Conferenza Zonale
dei Sindaci del Valdarno Aretino

DELIBERAZIONE N.19 DEL 17/04/2025
DELLA CONFERENZA DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO

OGGETTO: SOSTEGNO ALLA CANDIDATURA DEL PROGETTO "FILI DI MEMORIA: CENTRO SERVIZI INTEGRATI PER ALZHEIMER E DEMENZE" PRESENTATO DALLA SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE LEGO, L'INCHIOSTRO E GIOVANI OFFICINA SOCIALE NELL'AMBITO DEL BANDO "PRESTATORI DI CURA/CAREGIVER" DELLA FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI FIRENZE

L'anno duemilaventicinque e questo dì diciassette (17) del mese di aprile (04), alle ore 16:30 si è riunita la Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata della Zona Sociosanitaria del Valdarno presso la ex-Sala Giunta del Comune di San Giovanni Valdarno.
Invitati con lettera di Convocazione ns. prot. n. 0008203 del 14/04/2025, risultano presenti i componenti come dettagliato nella tabella sottostante:

COMPONENTI	**PRESENTE**	**ABITANTI 2024**	**QUOTE**	
Sindaco Comune di BUCINE	Sì	9.931	6,96%	X
Sindaco Comune CASTELFRANCO PIANDISCO'	Presente Ass. Orietta Gagliardi	9.767	6,84%	X
Sindaco Comune di CAVRIGLIA	Presente Ass. Thomas Stagi	9.492	6,65%	X
Sindaco Comune di LATERINA PERGINE V.NO	Sì	6.338	4,44%	X
Sindaco Comune di LORO CIUFFENNA	Presente Ass. Michela Bazzini	5.867	4,11%	X
Sindaco Comune di MONTEVARCHI	Presente Ass. Lorenzo Allegrucci	24.250	17%	X
Sindaco Comune di SAN GIOVANNI V.NO	Sì	16.469	11,54%	X
Sindaco Comune di TERRANUOVA BRACCIOLINI	Presente Ass. Giulia Bigiarini	12.011	8,42%	X
TOTALE COMUNI			66%	8/8
Direttore Generale Azienda Usl Toscana sud est	Delegata Dott.ssa Marisa Vannocchi – Direttrice dell'Area Dipartimentale Governo processi amministrativi dei dipartimenti, della medicina legale e dei servizi sociali dell'Azienda USL Toscana Sud Est		34,00%	X
TOTALE			**100%**	**8/8**

Segreteria Conferenza dei Sindaci del Valdarno – c/o Comune di San Giovanni Valdarno
Comune di San Giovanni Valdarno - Via Garibaldi 43 - 52027 (AR)
conferenzazonalesindaci@comunesgv.it

Conferenza Zonale
dei Sindaci del Valdarno Aretino

Presiede l'adunanza la Presidente della Conferenza dei Sindaci Valentina Vadi – Sindaco di San Giovanni Valdarno.

Constatata la presenza della maggioranza dei membri e la rappresentanza delle quote di partecipazione prevista ai fini della validità della seduta:

LA CONFERENZA ZONALE DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO

VISTA la Legge n.328 del 8/11/2000: "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e s.m.i.

VISTA la Legge Regionale n. 40 del 24/02/2005: "Disciplina del servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale n. 41 del 24/02/2005: "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e s.m.i.

PREMESSO che con Delibera di questa Conferenza n. 29 del 13/06/2023: *"Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno NOMINA"*, viene nominato Presidente della Conferenza dei Sindaci Valentina Vadi, Sindaco di San Giovanni Valdarno e il Comune di San Giovanni Valdarno a partire dal 13/06/2023;

VISTO il progetto *"*Fili di memoria: Centro Servizi Integrati per Alzheimer e demenze*"* presentato dalla Società Cooperativa Sociale LeGO, L'Inchiostro e Giovani Officina Sociale, allegato alla presente Deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, per il bando "Prestatori di cura/Caregiver" promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze rivolto a persone con diagnosi di Alzheimer o demenza e ai loro familiari e caregiver residenti negli otto Comuni del Valdarno, con l'obiettivo di creare un centro servizi integrato e potenziare i servizi di cura già esistenti, offrendo soluzioni diversificate e personalizzate;

CONSIDERATO che il progetto mira a alleviare il carico assistenziale dei caregiver e delle famiglie, migliorando la qualità della vita delle persone con demenza e favorendo una maggiore integrazione tra i servizi pubblici e le reti di supporto territoriali;

RILEVATO che il progetto si propone di creare un Centro Servizi Integrato per Alzheimer e Demenze rivolto a persone con diagnosi certificata (o in corso di certificazione) di Alzheimer o demenza, nonché ai loro caregiver, residenti negli otto Comuni del Valdarno, con l'obiettivo di:

- Favorire la permanenza della persona fragile presso il proprio domicilio, fornendo i mezzi integrativi alle perdite funzionali e intervenendo a sostegno delle famiglie;
- Orientare la persona con Alzheimer/demenza e la sua famiglia nella scelta di servizi domiciliari, extra domiciliari e semiresidenziali, delineando un ventaglio di risposte personalizzate alle necessità;

Segreteria Conferenza dei Sindaci del Valdarno – c/o Comune di San Giovanni Valdarno
Comune di San Giovanni Valdarno - Via Garibaldi 43 - 52027 (AR)
conferenzazonalesindaci@comunesgv.it

- Attenuare l'isolamento sociale della persona fragile e della sua famiglia all'interno della comunità;

CONSIDERATO inoltre, che il progetto prevede il finanziamento di 15 piani/pacchetti nell'arco di 12 mesi; successivamente alla fine del progetto, le famiglie potranno continuare ad usufruire dei servizi attraverso una compartecipazione al costo della spesa;

SPECIFICATO che il progetto contribuisce a migliorare l'assistenza e il benessere di persone con Alzheimer o demenza, rafforzando il sostegno alle famiglie e migliorando la qualità della vita sul territorio;

PRESO ATTO che le iniziative, qualora prevedano costi, saranno a carico degli organizzatori;

RILEVATO che il progetto rafforza la rete di assistenza locale e favorisce l'integrazione delle persone fragili all'interno della comunità, con un impatto positivo sul benessere sociale del territorio;

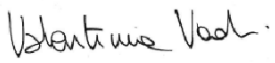
Con votazione palese e unanime dei presenti, constatata la presenza dei membri e la rappresentanza delle quote di partecipazione previste ai fini della validità delle deliberazioni**;**

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate,

1. **Di esprimere formale sostegno** alla candidatura del progetto "Fili di memoria: Centro Servizi Integrati per Alzheimer e demenze" presentato dalla Società Cooperativa Sociale LeGO, L'Inchiostro e Giovani Officina Sociale nell'ambito del Bando "Prestatori di cura/Caregiver" della Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze, allegato alla presente Deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. **Di dare mandato** al Comune di San Giovanni Valdarno quale Ente capofila della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno, di sottoscrivere una lettera di sostegno a nome della Conferenza stessa, da trasmettere entro i termini previsti dal bando;
3. **Di trasmettere** il presente atto per opportuna competenza e/o informazione:
   - ai Sindaci dei Comuni del Valdarno;
   - al Direttore Generale Azienda Usl Toscana sud est,
   - alla Direttrice Servizi Sociali Azienda Usl Toscana sud est,
   - alla Direttrice Azienda Usl Toscana sud est Zona Distretto Valdarno F.F.

La Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno
Valentina Vadi



Segreteria Conferenza dei Sindaci del Valdarno – c/o Comune di San Giovanni Valdarno
Comune di San Giovanni Valdarno - Via Garibaldi 43 - 52027 (AR)
conferenzazonalesindaci@comunesgv.it

COMUNE DI SAN GIOVANNI VALDARNO - AOOCSGV - REG_PROT - 0009798 - Uscita - 08/05/2025 - 15:10

LeGO OFFICINA SOCIALE

16/04/2025

FILI DI MEMORIA
CENTRO SERVIZI INTEGRATI PER ALZHEIMER E DEMENZE

Area territoriale coinvolta

Il Valdarno superiore è un'area della Toscana che si sviluppa intorno al letto dell'Arno, a metà strada tra Firenze, Arezzo e Siena. Nel Valdarno aretino, amministrato appunto dalla provincia di Arezzo, vivono circa 95.000 persone distribuite in 8 Comuni: di queste 23.800 hanno più di 65 anni e solo poco più di 11.400 ne hanno meno di 15, il 13,5% della popolazione ha poi 75 anni o più, confermando anche in Valdano il progressivo invecchiamento della popolazione.

L'area è un ampio catino naturale, chiuso a nord-ovest dal massiccio del Pratomagno e a sud-est dalle colline del Chianti. Le caratteristiche del territorio fanno sì che l'area abbia storicamente una vocazione rurale e artigiana a cui si è aggiunta, nel secolo scorso, una crescita del tessuto industriale che lo hanno reso oggi una delle aree di maggiore industrializzazione della provincia di Arezzo. Nella sua parte centrale, oggi, è attraversato dalle più grandi vie di comunicazione del Paese: l'autostrada del Sole E35 e la linea direttissima Roma-Firenze. L'area è interessata da fenomeni di pendolarismo motivato sia da ragioni di lavoro che di studio, diretto sia verso il capoluogo regionale sia dai centri periferici e montani verso il fondovalle. Nonostante l'industrializzazione, la zona vanta ancora un significativo patrimonio naturalistico: la Riserva di Vallombrosa e la Foresta di Sant'Antonio, l'area delle Balze, la Riserva Naturale della Valle dell'Inferno e Bandella.

Le crisi economiche e i cambiamenti che stanno attraversando la nostra società hanno fatto emergere anche nel nostro territorio nuove e trasversali dimensioni di fragilità, povertà e disuguaglianza, che hanno colpito sia le fasce più vulnerabili della popolazione sia coloro che tradizionalmente avevano sempre goduto di un maggior livello di benessere.

Analisi dei bisogni

Da tempo gli studi demografici sottolineano il progressivo invecchiamento della popolazione italiana: si stima infatti che nel 2050 le persone con più di 65 anni arriveranno a sfiorare i 20 milioni (circa un terzo della popolazione), posizionando l'Italia tra i Paesi più vecchi al mondo. Di conseguenza l'aumento dell'aspettativa di vita si accompagna a un maggior numero di anni che le persone rischiano di vivere in condizione di parziale o totale mancanza di autonomia funzionale e/o cognitiva. Sono infatti in aumento le persone di 75 anni o più, definite come "grandi anziani" (nel 2023 rappresentano il 13,5% della popolazione residente). Ad oggi risultano fragili 17 persone over 65 su 100 (PASSI d'Argento 2022-2023), fragilità cresce con l'età ed e si associa allo svantaggio socioeconomico; 2,9 milioni di anziani sono infine non autosufficienti.

Tra questi ci sono senza dubbio coloro che convivono con una demenza, condizione in crescente aumento nella popolazione generale e definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica. Attualmente si stima che nel mondo oltre 55 milioni di persone convivono con una demenza e secondo i dati dell'OMS la malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentato la 7° causa di morte nel mondo. Le demenze comprendono un insieme di patologie croniche degenerative non guaribili (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, frontotemporale, a corpi di Lewy, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari. L'Alzheimer, in particolare, è

Società cooperativa sociale LeGO
L'Inchiostro e Giovani officina sociale
Via Puccini, 17/int. 52025 Montevarchi (AR) Tel. 055/980764
e-mail info@cooplego.it p.e.c. cooplego@pec.it www.cooplego.it

caratterizzata da una progressiva degenerazione neuronale che compromette le capacità cognitive e funzionali della persona. Risulta ancora sotto diagnosticata, poco trattata e, talvolta, non adeguatamente gestita sia in ambito specialistico che nell'ambito delle cure primarie: solo il 40-50% dei pazienti affetti da demenza riceve una diagnosi nei Paesi ad alto reddito e solo il 5-10% dei malati nei Paesi a basso reddito. Poiché i farmaci utilizzati nel trattamento di questo tipo di patologie hanno un valore terapeutico molto limitato, affidarsi ad approcci non farmacologici e progettare servizi di assistenza per malati e sollievo per i familiari, rappresentano attualmente le uniche possibilità per assicurare loro una qualità di vita accettabile e dignitosa.

In Italia la quasi totalità degli anziani fragili o non autosufficienti riceve aiuto, ma questo carico di cura e di assistenza è per lo più sostenuto dalle famiglie. Tra i quasi 7 milioni di caregiver presenti oggi, più di un lavoratore su 3 (il 38%) si occupa personalmente di un familiare non autosufficiente, a fronte di un 33% che si rivolge a strutture o professionisti privati, mentre solo 1 su 4 (il 25%) accede a strutture o servizi pubblici. Si tratta di un fenomeno molto diffuso e dal potenziale impatto sociale enorme: un elevato carico assistenziale che comporta cambiamenti nello stile di vita con conseguenze negative in termini di occasioni di lavoro, disponibilità economica, benessere psicofisico e socialità ed ovvie ripercussioni sulla propria quotidianità e sull'assetto familiare. In uno studio condotto da AIMA e Censis l'80% dei caregiver dichiara di accusare stanchezza, il 63% di non dormire a sufficienza, il 45% di soffrire di depressione, il 26% di ammalarsi spesso e assumere più farmaci. Nel 76% dei casi il caregiver interrompe le sue attività extra-lavorative, nel 60% il suo ruolo ha un impatto negativo nei rapporti familiari e per il 45% anche nelle amicizie. Non meno importanti sono infine i costi affrontati: dal punto di vista economico emerge che il 17% dei *caregiver* spende in media oltre 10.000 euro all'anno per l'attività di assistenza e cura, risorse che, in un caso su due, provengono da fondi personali o familiari, poiché il sistema pubblico di cure e assistenza domiciliare offre spesso prestazioni di breve durata e modesta intensità.

Sintesi del progetto

Il progetto si propone di creare un *Centro Servizi Integrato per Alzheimer e Demenze* rivolto a persone con diagnosi certificata (o in corso di certificazione) e loro caregiver residenti negli otto Comuni del Valdarno in grado di attivare una rete di sostegno, offrendo soluzioni diversificate, articolate e personalizzate in base al bisogno.

Le prestazioni offerte si muovono nell'ambito di precisi obiettivi:

- Favorire una idonea permanenza della persona fragile presso il proprio domicilio, fornendo i mezzi integrativi alle perdite funzionali e intervenendo a sostegno delle famiglie;
- Orientare la persona con Alzheimer/demenza e la sua famiglia nella scelta di servizi domiciliari, extra domiciliari e semiresidenziali, delineando un possibile ventaglio di risposte;
- Attenuare l'isolamento sociale della persona fragile e della sua famiglia all'interno della comunità.

Gli interventi proposti dal *Centro Servizi* non vogliono sostituire le risposte offerte dal servizio pubblico, ma bensì potenziarle e integrarsi ad esse creando una stretta sinergia tra i professionisti impiegati all'interno dei servizi sociali territoriali (assistenti sociali) e delle unità specialistiche ASL (assistenti sociali, impiegati amministrativi, personale sanitario) impegnati nei punti di accesso (Punti Insieme) e nella strutturazione dei progetti di assistenza personalizzata (PAP).

Finalità e obiettivi

Verso la persona:

●Tutelare l'equilibrio sociale e psichico dell'anziano, accompagnandolo nell'accettazione dei cambiamenti del corpo e delle funzioni cognitive, comprendere e fronteggiare le emozioni;

●Potenziare le qualità possedute trasformando eventuali fragilità, percepite come ostacoli, in possibilità e risorse;

●Miglioramento comportamentale e gestionale dell'anziano in modo che egli possa recuperare o creare un proprio ruolo sociale;

●Miglioramento dello stato emotivo, in particolare del tono dell'umore e delle prestazioni cognitive e funzionali;

●Rimuovere e prevenire situazioni di bisogno, emarginazione sociale, isolamento e solitudine;

●Favorire l'accompagnamento e la fruizione dei servizi del territorio.

Verso la famiglia/caregiver:

●Alleggerire il carico assistenziale;

●Sostegno e promozione del benessere psicologico del caregiver;

●Sostenere nel percorso di accettazione dei cambiamenti legati alla malattia;

●Integrare l'attenzione ai bisogni e alle emozioni della persona di cui ci si prende cura e con l'attenzione ai bisogni e alle esigenze dei caregiver;

●Promuovere la condivisione di saperi ed informazioni tra famiglia, operatori e servizi del territorio attivando circoli comunicativi virtuosi che rafforzino la collaborazione e la fiducia e facilitino la gestione dei problemi.

Destinatari

I servizi saranno quindi rivolti a:

- Persone con diagnosi di demenza, effettuata dai servizi specialistici competenti, residenti nel territorio della Zona-distretto di riferimento (Zona Valdarno);
- Persone ancora senza diagnosi di demenza, ma favorevoli ad intraprendere un percorso di certificazione (residenti nel territorio della Zona-distretto di riferimento);
- Persone che si trovano nelle liste di attesa ASL e che al momento della richiesta non siano ancora riusciti ad accedere a servizi similari offerti dal Servizio Pubblico (a titolo esemplificativo *Progetto Valdarno Domiciliarità – VA.DO. 4* relativo all'Avviso regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari").

Il progetto prevede il finanziamento di 15 piani/pacchetti nell'arco di 12 mesi; successivamente alla fine del progetto, le famiglie potranno continuare ad usufruire dei servizi attraverso una compartecipazione al costo della spesa.

Azioni previste

Il centro sarà coordinato da un team multidisciplinare composto da: ●Responsabile di progetto ●Assistente Sociale ●Psicologo/psicoterapeuta ●Educatore professionale.

L'individuazione dei beneficiari sarà curata dal responsabile del progetto coordinandosi con i professionisti pubblici (Servizio Sociale Territoriale e Unità Funzionali ASL) che hanno in carico la persona. L'equipe opererà in modo da garantire alla persona e alla famiglia una presa in carico integrata con quella dei servizi socio-sanitari pubblici e offrire una progettazione personalizzata. L'ingresso nel centro prevederà dei momenti dedicati alla conoscenza reciproca e alla rilevazione iniziale dei bisogni, in modo da effettuare un'accurata valutazione multidimensionale, cruciale per la definizione di un adeguato Progetto Educativo e la formulazione di una proposta personalizzata alla famiglia.

La costruzione di un progetto personalizzato di potenziamento, stimolazione o riabilitazione parte necessariamente dall'osservazione delle abilità della vita quotidiana, in un'ottica olistica e multiprofessionale, uscendo da una prospettiva meramente prestazionale e frontale per assumere un approccio laterale, di accompagnamento della persona in una nuova fase della vita, senza cadere in visioni stereotipate delle condizioni della persona, qualunque esse siano. La cornice metodologica che orienta questa visione è il cosiddetto "approccio centrato sulla persona", che rappresenta un punto di vista prezioso per la costruzione di una prospettiva più profonda, che consente di partire dalla comprensione dei desideri e dei bisogni della persona, ricostruendo gli elementi su cui agire per promuovere la sua qualità della vita. Tale approccio, che coniuga la capacità di ascolto con quella di accompagnamento, incide positivamente sulla salute della persona e sul suo benessere perché investe sulle sue competenze e sulle sue facoltà di scelta e autodeterminazione, facilitando la disponibilità della persona ad entrare in relazione con l'operatore. Sia nella fase di conoscenza iniziale che in itinere, la rilevazione dei bisogni quindi non si limita alla raccolta di informazioni da un punto di vista funzionalistico, ma si sviluppa come un processo olistico con cui, a partire dalla storia della persona e degli elementi che essa stessa identifica come significativi, si possono individuare le leve su cui agire, nella relazione persona/operatore, per favorire un percorso di accettazione dei cambiamenti fisici e cognitivi, per imparare a gestire nuovi tempi e nuovi spazi, a fronteggiare le nuove emozioni che accompagnano l'avanzare dell'età o il cambiamento della propria condizione e a modificare il proprio modo di pensarsi.

In questo processo gli strumenti privilegiati sono il **colloquio-intervista**, condotto dai professionisti del Centro solitamente nel corso della **visita domiciliare** (con la possibilità di essere ripetuta nel tempo), e le **attività di osservazione strutturate**, dove la persona, insieme ai suoi familiari/caregiver, deve poter esprimere il proprio punto di vista sulla sua condizione, identificare e condividere le aspettative, i bisogni, descrivere le risorse interne ed esterne già presenti che possono contribuire, se adeguatamente valorizzate, al superamento delle difficoltà o, comunque, al miglioramento della qualità della vita auto-percepita.

Le dimensioni che possono essere esplorate in sintesi comprendono:●l'autonomia nelle attività di vita quotidiana;●la capacità della persona di identificare e gestire le sue limitazioni;●la disponibilità della persona al cambiamento e a condividere informazioni;●la reazione alla malattia o alla disabilità;●la disponibilità di risorse familiari e la presenza di altre reti di supporto (vicinato, amici, associazionismo, ecc.);●condizioni ambientali, presenza di barriere architettoniche, compatibilità della casa con il quadro clinico, ●la presenza o necessità di presidi o ausili.

L'indagine qualitativa può essere integrata da una valutazione funzionale delle abilità che può essere utile sia per approfondire la conoscenza delle caratteristiche dell'utenza che per prevenire eventuali criticità o minimizzare gli effetti sulla base delle condizioni personale degli utenti (problemi comportamentali, emergenze sanitarie, eventi critici specifici relativi alle caratteristiche degli utenti e dei loro contesti di vita come le cadute, ecc.). A tal fine possono essere utilizzati strumenti standardizzati quali, ad esempio: ●**la scala BADL** riferita alle abilità nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana: igiene personale, vestizione, utilizzo dei servizi igienici, spostamenti in casa, continenza urinaria e fecale, alimentazione, ecc. ●**la scala IADL** che indaga attività abituali di carattere strumentale: uso del telefono, spesa e acquisti, preparazione dei pasti, cura e governo della casa, lavaggio della biancheria, spostamenti fuori casa,

assunzione dei farmaci, uso del denaro, ecc., ●**test MMSE** (Mini-Mental State Examination).

Sulla base degli elementi emersi dall'analisi preliminare e dall'osservazione, oltre che delle eventuali valutazioni espresse dagli altri professionisti coinvolti (MMG, geriatra, neurologo, assistente sociale, ecc…) vengono decodificati bisogni, obiettivi e azioni operative, condivisi con la persona e la famiglia sotto forma di progetto personalizzato. La progettazione degli interventi segue i principi: ▶costruzione su misura della persona e flessibilità ▶attivazione delle risorse e dei punti di forza ▶definizione di obiettivi condivisi (con la persona, con la famiglia e con i caregiver, con il Servizio sociale e la rete dei servizi), misurabili, realistici. La progettazione rappresenta infatti un processo circolare e continuo che deve garantire la costante rimodulazione degli interventi in funzione del raggiungimento degli obiettivi individuati sulla base del confronto tra i risultati dell'azione e gli obiettivi prefissati. I piani devono essere gestiti con **flessibilità** adattando l'assistenza ai cambiamenti dei bisogni della persona e della situazione, particolarmente rilevanti nelle situazioni assistenziali a più lungo termine. Questo approccio si traduce, nella pratica operativa, in un modello di intervento in cui viene valorizzata, in ogni fase di lavoro, la **dimensione relazionale e progettuale del processo di presa in carico**, che non si esaurisce in una successione di operazioni, ma è capace di superare la frammentazione degli interventi (approccio sistemico ed ecologico) per realizzare un'effettiva integrazione del progetto di presa in carico che non sia solo finalizzata alla razionalizzazione dell'offerta e delle risorse, ma anche alla promozione di azioni generative e connettive, investendo nella valorizzazione delle risorse del contesto comunitario e nella costruzione di un welfare prossimale.

In ogni fase dell'intervento vengono adottate pratiche di assessment e ri-orientamento della progettazione in base ai nuovi elementi emersi, coinvolgendo l'utente e/o la sua famiglia nel monitoraggio sull'andamento degli interventi e sul raggiungimento degli obiettivi progettuali. Gli operatori infatti inviano, in modo costante, note informative sull'andamento delle prestazioni al gruppo di Coordinamento.

Nella valutazione sull'efficacia degli interventi è sempre necessario considerare il **principio di autodeterminazione** e riconoscere il valore della libertà delle persone di decidere e scegliere se e come essere aiutate. Il rispetto di tale principio da parte degli operatori del servizio si sostanzia in: ▶informare sempre la persona, prima di svolgere qualsiasi intervento e concordare ogni attività, ricercando il suo consenso e la sua partecipazione; ▶operare con la flessibilità necessaria per rispettare le scelte personali anche nella gestione delle proprie condizioni personali e abitative, modulando l'intervento in base ai desideri delle persone, compatibilmente con la corretta gestione di eventuali rischi per la persona e per gli operatori stessi. L'intervento non può infatti prevaricare la libertà della persona ma deve però garantire la tutela e la protezione affinché l'anziano non adotti comportamenti pericolosi per sé e per gli altri. In queste situazioni la valutazione è volta anche a comprendere se vi è la presenza di rischi per l'incolumità della persona anziana, degli operatori e di altre persone e, conseguentemente, ad agire per favorire interventi tutelanti.

Gli interventi offerti all'interno del Centro Servizi sono differenziati in base al destinatario del servizio, cioè se sono destinati alla persona malata oppure ai familiari/caregiver. Ogni famiglia avrà a disposizione un budget di 3.000,00€ con il quale potrà strutturare un piano su misura (per la persona malata, per il caregiver o per entrambi) attraverso la guida e il supporto del team multidisciplinare coordinatore. In particolare:

1. Azioni per la persona - comprendono una serie di attività e servizi domiciliari ed extra domiciliari, individuali e di gruppo, rivolti alla persona malata: ●assistenza domiciliare (ADB/OSS) ●educatore professionale ●psicologo per stimolazione neuro cognitiva ●Atelier Alzheimer;
2. Azioni per la famiglia/caregiver – comprendono una serie di servizi di consulenza e sollievo per supportare e orientare le famiglie, prevenire lo stress e il burn out dei caregiver. Le attività proposte

comprendono: ●educatore professionale per la formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare ●psicologo per incontri di supporto individuale ●consulenza abitativa per accrescere o mantenere l'autonomia delle persone all'interno della propria abitazione ●interventi di sostegno di gruppo (gruppo Auto-Mutuo-Aiuto).

Riportiamo di seguito il dettaglio dei servizi offerti:

TIPOLOGIA SERVIZIO	FIGURA PROFESSIONALE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO ORARIO
ASSISTENZA DOMICILIARE	Osa/Adb/Oss	• Interventi di supporto e monitoraggio delle attività di vita quotidiana, delle esigenze di cura e accudimento; • rimozione/contenimento degli ostacoli che impediscono il raggiungimento degli obiettivi personali; • Interventi di supporto per permettere al caregiver familiare di riappropriarsi dei propri spazi di vita sociali, relazionali e lavorativi; • Educazione/tutoraggio del caregiver familiare e/o assistente familiare.	27,00€
SUPPORTO EDUCATIVO e TERAPIA OCCUPAZIONALE	Educatore professionale	• Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitive ed occupazionale. • Stimolazione cognitive ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore.	30,00€
STIMOLAZIONE	Psicologo/ neuropsicologo	Interventi di stimolazione neurocognitiva/ riabilitazione neuropsicologica di gruppo (gruppo chiuso di 6-8 persone)	17,00€ a persona per incontro
SUPPORTO PSICOLOGICO	Psicologo	Supporto psicologico al caregiver familiare/ assistente familiare	38,00€
GRUPPO AMA	Psicologo	Gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto per caregiver supportato da un professionista che assume il ruolo di facilitatore (gruppo aperto). Gli incontri sono di 2 ore – una volta al mese.	17,00€ a persona per incontro
GRUPPO CAREGIVER	Professionisti vari	Attività di gruppo di svago e socializzazione per caregiver (mindfulness, yoga, arteterapia, trekking, hobbistica)	17,00€ a persona per incontro

ATELIER ALZHEIMER	Team multidisciplinare	Servizio rivolto a persone con Alzheimer/demenza con mobilità conservata e deficit cognitivo medio-lieve. L'interventi si caretterizza come un laboratorio di stimolazione in cui operatori esperti nella cura della persona con Alzheimer/demenza propongono ai malati attività occupazionali finalizzate al contenimento dei sintomi, al mantenimento delle funzioni e alla qualità della vita (gruppo massimo 8/10 persone). Apertura Atelier 2/3 volte alla Settimana per una durata prevista di 3,5 ore ad incontro. Gli incontri sono condotti da un educatore professionale affiancato da uno psicologo esperto. Nel corso di ogni incontro è garantita la presenza continua di personale assistenziale. Potranno partecipare terapeuti esterni per la conduzione di specifiche attività tematiche.	38,00€ a persona per incontro
TRASPORTO	Autista	Il servizio di trasporto garantisce la fruibilità dei servizi ed è compreso nel costo degli interventi. **Il servizio è attivabile solo in combinazione con altri interventi offerti all'interno del Centro Servizi.**	Compreso nel costo

Gli interventi semiresidenziali e di gruppo si svolgeranno presso la sede della Cooperativa (Via Puccini, 17/int – Montevarchi) o presso altri locali messi a disposizione della stessa.

Metodologie utilizzate

Gli approcci scientifici più recenti al lavoro con persone con demenza (Gentlecare, approccio Eden, Metodo Montessori, ecc.) sottolineano la centralità della persona e la salvaguardia della sua continuità esistenziale. Il modello Gentlecare in particolare individua nel benessere della persona e di chi la circonda l'obiettivo principale del processo di cura. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede di agire su: **1**. lo spazio in cui vive la persona, **2**. le persone con cui interagisce, **3**. i programmi e le attività in cui è coinvolto. I tre elementi sono in relazione dinamica tra loro; di conseguenza, è importante lavorare su ciascuno dei tre livelli per raggiungere l'obiettivo di dare alle persone una migliore qualità della vita. Secondo il modello Gentlecare è fondamentale considerare la persona nel suo insieme, dare importanza alle emozioni e alle relazioni, usare un approccio non direttivo e non giudicante. In questo modello è fondamentale che tutti coloro che si prendono cura della persona abbiano un profondo rispetto per lei. La conoscenza della demenza, la consapevolezza del suo impatto sulle persone, la condivisione degli obiettivi da parte di tutti coloro che vivono intorno alla persona, consentono di costruire un'alleanza terapeutica, in cui ogni elemento apporta conoscenze specifiche e si assume responsabilità individuali e collettive. Nella pratica operativa questi interventi richiedono una particolare attenzione nella messa in atto di strategie relazionali e comunicative (verbali e non verbali) compatibili alla progressione della patologia. Nel caso di interventi con persone con malattia di Alzheimer, in particolare, gli operatori coinvolti devono: ●essere consapevoli dell'influenza del

loro comportamento nei confronti della persona con demenza;●utilizzare il metodo della ricostruzione delle storie di vita che offre molti stimoli per la conversazione quotidiana, fornisce ai caregiver uno strumento prezioso per i momenti difficili (ad esempio quando la persona con demenza ha disorientamento, manifestazioni di ansia, allucinazioni, deliri, ecc.) e consente di adattare l'intervento alle caratteristiche della persona e di comprendere le ragioni di comportamenti che a prima vista potrebbero sembrare insoliti o irrazionali; ●adottare accorgimenti per evitare i pericoli derivanti dall'ambiente, limitando i rischi per sé e per gli altri; ●favore una riduzione dell'agitazione rendendo l'ambiente tranquillo e contiene gli atti di wandering soprattutto nelle ore del tramonto; ●favorire la comunicazione (non interrompere mentre l'utente parla, non lo anticiparlo, ecc.); ●favorire la stimolazione cognitiva della persona, compatibilmente con il grado di compromissione delle capacità della persona (ad es. nel riconoscere e dare il giusto nome agli oggetti, nel dare un ordine nell'esecuzione delle azioni quotidiane, nell'orientamento spazio-temporale).

Nello svolgimento degli interventi con la persona malata, ma soprattutto all'interno dell'*Atelier Alzheimer*, il piano di lavoro poggia sul concetto di stimolazione inteso come risveglio dei desideri, delle aspirazioni e delle attese, come riequilibrio fra il "fare" presente e il "fare" passato, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone, le quali, capaci di scelte e di decisioni, trovano così modo di esprimersi ed aprirsi ad un futuro che non per forza deve generare ansia, ma che può essere accompagnato da progetti vissuti con serenità, anche se piccoli. Le strategie elaborate fanno da collante fra la riattivazione e il sostegno delle abilità residue della persona anziana e la valorizzazione delle sue esperienze pregresse, delle sue abitudini e della sua cultura di appartenenza. Gli Interventi che impegnano gli utenti seguono un approccio riabilitativo multifunzionale e multidimensionale basato su un sistema di laboratori integrato (training della memoria, attività manuali/creative, funzioni sensoriali-motorie, orientamento spazio-temporale) che si è dimostrato efficace nel migliorare le performance cognitive, il comportamento psicosociale, l'equilibrio emotivo e il soggettivo benessere.

L'intervento è modellato intorno alle necessità dell'individuo stesso e dei suoi caregiver, grazie ad un'equipe multidisciplinare, che prende in carico tutte le persone impegnate nella cura: figure che a fronte di una diagnosi di demenza spesso non vengono informate adeguatamente sul decorso della malattia o sulle strategie più adeguate ad affrontarne le manifestazioni, che possono vivere emozioni contrastanti e negative, frustrazione, spaesamento e solitudine, stanchezza e stress. Supportare il caregiver e l'ambiente familiare nel processo di cura, informandolo adeguatamente e stabilendo una relazione di fiducia, significa migliorarne la qualità di vita facendolo sentire autoefficace ed empowered, con benefici che si riflettono sul paziente stesso.

Cronoprogramma

	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
●Individuazione beneficiari, valutazione e formulazione progetti	X	X	X	X	X	X						
●Sviluppo degli interventi per la				X	X	X	X	X	X	X	X	X

persona												
●Sviluppo degli interventi per caregiver				X	X	X	X	X	X	X	X	X
●Monitoraggio dei progetti					X	X	X	X	X	X	X	X
●Coordinamento del progetto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
●Gestione amministrativa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
●Disseminazione e comunicazione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Coordinamento del progetto e risorse umane

Il progetto prevede un sistema di gestione volto a garantire il rispetto degli impegni progettuali e la necessaria continuità e coerenza delle azioni previste.

Negli ultimi anni LeGO ha investito nella costituzione di un'equipe multi-professionale che con il tempo si è consolidata ed ha maturato esperienza specifica attraverso la gestione di vari progetti zonali focalizzati sulle demenze, la partecipazione a progetti Erasmus+, la gestione di servizi domiciliari e semi residenziali gestiti dalla cooperativa. La presenza di un gruppo di lavoro multiprofessionale stabile ha dunque permesso di: ●potenziare le competenze multidisciplinari del team, per offrire risposte sempre più adeguate e sostenibili rispetto all'evoluzione dei bisogni dei beneficiari; ●sviluppare figure di coordinamento, come veri e propri case manager in grado di garantire continuità della presa in carico e personalizzazione; ●assicurare lo sviluppo professionale di un gruppo stabile di operatori, attraverso la progressiva specializzazione in servizi per le demenze, così da orientare in modo più mirato la formazione, l'aggiornamento, la sperimentazione di metodologie e tecniche.

Il gruppo multi-professionale di coordinamento messo a disposizione da LEGO, è così costituito:

- Dott.ssa F. Sottani - Direttore dei servizi assistenziali della cooperativa;
- Dott.ssa I. Ghezzi e Dott.ssa G. Fazzini - rispettivamente educatrice e assistente sociale e Case Manager dei servizi di assistenza domiciliare;
- Dott.ssa. A. Asti - Psicologa e Psicoterapeuta specializzata in Psicoterapia Sistemico-Relazionale presso il Centro di Studi e di Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato; con esperienza in ambito psicologico e psicologico geriatrico, maturata all'interno delle RSA e Centri Diurni.

Per lo svolgimento degli interventi domiciliari, semi residenziali e di gruppo, LeGO all'interno del proprio organico dispone di:

- Gruppo di educatori socio-pedagogici operanti nel territorio della Zona distretto con comprovata esperienza nel settore che potranno essere messi a disposizione;
- Gruppo di operatori socio-sanitari specializzati con l'obiettivo di assicurare continuità delle figure di riferimento. Gli operatori individuati hanno esperienza maturata nella gestione di progetti Atelier e Caffè Alzheimer e/o una formazione specifica nel settore.

In virtù dell'esperienza pregressa, LEGO ha maturato strette collaborazioni con terapeuti operanti in differenti campi (musicoterapia, pet therapy, arteterapia, ecc.) che può mettere a disposizione dei progetti

extra-domiciliari; allo stesso modo è in grado di attivare ulteriori collaborazioni con professionisti esperti del settore, sulla base dei bisogni dell'utenza.

Attività di supporto:

- Francesca Azzurrini: laureata in Economia Aziendale, vanta un'esperienza ventennale nel settore contabile;
- Marzia Brogi: si occupa da oltre vent'anni di gestione amministrativa di progetti FSE, progetti regionali e europei (Erasmus+);
- Cinzia Usai: RSPP, è iscritta al Collegio dei Geometri della Provincia di Arezzo n°1614 dal 2006.

Monitoraggio e valutazione

Attraverso l'attività di monitoraggio, saranno valutate l'efficienza (i risultati raggiunti rispetto alle risorse mobilitate), l'efficacia (il raggiungimento degli obiettivi progettuali) e la sostenibilità dell'iniziativa, individuando, laddove necessario, interventi correttivi in itinere, secondo un approccio orientato al miglioramento continuo (approccio PDCA).

Attraverso queste attività verranno presidiati i principali rischi, che sono rappresentati da: ●scarsa tenuta degli impegni progettuali (rischio basso). Misure di mitigazione: condivisione della progettazione e della programmazione, adozione di un sistema gestionale orientato alla co-responsabilità, presenza di figure esperte e radicate nel territorio; ●scarso coinvolgimento delle persone anziane con demenza (rischio basso). Misure di mitigazione: differenziazione degli interventi proposti, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, presa in carico integrata e collaborazione con i servizi pubblici (ASL e Servizio Sociale); ●scarso coinvolgimento dei caregiver (rischio medio). Misure di mitigazione: differenziazione degli interventi e progettazione personalizzata, approccio olistico centrato sulla persona.

Gli indicatori presi in esame saranno sia **indicatori di processo** (rispetto del cronoprogramma; adozione di strumenti e protocolli così come definiti dal progetto; numero e qualità delle risorse umane impiegate; numero reclami /non conformità rilevate; sufficienza delle risorse materiali, tecniche e finanziarie ipotizzate; rapporto tra attività svolte ed attività rendicontate) che **indicatori di efficacia,** valutati rispetto ai risultati attesi riportati nello schema seguente:

Indicatore	Risultato atteso
▶Numero di valutazioni multidimensionali e progetti personalizzati realizzati	15
▶Numero di persone anziane beneficiarie di interventi (domiciliari, extradomiciliari semiresidenziali di gruppo)	15
▶Numero di caregiver coinvolti in interventi individuali o di gruppo	Almeno 15

La rilevazione dei dati, a cadenza semestrale, sarà coordinata dal Responsabile del progetto che si interfaccerà con l'equipe di coordinamento del centro e i referenti dei partner. L'esito del monitoraggio sarà verbalizzato in un report che verrà condiviso con i partner in occasione degli incontri periodici di aggiornamento; allo stesso modo verrà redatta una relazione di fine progetto, condivisa durante l'incontro finale. Verrà predisposta la rilevazione della qualità percepita dai beneficiari del progetto e dai loro familiari.