre, le discoteche, i centri di bellezza, etc., in cui non a caso ciascuno è solo nell'essere insieme agli altri. I luoghi di aggregazione infantile e giovanile alternativi al modello culturale dominante sono estremamente difficili da costruire, proporre, mantenere e comunque riguardano ancora sostanzialmente i gruppi di attività sportiva e di attività musicale (in cui ciascuno non è solo come nelle palestre o nelle discoteche), i gruppi parrocchiali, i gruppi scout, che si possono senz'altro riconoscere come fattori protettivi di promozione della salute giovanile.

La prevenzione rivolta a giovani "a disagio" o "a rischio di disagio" è oggi considerata particolarmente importante nella società e di conseguenza la valutazione fondamentale per capirne i risultati e giustificare investimenti economici ed umani su di essa. La combinazione di prevenzione rivolta alla condizione giovanile e valutazione è dunque tra gli aspetti culturali più sottolineati nelle politiche sociali. Ma che significato ha il collegamento tra questi termini? Cosa significa e cosa comporta proporre un intervento di prevenzione ai giovani e bambini? Cosa si vuole prevenire e come?

## 2. ANALISI DEL CONTESTO

Cosa accade, quindi, a questi bambini/e e ragazzi/e che non rientrano nel circuito istituzionale, sia esso scolastico o sanitario? I loro bisogni vengono ascoltati e, soprattutto, trovano risposte?

A tal proposito, si sottolinea la necessità di un intervento che sia al tempo stesso extra-scolastico ed extra-familiare, intra-familiare ed intra-scolastico. Ciò sarà possibile – intervenire in quelle situazioni particolari – intessendo importanti e saldi rapporti con le istituzioni formative e familiari, ponendosi come una presenza all'interno della vita scolastica e familiare. Lo sportello psicopedagogico nelle scuole ci offre proprio questa opportunità: ascoltare tutti coloro che recano con sé bisogni speciali, adottando la prospettiva del "Progetto di vita", cercando di guardare il più possibile in là, nel futuro, in una prospettiva di possibilità reali e bisogni del soggetto. Avere un approccio rivolto al Progetto di vita richiede necessariamente un ampliamento di orizzonte rispetto agli attori di

questo processo. Dovranno essere coinvolti la scuola, la famiglia, i Servizi (socio-sanitari, sociali, educativi del Comune di Porto Venere ma non solo), le risorse associative, ricreative e culturali del territorio. Compito non facile in una realtà come quella di Porto Venere, dove la presenza di strutture militari e la vocazione turistica rendono il territorio soggetto a un forte flusso migratorio, cosicché creare delle relazioni durature e il senso di appartenenza comunitaria diventa difficile.

Questo progetto è finalizzato al raggiungimento di tale obiettivo, ponendo l'operatore dello sportello psicopedagogico come mediatore tra varie istituzioni ed agenzie formali ed informali, come facilitatore dei processi di integrazione e sostegno sociale, sia per i bambini/e e ragazzi/e con bisogni speciali, sia per le famiglie che per le istituzioni.

Se uno degli obiettivi è quello di ripristinare la centralità del cittadino, occuparsi dei problemi di coloro che sono più sensibili – come i minori appunto - è sicuramente una via primaria e fondamentale. Con l'attivazione di questo progetto, si garantirebbe un servizio utile all'instaurarsi, mantenere e/o migliorare il rapporto tra alcuni cittadini/e e l'amministrazione, avendo costantemente monitorata una realtà specifica del territorio.

Sulla base delle segnalazioni si predisporranno e programmeranno gli interventi individualizzati o di gruppo, si offrirà un servizio importante di consulenza psicopedagogica, un'opportunità che, configurandosi come servizio aggiuntivo, potrebbe invogliare ad iscrivere bambini e bambine nelle scuole del nostro Comune piuttosto di "migrare" verso altre, invertendo la tendenza ormai diffusa ad iscrivere gli alunni/e in scuole capoluogo.

Così come riportato nel Programma di Governo per la legislatura 2008/2013, "la realizzazione di un sistema integrato dell'istruzione e della formazione, che assuma un ruolo strategico per lo sviluppo del paese Porto-Venere, è l'obiettivo che l'Amministrazione intende perseguire, trasformando le scuole in centri di scambio e crescita culturale per stimolare la partecipazione civile dei nostri ragazzi". Ed ancora: "il Comune promuove, nell'ottica di un sistema di tutela delle *"fragilità"*, lo sviluppo della qualità della vita dei membri della propria comunità con particolare attenzione alle *"fasce più deboli"* e si impegna in una costante azione di prevenzione dei fattori del disagio sociale, quale elemento qualificante dell'intervento sociale".

Sempre da tale documento si evince che sono presenti sul territorio 6 minori in situazione di grave disagio socio-familiare e 2 minori disabili: a queste cifre vanno aggiunti i bambini

e le bambine emigrate o figli di emigrati ed altre situazioni delicate non dichiarate, sommerse ma che affiorano, per esempio, nella prassi scolastica.

I dati dei Servizi Sociali del Comune di Porto Venere riportano che i casi di minori in carico sono solamente 3: due minori diversamente abili usufruiscono di un affidamento educativo nel periodo estivo di interruzione scolastica ed un minore handicappato ha il sostegno di un'assistente scolastica.

L'istituto Comprensivo di Porto Venere da sempre si caratterizza per essere molto prolifico in termini di progetti e percorsi di intervento. Attualmente è capofila del progetto sperimentale per la prevenzione delle difficoltà di linguaggio dopo aver istituito un corso per insegnanti sui disturbi dell'apprendimento scolastico.

Dalla tabella sottostante si evince il numero di stranieri che frequenta la scuola dell'obbligo nel Comune di Porto Venere e il numero di bambini e bambine che hanno ottenuto una certificazione di handicap dall'ASL e quindi usufruiscono di un sostegno didattico.

**PROSPETTO DATI ALUNNI A.S. 2009/2010**

<b>ORDINE DI SCUOLA</b>	<b>PLESSO</b>	<b>N° ISCRITTI</b>	<b>N° DIVERSAMENTE ABILI</b>	<b>N° STRANIERI</b>	<b>PROVENIENZA</b>
Infanzia	Le Grazie	43		3	2 Romania + 1 Marocco
	Fezzano	27		1	1 Rep. Dominicana
Primaria	Le Grazie	90	1	4	2 Albania + 1 Polonia + 1 Romania
	Fezzano	22	1	4	3 Rep. Dominicana + 1 Romania
Sec. 1°Grado	Le Grazie	101	7	6	3 Albania + 2 Rep. Dominicana + 1 Moldavia
	<b>TOTALE</b>	<b>283</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	

La percentuale di alunni/e stranieri nelle scuole del Comune è intorno al 6,3% in linea con i risultati nazionali secondo le recenti ricerche del Ministero dell'Istruzione.

La percentuale degli alunni diversamente abili è del 3% a cui va sommato il numero sommerso di bambini e bambine che manifestano disagio o bisogni educativi speciali e particolari ma che non usufruiscono del sostegno didattico in assenza di deficit del quoziente intellettivo.

Come riferito dal Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo, non è presente dispersione scolastica né alla scuola primaria né alla scuola secondaria inferiore.

Non si registrano contatti diretti da parte della scuola con i Servizi Sociali del Comune per richiedere aiuto, intervento o invio ai Servizi. Ciò potrebbe far pensare alla mancanza di una consuetudine a rivolgersi ai servizi sociali e/o all'assenza di un tempestivo ed adeguato riconoscimento delle situazioni di disagio da parte degli insegnanti, che comporta il rischio di una cronicizzazione delle stesse.

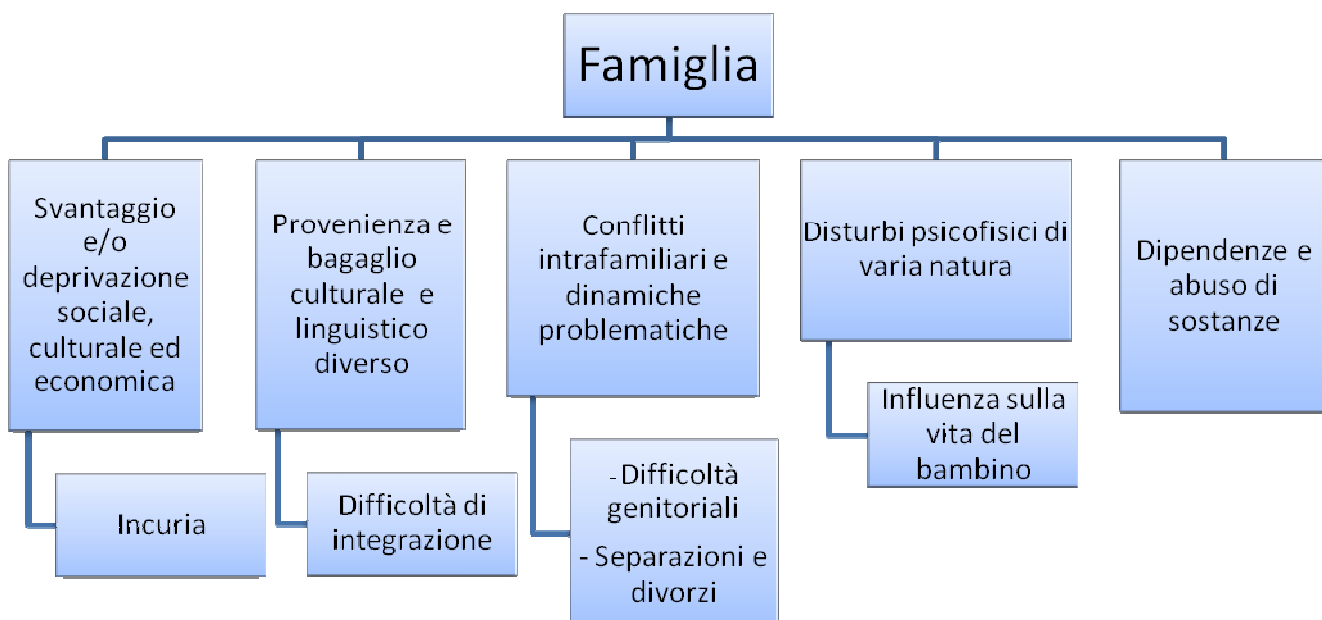
### 3. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI

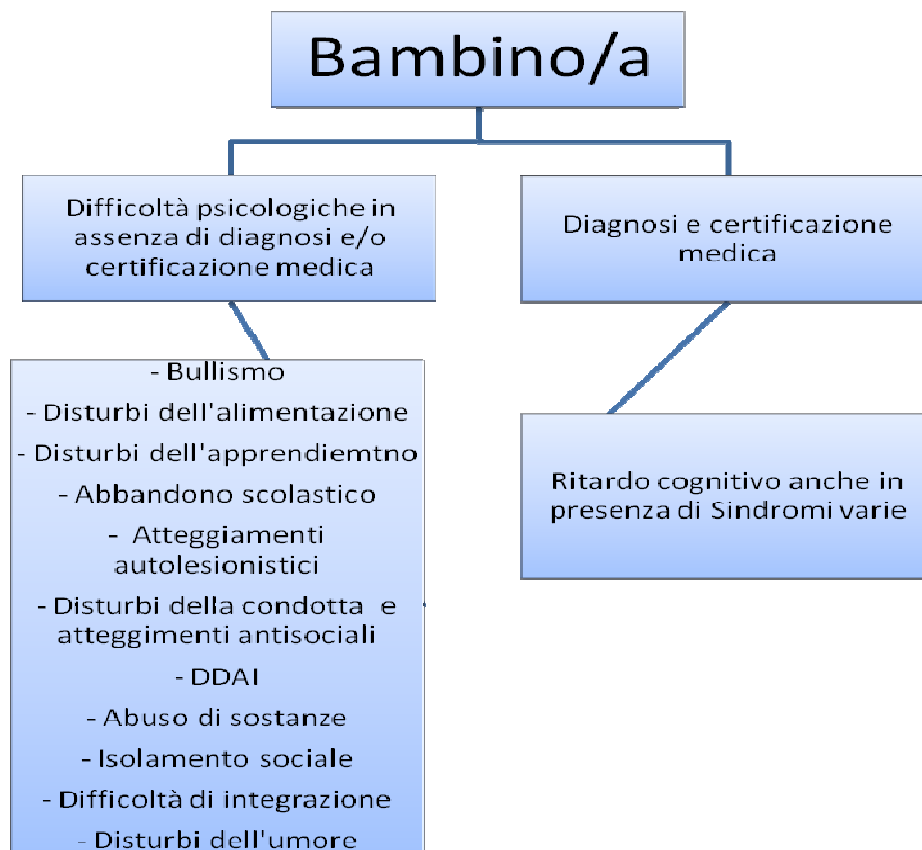
L'obiettivo generale che il progetto si prefigge è la promozione della salute e dell'equilibrio psicosociale dei minori e delle loro famiglie, in un ottica preventiva che abbracci tutti gli aspetti dell'essere umano, dal punto di vista non solo strettamente medico, mosso dall'urgenza, ma anche psico-sociale. Tale obiettivo si traduce concretamente nei seguenti obiettivi specifici:

- creazione di una consuetudine a rivolgersi ai Servizi per richiedere consulenza e sostegno, superando i pregiudizi e l'imbarazzo nell'accettare aiuto
- prevenzione della cronicizzazione e aggravarsi del disagio

### 4. DESTINATARI

Il progetto si rivolge a bambini, famiglie e docenti di ogni ordine e grado delle scuole presenti sul territorio del Comune di Porto Venere.





## 5. ATTIVITA', METODOLOGIE, RISULTATI ATTESI

Le attività che il progetto si propone di realizzare sono:

- Attivazione di uno sportello psicopedagogico per insegnanti e alunni/e, rilevazione delle richieste e necessità, primo intervento con incontri con il gruppo classe e/o individuali di breve durata
- Lavoro in rete con i servizi (consultorio, servizi sociali) già presenti nel distretto socio-sanitario ed eventuale invio di casi qualora se ne manifesti la necessità
- Pubblicizzazione delle attività organizzate dai servizi spezzini (ludoteca, doposcuola, centro famiglia...) per le famiglie e i bambini/e

Gli insegnanti avranno la possibilità di individuare precocemente i segni di disagio presentati dal minore e dalla sua famiglia e di richiedere un consulto con le operatrici. Sarà quindi possibile lavorare, secondo le necessità, con i docenti, il gruppo classe, il singolo alunno e/o la famiglia.

Le proposte concrete di intervento riguardano:

- confronto con gli insegnanti su situazioni problematiche emerse nel gruppo classe o su un singolo bambino
- supporto all'insegnante nel momento del colloquio con i genitori nell'obiettivo di far emergere in loro la consapevolezza del disagio del bambino e/o della famiglia
- colloqui con i genitori per indirizzare ai servizi del territorio e verificare quali possano essere di aiuto e sostegno per il disagio mostrato dal bambino e/o dalla famiglia:
  - o centro adolescenza, centro famiglie, consultorio familiare, distretto socio-sanitario:
    - assistenza psicologica al bambino e alla famiglia: visite e consulenze individuali
    - inserimento di minori in istituti
    - riabilitazione individuale e di gruppo
    - visite e consulenze per famiglie disagiate e extracomunitarie
    - psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo
    - visite e consulenze per la prevenzione della devianza
    - ambulatorio di riabilitazione minori
    - consulenza nutrizionale
  - o ludoteca
    - Soggiorni educativi estivi
    - Attività di gioco libero e organizzato
    - Attività di laboratorio, percorsi creativi, animazioni, feste ed eventi
- lavoro di rete con i servizi e le famiglie per attuare un sostegno adeguato e tarato sul caso specifico
- monitoraggio e accompagnamento delle famiglie attraverso contatti periodici soprattutto nel periodo iniziale dell'invio ai servizi per verificare l'adeguatezza dell'intervento, i progressi, la motivazione e mantenere un contatto tra gli operatori e le famiglie al fine di evitare l'abbandono del percorso di sostegno
- riunioni ed incontri con i genitori su tematiche rilevanti e rispondenti alle esigenze segnalate dagli stessi e dagli insegnanti

In base alle necessità che emergeranno, l'intervento delle operatrici potrà variare per andare incontro alle esigenze sopraggiunte.

Le fasi con cui il progetto sarà attuato prevedono:

1. Pubblicizzazione del progetto mediante:

- Coinvolgimento delle agenzie scolastiche del territorio. Per informare i/le docenti sarà organizzata una riunione di presentazione del progetto nella quale sarà effettuato un iniziale screening dei casi su cui si richiede un potenziale intervento e verranno indicate le modalità per la segnalazione
- Comunicazione ai vari Servizi del Distretto socio-sanitario (consultorio, centro per le famiglie etc...) dell'attivazione dello sportello psico-pedagogico
- Conferenza stampa od altro mezzo ritenuto idoneo per dare visibilità all'avvio del progetto

2. Individuazione delle richieste di intervento e consulto. La segnalazione può avvenire attraverso vari canali:

- Contatto diretto da parte di docenti con le operatrici del progetto (posta elettronica e numero telefonico dedicato)
- Servizi sociali

3. Risposta alle segnalazioni mediante colloqui al fine di valutare il tipo di intervento (incontri individuali o col gruppo classe o l'invio ai Servizi sanitari).

4. Stesura di un piano di intervento nell'ottica del Progetto di vita ed individuazione delle figure operatrici. Si deciderà, sulla base delle necessità la modalità di intervento e si stileranno gli obiettivi da raggiungere.

5. Attuazione dell'intervento sull'alunno e/o gruppo classe e raccordo tra gli operatori i Servizi, gli insegnanti e la famiglia al fine di creare una rete di contatti, di supporto e monitoraggio.
  
6. Termine dell'intervento. Ultimato l'intervento delle operatrici, si valuteranno gli esiti e qualora se ne manifestasse la necessità, il caso sarà segnalato ed inviato ai servizi del distretto socio-sanitario. Si prevede una relazione finale contenente le attività svolte, l'andamento e l'esito del lavoro sul soggetto. A conclusione del progetto sarà possibile organizzare una riunione esplicativa-divulgativa aperta agli insegnanti e alla popolazione, al fine di illustrare gli interventi e le attività realizzate, naturalmente tutelando i diritti degli assistiti.

Si ritiene opportuno utilizzare varie e diverse metodologie, in base alle necessità riscontrate dai singoli casi presentati. Verranno effettuati colloqui con bambini/e (previa autorizzazione dei genitori), famiglie e docenti e/o incontri con il gruppo classe (laboratori, roleplaying, simulazioni, brainstorming con materiale stimolo..). Si realizzeranno anche incontri con i docenti per confrontarsi sui problemi, elaborare strategie di intervento, fornire eventuale materiale operativo ed informativo (griglie di osservazione e valutazione). Sarà possibile organizzare incontri a tema rivolti ai genitori per trattare argomenti correlati alle problematiche emerse e creare uno spazio di dialogo e confronto. Tutto ciò avverrà in stretta collaborazione con i servizi sociali del territorio per aggiornamento ed eventuale invio di casi.

### **Risultati attesi**

Per valutare l'efficacia dell'intervento si prevedono i seguenti output a breve termine:

- creazione di uno sportello di consulenza pubblicizzato sul territorio che riceva almeno 5 richieste di intervento da parte dei docenti
  
- creare una consuetudine a rivolgersi ai servizi del territorio e incrementare il numero di accessi da parte delle famiglie. Ci si aspetta di portare il numero dei casi seguiti e

noti ai Servizi da 3 a 5, di realizzare 2 incontri con le famiglie a cui partecipino 10 genitori .

## 6. PERIODO DI DURATA

	Mar 10	Apr 10	Mag 10	Sett 10	Ott 10	Nov 10	Dic 10	Gen 11	Feb 11	Mar 11	Apr 11	Mag 11	Giu 11
Publicizzazione del progetto													
Individuazione richieste di genitori e insegnanti													
Risposta alle segnalazioni e stesura intervento													
Attivazione intervento													
Monitoraggio													
Valutazione finale													

## 7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

- Monitoraggio in itinere
  - Verifica del percorso, autoregolazione di progetto ed eventuale modifica per adeguarsi alle necessità
- Monitoraggio della realizzazione fisica delle attività. Raccolta dati su:
  - n° di incontri realizzati (insegnanti, bambini, genitori).
  - n° di contatti (insegnanti, genitori).
  - n° partecipanti incontri di gruppo
- Valutazione finale
  - customer satisfaction e sostenibilità
  - valutazione dei risultati attesi

## 8. ATTORI E SOGGETTI COINVOLTI

Martina Cecchi, Pedagogista

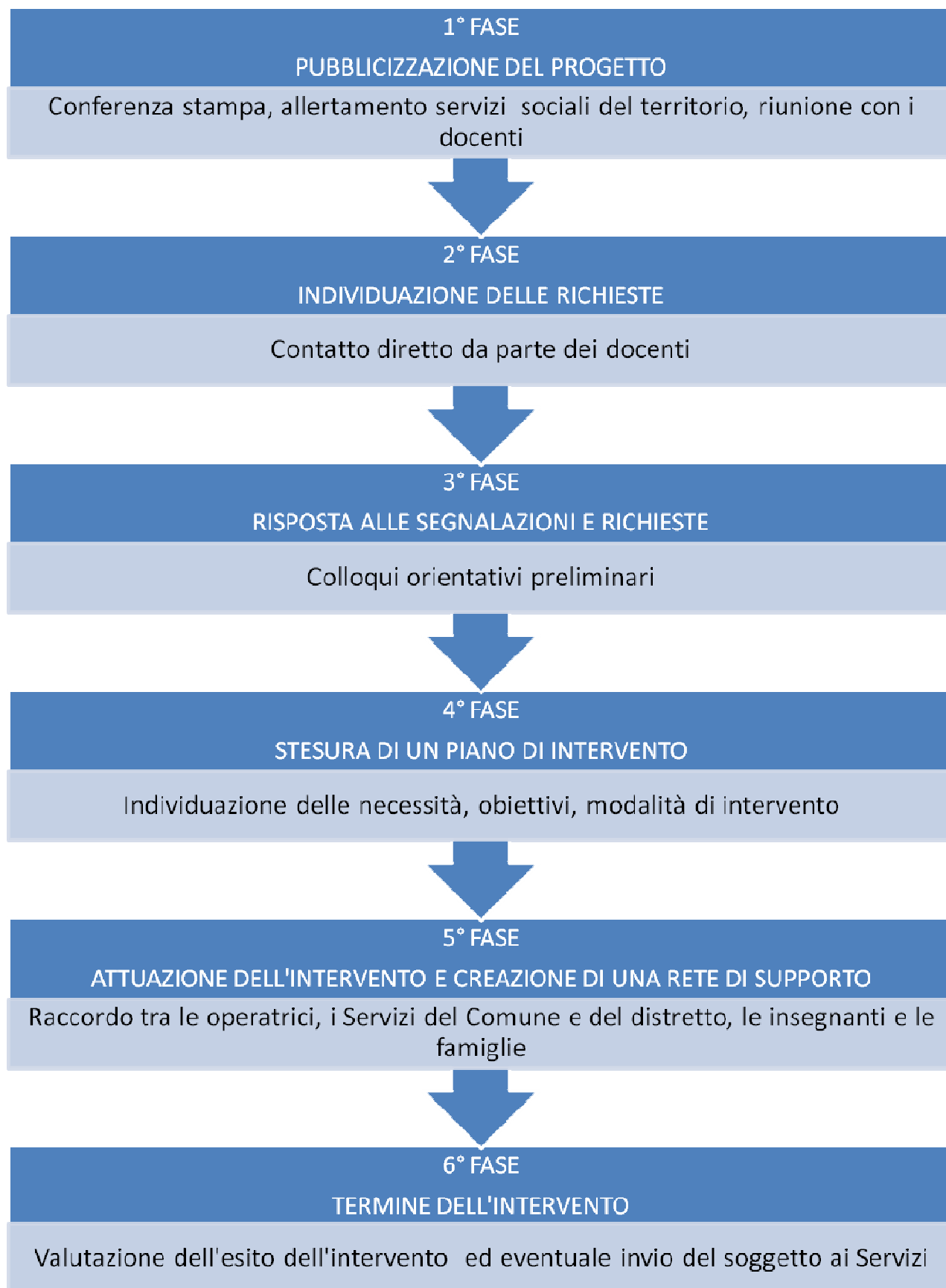
Sara Loreface, Esperta in comunicazione interculturale

Sara Peticco, Psicologa

Saranno coinvolte le scuole di ogni ordine e grado presenti sul territorio, gli alunni/efrequentanti tali scuole e relative famiglie, l'Assistente sociale del Comune di Porto Venere ed i Servizi sociali del Distretto socio-sanitario

## COSTI

Vedi sintesi.



## SINTESI DEL PROGETTO

<b>OBIETTIVI GENERALI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorire e promuovere la salute e l'equilibrio psicosociale degli alunni</li> </ul>
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare la consuetudine a rivolgersi ai servizi presenti nel territorio spezzino</li> <li>- Prevenire la cronicizzazione e l'aggravamento del disagio</li> </ul>
<b>AZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creare uno sportello facilmente accessibile per fornire assistenza e consulenza psicopedagogia a bambini/e con bisogni speciali, famiglie e docenti, tramite interventi nelle scuole (individuale o di gruppo classe)</li> <li>- Collaborazione e supporto ai docenti</li> <li>- Incontri con le famiglie</li> <li>- Collaborazione con l'assistente sociale e i Servizi</li> </ul>
<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente sociale</li> <li>- Scuole di ogni ordine e grado</li> <li>- Famiglie</li> <li>- Pedagogista</li> <li>- Psicologa</li> <li>- Esperta in comunicazione interculturale</li> </ul>
<b>METODOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloqui con bambini, famiglie e docenti</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri col gruppo classe (laboratori, roleplaying, simulazioni, brainstorming con materiale stimolo...)</li> <li>- Incontri con docenti (consegna materiale informativo, griglia di osservazione e valutazione..)</li> <li>- Incontri a tema con i genitori</li> <li>- Collaborazione con i servizi per aggiornamento e invio casi</li> </ul>
<b>FASI DEL PROGETTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° fase: pubblicizzazione del progetto</li> <li>- 2° fase: individuazione richieste da parte di insegnanti</li> <li>- 3° fase: risposta alle segnalazioni e individuazione dei casi da seguire</li> <li>- 4° fase: stesura di un piano di intervento su ciascun caso seguito</li> <li>- 5° fase: monitoraggio e riunioni periodiche dell'equipe per creare una rete di intervento</li> <li>- 6° fase: termine dell'intervento con presentazione e di relazione finale.</li> </ul>
<b>DURATA</b>	<p>La durata del progetto è di circa un anno.</p> <p>I tempi di svolgimento delle vari fasi sono così orientativamente indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° fase: marzo-aprile 2010</li> <li>- 2° fase: da marzo a maggio 2010</li> <li>- 3° fase: per l'intera durata del progetto fino a giugno 2011.</li> </ul> <p>Dopo la segnalazione e richiesta di intervento, i colloqui saranno fissati nel minor tempo possibile tentando di rispondere tempestivamente alle richieste (ciò dipenderà</p>

	<p>dal numero di casi seguiti)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4° fase: la durata dell'intervento varia in base alle specifiche necessità del caso</li> </ul>
<b>COSTI</b>	<p>1° fase: 500 € (i costi vivi - stampe, materiale cartaceo etc. naturalmente saranno a carico dell'Ente)</p> <p>3° - 4° - 5° fase: 4000 € per un totale di 130 ore che saranno ripartite per l'attivazione dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di uno sportello di ascolto per l'accoglienza e la valutazione dei casi tramite incontri preliminari con docenti, bambini e genitori;</li> <li>- Stesura di un piano di intervento (tramite lavoro individuale e riunioni di equipe);</li> <li>- Intervento su ogni caso, da suddividere tra le operatrici coinvolte nel singolo caso. Potranno essere attivati colloqui individuali e familiari, incontri col gruppo classe, colloqui con insegnanti.</li> </ul>