

- finanziamento dei 31 progetti della graduatoria C) approvata con il Decreto n. 18.205 del 01.12.2017;

3) di stabilire, in deroga alla Decisione n. 16 del 15.05.2017, che i contributi come sopra specificati siano liquidati per l'intera somma contestualmente all'adozione del provvedimento di concessione dei contributi stessi, al fine di assicurare fin da subito agli Enti beneficiari le risorse occorrenti alla realizzazione dei progetti per l'installazione, l'implementazione e l'adeguamento dei sistemi di videosorveglianza;

4) di prenotare l'importo complessivo di euro 776.897,63 di cui al punto 2), destinato al finanziamento dei progetti specificati al medesimo punto 2), a valere sul capitolo 11308 del bilancio di previsione 2018/2020, annualità 2018;

5) di dare mandato alla struttura regionale competente di procedere con gli opportuni atti al fine dell'espletamento delle procedure di cui sopra;

6) di dare atto che l'impegno delle risorse finanziarie coinvolte di cui al punto 2) è comunque subordinato al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché alle disposizioni operative stabilite dalla Giunta Regionale in materia ed al rispetto delle norme che disciplinano la copertura finanziaria degli investimenti ai sensi del D. Lgs. 118/2011 con particolare riferimento al principio applicato della contabilità finanziaria di cui all'allegato 4/2.

Il presente atto è pubblicato sul B.U.R.T. ai sensi degli articoli 5 e 5 bis della l.r. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della l.r. 23/2007.

*Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta*

DELIBERAZIONE 6 marzo 2018, n. 224

Approvazione “Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza”.

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamate:

- la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e successive modifiche e integrazioni, che all'articolo 18 individua il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale quale strumento di

programmazione con il quale la Regione definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali;

- la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;

Richiamata la Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008, Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 6 novembre 2014 e in particolare, il punto 2.3.6.1 dello stesso, che ribadisce la necessità di riservare particolare attenzione alla demenza dato che una quota consistente della non autosufficienza dell'anziano risulta attribuibile alla presenza della stessa;

Considerato che lo stesso Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 sottolinea che la Regione Toscana ha previsto un percorso di assistenza socio-sanitaria specifico, a partire dal Piano Sanitario Regionale 1998-2000, successivamente strutturato nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 402 del 26/04/2004;

Visto che tale percorso prevede la presenza sul territorio regionale di servizi residenziali e semiresidenziali specializzati nel trattamento di soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento finalizzati a ridurre i sintomi psicologici e comportamentali, nel rallentare il declino dell'autonomia, nel massimizzare la qualità della vita dei pazienti e nel ridurre il carico assistenziale delle famiglie ed a favorire il loro utilizzo flessibile e temporaneo, orientato, ove possibile, al mantenimento/rientro a domicilio del paziente a seguito del miglioramento dei sintomi della malattia e del sollievo/supporto fornito ai familiari;

Dato atto che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 è ancora in vigore ai sensi dell'articolo 4, della Legge Regionale n. 80 del 27 dicembre 2017 “Disposizioni in materia di programmazione settoriale. Modifiche alle leggi regionali 31/2000, 22/2002, 40/2005, 14/2007, 53/2008, 9/2010, 21/2010, 65/2014, 69/2014, 1/2015, 22/2016”;

Considerata la Deliberazione della Giunta Regionale n. 370 del 22/03/2010 “Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”;

Richiamati i Pareri del Consiglio Sanitario regionale:

- n. 52/2010 “Sindrome di demenza: Diagnosi e Trattamento”

- n. 12/2012 “Demenza: Guida per il caregiver”

- n. 24/2012 “Implementazione Linea Guida Demenze”

- n. 102/2014 “Preso in carico del paziente con Alzheimer”

- n. 66/2015 “PDTA Demenza”;

Viste le Linee Guida del Consiglio Sanitario Regionale *Sindrome demenza: diagnosi e trattamento*, pubblicate nel 2011 e aggiornate nel 2015 che sintetizzano per i medici di medicina generale, che avviano il processo diagnostico-terapeutico, le indicazioni più attendibili sui test valutativi, sui trattamenti farmacologici e su altre metodologie di trattamento, come le stimolazioni cognitive e le psicoterapie brevi;

Richiamata la Deliberazione della Giunta Regionale n. 147 del 23/02/2015 che recepisce l’Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: “Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze” e il parere n. 102/2014 del Consiglio Sanitario Regionale sopra citato;

Considerato che l’Accordo sopra richiamato stabilisce che il Governo, le Regioni, le Province autonome e gli Enti Locali si impegnino a implementare il Piano suddetto, articolato in obiettivi e azioni;

Preso atto che il Piano nazionale demenze prevede tra gli obiettivi un aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita e che tale obiettivo è declinato nei seguenti sotto-obiettivi:

- Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile;

- Migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenze anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare;

- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l’empowerment delle persone ma anche quello della comunità;

Considerato che rispetto all’ultimo punto il Piano nazionale demenze sottolinea l’importanza del coinvolgimento anche delle Associazioni locali da parte delle amministrazioni regionali:

Preso atto che rispetto agli obiettivi di cui sopra, il Piano prevede, tra le azioni derivanti, lo sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari/

caregiver con parallela offerta di sostegno personalizzato, formazione ed informazione mirate; il sostegno e la valorizzazione delle associazioni dei familiari e delle reti di volontariato, e delle loro attività dedicate ai caregiver e l’incentivazione di tutte le opportunità a bassa soglia e ad alta capacità di contatto per il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro familiari ed il sostegno informale (come ad esempio i Caffè Alzheimer o altre iniziative sul territorio di provata efficacia);

Considerato che il Piano nazionale demenze prevede che le azioni ivi previste, tra loro complementari e sinergiche, debbano essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale;

Considerato che con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell’11/12/2017 è stato approvato il documento Piano regionale demenze, in attuazione di quanto previsto dall’Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: “Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;

Tenuto conto che, al fine di delineare uno specifico modello assistenziale da declinare in tutto il territorio regionale per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, valorizzando e potenziando le professionalità esistenti, creando sinergie lavorative e relazionali grazie anche alle opportunità che la tecnologia offre, la stessa Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell’11/12/2017 ha approvato il documento “Indicazioni per l’organizzazione di una rete socio-sanitaria integrata per la cura e l’assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari”;

Evidenziato che con la Deliberazione sopra richiamata, al fine di poter garantire una presa in carico che preveda una continuità di comunicazione, di interventi ed attività tra i diversi attori della rete dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari con cui l’utente e la sua famiglia (e/o assistente familiare) possano interfacciarsi durante tutto il percorso di cura, si è ritenuto necessario definire processi, percorsi, ruoli e rapporti di collegamento e collaborazione all’interno di tutta la rete dei servizi;

Considerato che si è ritenuto opportuno disporre che le Zone distretto/Società della Salute prevedano, nell’ambito dei propri strumenti di programmazione, le azioni e i servizi finalizzati all’attivazione della rete, con particolare riferimento alle forme di integrazione previste nelle suddette “Indicazioni per l’organizzazione di una rete socio-sanitaria integrata per la cura e l’assistenza

delle persone con demenza e il sostegno ai familiari”, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell’11/12/2017 (Caffè e Atelier Alzheimer);

Tenuto conto che il suddetto documento prevede la possibilità di attivare, in via sperimentale, servizi innovativi a bassa soglia, ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza, quali i Caffè Alzheimer e gli Atelier Alzheimer;

Dato atto che:

1. per “progetti sperimentali” si intendono azioni progettuali a valenza territoriale che prevedono la quantificazione dei risultati e la valutazione dell’efficacia, della qualità e sicurezza, attraverso un opportuno monitoraggio che consenta di stimare il valore aggiunto per il sistema assistenziale regionale;

2. per “innovativo” si intende la capacità di individuare percorsi e modalità organizzative e di governance dei servizi ad oggi non previste dalla normativa vigente e in grado di leggere e gestire i bisogni dei soggetti coinvolti in maniera più appropriata;

Stabilito che l’attivazione dei suddetti progetti sperimentali dovrà garantire:

- la coerenza con la programmazione sociosanitaria regionale e locale;

- la creazione di sinergie tra tutti i soggetti operanti all’interno del sistema integrato nella fase di definizione della proposta sperimentale, al fine di ottimizzare l’utilizzo delle risorse disponibili;

- la definizione di elementi utili a stabilire criteri e standard di nuovi percorsi/modelli assistenziali replicabili sul territorio regionale;

Precisato che i progetti sperimentali:

- dovranno essere elaborati all’interno di un’analisi del contesto territoriale di riferimento che trova la sua naturale collocazione nella Zona-distretto, e che pertanto saranno oggetto di una formulazione progettuale condivisa fra Conferenza zonale dei sindaci (o Società della Salute laddove costituita) e Azienda UUSLL, anche su proposta degli operatori del sistema sociale e sanitario coinvolti, delle organizzazioni sindacali, dei soggetti del Terzo Settore e dei gestori privati e pubblici;

- dovranno essere presentati dalle Società della Salute, per le Zone distretto ove esse siano formalmente costituite ai sensi dell’art. 71 bis della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i., ovvero, ove non costituite, dal soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata (definita all’Art. 70 bis, comma 8 della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i.) nell’ambito delle convenzioni per l’esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria;

- saranno oggetto di valutazione di ammissibilità secondo i criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale

contenuti nell’avviso pubblico di cui all’Allegato A, da parte di un nucleo di valutazione appositamente nominato dall’Amministrazione regionale;

Ritenuto, per quanto sopra esposto, di promuovere la diffusione e lo sviluppo delle terapie non farmacologiche (o “psicosociali”) al fine di migliorare la qualità di vita dell’anziano con demenza e della sua famiglia approvando un avviso pubblico a presentare progetti per l’attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza, secondo le indicazioni contenute nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto opportuno approvare un “Avviso pubblico a presentare progetti per l’attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Precisato che i progetti dovranno essere redatti esclusivamente seguendo il “Formulario per la presentazione del progetto sperimentale” di cui all’Allegato B parte integrante e sostanziale del presente atto, pena la non ammissibilità e valutazione del progetto stesso;

Stabilito che la Regione Toscana cofinanzia i progetti sperimentali approvati e che la quantificazione in percentuale del contributo regionale non può essere superiore al 70% del costo complessivo del progetto non potendo, in ogni caso, superare l’importo massimo di complessivi euro 15.000,00;

Stabilito che per cofinanziare i progetti sperimentali ammissibili, sarà destinato l’importo complessivo di euro 202.555,00 imputandolo come segue:

- impegno n. 7128/2013 assunto con D.D. n. 6167/2013 per euro 101.277,50,

- impegno n. 8058/2014 assunto con D.D. n. 6698/2014 per euro 101.277,50,

ai sensi dell’art. 20 del D. Lgs. 118/2011, sul capitolo n. 26004 “Azioni progettuali per l’integrazione socio-sanitaria - trasferimenti ad enti pubblici”, annualità 2018 del bilancio pluriennale 2018-2020;

Dato atto che l’erogazione delle risorse finanziarie suddette è comunque subordinata al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia;

Ritenuto di demandare al settore competente della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale l’adozione degli atti necessari per l’attuazione di quanto disposto con la presente Deliberazione;

Vista la Legge Regionale n. 79 del 27/12/2017 di approvazione del Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2018 e pluriennale 2018-2020;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 2 dell'8 gennaio 2018 "Approvazione del Documento Tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario 2018-2020 e del Bilancio Finanziario Gestionale 2018-2020";

Preso atto del parere espresso dal Comitato di Direzione nella seduta del 22/02/2018;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare un "Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di precisare che i progetti dovranno essere redatti esclusivamente seguendo il "Formulario per la presentazione del progetto sperimentale" di cui all'Allegato B parte integrante e sostanziale del presente atto, pena la non ammissibilità e valutazione del progetto stesso;

3. di prevedere che i progetti sperimentali, in ordine alla loro ammissibilità, saranno valutati secondo i criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale contenuti nell'Avviso pubblico di cui all'Allegato A, da parte di un nucleo di valutazione appositamente nominato dall'Amministrazione regionale;

4. di stabilire che i progetti sperimentali approvati riceveranno un cofinanziamento regionale e che la quan-

tificazione in percentuale del contributo regionale non può essere superiore al 70% del costo complessivo del progetto, non potendo, in ogni caso, superare l'importo massimo di complessivi euro 15.000,00;

5. di destinare l'importo complessivo di euro 202.555,00, per co-finanziare i progetti sperimentali ammissibili, imputandolo come segue:

- impegno n. 7128/2013 assunto con D.D. n. 6167/2013 per euro 101.277,50,

- impegno n. 8058/2014 assunto con D.D. n. 6698/2014 per euro 101.277,50,

ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 118/2011, sul capitolo n. 26004 "Azioni progettuali per l'integrazione socio-sanitaria - trasferimenti ad enti pubblici", annualità 2018 del bilancio pluriennale 2018-2020;

6. di dare atto che l'erogazione delle risorse finanziarie suddette è comunque subordinata al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia.

7. di dare mandato al settore competente della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per l'adozione degli atti necessari per l'attuazione di quanto disposto con la presente Deliberazione.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUONO ALLEGATI

Allegato A**AVVISO PUBBLICO A PRESENTARE PROGETTI PER L'ATTIVAZIONE DI AZIONI INNOVATIVE E SPERIMENTALI AD INTEGRAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI PER LA DEMENZA****1. Descrizione delle finalità dell'intervento**

La demenza è un insieme di sintomi causati da una malattia cronica e progressiva che colpisce il cervello e che comporta la compromissione di facoltà mentali, di aspetti inerenti l'affettività e l'emotività, il comportamento e la personalità. Questi sintomi interferiscono con le normali attività quotidiane del malato fino a renderle impossibili, con perdita parziale o completa dell'autonomia.

Rappresenta la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei Paesi occidentali ed è una delle cause di disabilità più importanti nella popolazione anziana, responsabile di oltre la metà dei ricoveri nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). La prevalenza della malattia aumenta con l'età ed è maggiore nel sesso femminile. E' la patologia cronica degenerativa da cui si attende, nei prossimi decenni, il massimo aumento (+57% nel 2030, +130% nel 2050) e la sua diffusione è in costante crescita in conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita.

La demenza è una patologia con forti risvolti sociali, della durata media di 8/10 anni, progressiva, e che necessita di un costante "tutoraggio" fino alle cure di fine vita. I costi indotti da questa patologia sono altissimi. Le recenti linee guida europee, per la sola malattia di Alzheimer stimano in 21.000 euro l'anno il costo per le cure di una persona che ne è affetta.

In Italia circa l'80% delle persone colpite da demenza sono assistite a casa da familiari e, tra questi, sono soprattutto le donne (circa il 70% dei caregivers) a svolgere questo ruolo.

La demenza è una malattia che coinvolge tutta la famiglia sia per l'impegno assistenziale che per gli aspetti emotivi e relazionali. Il "caregiving" è dunque un'attività difficile e destabilizzante.

Come emerge dalla maggior parte degli studi al riguardo, il caregiver esperisce rabbia, stanchezza, senso di colpa (per il timore di non essere adeguato al compito), o percepisce una propria supposta "inutilità". Dal punto di vista psicologico sono i sintomi depressivi e i problemi d'ansia il vissuto più diffuso nel caregiving (stress cronico).

In linea con il Piano nazionale approvato nel 2015, la Regione Toscana con D.G.R. n. 1402 dell'11/12/2017, ha approvato il "Piano Regionale Demenze", uno strumento che vuole fornire agli operatori che, con differenti competenze, lavorano per e con le persone affette da demenza uno strumento di indirizzo per la diagnosi tempestiva della malattia e la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia.

La delibera dà indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno dei familiari; indica le caratteristiche essenziali e i requisiti minimi del Centro Diurno Alzheimer; approva il Piano regionale delle Demenze, per migliorare qualità e appropriatezza degli interventi; favorisce e implementa l'assistenza al paziente, ma anche alla famiglia, aiutandola e supportandola, anche dal punto di vista psicologico, attraverso la partecipazione a momenti di socializzazione, con l'introduzione di nuovi luoghi informali, ma sufficientemente protetti, come Caffè Alzheimer e Atelier Alzheimer. L'obiettivo è creare una rete di servizi che non lascino mai soli né il paziente affetto da demenza né i suoi familiari, ma contribuiscano invece a renderli parte di una comunità sempre più attenta alle realtà della demenza, formare gli operatori e la società civile, innovare la cultura dell'inclusione, oltre che proseguire nella cura dei pazienti e intensificare la ricerca su questa importante e devastante patologia.

Gli interventi relativi alla persona con demenza sono classicamente distinti in farmacologici (diretti alla sintomatologia cognitiva e psicologico-comportamentale) e non-farmacologici.

Quest'ultima dizione è stata sostituita negli studi recenti con il termine "psicosociale" con l'intento di sottolineare un aspetto specifico, cioè che lo scopo principale dell'intervento è di favorire il "coping" e l'adattamento della persona alla sua condizione, di fornire supporto a questo adattamento e assistenza lungo tutto il decorso della malattia.

Questi interventi hanno un impatto diretto anche sulle abilità cognitive compromesse e sui sintomi psicologici e comportamentali. Il modello psicosociale include anche la prospettiva dell'approccio centrato sulla persona e considera che le manifestazioni cliniche e sintomatologiche della demenza non sono solo l'esito del danno organico, ma sono anche influenzati dalla storia precedente della persona, dalla sua personalità, dal contesto sociale e ambientale in cui vive e dalla disponibilità di risposte adeguate.

La demenza dunque incide sul singolo, ma anche sulla famiglia e sulla comunità in generale.

Prendersi cura delle persone affette da una malattia complessa come la Malattia di Alzheimer significa affrontare non solo il decadimento cognitivo, i sintomi comportamentali e i problemi fisici, ma anche accompagnare e sostenere i loro familiari nel ruolo assistenziale.

I familiari rappresentano, ancora, la prima risorsa assistenziale per il malato; il coinvolgimento è spesso totalizzante, faticoso sul piano fisico e gravoso sul piano emotivo. I bisogni emozionali, sociali e spirituali gravano fortemente sul buon esito del loro compito assistenziale e, talvolta, sul loro stato di salute.

E' necessario porre la doverosa attenzione alla relazione malato - familiare, ai nuovi equilibri e continui adattamenti. "Sostenere chi decide di mantenere la persona affetta da demenza nel proprio ambiente di vita" è dunque la finalità perseguita dal presente avviso.

Per questi motivi, con la D.G.R. n. 1402 dell'11/12/2017 e il Piano regionale demenze, si è cercato di dare risposte a tutte le problematiche legate alla malattia, prevedendo, nell'ambito dei servizi della rete, oltre a interventi sanitari specialistici e cure farmacologiche, sostegni specifici per pazienti e familiari, interventi di stimolazione cognitiva e altre opportunità per la socializzazione e il mantenimento delle capacità residue, gruppi di sostegno e auto-aiuto, corsi di formazione e informazione per i familiari, consulenze specialistiche, incentivando le esperienze dei "Caffè Alzheimer" e degli "Atelier Alzheimer".

I Caffè e gli Atelier Alzheimer rappresentano servizi a bassa soglia e ad alta capacità di contatto; sono luoghi informali (il bar del paese, della parrocchia), dove pazienti e familiari possono trascorrere insieme momenti di socializzazione alla presenza di esperti (medici, psicologi, e così via). Si collocano in uno spazio non coperto della rete formale svolgendo interventi di supporto dove altri servizi non arrivano. Possono essere anche elementi che, in modo del tutto naturale, si integrano con quelle iniziative comunitarie di prossimità che si sviluppano a livello territoriale (come ad esempio le Botteghe della Salute).

Tutte le attività rivolte a persone affette da demenza, sia ad alta (Modulo specialistico per disabilità cognitivo comportamentale in RSA) che a intermedia (Centro Diurno Alzheimer) che a bassa soglia come quelle oggetto del presente avviso, devono essere svolte sotto la supervisione e coordinamento da parte dei CDCD (Centri per la diagnosi dei disturbi cognitivi e le demenze) della zona distretto di appartenenza, al fine di assicurare una presa in carico unitaria dell'utente e della famiglia, erogare servizi in continuità e integrazione con il progetto per la persona con demenza e garantire una costante attività di monitoraggio degli interventi. Gli operatori che lavoreranno all'interno dei Caffè Alzheimer e degli Atelier Alzheimer, avranno la possibilità di ricevere un supporto formativo/conoscitivo e occasioni di incontro per lo scambio delle esperienze condivise.

Per la loro natura di servizi a bassa soglia, tali iniziative non sono normalmente inserite nella filiera delle risposte "istituzionali" e quindi rischiano di essere poco conosciute dai potenziali beneficiari. Per questo è molto importante la divulgazione promossa fin dalla fase iniziale di presentazione del servizio, mediante l'organizzazione di momenti di incontro tra la popolazione, i rappresentanti delle istituzioni, i medici di base, le associazioni del territorio.

L'attenzione su questi servizi deve essere tenuta accesa attraverso costanti azioni di promozione e di richiamo. L'informazione può essere veicolata anche dagli stessi utenti, dai medici di base, da associazioni e dalle realtà territoriali limitrofe che vengono a conoscenza dell'esperienza. Potranno essere coinvolti anche i mezzi di informazione a diffusione locale.

Ai fini della divulgazione del progetto, della partecipazione della comunità al suo svolgimento, e della ricerca di risorse umane, è importante costruire e mantenere contatti con: medici di medicina generale, famiglie, gruppi di auto-mutuo-aiuto, associazioni di familiari, associazioni di volontari,

cooperative sociali, parrocchie, centri sociali, istituzioni, servizi sociali, servizi assistenziali e sanitari, CDCD con l'obiettivo di sostenere la cultura delle reti informali in tutti i modi possibili.

2. INIZIATIVE AMMISSIBILI

Tipologie sperimentali:

CAFFE' ALZHEIMER
ATELIER ALZHEIMER

Ogni ambito territoriale può presentare un solo progetto. Un progetto può prevedere la presenza di una o di entrambe le tipologie di servizio.

Per le caratteristiche specifiche dei servizi si vedano le Schede relative: Scheda 1 – Caffè Alzheimer e Scheda 2 – Atelier Alzheimer.

3. SOGGETTI PROPONENTI

I progetti sperimentali devono essere elaborati all'interno di un'analisi del contesto territoriale di riferimento che trova la sua naturale collocazione nella Zona-distretto, e devono essere oggetto di una formulazione progettuale condivisa fra Conferenza zonale dei sindaci (o Società della Salute laddove costituita) e Azienda USL, anche su proposta degli operatori del sistema sociale e sanitario coinvolti, delle organizzazioni sindacali, dei soggetti del Terzo Settore e dei gestori privati e pubblici.

Le proposte devono essere presentate dalle Società della Salute, per le Zone distretto ove esse siano formalmente costituite ai sensi dell'Art. 71 bis della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i., ovvero, ove non costituite, dal soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata (definita all'Art. 70 bis, comma 8 della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i.) nell'ambito delle convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria.

Il soggetto proponente è responsabile per l'intera durata progettuale del buon esito e del rispetto dei requisiti delle sperimentazioni approvate.

4. VALUTAZIONE DEI PROGETTI SPERIMENTALI

I progetti sperimentali, in ordine alla loro ammissibilità, saranno valutati secondo i seguenti criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale:

- particolare rilevanza ed utilità dell'iniziativa in ordine al perseguimento degli obiettivi prioritari contenuti nel PSSIR 2012-2015, come prorogato ai sensi dell'art. 29 della L.R. 1/2015;
- coerenza con la programmazione sociosanitaria regionale e locale e con le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1402/2017;
- rispondenza delle azioni alle relative norme di settore nazionali, regionali e locali;
- coerenza degli obiettivi della sperimentazione con i contenuti, le modalità di attuazione, gli strumenti e le risorse previsti per l'attuazione degli stessi;
- dimensione dell'iniziativa, anche in rapporto all'ambito territoriale di realizzazione e al numero dei potenziali beneficiari;
- presenza di altri partners, con particolare attenzione a soggetti del mondo dell'associazionismo e del volontariato;
- eventuale coinvolgimento attivo degli utenti;
- previsione di ricadute, in termini positivi, sull'appropriatezza delle risposte socio assistenziali complesse e sulla flessibilizzazione del sistema integrato;
- presenza di elementi di novità sia in riferimento agli aspetti gestionali del progetto che organizzativi, metodologici, tecnologici e di governance dei servizi;

- qualità e sicurezza dei progetti attivati in relazione sia ai processi di produzione ed erogazione dei servizi che dei risultati prodotti per le persone assistite, tenendo conto di standard di riferimento di letteratura e benchmarking regionale;
- possibilità di replicabilità dell'intervento grazie alla definizione di elementi caratterizzanti e standard prestazionali certi dei nuovi servizi;
- capacità dell'intervento di sviluppare e promuovere reti di collaborazione fra servizi sociosanitari e altri attori territoriali anche non istituzionali.
- capacità di sviluppare azioni ed interventi di comunità, di tipo promozionale, integrandosi con le azioni svolte da servizi di prossimità (come le Botteghe della Salute) e/o da soggetti del terzo settore;
- idoneità del costo dell'iniziativa rispetto ai benefici e risultati attesi ovvero rilevanza dei contenuti e sostenibilità economico-finanziaria degli interventi;
- congruità del contributo richiesto, anche rispetto alle risorse disponibili sui pertinenti capitoli di bilancio.

Nella valutazione dei progetti sarà tenuto conto anche di una distribuzione uniforme nelle 3 Aziende UU.SS.LL., nell'ottica di una equa rappresentatività delle stesse.

I progetti saranno approvati con decreto dirigenziale del Settore regionale competente per materia.

5. CONTRIBUTO REGIONALE

La Regione Toscana cofinanzia i progetti approvati.

La quantificazione in percentuale del contributo regionale non può essere superiore al 70% del costo complessivo del progetto.

Il contributo assegnato a ciascun progetto non può superare, in ogni caso, l'importo massimo di complessivi euro 15.000,00.

L'erogazione del contributo avverrà con le seguenti modalità:

- il 50% del finanziamento alla comunicazione di avvio delle attività;
- il 50% a saldo a consuntivo su presentazione di analitica rendicontazione delle spese sostenute per l'intero ammontare del finanziamento e di relazione finale sulle attività svolte e i risultati ottenuti.

La quota di cofinanziamento può essere costituita integralmente da risorse del soggetto proponente o in tutto o in parte apportate da altri soggetti: altri enti pubblici, soggetti privati, soggetti del terzo settore, associazioni, ecc..

6. ELEMENTI ESSENZIALI

Il progetto deve prevedere almeno i seguenti elementi e le seguenti informazioni minime di contenuto:

1. descrizione del soggetto proponente e dell'eventuale partenariato con espressa indicazione della tipologia di servizio per il quale viene effettuata la proposta;
2. identificazione della sede operativa e del territorio di riferimento (Zona Distretto/Azienda USL/Società della Salute);
3. descrizione sintetica del progetto con esplicitazione degli elementi essenziali di innovazione della proposta rispetto all'offerta dei servizi presenti nel territorio di riferimento;
4. definizione dei soggetti destinatari potenziali dell'iniziativa (anche in termini numerico e di identificazione del bisogno);
5. descrizione degli obiettivi generali e specifici dell'iniziativa proposta;

6. progettazione operativa ovvero relazione illustrativa sulle modalità di svolgimento delle attività progettuali (azioni, attività, durata complessiva, tempistiche di realizzazione con relativo cronoprogramma e analisi dei costi);
7. definizione dei requisiti strutturali, organizzativi, gestionali e tecnologici che verranno garantiti nel corso della sperimentazione per l'erogazione dei servizi proposti;
8. descrizione della rete istituzionale attivata per la realizzazione del progetto, con esplicitazione di eventuali strumenti di formalizzazione adottati;
9. quantificazione dei risultati in termini di risposta al bisogno identificato;
10. eventuale proposta di un set di indicatori aggiuntivi che permetta il monitoraggio e la valutazione dei risultati previsti.

Il progetto sperimentale deve contenere anche una scheda finanziaria strutturata per singole voci di spesa e piano di finanziamento indicante l'entità del contributo richiesto alla Regione, nonché copia di eventuali domande inviate ad altri soggetti/enti finalizzate all'ottenimento di contributi per la stessa iniziativa e/o l'entità di eventuali contributi assegnati.

In fase di istruttoria la Regione Toscana si riserva la possibilità di richiedere integrazioni/modifiche alla documentazione presentata.

7. MONITORAGGIO

Il monitoraggio sarà assicurato dagli stessi proponenti, attraverso l'utilizzo del set di indicatori individuati in fase progettuale, condivisi al livello regionale.

I soggetti proponenti saranno tenuti ad inviare al Settore competente della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale una relazione intermedia sulle attività svolte, decorsi almeno sei mesi dall'inizio delle attività, e un report finale contenente gli esiti delle azioni sperimentate in termini di efficienza, efficacia ed economicità dei risultati raggiunti, sulla base degli indicatori di cui sopra.

Il monitoraggio e/o la valutazione degli esiti della sperimentazione saranno inoltre oggetto di incontri periodici di confronto e approfondimento.

8. SPESE AMMISSIBILI

Diversi fattori influiscono sul budget economico dei servizi a bassa soglia: il numero di personale retribuito e quello volontario; la possibilità di usufruire di servizi messi a disposizione da altre realtà che, quindi, non incidono direttamente sulle voci di spesa; l'affitto e la gestione degli spazi non direttamente imputati al servizio.

Ai fini della rendicontazione sull'utilizzo del contributo verranno ritenute ammissibili unicamente le spese con le seguenti caratteristiche:

- strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal progetto;
- sostenute successivamente alla data di avvio del progetto.

Le spese ammissibili a finanziamento per l'attuazione del progetto sono riconducibili alle seguenti categorie:

1. **Personale:** i costi del personale sono generalmente quelli relativi a contratti di lavoro dipendente e contratti con lavoratori autonomi parasubordinati. Possono essere rendicontati sulla voce "personale" gli incarichi per cui è previsto che il collaboratore presti la sua attività in modo continuativo, ovvero in modo sistemico e non occasionale sul progetto.
2. **Trasporto:** si intendono le spese sostenute per l'attività di trasporto/accompagnamento degli utenti da/per il servizio.

3. **Strumenti e attrezzature:** in questa voce sono incluse le spese per attrezzature e strumentazioni di nuovo acquisto (non è ammissibile l'acquisto di beni usati) per lo svolgimento dell'intervento.
4. **Materiale non durevole:** in questa voce si comprendono le spese per materiali di consumo specifico e quelli minuti complementari alle attrezzature e strumentazioni acquistati nel periodo di competenza finanziaria dell'intervento. Le spese dovranno essere direttamente imputabili al progetto e saranno documentate da appositi giustificativi di spesa.
5. **Prestazioni di terzi:** si intendono le spese sostenute per le prestazioni dei soggetti terzi, rispetto al contraente, cui viene demandata la realizzazione di attività necessarie alla realizzazione dell'intervento facenti parte del piano di lavoro tecnico-scientifico del progetto approvato. Le prestazioni di terzi non si riferiscono all'attività svolta dai soggetti proponenti. La spesa rendicontabile è costituita dal corrispettivo della prestazione erogata da:
 - A. Professionisti soggetti al regime IVA (contratto di lavoro autonomo professionale);
 - B. Società (contratto di prestazione di servizi);
 - C. Prestazioni di lavoro autonomo occasionale.
6. **Altri costi di esercizio direttamente imputabili all'intervento:** sono ammissibili costi di materiali, forniture e prodotti analoghi, sostenuti direttamente per effetto dell'attività di ricerca e previste per la realizzazione dell'intervento finanziato. Sono incluse materie prime, componenti e semilavorati, materiali commerciali, materiali di consumo specifico.
7. **Comunicazione e disseminazione dei risultati:** i costi per comunicazione e disseminazione comprendono spese per allestimento di siti web relativi ai risultati progettuali, predisposizione materiale a fini comunicativi, organizzazione e partecipazione a eventi esterni. Sono in ogni caso consentite spese di disseminazione che rispondano a finalità strettamente funzionali alla realizzazione del progetto e al conseguimento dei relativi obiettivi.
8. **Spese generali:** le spese generali possono essere ammesse al finanziamento pro-quota, a condizione che siano effettivamente pagate e basate sui costi effettivi relativi all'intervento finanziato. La quota ammissibile di spese generali deve essere calcolata con il metodo del pro-rata. Le voci di costo ammissibili relativi alle spese generali, oltre ad eventuali costi esplicitamente citati nel progetto, sono principalmente:
 - costi del personale dipendente amministrativo e del personale dipendente direttivo;
 - assicurazioni;
 - energia elettrica, telefono, acqua, gas;
 - locazioni;
 - antinfortunistica;
 - acquisti di materiali e minuteria;
 - spese postali;
 - cancelleria;
 - certificazione di bilancio.

Non sono in ogni caso ammissibili tra le spese generali le seguenti spese:

- fidejussioni bancarie e assicurative;
- interessi passivi ed altri oneri finanziari;
- spese e oneri bancari;
- imposte e tasse;
- ammende, penali e spese per controversie legali.

Le spese generali possono incidere per un massimo del 10% sul budget totale.

Non sono inoltre considerati ammissibili:

- i costi già sostenuti con il contributo di altri programmi pubblici: internazionali, comunitari, nazionali o regionali;

- la valorizzazione economica di quei beni o servizi messi a disposizione da terzi a titolo gratuito;
- l'acquisto di immobili, ivi incluso gli oneri di acquisto e/o urbanistici;
- l'acquisto di automezzi o autovetture;
- i costi relativi ai mobili e agli arredi;
- qualsiasi tipo di manutenzione, compresi i servizi di pulizia ordinaria e straordinaria, i servizi di giardinaggio, le spese per la ristrutturazione e la messa a norma di locali;
- l'acquisto di attrezzature usate;
- gli oneri finanziari (interessi debitori, spese e perdite di cambio, ecc.);
- qualsiasi spesa relativa a controversie, ricorsi, recupero crediti, ecc.;
- le spese accessorie quali ad esempio spese per consulenze legali, parcelle notarili, altre consulenze tecniche non direttamente connesse con lo svolgimento dell'attività di ricerca;
- l'accumulo di scorte;
- contributi in natura sotto forma di forniture di opere, beni, servizi, terreni e immobili in relazione ai quali non è stato effettuato alcun pagamento giustificato da fatture o documenti di valore probatorio equivalente, ad eccezione delle prestazioni volontarie non retribuite rese da soci, titolari e amministratori;
- spese di trasferta;
- i costi che derivano dall'instaurarsi di rapporti commerciali che diano origine alla fatturazione delle prestazioni tra i partner di uno stesso raggruppamento.

9. ASPETTI PROCEDURALI

I progetti, e la relativa lettera di trasmissione da parte del soggetto proponente, in formato pdf, dovranno essere inviati esclusivamente per via telematica, a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURT e devono pervenire entro e non oltre le ore 24:00 del 30° giorno successivo alla pubblicazione sul BURT con una delle seguenti modalità alternative:

- a) trasmissione tramite protocollo interoperabile, per le amministrazioni pubbliche attive sul sistema InterPRO;
- b) trasmissione tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC istituzionale di Regione Toscana, regionetoscana@postacert.toscana.it, per le amministrazioni pubbliche toscane non ancora attive sul sistema InterPRO.

Il campo oggetto dovrà riportare, a pena di inammissibilità, la seguente dicitura: "Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale – Progetto per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza".

Ai fini della scadenza dei termini, fa fede la data di consegna della domanda che risulta dalla notifica di "consegnato" rilasciata dal sistema InterPRO o dalla "ricevuta di avvenuta consegna" della PEC. Saranno escluse le domande presentate con modalità diverse da quelle sopra previste.

L'Amministrazione mittente è tenuta a verificare l'effettiva ricezione da parte di Regione Toscana attraverso le ricevute di consegna sopra descritte rilasciate dai sistemi telematici: l'assenza di tali ricevute indica che la comunicazione non è pervenuta a destinazione.

La Regione Toscana approva l'elenco dei progetti ammessi al finanziamento con decreto dirigenziale entro 30 giorni dalla data di scadenza per la presentazione degli stessi.

10. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi della L. 241/90 il responsabile del procedimento è il dirigente del Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, dott.ssa Barbara Trambusti.

SCHEDA 1

IL CAFFÈ ALZHEIMER

PREMESSA

L'Alzheimer Caffè, ideato dal dottor Bere Miesen (psicologo clinico specializzato nell'ambito dell'invecchiamento al Marienhaven Psycho-geriatric Center, Warmond, Olanda), viene annoverato tra gli interventi di tipo psicosociale. Il primo Alzheimer Caffè nacque a Leiden il 15 settembre 1997 all'interno della sala conferenze dell'Università. Da allora tale esperienza si è sviluppata a macchia d'olio: ad oggi nei Paesi Bassi ne esistono più di 60 e ne sono nati altri anche nel Regno Unito, in Italia, in Grecia, in Australia e negli Stati Uniti d'America.

Rivolto principalmente a coloro che affrontano le fasi iniziali della malattia, l'Alzheimer Caffè può essere definito come un luogo sicuro dove poter respirare un'atmosfera accogliente e rilassata, nel quale i partecipanti, caregiver e i propri congiunti malati, possano esprimere se stessi, essere ascoltati e trovare conforto nella loro lotta contro l'isolamento e la solitudine.

L'Alzheimer Caffè è un posto dove familiari e malati possono recarsi e rimanere insieme, maturare la consapevolezza di non essere soli, acquisire conoscenze e metodi per meglio affrontare e gestire la malattia, condividere strategie e difficoltà, supportarsi vicendevolmente, trovare professionisti esperti con cui potersi confrontare liberamente.

La costituzione di servizi quali l'Alzheimer Caffè è tesa a soddisfare i bisogni assistenziali della fascia di popolazione anziana che presenta una forma di decadimento cognitivo di grado lieve-moderato, e che, vivendo ancora al proprio domicilio, viene accudita dalla famiglia di appartenenza mediante caregiver informali, quali familiari e/o assistenti private (badanti), con il supporto di caregiver formali, quali operatori del sistema pubblico (servizio ADI, SAD, etc.). L'intento primario è promuovere il benessere psico-fisico-sociale e conseguentemente migliorare la qualità di vita dell'anziano e del suo contesto familiare.

L'Alzheimer Caffè diviene un luogo dove poter esperire un sentimento di appartenenza e dove poter trovare riconoscimento e accettazione (Miesen, 2004). Tre gli obiettivi principali che, secondo Miesen, l'Alzheimer Caffè deve proporsi:

1. fornire conoscenze e informazioni sugli aspetti medici e psicosociali della demenza;
2. enfatizzare l'importanza dell'interazione tra i familiari e quanti vivono quotidianamente l'esperienza di caregiving, con le persone affette da demenza e del parlare liberamente dei problemi che il malato e la sua famiglia vivono nel quotidiano (riconoscimento e accettazione sociale);
3. promuovere l'emancipazione delle persone con demenza e delle loro famiglie al fine di prevenire l'isolamento.

Sulla base di questi presupposti il servizio, calato all'interno della realtà territoriale di appartenenza, si propone di migliorare la qualità di vita della famiglia, mediante la proposta di interventi specifici rivolti sia ai caregiver (formali e informali) che al malato (attività di socializzazione o con finalità riabilitative).

Gli incontri presentano una duplice natura: quella terapeutica, che dà ampio spazio all'informazione ed alla formazione dei caregiver e quella riservata all'interazione informale, alla convivialità. È di primaria importanza che i partecipanti possano confrontarsi informalmente senza interruzione, condividendo problematiche ed esperienze, consultando liberamente operatori e specialisti, in un'atmosfera tranquilla e accogliente.

La scelta della sede e degli orari influenza l'affluenza; è importante operare tale scelta in maniera consapevole e ragionata, considerando le preferenze personali del gruppo che affrisce, sia dei caregiver che dei malati.

Ogni incontro promosso dall'Alzheimer Caffè prevede l'approfondimento di tematiche diverse. Miesen, pur proponendo tematiche specifiche, ammette la possibilità che non venga definito

l'argomento da trattare, consigliando, però, di perseguire un comune filo conduttore. Generalmente le tematiche trattate corrispondono al cronologico decorso della malattia (cause, sintomi, etc.). Viene contemplata l'eventualità di approfondire tematiche proposte dagli stessi partecipanti.

La nascita di un Alzheimer Caffè avviene conseguentemente ad un bisogno rilevato o espresso dalla popolazione che vive quotidianamente le problematiche dirette o indirette conseguenti all'invecchiamento patologico. Spesso si denota nei familiari che si trovano a dover loro malgrado gestire tali patologie una carenza di conoscenze, di informazioni e di strumenti necessari a garantire un'adeguata assistenza al proprio congiunto. Talvolta gli stessi familiari non richiedono sostegno e supporto poiché non riescono a individuare il servizio idoneo per soddisfare le loro richieste. Anche per sopperire a tali difficoltà nasce l'esperienza degli Alzheimer Caffè.

L'Alzheimer Caffè deve saper mettersi in gioco, e soprattutto mettersi in rete: se fallisce nel collegamento con le reti formali ed informali dei servizi, rischia di isolarsi e di non svolgere un servizio alla famiglia, anzi di duplicare servizi già esistenti. In un'area di ampie necessità, il mettersi in collegamento con le reti esistenti è di aiuto alla famiglia ed alla persona malata.

La sussidiarietà degli Alzheimer Caffè è frugale nella sua apparente semplicità, quanto profonda nella sua efficacia verso il malato e la famiglia. Gli Alzheimer Caffè si devono integrare nella rete dei servizi formali ed informali, con l'obiettivo di essere presenti dove c'è bisogno, con strumenti semplici, ma efficaci, con disponibilità e professionalità, a servizio della famiglia e del malato.

Destinatari dell'intervento

I destinatari, siano essi caregiver o anziani affetti da decadimento cognitivo, appartengono ad una fascia della popolazione particolarmente svantaggiata: mentre i caregiver presentano un carico assistenziale oneroso che si ripercuote su molteplici aspetti della vita quotidiana inducendo problemi di natura fisica, psicologica, sociale, economica e familiare, i malati risultano svantaggiati in quanto affetti da un deterioramento progressivo e ingravescente che comporta la riduzione della loro autonomia.

La persona affetta da demenza

L'Alzheimer Caffè è un luogo dedicato prioritariamente all'anziano affetto da demenza. Esso da un lato cerca di rispondere ai bisogni d'inclusione e di emancipazione del malato, dall'altro di fornire una serie di attività per stimolare le capacità residue.

I familiari e gli assistenti familiari (caregiver informali)

Il familiare dell'anziano con deterioramento cognitivo di grado da lieve a medio-grave, soprattutto se residente a domicilio, ha un ruolo fondamentale nella cura; talvolta si trova a dover gestire situazioni delle quali non ha sufficienti conoscenze pratiche o teoriche. È necessario includerlo come destinatario delle attività previste all'interno del Caffè, garantendo interventi specifici e mirati, congegnati sulla base dei bisogni espressi (es. informazione, sostegno, sollievo, etc.). Ruolo di cura non di poco conto hanno le assistenti familiari; per questo motivo è bene prevedere per loro un programma specifico.

La Comunità

Le diverse esperienze europee sottolineano la necessità di rendere il Caffè un luogo aperto anche a persone anziane non affette da deficit cognitivo, ma che semplicemente manifestino il desiderio di parteciparvi.

Da un lato la persona trae giovamento dal frequentare il Caffè sotto l'aspetto della socializzazione e dell'attività di stimolazione; dall'altro, la sua presenza può rappresentare una risorsa per il Caffè stesso, in virtù dell'aiuto che può offrire agli altri come volontario.

Il ruolo del Caffè all'interno della rete territoriale

L'Alzheimer Caffè proprio per sua natura non può e non deve sostituirsi o sovrapporsi a servizi già esistenti, ma deve sostenerli, integrandosi con gli altri interventi. In questo modo, grazie all'azione sinergica, ogni Ente afferente alla rete garantisce al nucleo familiare un soddisfacimento dei bisogni.

L'Alzheimer Caffè si configura come servizio di mediazione all'interno delle reti territoriali e come parte di quelle stesse reti - fatte di servizi di prossimità sia formali che informali - in grado di attivare interventi di comunità.

Il setting

La sede

La sede deve essere scelta privilegiando soluzioni facilmente raggiungibili, senza barriere, sicure, con parcheggio, con disponibilità di più stanze per la differenziazione delle attività, bassa valenza sanitaria, ma aspetto familiare e accogliente.

I luoghi dove gli Alzheimer Caffè possono essere collocati sono:

- strutture per anziani: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Centri Diurni (CD o CDA);
- luoghi di ritrovo concessi da istituzioni comunali, parrocchiali, sedi di associazioni di volontariato;
- alcune attività iniziate negli Alzheimer Caffè possono proseguire al domicilio del paziente e del caregiver (training cognitivo, supporto psicologico al familiare).

La collocazione in una struttura per anziani ha la possibilità di usufruire dei servizi della RSA stessa o di un CD-CDA. Allo stesso tempo il luogo può avere lo svantaggio di essere identificato dai familiari e dai malati come un'area di pre-ricovero in RSA, incorrendo così nel rischio di ridurre l'apertura alla comunità e l'inclusione sociale.

Il trasporto

Qualora l'anziano non possa raggiungere autonomamente il Caffè (se il familiare è impossibilitato), è necessario ricorrere alla collaborazione dei volontari o di altri familiari e all'utilizzo di un mezzo idoneo, per esempio del Comune o di un'associazione.

Tale eventualità deve essere considerata sin dalla fase di progettazione.

Le modalità di svolgimento

La fase di valutazione neuropsicologica

Nella fase di valutazione sia i partecipanti che i loro familiari vengono esaminati, attraverso test e scale standardizzati, in due diversi momenti: all'inizio e a distanza di 6 mesi dall'intervento. I partecipanti vengono valutati prima di iniziare l'intervento, al fine di ottenere un'indicazione sul loro grado di compromissione cognitiva, in modo da indirizzarli verso il trattamento più adeguato.

La medesima valutazione viene ripetuta a distanza di 6 mesi dall'inizio dell'intervento (follow-up) al fine di valutare l'effetto del trattamento in corso in diversi ambiti: cognitivo, affettivo, funzionale e comportamentale.

Nella fase di valutazione viene analizzato anche l'effetto dell'intervento sui vissuti psicologici dei familiari che si prendono cura delle persone affette da demenza. Prima dell'intervento, e al follow-up, ai familiari vengono somministrate delle scale che consentono di esaminare la percezione della loro qualità di vita e del carico assistenziale.

Le attività rivolte alla persona malata

Per il malato è importante entrare in contatto con persone di cui ci si può fidare, che siano in grado di interagire empaticamente e di aiutarlo nelle difficoltà cognitive o funzionali. In base allo scopo da raggiungere, le attività che possono essere proposte sono:

1. attività occupazionali il cui intento è stimolare indirettamente le funzioni cognitive (laboratori manuali, etc.);
2. attività volte a sollecitare le capacità cognitive (ideate e ponderate sulla base del profilo cognitivo individuale);
3. attività che agiscono sulla capacità di ogni individuo di definire il proprio sé ed essere in grado di rapportarsi con gli altri (attività ludico-ricreative);
4. trattamenti non farmacologici di gruppo quali: stimolazione cognitiva, snoezelen therapy, pet therapy, approccio capacitante, reminiscence therapy, validation therapy, etc.

Tali attività solitamente vengono rivolte a piccoli gruppi (7-8 persone). L'intento perseguito è, in generale, sollecitare e mantenere un ottimale livello delle funzioni fisiche, psicologiche e sociali dell'individuo, utilizzando le sua abilità residue.

Ideare attività animativo/ludico-ricreative pensate "ad hoc", secondo i principi dei più recenti trattamenti non farmacologici, diviene elemento fondamentale per la promozione del benessere psico-fisico.

Può essere prevista la possibilità di erogare anche interventi individuali, quali, a titolo esemplificativo:

- intervento psicologico e neuropsicologico: è rivolto alla persona affetta da demenza, volto a sollecitare e mantenere le capacità cognitive residue (stimolazione cognitiva etc.) e/o a sostenere il malato nel percorso di accettazione della malattia;
- intervento educativo: si pone l'obiettivo di stimolare le abilità funzionali residue dell'anziano affetto da decadimento cognitivo, con lo scopo di mantenerlo il più autonomo possibile rispetto ai deficit presentati.

Le attività rivolte ai familiari

Per il familiare è importante parlare con persone competenti, dalle quali ricevere informazioni su come comportarsi, sul significato della malattia e sulle possibili forme di assistenza attuabili.

Il Caffè rappresenta uno spazio di condivisione di problemi, di scambio e acquisizione di nuove conoscenze per i familiari, ma anche di promozione del benessere. I familiari possono partecipare alle attività dirette al proprio caro mettendosi in gioco e riscoprendo, in questo modo, l'importanza del "fare insieme".

I caregiver possono inoltre svolgere attività parallele a quelle proposte ai malati, come partecipare a incontri informativi e formativi su tematiche relative alla demenza o su altri argomenti (alimentazione, tecniche di rilassamento, etc.) e partecipare a momenti di gruppo, confronto e scambio di esperienze.

È importante sollecitare un continuo confronto tra i familiari partecipanti poiché è possibile apprendere informazioni, strategie che possano aiutare a meglio gestire il proprio caro malato.

I professionisti e i ruoli specifici

L'equipe deve essere multidisciplinare nell'ottica di poter individuare e rispondere ai molteplici bisogni dei malati e dei familiari sui vari aspetti della malattia (fisico, assistenziale, psicologico, ludico...).

Il coordinatore

È una figura essenziale poiché coordina le diverse figure professionali e i volontari che interagiscono all'interno del Caffè e supervisiona la programmazione delle attività. Inoltre, è punto di riferimento per gli anziani e le famiglie.

Lo psicologo

Fra le figure specializzate nel trattamento delle problematiche delle demenze, lo psicologo è sicuramente una tra le più presenti.

Ha una duplice funzione: supporta e attua le attività rivolte ai pazienti (trattamenti non farmacologici) e conduce le attività rivolte ai familiari (attività di supporto psicologico individuali e di gruppo) ed ai volontari. L'approccio al paziente si realizza attraverso la valutazione neuropsicologica iniziale e di follow-up e nell'attuazione di trattamenti non farmacologici (stimolazione cognitiva, approccio capacitante, validation therapy, etc.); nei confronti dei caregiver, lo psicologo propone e realizza gli incontri di sostegno, individuali o di gruppo. Talvolta è presente durante lo svolgimento delle altre attività affiancando l'educatore, con un ruolo di supervisione essenziale per gli anziani maggiormente in difficoltà e le dinamiche relazionali anziano-caregiver.

L'educatore professionale

Conduce le attività occupazionali e quelle ludico-ricreative, strutturandole sulla base delle capacità e degli interessi dei singoli partecipanti per evitare, il più possibile, situazioni complesse per il singolo malato. È, quindi, un operatore sensibile e attento alle reazioni degli anziani coinvolti nelle attività da lui proposte.

Altri professionisti

Altri professionisti sono coinvolti negli incontri informativi su temi specifici. Possono essere: psichiatra, geriatra, neurologo, fisioterapista, dietista, avvocato, assistente sociale, infermiere, etc.

I volontari

I volontari, ivi inclusi i tirocinanti (sia universitari sia degli Istituti superiori), ricoprono varie mansioni: coadiuvano nella gestione del gruppo e nelle attività, svolgono lavori di segreteria, si occupano degli acquisti, etc. È di fondamentale importanza garantire loro un coordinamento ed una supervisione costante. Oltre a ciò vengono previsti periodicamente incontri di supporto e corsi formativi.

SCHEDA 2

L'ATELIER ALZHEIMER

PREMESSA

L'Atelier Alzheimer o "palestra per disturbi cognitivi" è un laboratorio di stimolazione cognitiva per persone affette da demenza con sintomi comportamentali e cognitivi manifestati lievi o di media entità, con attività volte al contenimento dei sintomi e al mantenimento delle capacità residue dell'anziano.

Obiettivo dell'intervento è la stimolazione cognitiva, sociale e sensoriale volta al mantenimento delle capacità elementari dell'utente, utile al miglioramento della qualità di vita all'interno del contesto familiare.

Il programma stimola i meccanismi alla base dei processi cognitivi più importanti della vita quotidiana di un soggetto: l'attenzione, la memoria, le abilità di fluency verbale e le capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo.

L'Atelier Alzheimer quindi, laboratorio dove i soggetti affetti da demenza si incontrano sotto la supervisione di personale esperto (psicologo, OSS, counselor, animatore, ecc), ben si colloca tra i servizi family friendly, di riconoscimento e salvaguardia dei legami familiari del malato, nella consapevolezza che le varie forme di decadimento cognitivo sono a tutti gli effetti "malattie di famiglia", soprattutto nei casi in cui il familiare si accolla la presa in carico del malato al domicilio.

L'Atelier Alzheimer si propone di integrare il ventaglio dei servizi per la Demenza, volto al miglioramento della qualità di vita dei malati e dei familiari. L'obiettivo è quello di offrire al malato una opportunità di riabilitazione psicofisica, finalizzata al contenimento dei sintomi, al mantenimento delle funzioni e alla qualità della vita, avvalendosi di attività della vita quotidiana o attività strutturate, come musicoterapia, pet therapy, ecc.. Al tempo stesso, il servizio si propone di fornire alla famiglia le competenze necessarie per svolgere al meglio il lavoro di cura nell'ambiente domestico. La tipologia delle attività, nella loro possibile varietà, è caratterizzata dall'integrazione delle diverse dimensioni della persona, coniugando la stimolazione cognitiva ed emotiva alla stimolazione motoria.

Anche se le forme di Demenza sono malattie degenerative che determinano un progressivo decadimento cognitivo e funzionale, inarrestabile allo stato attuale della conoscenza, lo stile di vita del malato, che comprende attività della sfera fisica, relazionale ed emotiva, può contrastare la progressione dei sintomi e la perdita delle funzioni. Da questa osservazione nasce l'esigenza di offrire al malato l'opportunità di svolgere una attività "riabilitativa", che rallenti la perdita delle funzioni correlata alla progressione della malattia e garantisca la migliore qualità di vita possibile.

Destinatari dell'intervento

La persona affetta da demenza

L'utente tipo è una persona con diagnosi di Demenza, mobilità conservata, deficit cognitivo medio-lieve in assenza di gravi disturbi del comportamento, che abbia mantenuto un minimo grado di capacità comunicativa.

L'Atelier Alzheimer mira a sviluppare e attuare opportune azioni volte al contenimento dei sintomi ed al mantenimento delle capacità residue dell'utente.

Il caregiver

Rispetto alla demenza, il caregiver informale è il secondo soggetto a essere colpito, con ripercussioni importanti in termini di qualità della vita.

Quindi è ineludibile che, sebbene l'obiettivo primario del progetto deve essere rivolto a contrastare la progressione dei sintomi e della perdita delle funzioni di vita del malato, il progetto ha un impatto consistente anche sulla vita del caregiver; oltre a poter fornire risposte a criticità emergenti e soddisfare richieste di empowerment, si pone anche una finalità di risposte per il caregiver.

Partendo da una serie di constatazioni che riguardano la difficoltà che il caregiver incontra nel garantire al malato uno stile di vita adeguato ai suoi bisogni, il decadimento progressivo, cognitivo e funzionale, delle forme di demenza e l'osservazione che lo stile di vita del malato può contrastare la progressione dei sintomi e la perdita delle funzioni, l'Atelier Alzheimer si propone di aiutare anche la famiglia ad acquisire maggiori competenze della gestione della malattia a domicilio per una organizzazione più serena del tempo personale del caregiver.

Il ruolo dell'Atelier all'interno della rete territoriale

L'Atelier Alzheimer rappresenta un ulteriore tassello del mosaico costituito dalle proposte che la rete territoriale può offrire alle persone con demenza e alle loro famiglie.

Affinché tale iniziativa funzioni nel migliore dei modi è opportuno che esso stabilisca una collaborazione attiva e continuativa con la rete dei servizi a disposizione dei malati e dei loro familiari. Esperienze già attive hanno evidenziato che la partecipazione all'Atelier favorisce la conoscenza e il corretto utilizzo della rete dei servizi disponibili nel territorio rivolti alla popolazione anziana. Quando necessario, può anche svolgere il ruolo di tramite tra popolazione e Sarebbe auspicabile potersi avvalere, sin dalla fase di progettazione iniziale dell'esperienza, della collaborazione e del sostegno delle istituzioni e delle associazioni di familiari e volontari attive nel territorio. Ciò è importante non soltanto per il sostegno che l'istituzione è in grado di fornire, ma, soprattutto, per ottenere il riconoscimento dell'Atelier all'interno della rete dei servizi volti a sostenere l'anziano con demenza e chi se ne prende cura.

Il setting

La sede

La sede deve essere scelta privilegiando soluzioni facilmente raggiungibili, senza barriere, sicure, con parcheggio, con disponibilità di più stanze per la differenziazione delle attività, bassa valenza sanitaria, ma aspetto familiare e accogliente.

Il luogo degli incontri dovrebbe essere una stanza luminosa, tranquilla, attrezzata del materiale necessario per lo svolgimento delle varie attività.

Il trasporto

Qualora l'anziano non possa raggiungere autonomamente l'Atelier (se il familiare è impossibilitato), è necessario ricorrere alla collaborazione dei volontari o di altri familiari e all'utilizzo di un mezzo idoneo, per esempio del Comune o di un'associazione.

Tale eventualità deve essere considerata sin dalla fase di progettazione.

Le modalità di svolgimento

La fase del reclutamento

Una prima fase del percorso è rappresentata dal "colloquio-intervista" con il caregiver principale. Questo momento è indispensabile per raccogliere informazioni particolareggiate sia di tipo anagrafico che sull'anamnesi, sulla storia di vita, sui gusti, le preferenze e le attitudini della persona utili per creare un intervento il più personalizzato possibile da parte degli operatori.

Durante questo primo colloquio vengono inoltre somministrati al caregiver questionari volti a rilevare informazioni circa il carico assistenziale e a misurare eventuali sintomi depressivi.

In questa fase è previsto un inquadramento del funzionamento cognitivo attraverso una testistica standardizzata reperibile in letteratura scientifica, utile e necessaria per attivare l'intervento di stimolazione cognitiva.

La fase degli interventi

L'intervento è svolto attraverso:

- presa in carico della situazione familiare da parte dello psicologo (anamnesi, storia di vita dell'utente e della famiglia, attuali criticità della gestione della malattia, etc.)
- inquadramento del funzionamento cognitivo dell'utente e monitoraggio nel tempo da parte del neuropsicologo.

L'intervento riabilitativo è svolto previa definizione di un progetto personalizzato, stilato in collaborazione con la famiglia e rivalutato periodicamente.

I risultati dell'attività vengono condivisi con i familiari, che ottengono anche addestramento su come mantenere gli effetti ottenuti nel laboratorio anche durante la permanenza in casa dell'anziano.

I familiari hanno la possibilità di riposare e avere del tempo a disposizione per se stessi, migliorando anche la qualità della relazione in famiglia.

L'intervento si svolge sulla base di un piano di attività individuale personalizzato, elaborato sui bisogni e le caratteristiche dell'utente, sviluppato in base all'inquadramento del funzionamento cognitivo, della storia medica e di vita dell'utente e contestualmente mediante l'osservazione e la collaborazione dei familiari. Tali informazioni risultano utili al fine della programmazione delle attività direttamente riferibili alla vita di tutti i giorni e alla sfera cognitiva, fisica, relazionale ed emotiva dell'anziano, che prevedono lo svolgimento di:

- attività personalizzate e realizzate con definite modalità di relazione;
- attività finalizzate alla stimolazione cognitiva, sensoriale e sociale utili mantenimento della capacità elementari dell'utente;
- attività con valenza ecologica riprese dalla normale quotidianità (lettura giornale, ortoterapia, bricolage) oppure strutturate (musicoterapia, attività motoria, pet therapy).

I partecipanti vengono seguiti da personale specializzato nella ri-abilitazione cognitiva; nelle attività specifiche intervengono varie figure professionali specializzate nell'assistenza di persone affette da patologie cognitive come psicologo, neuropsicologo, educatore, animatore, counselor, operatore socio-sanitario e terapeuta.

Operatori esperti nella gestione e occupazione della persona con Demenza si occuperanno di condurre attività occupazionali finalizzate al contenimento dei sintomi, al mantenimento delle autonomie e alla qualità della vita, stimolando i meccanismi alla base dei processi cognitivi più importanti della vita quotidiana di un soggetto: l'attenzione, la memoria, le abilità di fluency verbale e le capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo.

Il lavoro sarà coordinato e organizzato in equipe sotto la supervisione dello psicologo e del neuropsicologo di riferimento; l'idea è di rendere il più possibile personalizzato l'intervento, attraverso la stimolazione di specifiche funzioni cognitive, con il fine ultimo di mantenere e potenziare le capacità residue degli utenti inseriti all'interno dell'Atelier Alzheimer.

Il progetto prevede inoltre, un coinvolgimento e sostegno costante nei confronti dei familiari e dell'eventuale assistente familiare (badante) nell'ottica di fornire alle persone che si prendono cura degli utenti affetti dalla malattia di Alzheimer utili indicazioni su come gestire la malattia a domicilio e riproporre a casa alcune delle attività che si svolgono al centro, dando continuità così, anche se in forma attenuata, alla riabilitazione.

L'Atelier Alzheimer aiuta dunque la famiglia ad acquisire maggiori competenze rispetto alla gestione della malattia a domicilio per una organizzazione più serena del tempo personale del caregiver.

I professionisti e i ruoli specifici

Per la progettazione e la realizzazione dell'intervento, per la valutazione e il monitoraggio dell'utenza da inserire nel percorso, per il lavoro dedicato ai caregiver informali e formali e il loro diretto coinvolgimento, è necessario creare una rete coordinata e integrata pluriprofessionale.

Gli operatori coinvolti sono essenzialmente:

- Neuropsicologo: si occupa della valutazione neuropsicologica e del monitoraggio dell'attività di stimolazione cognitiva;
- Psicologo: gestisce i colloqui con le famiglie, si occupa del sostegno dei caregiver e del monitoraggio delle attività degli operatori;
- Animatore: si occupa della animazione riabilitativa e della stimolazione cognitiva sotto la supervisione dello psicologo e del neuropsicologo;
- OSS: partecipa alla animazione riabilitativa e alla stimolazione cognitiva sotto la supervisione dello psicologo e del neuropsicologo e si occupa dell'aiuto alla persona per eventuali bisogni fondamentali;
- Psicoterapeuta: Gestisce gli incontri di supporto affettivo-emotivo rivolto ai familiari degli utenti;
- Terapeuti professionali specializzati nei singoli laboratori: Musicoterapeuta, Pet-Therapist.

Altri professionisti

Altri professionisti sono coinvolti negli incontri informativi su temi specifici.

I volontari

I volontari, ivi inclusi i tirocinanti (sia universitari sia degli Istituti superiori), ricoprono varie mansioni: coadiuvano nella gestione del gruppo e nelle attività, svolgono lavori di segreteria, si occupano degli acquisti, etc. È di fondamentale importanza garantire loro un coordinamento ed una supervisione costante. Oltre a ciò vengono previsti periodicamente incontri di supporto e corsi formativi.

Allegato B**SEZIONE A
FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO SPERIMENTALE**

Anagrafica dell'ambito territoriale candidato

Denominazione	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Referente per l'implementazione del programma	
Telefono	
Posta elettronica	
PEC	

Informazioni sul responsabile e coordinatore dell'implementazione del programma (per l'ambito territoriale)

Cognome e Nome	
Domicilio	
Telefono	
Cell.	
Posta elettronica	

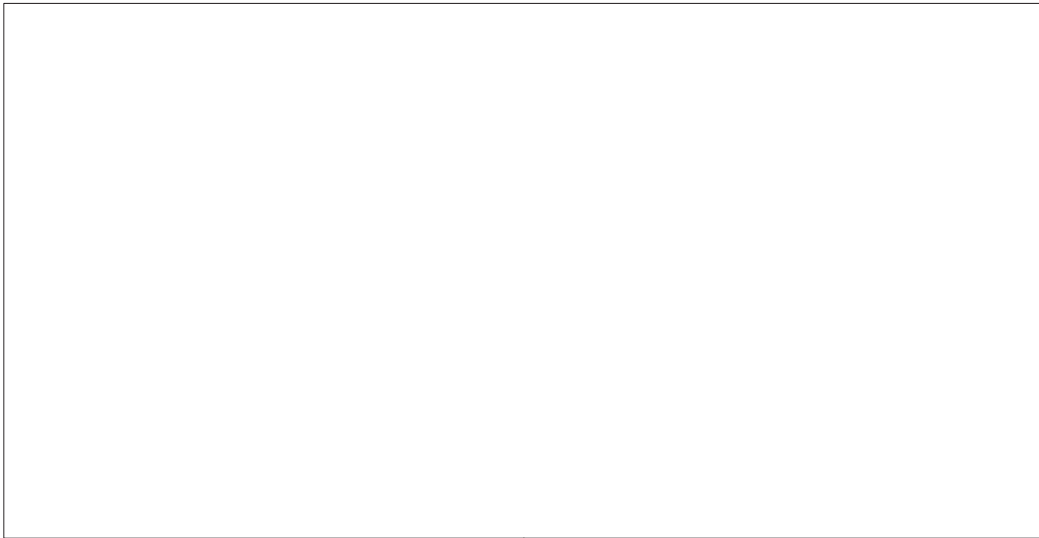
TITOLO**SOGGETTO PROPONENTE****SOGGETTI COINVOLTI**

TERRITORIO DI RIFERIMENTO (AZIENDA USL, ZONA DISTRETTO, SOCIETÀ DELLA SALUTE)**TIPOLOGIA DI SERVIZIO PER IL QUALE VIENE EFFETTUATA LA PROPOSTA (è possibile valorizzare entrambe le opzioni)**

- Caffè Alzheimer
- Atelier Alzheimer

SEDE OPERATIVA**DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO**

ELEMENTI ESSENZIALI DI INNOVAZIONE RISPETTO ALL'OFFERTA DEI SERVIZI PRESENTI NEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

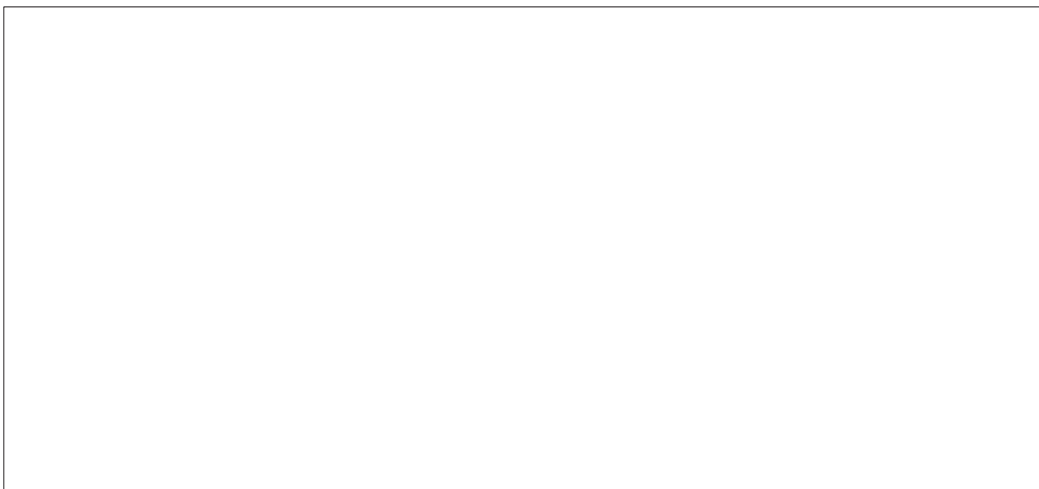


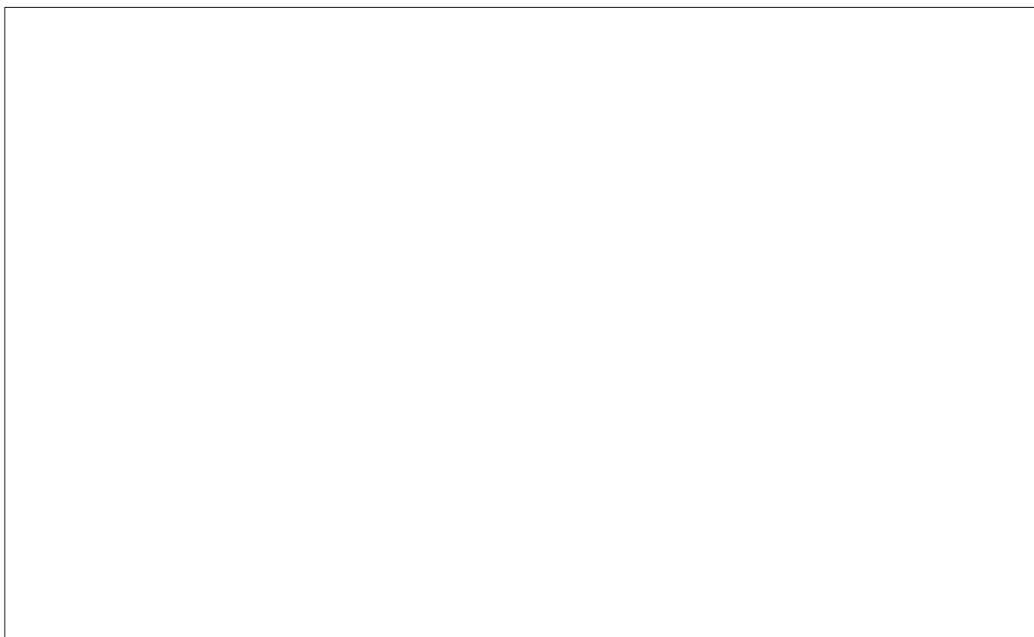
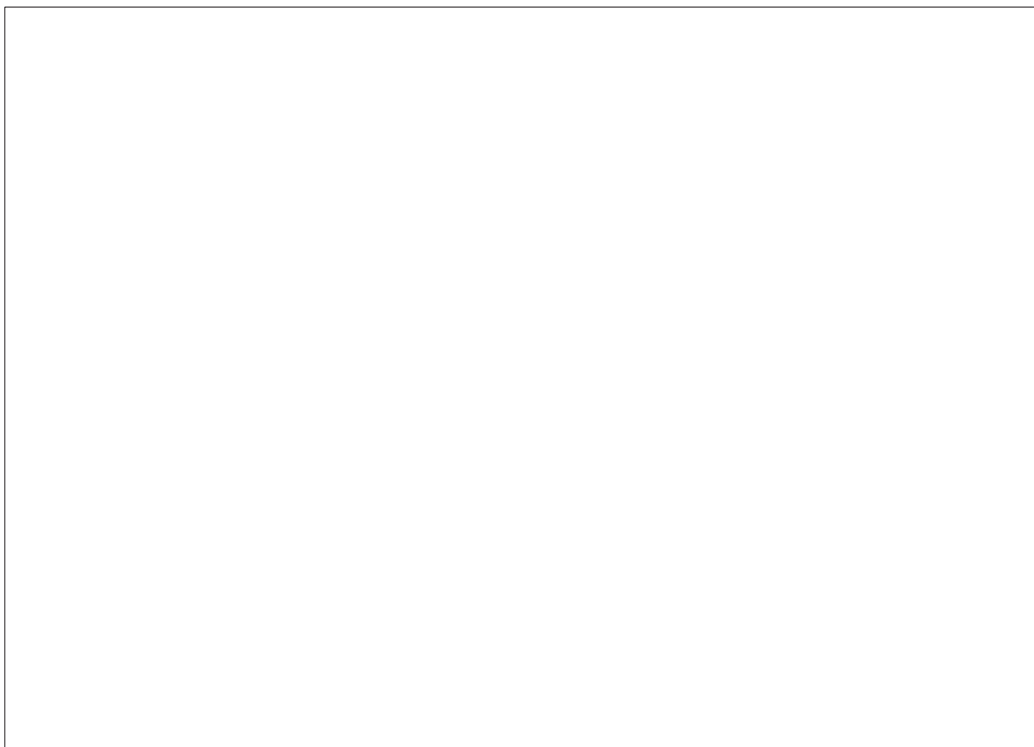
SOGGETTI DESTINATARI: Obiettivi e modalità di presa in carico dei potenziali destinatari



OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali



Obiettivi specifici**PROGETTAZIONE OPERATIVA (Illustrare le modalità di svolgimento delle attività in termini di tempistiche di realizzazione, durata e azioni necessarie)**

SEZIONE B
DETTAGLIO DEL SERVIZIO
(compilare una scheda per ogni tipologia)

TIPOLOGIA INTERVENTO (indicare se Caffè Alzheimer o Atelier Alzheimer)

--

REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E TECNOLOGICI GARANTITI

Caratteristiche	Descrizione
Spazi a disposizione	Descrivere e indicare i m ² medi per ciascun ospite
Collocazione	Descrivere in quale contesto è ubicata la struttura e se è centrale o meno se ha a disposizione parcheggi adeguati ecc.
Barriere	S/N
Servizi igienici accessibili	S/N
Trasporti	<input type="checkbox"/> struttura servita dal sistema di trasporto pubblico <input type="checkbox"/> il trasporto è incluso nel servizio <input type="checkbox"/> struttura non servita dal sistema di trasporto pubblico e trasporto non incluso nel servizio
Materiale presente	
ALTRO (specificare)	

RISULTATI ATTESI E INDICATORI

INDICATORI	MODALITÀ DI CALCOLO	RISULTATI ATTESI (in sede di progettazione deve essere effettuata una stima per ciascun indicatore)
Capacità di presa in carico pazienti	$\frac{\text{utenti effettivi/settimana}}{\text{utenti potenziali/settimana}}$	
Frequenza annua media utenti	$\frac{\text{numero giornate annue x utente}}{\text{numero utenti}}$	
Continuità di coinvolgimento (famiglie e caregiver)	Numero di famiglie e caregiver presenti per oltre il 50% degli incontri dedicati	
Durata media degli incontri		
Se diverso, orario medio di apertura		
Costo medio utente		
Questionari di gradimento	Indicare se previsti o meno	
Strumenti per la valutazione multidimensionale	Se previsti, indicare per ciascun dominio (funzioni cognitive; tono dell'umore; stato di salute; disturbi del comportamento; qualità della vita del paziente; carico assistenziale) la tipologia, le modalità e la tempistica di somministrazione.	
...	...	

PIANO FINANZIARIO DI PROGETTO

MODALITÀ DI FINANZIAMENTO	
Contributo richiesto alla Regione Toscana	
Cofinanziamento	
Totale	

SOGGETTO COFINANZIATORE	IMPORTO

Per il dettaglio compilare la scheda riportata nel foglio elettronico allegato – SEZIONE C.

SEZIONE C

VOCI DI COSTO	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	QUANTITÀ	TOTALE
1. Personale				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale personale				-
2. Trasporto				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale trasporto				-
3. Strumenti e attrezzature				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale strumenti e attrezzature				-
4. Materiale non durevole				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale materiale non durevole				-
5. Prestazioni di terzi				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale prestazioni di terzi				-
6. Altri costi di esercizio direttamente imputabili all'intervento				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale altri costi di esercizio imputabili all'intervento				-
7. Comunicazione e disseminazione dei risultati				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale comunicazione e disseminazione dei risultati				-
8. Spese generali				
		-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
Totale spese generali				-

VOCI DI COSTO	IMPORTO TOTALE	TOTALE PROGETTO	FINANZIAMENTO RICHiesto	COFINANZIAMENTO
1. Personale	-			
2. Trasporto	-			
3. Strumenti e attrezzature	-			
4. Materiale non durevole	-			
5. Prestazioni di terzi	-			
6. Altri costi di esercizio direttamente imputabili all'intervento	-			
7. Comunicazione e disseminazione dei risultati	-			
8. Spese generali	-			
		-	-	-