

REFERENCIA: 703/2024

RESOLUCIÓN DEL CONSEJERO/A INSULAR

La ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS viene desarrollando desde 2019, distintas intervenciones en el ámbito de la política social insular, preferentemente dirigidas a personas mayores que presenten situaciones de alzheimer y otras demencias

Entre esas intervenciones, ha ejecutado varios programas que han sido subvencionados, por el Cabildo de Fuerteventura, por considerarlo de interés público y social.

A tal efecto, la Corporación Insular, pretende continuar apoyando los mencionados programas, dotándolos de estabilidad para favorecer su continuidad.

Disposiciones legales o reglamentarias:

Es responsabilidad pública garantizar el derecho de todos los ciudadanos/as a los servicios sociales, facilitando su acceso a los mismos, orientados a evitar y superar, conjuntamente con otros elementos de régimen público de Bienestar Social, las situaciones de necesidad y marginación social que presenten individuos, grupos y comunidades, favoreciendo el pleno y libre desarrollo de éstos.

De acuerdo con la Ley 4/1998, de 15 de Mayo, de Voluntariado de Canarias, los Servicios Sociales y Sanitarios se consideran áreas de Interés Social, (artículo 6, letra b). Asimismo, dentro de las actuaciones de Fomento del voluntariado, las Administraciones públicas Canarias, dentro del ámbito de su competencia territorial, desarrollarán complementariamente con las entidades de voluntariado y como colaboración con la labor que éstas llevan a efecto, entre sus funciones, la establecida en el artículo 14, letra h): “ *Participar en la financiación de proyectos de iniciativa social en régimen de voluntariado en las distintas áreas de interés social contempladas en el artículo 6 de esta Ley* ”.

Por su parte, la Ley 16/2019, de 2 de mayo de Servicios Sociales de Canarias, (BOC N° 94 de 17 de mayo de 2019), en su artículo 6, establece entre los objetivos del sistema público de servicios sociales, además de fomentar la cohesión social y la solidaridad (letra d)), el promover la organización comunitaria y la creación de redes sociales de apoyo (letra h)), estableciendo como uno de sus principios, la solidaridad: “...*Los Poderes públicos fomentarán la solidaridad entre los distintos colectivos de personas y también el voluntariado y el tejido de las entidades integrantes del Tercer Sector en el desarrollo de iniciativas de cohesión social.*”

De acuerdo con la Ley de Bases de Régimen Local, a los Cabildos Insulares les corresponde la atención de aquellas situaciones de carácter supramunicipal, que no puedan ser satisfechas por lo municipios, garantizando su cobertura y la adecuada atención en situaciones de necesidad.

Visto que en el PLAN ESTRATÉGICO DE SUBVENCIONES DE BIENESTAR SOCIAL 2024-2026, aprobado por Acuerdo del Pleno del Cabildo de Fuerteventura, con fecha de 29 de Diciembre de 2023

Por su parte, ninguna de las cláusulas especificadas en el convenio infringe las competencias que esta Corporación tiene atribuidas por Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y la Ley 40/2015, del Régimen Jurídico del Sector Público.

Visto documento de retención de crédito de fecha de por importe de **425.000,00** euros, de fecha 08/02/2024, con numero de operación **operación 220240000452 y número de referencia 22024001150** con cargo a la aplicación presupuestaria 20210 2310A 4890924,

denominada **CONVENIO AFFA FUERTEVENTURA PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS**

De conformidad con las obligaciones de suministro de información a la BDNS tal y como exigen los artículos 18 y 20 LGS y artículos 35 y siguientes del RLGS, y la Base 45ª de las Bases para la Ejecución del Presupuesto General de 2023, se ha registrado en el aplicativo correspondiente la Base Reguladora de este Convenio con el Marginal nº 786611 y la Convocatoria, con el Marginal nº 786626.

Visto el informe jurídico de fecha de 19/04/2024.

Atendiendo a lo establecido en el artículo 88.2 del Real Decreto 887/2006, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003. De 17 de Noviembre, General de Subvenciones, relativo a la procedencia de abono anticipado en el supuesto de subvenciones destinadas a financiar proyectos o programas de acción social y cooperación internacional que se concedan a entidades sin fines lucrativos este servicio informa que la subvención objeto del presente informe contempla los extremos descritos en dicho artículo.

El texto del convenio contempla los extremos expuestos en las bases 45ª y 46ª de las Bases de Ejecución del Presupuesto Vigente, debiendo ser el Consejero del Área Insular de Acción Social, el órgano competente para su aprobación y suscripción, en virtud 48 del Reglamento Orgánico del Cabildo de Fuerteventura, aprobado en sesión plenaria de 25 de octubre de 2019 y del Decreto de la Presidencia nº 885/2024 de 23 de febrero de 2024, por el que se designa a D. Víctor M. Alonso Falcón, Consejero del Área Insular de Acción Social, Diversidad, LGTBIQ+, Participación Ciudadana, Gobierno Abierto

Visto que la propuesta ha sido fiscalizada de conformidad por la Intervención.

RESUELVO:

Aprobar el **CONVENIO ENTRE EL CABILDO DE FUERTEVENTURA Y LA ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DENOMINADO PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS** por importe de *CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL EUROS* (425.000,00euros), cuyo texto literal es el siguiente:

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL CABILDO DE FUERTEVENTURA Y LA ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DENOMINADO PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS”

En Puerto del Rosario, a de de 2.02

REUNIDOS

De una parte, **D. Víctor M. Alonso Falcón**, Consejero del Área Insular de Acción Social, Diversidad, LGTBIQ+, Participación Ciudadana, Gobierno Abierto y Turismo, actuando en

nombre y representación del Cabildo Insular de Fuerteventura, con las facultades que resulten de su elección como representante legal de la Corporación de conformidad con lo establecido en el artículo 69.1 de la Ley 8/2015 de 1 de abril, de Cabildos Insulares y al artículo 48 del Reglamento orgánico del Cabildo de Fuerteventura (B.O.C. nº 236, de 05/12/2019) y el Decreto de la Presidencia nº 885/2024 de 23 de FEBRERO de 2024.

Y por otra, D^a Teresa Cabrera Morales, actuando en nombre y representación de la ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS , con CIF G-76365618 , de conformidad con lo establecido en el artículo 20 Y 25 de sus Estatutos y a los acuerdos de la Asamblea de fecha de 31 de Enero y 29 de marzo de 2022, así como la escritura pública de poder nº 3630 de 6 de julio de 2022 otorgada en Puerto del Rosario ante el Notario D. Emilio Romero Fernández perteneciente al Colegio Notarial de las Islas Canarias

Ambos representantes se reconocen mutuamente plena capacidad para obligarse en la representación con que intervienen y al efecto

MANIFIESTA

PRIMERO.- Que es responsabilidad pública garantizar el derecho de todos los ciudadanos/as a los servicios sociales, facilitando su acceso a los mismos, orientados a evitar y superar, conjuntamente con otros elementos de régimen público de Bienestar Social, las situaciones de necesidad y marginación social que presenten individuos, grupos y comunidades, favoreciendo el pleno y libre desarrollo de éstos.

SEGUNDO.- Que dicha responsabilidad ha de ejercerse por los poderes públicos conforme a los principios de participación y descentralización, aproximando lo más posible a los ciudadanos, no sólo los servicios, además del principio de coordinación entre todas las instituciones y organismos implicados en el área de servicios sociales.

TERCERO.- Que la ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS , tiene entre sus fines “.. *Prestar Atención Integral a las Personas Mayores , cuidadoras, así como a sus entornos familiares y de cuidado que convivan con alguna situación de dependencia, Alzheimer y/u otras demencias, facilitando , mejorando y garantizando la asistencia necesaria con el fin de mejorar su calidad de vida al máximo posible*”.

CUARTO.- Que este acuerdo se enmarca en el desarrollo de la Ley 16/2019, de 2 de Mayo, de Servicios Sociales, y en concreto en su artículos 6, letras d) y h), relativos al fomento de la cohesión social y la solidaridad y promoción de la organización comunitaria y la creación de redes de apoyo.

Así como en lo estipulado en el artículo 22, punto 2, letra a) de la Ley 38/2003, general de subvenciones que establece que : *2. Podrán concederse de forma directa las siguientes subvenciones:*

a) Las previstas nominativamente en los Presupuestos Generales del Estado, de las Comunidades Autónomas o de las Entidades Locales, en los términos recogidos en los convenios y en la normativa reguladora de estas subvenciones”.

En virtud de lo expuesto, mediante el ejercicio de acción administrativa coordinada, las partes acuerdan suscribir el presente convenio de conformidad con las siguientes

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- Objeto del Convenio: El presente convenio tiene por objeto articular una subvención directa nominada en los vigentes presupuestos del Cabildo de Fuerteventura, a la **ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS** para el apoyo y ejecución de del programa denominado **PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS**, cubriendo los gastos de personal, gastos corrientes.

SEGUNDA.- Descripción de los Programas. El programa denominado **PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS**, tiene por objeto garantizar la atención especializada de las personas mayores que conviven con una situación de dependencia derivada del Alzheimer u otras demencias en la totalidad de municipios que conforman la isla de Fuerteventura. de acuerdo con el programa descrito en el ANEXO I.

TERCERA.- Financiación: Para la financiación de este Convenio, el Cabildo Insular de Fuerteventura aportará, para el ejercicio de 2024, la cantidad global de **CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL EUROS (425.000,00€)**,

Para el ejercicio de 2.024, la aplicación presupuestaria es **20210 2310A 4890924 denominada: CONVENIO AFFA FUERTEVENTURA PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS**

La aportación económica del Cabildo se hará con cargo a la distribución que se especifica en el **ANEXO II**. Estas cantidades aportadas por el Cabildo representan, los siguientes porcentajes:

CONCEPTO	AÑO 2024
APORTACIÓN CABILDO DE FUERTEVENTURA (99,83%)	425.000,00€
APORTACIÓN ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA (0.17%)	742,01€
TOTAL	425.742,01€

El destino de la financiación del Cabildo, será el cubrir únicamente los gastos de personal, y gastos corrientes y actividades del programa.

Se consideran gastos subvencionables los contemplados en el artículo 31 de la Ley General de Subvenciones, y a los efectos previstos en este Convenio, los gastos subvencionables deberán corresponder de manera indubitada a la naturaleza de la actividad subvencionada y resulten estrictamente necesarios.

No serán subvencionables los gastos originados por las personas miembros de las juntas directivas u órganos de gobierno de las entidades beneficiarias derivados del desempeño de su cargo..

No serán subvencionables los gastos de personal y los gastos imputados en el proyecto por contratación laboral o prestación de servicios profesionales realizados por personas miembros de las juntas directivas u órganos de gobierno de las entidades beneficiarias.

CUARTA: Compatibilidad o incompatibilidad con otras subvenciones. La subvención otorgada mediante el presente convenio, será compatible con aquellas otras que pudieran concederse a la **ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS** para la misma finalidad, de conformidad con lo establecido en el artículo 19, puntos 2 y 3 de la Ley 38/2003, de subvenciones que expresa que " 2. La normativa reguladora de la subvención determinará el régimen de compatibilidad o

incompatibilidad para la percepción de otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos para la misma finalidad, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado siguiente.3. El importe de las subvenciones en ningún caso podrá ser de tal cuantía que, aisladamente o en concurrencia con otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos, supere el coste de la actividad subvencionada”.

QUINTA.- Formas de abono: El Excmo. Cabildo Insular de Fuerteventura realizará el abono del importe correspondiente al ejercicio de 2024 de forma **ANTICIPADA**; El 100% a la firma del convenio, de conformidad con lo establecido en el artículo 88.2 del Real Decreto 887/2006, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003. De 17 de Noviembre, General de Subvenciones, relativo a la procedencia de abono anticipado en el supuesto de subvenciones destinadas a financiar proyectos o programas de acción social y cooperación internacional que se concedan a entidades sin fines lucrativos.

SEXTA.- Justificación: El plazo para justificar el coste total de la actividad será el siguiente:

Para justificar la anualidad de 2024, hasta el 30 de Junio de 2025.

Los gastos efectuados se justificarán con arreglo a la siguiente forma:

a) Certificación de gastos: El total de los gastos, mediante un **certificado** (conforme al **ANEXO III**) del órgano que tenga atribuida la responsabilidad del control de fondos acreditativo de y haberse destinado los fondos recibidos a la finalidad para la que han sido convenidos, haciendo constar de forma detallada, por tipo de gastos (personal y gastos corrientes), los **gastos totales realizados** en la ejecución del programa.

Los gastos realizados habrán de ser con arreglo al presupuesto estimado en el presente convenio en cada uno de los programas, pudiendo producirse desviaciones entre las distintos partidas dentro del mismo programa específico y tipo de gasto, detallado en el anexo I, compensándose unas con otras hasta un límite del 20% del presupuesto total de cada uno de ellos.

b) Cuenta justificativa, que incluye:

- **1.- MEMORIA ECONÓMICA (ANEXO IV)** detallada con expresión de todos los gastos adjuntando la **relación de facturas** de los gastos totales del programa.

- Los gastos del personal se justificarán mediante la aportación de la nómina, así como documentos TC1 y TC2 de la Seguridad Social y modelo 111 del IRPF.

La cuenta justificativa deberá presentarse, además de por sede electrónica, mediante correo electrónico al indicado por la Unidad Técnica Asuntos Sociales, en soporte editable, Word o Excel.

2.UNA RELACIÓN DETALLADA DE OTROS INGRESOS O SUBVENCIONES que hayan financiado la actividad subvencionada con indicación del importe y su procedencia

3. MEMORIA DE ACTUACIÓN JUSTIFICATIVA: Además la realización de la actividad se justificará mediante memoria descriptiva del programa ejecutado, que contendrá, como mínimo los extremos contemplados en el **ANEXO V** Deberá presentarse, mediante sede electrónica con inclusión de la documentación gráfica que se especifica en la estipulación OCTAVA

SÉPTIMA.- Reintegro: El reintegro procederá por cualquiera de las causas establecidas en las Bases de Ejecución del Presupuesto del Excmo. Cabildo de Fuerteventura, que estén vigentes, en la forma y plazos establecidos en las mismas.

El incumplimiento de la obligación de publicar la información de publicidad activa a que estuvieran obligadas las entidades beneficiarias constituye infracción administrativa que se calificará conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 12/2014, de 26 de diciembre, de transparencia y de acceso a la información pública, pudiendo ser sancionado dicho incumplimiento con multa, y conllevar como sanción accesoria el reintegro total o parcial de la ayuda o subvención pública concedida

Supletoriamente en lo no expresado en este Convenio, en cuanto a justificación y reintegro, será de aplicación Ley 38/2.003, de 17 de Noviembre General de Subvenciones y su reglamento de desarrollo.

OCTAVA.- Obligaciones: El Excmo. Cabildo Insular de Fuerteventura asume la responsabilidad de seguimiento y supervisión de las actuaciones convenidas. Asimismo, se compromete a:

a) Financiar con la cantidad establecida en el presente convenio el AFFA FUERTEVENTURA se compromete a:

a) Ejecutar los programas descritos en el ANEXO I,

b) Asumir la responsabilidad (civil y laboral,..etc) que se derive de la realización de la actividad subvencionada exonerando al Cabildo de cualquier responsabilidad.

c) Obtener todas las autorizaciones precisas para la realización de la actividad subvencionada

d) Coordinarse con todos los servicios internos y externos que pueda mejorar la calidad de atención al usuario y evitar duplicidad en las actuaciones.

e) A los efectos de coordinación presupuestaria la ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA deberá realizar aquellas certificaciones que acrediten la gestión, el desarrollo, cumplimiento y justificación de las cantidades abonadas, debiendo facilitar en todo momento, el seguimiento y control del Convenio, así como los documentos e información que le sean requeridos.

f) La ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA se compromete a facilitar toda la información, que le sea requerida por el Cabildo.

g) Deberá mencionarse la colaboración del Excmo. Cabildo Insular de Fuerteventura, en cuantos, carteles, difusión, publicidad y escritos se refiera a la actividad del presente convenio. La Imagen Corporativa será la establecida por la Institución Insular en su página WEB (www.cabildofuer.es).

f) Dar publicidad de las subvenciones y ayudas percibidas en la página Web de la entidad beneficiaria, especificando las informaciones a las que se refieren los artículos 6 y 8 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, en el supuesto de que la cuantía de la subvención o ayuda percibida sea superior a 100.000 euros, o bien igual o superior a 5.000 euros y represente al menos el 40 por 100 del total de los ingresos anuales de la entidad beneficiaria, de conformidad con lo previsto en el artículo 3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

h) Las obligaciones contempladas en el artículo 14 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones

NOVENA.- Causas de Resolución.-Serán causas de resolución del presente convenio:

El incumplimiento de alguna de sus cláusulas.

Mutuo acuerdo entre las partes, siempre que el interés público lo aconseje.

Razones de interés público de cualquiera de los organismos firmantes.

DÉCIMA.- Plazo de ejecución del programa. La ejecución de las actividades contempladas en el programa financiado deberán estar comprendidas entre el 01 de Enero de 2024, hasta el 31 de Mayo de 2025

DÉCIMO PRIMERA: Duración y vigencia.- La vigencia de este convenio se establece desde su firma hasta el 30 de JUNIO del 2025, pero con efectos desde el 1 de Enero de 2024

DÉCIMO SEGUNDA.- Normativa de aplicación.-

El presente Convenio tiene naturaleza administrativa y está excluido del ámbito de aplicación de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público. No obstante, los principios de dicha ley sí serán de aplicación para resolver las dudas y lagunas que puedan plantearse, tal y como establece el artículo 4.2 del mencionado texto legal.

El marco por el que se registrará el presente convenio será el siguiente:

a) La Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones (LGS) y normas de desarrollo que tengan carácter básico o de aplicación supletoria para la Administración Local.

b) El Real Decreto 2/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales.

c) Las normas legales o reglamentarias que establezcan la Comunidad Autónoma, en ejercicio de sus competencias de desarrollo sobre la materia o en virtud de sus competencias propias.

d) La Ordenanza General de Subvenciones, aprobada por el Cabildo de Fuerteventura el 31 de diciembre de 2004.

e) Las Bases de Ejecución del Presupuesto del Cabildo de Fuerteventura que estén vigentes.

f) Las normas de derecho privado (constituido fundamentalmente por el Código Civil).

Dada la naturaleza administrativa de este convenio, las cuestiones litigiosas que pudieran derivarse del mismo, serán sometidas a la jurisdicción contencioso- administrativa, por lo que ambas partes se someten a los juzgados y tribunales del orden jurisdiccional contencioso administrativo citado.

DÉCIMO TERCERA.- DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. Las partes se comprometen y obligan a cumplir con la legislación en materia de protección de datos de carácter personal vigente y cada una de las partes asumirá la responsabilidad en que por este concepto pueda incurrir, prevista tanto en el Reglamento UE 2016/679 relativo a la protección de las personas

físicas en lo que respecta al tratamiento de datos y la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos RGPD), la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales y en cualquier otra norma sectorial de desarrollo.

Especialmente, la entidad beneficiaria de la subvención se compromete a cumplir con las obligaciones relacionadas con el deber de información a los titulares de los datos personales conforme a lo establecido en el artículo 13 del RGPD y a la obtención del consentimiento para el tratamiento de sus datos en el caso de ser éste necesario, eximiendo al Cabildo Insular de Fuerteventura por dicho incumplimiento.

El Cabildo Insular de Fuerteventura en calidad de responsable tratará los datos de carácter personal facilitados por el beneficiario con la finalidad de la gestión y justificación de la subvención nominativa recogida en este convenio en base al cumplimiento de una obligación legal y de una misión realizada en interés público o en ejercicio de poderes públicos. Se cederán los datos a otras Administraciones Públicas y en aquellos supuestos previstos en la Ley.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, a través del registro de entrada del Cabildo Insular de Fuerteventura con dirección Primero de Mayo, 39, 35600, Puerto del Rosario, a través de la sede electrónica <https://sede.cabildofuer.es> o en los registros regulados en el art. 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 octubre, debiendo aportar copia del documento que acredite su identidad. Asimismo, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que el ejercicio de sus derechos no ha sido debidamente atendido. El dato de contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@cabildofuer.es

DÉCIMO CUARTA.- Comisión de Seguimiento.- Para el seguimiento del presente convenio se constituirá una Comisión de Seguimiento compuesta por los siguientes miembros:

Dos representantes del Cabildo Insular de Fuerteventura.

Dos representantes de la ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA

DÉCIMO QUINTA.- Modificación del Convenio. El presente convenio podrá ser modificado por acuerdo de las partes mediante adenda, previa fiscalización y acreditación de existencia de crédito adecuado y suficiente en su caso.

DÉCIMO SEXTA: .- Control de obligaciones de transparencia. Las entidades beneficiarias de las ayudas y subvenciones públicas tendrán la obligación de someterse a las actuaciones de control que en materia de transparencia corresponden al Comisionado de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Y, en prueba de conformidad y comprometiéndose las partes a su más exacto cumplimiento, firman el presente documento el Sr. Consejero de Acción Social, Diversidad, LGTBIQ+, participación ciudadana y Gobierno Abierto y el Sr. Representante de la ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA en lugar y fecha ut supra.

**SR. CONSEJERO DE ÁREA DE
ACCIÓN SOCIAL, DIVERSIDAD,
LGTBIQ+, PARTICIPACIÓN CIUDADANA
Y GOBIERNO ABIERTO**

**SRA. REPRESENTANTE DE LA
ASOCIACIÓN AFFA
FUERTEVENTURA**

Fdo.: Víctor Modesto Alonso Falcón
PROGRAMACIÓN

Fdo.: **Teresa Cabrera Morales**

1. ENTIDAD SOLICITANTE Y CIF:

Nombre de la beneficiaria: Asociación de Fuerteventura de Familias de personas con Alzheimer y otras demencias - AFFA		
Nombre de la representante legal de la entidad: Teresa Cabrera Morales		
Cargo: Representante Legal de la Entidad		
Domicilio: C/Franchy Roca, 33		
CP: 35600		Localidad: Puerto del Rosario
Teléfono: 626 010 199	Fax:	e-mail: alzheimerfuerteventura@gmail.com
CIF de la entidad: G-76365618		DNI/NIF: 42884908M

2. DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA

Promoción de la autonomía personal y apoyo a las personas cuidadoras.

3. PERSONAS BENEFICIARIAS:

Esta propuesta se dirige a la población de la isla de Fuerteventura que cumpla con los perfiles indicados a continuación:

Personas adultas o mayores que convivan con patologías neurodegenerativas (enfermedades asociadas al deterioro cognitivo, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, como Cuerpos de Lewy, Frontotemporal, demencias vasculares...) con grado de dependencia reconocido, pendientes de reconocimiento, en vías de solicitud, etc. .

Familias y personas cuidadoras de personas en situación de dependencia.

Respecto al primer perfil, personas adultas o mayores que convivan con patologías neurodegenerativas, los criterios establecidos como acceso al servicio son los siguientes:

Personas que hayan solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia pero que no dispongan aún del reconocimiento del grado.

Personas que tengan reconocido el grado de dependencia y estén pendientes de la resolución del Plan Individual de atención (PIA), es decir, que no sean beneficiarias de este servicio dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Personas que tengan reconocido el grado de dependencia y posean la resolución del Plan Individual de Atención (PIA), pero que se encuentren en lista de espera de un servicio público o no se disponga en la isla de empresa/entidad habilitada para obtener una prestación vinculada a un servicio.

Aquellas personas que en uso de alguno de los servicios pertenecientes a la red pública del servicio de atención y apoyo a la dependencia, en aplicación de la disposición adicional decimotercera de la Ley de Servicios Sociales de Canarias, dispongan de compatibilidad con este servicio.

En cuanto al segundo perfil, familias y personas cuidadoras de personas en situación de dependencia, como su propio nombre indica, se trata de todas aquellas personas que se encuentren asumiendo tareas de sostenimiento, apoyo, asistencia y cuidado de la persona en situación de dependencia, bien sea familiar, profesional o persona cercana y colaboradora en el proceso del cuidado. Asimismo, se encuentran recogidas aquellas personas que se hayan encontrado asumiendo las tareas del cuidado aunque su familiar o la persona en situación de dependencia de referencia, haya fallecido.

4. DESCRIPCIÓN Y FINES DEL PROGRAMA:

4.1. Fundamentación del Proyecto (*Justificación de la necesidad y naturaleza*):

La Asociación de Fuerteventura de Familias de personas con Alzheimer y otras demencias, conocida comunitariamente como AFFA, comienza su andadura en la isla majorera en el año 2019.

Así, se constituye un espacio creado por y para las familias que conviven con situaciones de Alzheimer, dependencias y otras demencias en un contexto de absoluta ausencia y vacío en el cumplimiento y ejercicio de sus derechos. Este espacio de refugio y cuidados comunitarios, llamado y conocido hoy como AFFA, nunca estimó ser prestadora de servicios. Sin embargo, en ausencia del cumplimiento de los deberes y obligaciones de la actividad público administrativa, se decide, en atención a las familias, dar continuidad a los escasos recursos con los que se contaba en la isla de Fuerteventura y que amenazaban con desaparecer ese mismo año.

Desde entonces, y a partir del año 2020, se comienza la prestación de servicios de atención especializada a personas que conviven con Alzheimer, situaciones de dependencia y otras demencias en Fuerteventura, así como sus familias y personas cuidadoras.

Precisamente para cumplir dicho cometido, se cuenta con un equipo multidisciplinar conformado por profesionales del trabajo social, psicología, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, integración social, entre otros, a través de los cuales se trabaja por mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y sus familiares.

El arraigo, el respaldo de las familias y personas atendidas, el apoyo incondicional de la voluntad social por atajar desde la sociedad civil organizada así como el trabajo comunitario que ha tenido este proyecto entre la población de Fuerteventura, además del constante crecimiento de la demanda recibida, constata la necesidad de dar continuidad al Proyecto de Promoción de la Autonomía Personal y Apoyo a personas cuidadoras durante el ejercicio 2024 y hasta mayo de 2025.

La necesidad de disponer de una línea de recursos que diera cumplimiento a los derechos de las familias y las personas usuarias, así como dotar de dignidad a la propia calidad y prestación de los mismo sin que el ánimo de lucro constituyera un deterioro en el objetivo y la naturaleza del propio derecho, son precisamente algunos de los motivos por los que AFFA se encuentra constituida.

Objetivos tales como colaborar en la mejora de la atención sociosanitaria que hasta el momento se venía prestando en la isla de Fuerteventura; la escasez de infraestructuras, medios y recursos, unido a la crisis sanitaria que vivimos y el consiguiente distanciamiento social que ello supone y que ha afectado en gran medida a las personas mayores, colectivo fundamental hacia el que AFFA dirige sus acciones, nos ha llevado a adaptarnos a este nuevo contexto y a trabajar por una atención en los domicilios a fin de garantizar un servicio con las máximas garantías de seguridad.

Ello nos ha permitido corroborar que es posible ofrecer, tanto una atención individualizada, de calidad, en el entorno más próximo a las personas usuarias, su domicilio, su hogar, como los beneficios que tiene el bienestar biopsicosocial de las personas que conviven con el Alzheimer y otras demencias y sus entornos de cuidado.

Actualmente, en AFFA atendemos a un total de 795 personas (actualizado a marzo de 2024) a través de los distintos programas que el Convenio firmado con el Cabildo Insular de Fuerteventura nos ha permitido implementar, traducándose esto en los siguientes datos:

Nº personas afectadas, usuarias del servicio	118
Nº personas cuidadoras de personas usuarias atendidas	356
Nº de personas cuidadoras que reciben apoyo social (la persona con afectación neurológica se encuentra en lista de espera)	38
Nº de personas cuidadoras que reciben apoyo emocional (la persona con afectación neurológica se encuentra en lista de espera)	283
Total	795

Respecto a estos datos, cabe indicar que las 118 personas afectadas hace referencias a personas con diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa, esto es, deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, mixta, Cuerpos de Lewy, demencia Frontotemporal y, en menor medida, Síndrome de Cadasil o daño cerebral adquirido. Las personas atendidas reciben, al menos, uno de los servicios de atención directa, es decir: estimulación cognitiva, fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional. La definición de los servicios, así como la organización de cantidad y distribución de las sesiones terapéuticas viene determinada por el Programa Individual de Atención (PIA) de cada usuario, elaborado por el equipo de profesionales tras la valoración e incorporación al servicio.

La cifra de 356 refleja la cantidad de personas cuidadoras atendidas en el servicio. Este grupo se compone de familiares directos, personas cuidadoras cuyo desempeño se realiza de manera puntual y organizada, así como las personas encargadas de realizar el cuidado de manera profesional que se encuentran en la mayoría de las ocasiones asumiendo tareas propias del cuidado, del sostenimiento del hogar y manutención de la persona en situación de dependencia, todo ello sin condiciones laborales mínimas y que responden al fenómeno de la migraciones de los cuidados. En este aspecto, son beneficiarias del servicio de apoyo emocional individual, de Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), de formaciones generales, asesoramiento, apoyo social así como pautas de cuidado desde el modelado y la práctica.

Los datos de 38 y 283 hacen referencia, respectivamente, a las personas cuidadoras que reciben, bien apoyo social, bien apoyo emocional, aunque la persona con diagnóstico de enfermedad degenerativa se encuentre en lista de espera y no reciba atención directa de AFFA.

En definitiva, 795 es el total de personas atendidas, bien siendo personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias, bien en calidad de cuidadoras de personas con dependencia.

Para poder continuar prestando atención a todas estas familias, las cuales residen en todo el territorio insular, se requiere la colaboración financiera del Cabildo Insular de Fuerteventura, de manera que las profesionales que conforman el equipo humano de AFFA, formado actualmente por 11 personas, puedan seguir desarrollando su labor.

Además, resulta conveniente explicar que, el equipo que forma parte de la entidad, se encuentra altamente especializado en la atención a personas que conviven con el Alzheimer o cualquier otra demencia y patologías asociadas al deterioro cognitivo, lo que ha requerido que, en muchas ocasiones, AFFA se haya visto en la necesidad de contactar con profesionales que no residen en la isla, dado que en Fuerteventura encontramos la problemática (como se ha comentado con anterioridad), de que existe escasez de recursos humanos al no contar con formación de este tipo, formándose y quedándose muchos de estos perfiles fuera la isla.

Se plantea un proyecto con dos objetivos generales que se desglosan de la siguiente manera:

Atención especializada a personas adultas que conviven con deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

Se llevará a cabo la continuación trabajando con dos equipos territorializados y especializados:

Equipo norte: Municipios de La Oliva y Puerto del Rosario.

Equipo Sur: Municipio de Tuineje y Antigua.

Ambos equipos están formados por trabajadora social, psicóloga y gerocultora (pudiendo ser TIS/TASOC/TAPS/Aux de enfermería). Los perfiles de logopedia y terapia ocupacional están compartidos en ambos equipos, en función de la necesidad. Debido a que la demanda, en el municipio de Puerto del Rosario es mayor, se incluye en el equipo norte, dos psicólogas.

Las figuras de fisioterapia se han estipulado, en la medida de lo posible y contando con los recursos humanos existentes en la isla de Fuerteventura, con los profesionales del sector que han podido ser cubiertos en la actualidad. Por ello, está planificado que existan dos figuras profesionales de fisioterapia: una que cubre el municipio de La Oliva, con una jornada al 50%; y un perfil de fisioterapia, a jornada completa, que cubre el municipio de Puerto del Rosario. Durante el ejercicio 2023 se contó, también con el servicio de fisioterapia en los municipios de Tuineje y Antigua. Sin embargo, desde que ambas plazas quedan libres, no han podido ser cubiertas pese a la reiterada búsqueda.

Las personas que residen en los municipios de Pájara y Betancuria disfrutarán de los programas de apoyo social, incorporación a los grupos de apoyo mutuo ya conformados, apoyo emocional individualizado, talleres formativos e informativos, dado que la orografía de la isla dificulta notoriamente que los equipos ya conformados puedan desplazarse hasta dicho municipio para la prestación del resto de programas.

Uno de los objetivos de AFFA es la individualización de los servicios a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como a sus entornos de cuidado. Por ello, para llegar a aquellos municipios en los que se cuenta con menor presencia es necesario, primero, conformar un equipo multidisciplinar de base, para luego adaptar las actividades a cada realidad de cuidado.

Como resumen de la organización de los equipos, la distribución queda de la siguiente manera:

EQUIPO	MUNICIPIOS	PERFILES PROFESIONALES	
Equipo norte	La Oliva Puerto del Rosario	-1 Trabajador/a social -2 Psicólogos/as -1 Gerocultor/a -2 Fisioterapeutas	- 1 Logopeda - 1 Terapeuta Ocupacional
Equipo sur	Antigua Tuineje	-1 Trabajador/a social -1 Psicólogos/as -1 Gerocultor/a	

En cuanto a la activación del servicio, se realiza a través de la figura de la **trabajadora social**, responsable de facilitar información, proporcionar asesoramiento especializado e individualizado en materia de trámites y gestión de ayudas, así como la suscripción de contratos de prestación de servicios. Igualmente, realizan los contratos de préstamos de productos de apoyo, acompañamiento de las familias, apoyo social, y orientación para implementar recursos administrativos y/o judiciales derivados del perjuicio del ejercicio del legítimo derecho de la ciudadanía al acceso de cuantos derechos queden expresados en la normativa vigente ya sea en el marco de los servicios sociales de Canarias, así como las leyes sectoriales de aplicación.

Una vez suscritos los Servicios, se implementará haciendo uso de la **metodología PIA** (estableciendo Planes Individuales de Atención, que respondan a las demandas y necesidades específicas de cada persona y su familia).

La metodología PIA, sigue un **procedimiento** en fases de carácter cíclico, en el que se hace un seguimiento periódico de la evolución de cada caso.

Valoraciones iniciales por áreas: Cognitiva y emocional (realizadas antes por psicología), física (realizada por la figura del/a fisioterapeuta); funcional, desarrollada por la profesional de terapia ocupacional y logopédica, en este caso, desempeñada por la profesional de esta especialidad.

Elaboración de PIA INICIAL: Establecimiento de objetivos de trabajo en base a necesidades y demandas individuales.

Implementación del Servicio: Suscripción y aplicación de los programas de intervención indicados en el PIA INICIAL.

Valoraciones de seguimiento: Análisis de la evolución de la persona, detección de mejoras, objetivos conseguidos, establecimiento de nuevos objetivos y continuidad del plan de trabajo.

Elaboración de PIA DE SEGUIMIENTO: En este documento se actualizan los objetivos, en función del rendimiento y evolución en la consecución de los objetivos. Teniendo en cuenta la idiosincrasia de las enfermedades con las que se interviene, demencias, que, por ende, implican un proceso degenerativo, estos PIAS DE SEGUIMIENTO, permiten actualizar la adecuación de los objetivos al proceso de avance de la demencia.

Pasadas las primeras tres fases, la cuarta y quinta continúan de forma cíclica, hasta la finalización de prestación del servicio. Dicho cese de la actividad puede darse por tres factores: debido al inicio de un servicio de día o residencial de la persona usuaria, por agravamiento de la demencia (aquellos casos en los que la estimulación no es beneficiosa o no se percibe mejora en la calidad de vida) o por fallecimiento.

La **intensidad** en la prestación del servicio se definirá oportunamente en cada PIA, sin embargo, con el objetivo de optimizar la prestación del servicio y llegar al mayor número de personas posible, se procurará prestar en torno a 20 sesiones mensuales sobre cualquiera de los programas de intervención contemplados en el servicio.

AFFA aboga por una atención específica, individual y especializada, por lo que cada persona atendida es valorada de manera específica e individual según su historia de vida, sus funciones cognitivas conservadas, sus apoyos y entornos de cuidado, así como su diagnóstico y multipatología; es decir, se trabaja desde una atención integral. El resultado de todo este proceso es que cada intervención se valora y programa ad hoc. Por ello, la cobertura de servicios varía no sólo en función de la disponibilidad de los profesionales sino que, especialmente, se debe a la valoración de cada profesional del equipo en función de los objetivos que se trabajan y la mejora en la calidad de vida de la persona.

Igualmente, se establecen formas y medios para la coordinación sociosanitaria con los recursos sociales, sanitarios y comunitarios de la isla. Para ello, se desarrollará una coordinación continua con las Zonas Básicas de Salud de la isla, en seguimiento especialmente con las trabajadoras sociales y con enfermería de enlace. Para ello se utilizan herramientas de derivación como es el documento de coordinación sociosanitaria, el uso de emails cifrados, reuniones de coordinación, etc.

Respecto a la **distribución del equipo**, la totalidad de las jornadas del equipo de profesionales de intervención directa en Estimulación Cognitiva, esto es: TASOC, Técnica de Integración Social, Auxiliar de Enfermería o Técnica de Atención Sociosanitaria se aplica a esta línea de intervención, relacionados con la intervención con personas con Alzheimer y otras demencias.

El equipo de profesionales, formado por logopeda, terapeuta ocupacional y fisioterapeutas, distribuyen su jornada en un 90% a la intervención directa con personas diagnosticadas de Alzheimer u otras demencias, mientras que el 10% restante es aplicable al segundo objetivo general. Esto es: este porcentaje es aplicado a dar pautas y asesoramiento a las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia.

En cuanto a la distribución del equipo de psicólogas, el 60% de su jornada es aplicable a la realización del programa de estimulación cognitiva, así como la valoración, seguimiento e intervención del área emocional de las personas usuarias.

Finalmente, la distribución de las trabajadoras sociales, se organiza, de manera que el 40% de su tiempo se invierte en la intervención directa con las personas con enfermedades neurodegenerativas. Esta distribución del equipo es aproximada, ya que el servicio se planifica en función de las demandas de las familias atendidas, así como de las familias que contactan con AFFA en general.

El resumen de la distribución de la jornada de los equipos de trabajo es la siguiente:

PERFIL PROFESIONAL	PORCENTAJE APLICADO A LA INTERVENCIÓN DIRECTA CON PERSONAS CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	HORAS APLICADAS A LA INTERVENCIÓN DIRECTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
Trabajo social	40%	16 horas semanales
Psicología	60%	24 horas semanales
Terapia ocupacional	90%	36 horas semanales
Logopedia	90%	36 horas semanales
Fisioterapia	90%	36 horas semanales
TASOC/TIS/TAS/TAPSD/GERO CULTOR/A	100%	40 horas semanales

Atención específica, apoyo y asesoramiento a familias y personas cuidadoras de personas convivientes con dependencia.

Con la paulatina pérdida de capacidades cognitivas y funcionalidad de las personas usuarias, la carga que recae sobre las cuidadoras se ve incrementada de manera directamente proporcional. Así, se

exponen a un grave riesgo de aislamiento y depresión, pudiendo incluso perder su salud física, mental, psicosocial y socioeconómica. La mala salud emocional y física de las cuidadoras impacta de forma directa sobre los síntomas conductuales de las personas con diagnósticos de demencia, precipitando o descompensando la sintomatología neuropsiquiátrica y estableciendo así, un círculo vicioso en el que la salud de la persona cuidadora y de la usuaria empeoran de forma progresiva.

Por ello, se pretende mantener acciones de acompañamiento activo, escucha, asesoramiento y seguimiento a familias y personas cuidadoras no profesionales (y profesionales si fuese necesario) de personas en situación de dependencia, centradas en trabajar para que las cuidadoras logren disponer de instrumentos de reconocimiento en relación a la sobrecarga de las tareas y labores no remuneradas de los cuidados, así como su papel fundamental en los sistemas de organización productiva, androcentristas y ligadas a malestares de género. De esta manera resulta posible la organización y puesta en marcha de estrategias vinculadas a la adquisición de herramientas dirigidas a la corresponsabilidad en los cuidados sobre los entornos familiares, personales y comunitarios.

En cuanto a la activación del servicio, el primer contacto se realiza a través de la figura de la **trabajadora social**, responsable de facilitar información, proporcionar asesoramiento especializado e individualizado en materia de trámites y gestión de ayudas; tras esto, se detecta la demanda y, con ello, se procede a responder, en la medida que se pueda, a través de apoyo emocional, gestión del duelo, participación en los grupos de apoyo, talleres formativos, mediación familiar... Se dispone, también, junto con el perfil de **psicología**, de asesoramiento en los primeros momentos, cuando surge una "duda subjetiva" y empiezan "las sensaciones de pérdida de memoria"; se ofrecen alternativas sobre los pasos a seguir para una detección precoz. También aceptación cuando se produce el diagnóstico en un familiar o la aparición de episodios de agresividad. Se asesora sobre el manejo conductual, no farmacológico, así como la preparación para el avance de la demencia. Para un visión más detallada de las funciones del equipo, ver ANEXO VI.

Una parte fundamental de este objetivo es reflejado en la atención específica, apoyo y asesoramiento a familias y personas cuidadoras de personas convivientes con dependencia, así como la formación específica para los entornos de cuidado. Por ello, se establece una formación mensual, distribuida en los municipios de la isla. Se puede ver la propuesta de talleres para los 17 meses, en el ANEXO IV. Cabe destacar que la realización de estos talleres puede variar según la disponibilidad de espacios y ponentes.

Respecto a la organización y distribución del equipo, el equipo técnico, formado por logopeda, terapeuta ocupacional y fisioterapeutas, distribuyen su jornada en un 10% a la intervención con personas cuidadoras y familiares, dando pautas y asesoramiento sobre el manejo y la intervención que mejoren la calidad de vida de las personas cuidadoras, repercutiendo, así, en el bienestar de las personas cuidadas.

En cuanto a la distribución del equipo de psicólogas, el 40% de su jornada es aplicable a este segundo objetivo general. Es decir, se desarrollan Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), se realizan intervenciones terapéuticas, asesoramientos sobre el manejo no conductual de las personas con Alzheimer y otras demencias y se planifican y organizan talleres.

Finalmente, la distribución de las trabajadoras sociales, se organiza, de manera que el 60% de su tiempo se aplica en acompañamiento social, asesoramiento, ayuda en trámites administrativos así como asesoramiento sobre los derechos de las personas cuidadoras. Esta organización es orientativa, debido a que el servicio se establece en función de las demandas de las familias y usuarias atendidas y, el objetivo de AFFA, en todo momento, es dar respuesta y acompañar en el proceso de cuidado en familias en las que las demencias están presentes.

El resumen de la distribución de la jornada de los equipos de trabajo es la siguiente:

PERFIL PROFESIONAL	PORCENTAJE APLICADO A LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CUIDADORAS	HORAS APLICADAS A LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CUIDADORAS
Trabajo social	60%	24 horas semanales
Psicología	40%	16 horas semanales
Terapia ocupacional	10%	4 horas semanales
Logopedia	10%	4 horas semanales

Fisioterapia	10%	4 horas semanales
--------------	-----	-------------------

4.2. Objetivos:

Objetivo general:

Objetivo General 1. Garantizar el ejercicio de los derechos de las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias que residan en la isla de Fuerteventura.

Objetivo General 2. Fomentar el bienestar psicosocial de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias que residan en la isla de Fuerteventura.

Objetivos específicos:

Objetivo Específico 1.1. Mantener y desarrollar las habilidades socioafectivas para la interacción y la comunicación con su entorno de cuidados y lazos afectivos de relevancia.

Objetivo Específico 1.2. Optimizar la independencia funcional y desarrollo motor de las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.

Objetivo Específico 1.3. Promover el mantenimiento cognitivo a través del trabajo de las capacidades intelectuales más significativas para la persona que convive con Alzheimer u otras demencias.

Objetivo específico 2.1. Favorecer el bienestar psicológico y emocional de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.

Objetivo específico 2.2. Contribuir al empoderamiento individual y colectivo de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.

4.3 Localización Física del Proyecto

Esta propuesta se dirige a la población de la de la isla de Fuerteventura que cuenten con diagnóstico de deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer u otras demencias así como a sus entornos de cuidado. Para ello, el equipo se desplaza a los domicilios de las personas afectadas por la demencia.

La atención al entorno de cuidado puede desarrollarse, bien en el domicilio, bien en las sedes disponibles de la Asociación que se encuentran ubicadas en las siguientes localizaciones:

Tuineje: La sede se encuentra dentro de las instalaciones de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Tuineje, ubicado en la calle Isa majorera S/N bajo.

Puerto del Rosario: La sede se encuentra en las instalaciones pertenecientes al Cabildo de Fuerteventura, en el Centro de Atención a la Discapacidad, ubicado en Calle Aragón, nº113.

4.4..Ayudas, autorizaciones y colaboraciones necesarias o previstas para su ejecución:

Para el desempeño de las actividades, se cuenta con dos localizaciones cedidas por el Cabildo de Fuerteventura y el Ayuntamiento de Tuineje (citadas, ambas, en el punto anterior). Estos espacios son utilizados para la recepción de documentación por parte de los familiares y personas cuidadoras (informes médicos, copias de datos personales como DNI, etc.); por otra parte, para el trabajo de redacción de informes y recogida de EPIs por parte de los profesionales, que se facilitan al equipo y, finalmente, para la intervención con las personas cuidadoras, bien para el apoyo social, como para asesoramiento o apoyo emocional.

Por otra parte, las formaciones se realizan en espacios cedidos gracias a la colaboración de entidades y administraciones. Para los meses comprendidos entre enero 2024 y mayo de 2025, se plantea la utilización de dichos locales para poder continuar con la realización de talleres y grupos de apoyo mutuo. Se incluye, en el Anexo V, una tabla de referencias en la cesión y colaboración de espacios. Igualmente, cabe destacar que esto varía en función de la disponibilidad de los espacios, así como de la programación de las actividades.

Además, desde AFFA se persigue una visión integral de las personas, por lo que las colaboraciones con las administraciones son imprescindibles. Así, se realizan coordinaciones con los Centros de Salud, con el objetivo de colaborar y abogar por la intervención sociocomunitaria. La relación con el equipo de trabajo social de las zonas básicas, así como con enfermería de enlace, promueve la intervención centrada en la persona. Por otra parte, la coordinación con los servicios médicos especializados (geriatría y neurología, principalmente), mediante la elaboración de los PIAS e informes actualizados, permite aportar datos sobre la evolución de las demencias, así como variaciones en el estado sanitario.

De igual modo, se establecen coordinaciones frecuentes con las áreas de Servicios Sociales.

4.5. Otros datos de interés:

5. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Tiempo previsto para el desarrollo del Programa. Calendario de actividades			
Actividades y/o acciones	Fecha inicio	Fecha término	Nº de personas beneficiarias
OG.1: Garantizar el ejercicio de los derechos de las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias que residan en la isla de Fuerteventura.			
OE1.1: Mantener y desarrollar las habilidades socioafectivas para la interacción y la comunicación con su entorno de cuidados y lazos afectivos de relevancia.			
Actividad 1.1.1. Sesiones de salud emocional. Se trata de intervenciones transversales. Esta área será aplicada en todos los usuarios si se presentan alteraciones.	01/01/2024	31/05/2025	Entre 90 y 100 personas atendidas.
Actividad 1.1.2.: Realización, seguimiento y evaluación de PIA. Esta actividad se desarrolla de manera global para todas las personas con enfermedad neurodegenerativa, independiente de los servicios que reciba.	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 140 PIAs realizados.
OE1.2: Optimizar la independencia funcional y desarrollo motor de las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.			

<p>Actividad 1.2.1.: Realización de las sesiones de fisioterapia.</p> <p>Esta actividad se basa en la intervención de un perfil de fisioterapeuta que interviene, de forma individualizada, atendiendo al rango de movimientos de las articulaciones y el aumento muscular, así como mejorar el equilibrio estático y dinámico (esencial para la prevención de caídas).</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 30 personas atendidas.
<p>Actividad 1.2.2.: Realización de sesiones de terapia ocupacional.</p> <p>Esta actividad fomenta la salud, el bienestar y la independencia de las personas usuarias. Potencia las habilidades de las personas con enfermedades neurodegenerativas en situaciones cotidianas de la vida diaria, recuperando, y desarrollando cualidades importantes para alcanzar la máxima autonomía.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 15 personas.
<p>OE 1.3. Promover el mantenimiento cognitivo a través del trabajo de las capacidades intelectuales más significativas para la persona que convive con Alzheimer u otras demencias.</p>			
<p>Actividad 1.3.1. Realización de sesiones de estimulación cognitiva.</p> <p>El Programa de Estimulación Cognitiva promueve el mantenimiento de las funciones cognitivas, un estado favorable de salud cognitiva a largo plazo así como potencia las fortalezas conservadas.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 80 personas.
<p>Actividad 1.3.2. Realización de sesiones de logopedia.</p> <p>Esta actividad se basa en que el perfil de logopeda promueve la estimulación de la comunicación, el habla y el lenguaje en su totalidad, así como la intervención en casos de disfagia o si existiera riesgo de padecerla.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 18 personas atendidas.

<p>O.G.2. Fomentar el bienestar psicosocial de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias que residan en la isla de Fuerteventura.</p> <p>O.E.2.1. Favorecer el bienestar psicológico y emocional de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.</p> <p>Actividad 2.1.1. Realización de sesiones de terapia individual.</p> <p>Esta actividad se basa en el acompañamiento de un perfil de psicología que ofrecerá apoyo emocional y escucha activa antes situaciones de estrés y desbordamiento y necesidad de desahogo que supone el cuidado de larga duración.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 60 personas atendidas.
<p>Actividad 2.1.2. Realización de Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)</p> <p>La realización de GAM consiste en la creación de espacios para personas que comparten una misma situación. en este caso, ser persona cuidadora de una persona en situación de dependencia. Son acompañados por el equipo de psicología.</p> <p>O.E.2.2. Contribuir al empoderamiento individual y colectivo de las personas cuidadoras de personas que conviven con Alzheimer u otras demencias.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 30 personas atendidas.
<p>Actividad 2.2.1. Acompañamiento en el proceso de cuidado.</p> <p>Esta actividad se basa en el apoyo por parte de todo el equipo mediante pautas informativas en relación a su salud física, emocional, manejo de la enfermedad, etc. Es realizado por todo el equipo de profesionales</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 75 personas atendidas.
<p>Actividad 2.2.2. Organización y desarrollo de Talleres.</p> <p>Se realizan talleres informativos y formativos, así como espacios de ocio con realización de actividades para el entretenimiento de las personas cuidadoras.</p>	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 12 talleres realizados.
	01/01/2024	31/05/2025	Al menos, 100 participantes.

El número de personas beneficiarias al que hace referencia la tabla superior, distingue personas con enfermedades neurodegenerativas, cuando se refiere a las actividades derivadas del objetivo general 1: Garantizar el ejercicio de los derechos de las personas que conviven con Alzheimer u otras demencias que residan en la isla de Fuerteventura. Destacamos que, en estas cantidades, se contabilizarán aquellas personas que reciban los servicios a lo largo del año, independientemente de que se produzca una baja (debido a traslado a centro diurno o centro residencial; por un cambio en su estado de salud o por fallecimiento). Además, una persona con enfermedad de Alzheimer u otra demencia, puede ser beneficiario de tantas actividades como requiera su estado de salud, esto es: puede participar en determinados programas y ser modificados a medida que se presenta la evolución de la demencia.

Por otra parte, las personas beneficiarias del objetivo general dos, son las personas cuidadoras.

Estos datos no suponen un sumatorio general, ya que una sola persona puede participar en varias de las actividades. El número de personas beneficiarias hace referencia a la participación en las actividades específicas.

6. DATOS GLOBALES DEL EQUIPO QUE REALIZARÁ EL PROGRAMA Y CATEGORÍA PROFESIONAL

Categoría profesional	Número total	Dedicación total al programa en horas	Retribución total
Psicóloga	3	40h/semanales	143.309,29€
Trabajadora Social	2	40h/semanales	74.249,72€
Logopeda	1	40h/semanales	38.319,33€
Terapeuta Ocupacional	1	40h/semanales	39.115,65€
Fisioterapeuta	1	20h/semanales	15.160,53€
Fisioterapeuta	1	40h/semanales	39.115,65€
Tecnico Integración Social	1	30h/semanales	24.397,91€
Tecnico Integración social	1	40h/semanales	31.553,93€
TOTAL (Euros)	11		405.222,01€

Los gastos del programa deberán repercutirse proporcionalmente en las actividades

En los 405.222,01€ se incluyen 17.798€ en concepto kilometraje que se repercute en nóminas mensuales a razón de 95,18€ por persona y mes, este cálculo ha sido estimado en función al gasto incurrido en el ejercicio anterior, así como en aplicación de lo contemplado en el VIII Convenio Colectivo Marco de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la dependencia. De la misma manera, cabe destacar lo contenido en la ORDEN HFP/792/2023, de 12 de julio, por la que se revisa la cuantía de las dietas y asignaciones para gastos de locomoción en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, así como en el propio Estatuto de los Trabajadores.

7. PERSONAL VOLUNTARIO QUE COLABORA EN EL PROGRAMA

Cabe señalar la participación e implicación de la Junta Directiva, formada por 6 personas, como organismo supremo de la entidad, responsable de la supervisión y seguimiento del proyecto y de personas vinculadas a AFFA que han colaborado de manera altruista en la organización e impartición de talleres dedicados a la persona cuidadora y al manejo de patologías neurodegenerativas.

De igual modo, y sólo para eventos especiales, como son la participación en FEAGA, Feria Insular de Artesanía en Antigua, Feria de Asociaciones "Sembrando Colores", la "chocolatada", así como otros eventos que puedan surgir a lo largo de los 17 meses, se solicita la colaboración de las familias para la organización y realización de dichos eventos. Se estima que, a lo largo del año, pueda contarse con 30 familias de manera puntual.

8. METODOLOGÍA Y MATERIAL TÉCNICO UTILIZADO O PREVISTO PARA SU REALIZACIÓN

Principios sustentadores:

La metodología asumida por AFFA se deriva del enfoque centrado en la persona y en soluciones.

Este enfoque está fundamentado en los siguientes principios de actuación:

Los valores sociales y éticos como guías. Nuestra práctica profesional está impregnada de un profundo respeto a las innumerables realidades sociales que atraviesan a cada una de las personas con las que trabajamos, desde una perspectiva feminista de los cuidados y, por consiguiente, de los derechos sociales y humanos.

Toda intervención produce cambios: "El movimiento genera movimiento" es, precisamente, uno de los principios transformadores que han llevado a las organizaciones sociales y civiles a dar un paso al frente, en la defensa y protección de los derechos de los distintos colectivos. Por lo que, en base a esta misma premisa, entendemos que cualquier tipo de acción dirigida a las personas y en ajuste a sus realidades, genera transformaciones diversas en las personas.

La humanización y atención centrada en las personas. Atender no puede resultar incompatible ni paralelo a cuidar profesionalmente desde la horizontalidad, el empoderamiento y la asertividad. AFFA renuncia a las prácticas asistencialistas para centrarse en la atención centrada en la persona.

El acuerdo y la proporcionalidad de las atenciones. El desarrollo de los programas de intervención deben ser acordados y adecuados a las demandas, intereses, inquietudes y necesidades de las personas. AFFA debe garantizar la proporcionalidad del criterio profesional bajo las directrices y perfiles de las personas con las que trabaja. “No recetamos servicios, atendemos realidades sociales”.

Las intervenciones son flexibles. Los programas deben tender a adaptarse a las necesidades específicas de las personas y no viceversa.

La accesibilidad del recurso. Se deben proporcionar servicios que se ajusten a las circunstancias de las personas en función de criterios de accesibilidad no genéricos, sino individualizados, ofreciendo atenciones personalizadas en el domicilio para aquellos casos en los que difícilmente puedan acceder a otros recursos fuera de su entorno habitual.

La estructura y no la parte. AFFA conceptualiza el proceso de intervención bajo un enfoque sistémico y estructuralista, por el que interactúan todos los diversos componentes del proceso (realidades sociales, interseccionalidades, transversalidad, ambiente físico y psicosocial, contexto comunitario e institucional), así como las partes implicadas (personas que conviven con el Alzheimer y/o otras demencias, personas cuidadoras, entornos de cuidado...).

Las redes de apoyo y entornos de cuidado comunitario como parte indispensable de las personas usuarias. Los recursos y acciones deben contemplar siempre el apoyo, asesoramiento y orientación de las familias y entornos de cuidado ajustándonos a las necesidades y realidades de cada situación.

9. DESCRIPCIÓN DE INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto se realizará tanto de forma continua desde el inicio del proyecto como al final, a través del empleo de técnicas cualitativas y cuantitativas. Así, durante la ejecución del mismo, será la responsable del proyecto la persona encargada de medir el grado de satisfacción de las personas atendidas en relación a las demandas recibidas y las acciones recibidas. Ello se llevará a cabo a través del uso de herramientas que permitan medir el seguimiento y evaluación continua (hojas de registro, PIAs, encuestas de satisfacción, etc).

Se contará con un sistema de planificación, gestión y seguimiento que permita, no sólo la observadora de posibles debilidades del mismo y la posibilidad de actuar directamente en ellas a fin de ofrecer un servicio de calidad, sino también la comprobación de los resultados obtenidos de acuerdo con los esperados y el impacto del proyecto.

Al finalizar la ejecución del mismo, se llevará a cabo una evaluación final mediante una encuesta de satisfacción personal.

Aspectos a evaluar	Indicadores
Servicio específico	Nº de PIAS entregados
Programa de Estimulación Cognitiva y Emocional	Nº de sesiones realizadas
Programa de Estimulación Física	Nº de sesiones realizadas
Programa de Salud Funcional	Nº de sesiones realizadas
Programa de Salud, Comunicación, Voz y Deglución	Nº de sesiones realizadas
Recepción de demandas de las personas cuidadoras	Nº de demandas recibidas
Realización de Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)	Nº de GAMs ejecutados

Realización de Talleres	Nº de talleres realizados
Prestación de apoyo emocional individual	Nº de atenciones desarrolladas
Grado de satisfacción con el proyecto	Nº de encuestas recibidas satisfactorias
Coordinación sociosanitaria	Nº de gestiones realizadas

10. PLAN DE FINANCIACIÓN y presupuesto

10.1. INGRESOS	Cuantía
Financiación propia:	742,01€
Subvenciones:	
- Cabildo Insular de Fuerteventura	425.000€
- Otras subvenciones	
- Otras fuentes de financiación	
TOTAL INGRESOS (EUROS)	425.742,01€

10.2. GASTOS CORRIENTES			
Conceptos	Cuantía por prestación de servicios	Cuantía por contratación laboral	Cuantía total
- De personal		405.222,01€	405.222,01€

Concepto	Importe
-De actividades y mantenimiento:	
Papelería y oficina	1.400€
Material de intervención	3.500€
Epis	1.500€
Publicidad y difusión	200€
Formación y dietas	3.000€
-De dietas y gastos de viaje	
-De gestión y administración	

Telefonía	840€
Asesorías	4.200€
PRL	960€
Seguro RC	735€
LOPD	340€
Imprevistos	100€
Auditoría	3.745€
TOTAL (Euros)	20.520€

10.3 Gasto total del programa (personal + gasto corriente) 425.742,01€

11. ANEXO A LA MEMORIA

Se anexa la siguiente documentación:

- ANEXO I: Modelo del Programa individualizado de atención (PIA) Inicial
- ANEXO II: Modelo de PIA de seguimiento
- ANEXO III: Modelo de registro semanal
- ANEXO IV: Programación de talleres 2024-2025
- ANEXO V: Colaboraciones en la cesión de espacios.
- ANEXO VI: Funciones del equipo.

Puerto del Rosario, a 15 de abril de 2024

Firma del representante legal de la Entidad

ANEXO I: Modelo Plan Individualizado de Atención (PIA) inicial

PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA)

VALORACIÓN INICIAL

Trabajadora Social Gestora del Caso	
Fecha Máxima de elaboración y entrega del PIA INICIAL	
Fecha Máxima de elaboración y entrega de 1er PIA de SEGUIMIENTO	

Fecha de elaboración: ____ / ____ / ____

1. DATOS PERSONALES

Datos del usuario/a del servicio

NOMBRE Y APELLIDOS (Alias)	
NIF/NIE	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD: ____ años
DOMICILIO	
MUNICIPIO	
ESTADO CIVIL	
TELÉFONO / MÓVIL	
OCUPACIÓN ANTERIOR	
ESTUDIOS TERMINADOS	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL QUE PROVOCA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ACTUAL	
GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO Y ESTADO DE LA TRAMITACIÓN	
FECHA DE ALTA SERVICIO ACTUAL E HISTORIAL DE ALTAS Y BAJAS PREVIAS	
PROGRAMAS, Nº SESIONES AL MES Y HORARIOS	Servicio SPAPD. Programas:

	Sesiones:
--	-----------

Datos del/la cuidador/a

NOMBRE Y APELLIDOS (Alias, parentesco)	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD: ___ años
DOMICILIO	
MUNICIPIO	
TELÉFONO / MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	
OCUPACIÓN ACTUAL Y/O PREVIA	
FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	
OBSERVACIONES (preferencia modalidad de contacto, aspectos legales, etc.).	

2. DATOS SOCIO SANITARIOS

RÉGIMEN DE ASISTENCIA SANITARIA	
Nº DE AFILIACIÓN	
MÉDICO DE CABECERA (centro y teléfono)	
MÉDICO ESPECIALISTA 1 (centro y teléfono)	
MÉDICO ESPECIALISTA 2 (centro y teléfono)	
OBSERVACIONES	

3. EQUIPO DE VALORACIÓN

PROFESIONAL 1

NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 2	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 3	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 4	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	

La información recopilada a lo largo de este PIA, así como las valoraciones, objetivos e intervenciones tendrán por fin último la prevención de las situaciones de dependencia, el apoyo e integración de la persona usuaria y fomentar su participación, mejorando así la calidad de vida y autonomía de la persona usuaria.

4. INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA

A continuación, se presenta información de aspectos **familiares, sociales y sanitarios** relevantes que han sido recabados a partir de entrevistas personales a (Nombre del usuario) y/o familiares en distintos momentos desde la fecha de alta y, también a partir de la documentación sociosanitaria que se dispone a fecha de hoy en el servicio:

Valoración sociofamiliar:

Mediante la valoración sociofamiliar se recopila aquella información relacionada con las áreas personales, familiares, sociales y sanitarias de la persona usuaria. Nos centramos en aspectos como:

Árbol de la familia, breve resumen de su Historia de Vida, unidad de convivencia, domicilio, relaciones familiares, educación, hobbies, redes de apoyo sociales (formales e informales), información/formación previa en materia de cuidados, tramitación de la Ley de Dependencia, otras ayudas económicas y/o reconocimientos sociales, etc.).

Información sanitaria (proveniente de informes de salud o de servicios de atención especializados):

Diagnósticos clínicos de salud importantes que han provocado su situación de dependencia: (a lo largo de su vida hasta la actualidad y si existe relación con algún hecho importante de su vida).

Datos de salud básicos: (alergias, dietas especiales... información útil para el servicio, etc.).

Otras patologías asociadas: (por ejemplo: Hernia discal, Diabetes, Artrosis, etc.).

Información de servicios especializados: (otros/as especialistas de relevancia; por ejemplo: Cardiología, Psiquiatría, etc.).

Tratamientos farmacológicos: (actual, historial de medicación – cuáles han funcionado-) y no farmacológicos (estimulación cognitiva, rehabilitación física, etc.)

Tratamientos no farmacológicos: (asistencia al servicio del SPAPD donde recibe los programas de... y otros servicios públicos y/o privados).

Ayudas técnicas y tratamientos de rehabilitación concretos:

Percepción que tiene la persona acerca de su estado de salud:

5. VALORACIÓN

La finalidad del presente apartado es **describir las valoraciones de las distintas áreas relacionadas con la Salud Cognitiva, Emocional, Física y Funcional** de la persona usuaria del SPAPD. Las valoraciones se han llevado a cabo de manera informal, creando un clima de normalidad y confianza, donde las personas se sientan cómodas y seguras. Además, éstas han sido integradas en las actividades y rutinas del día a día en el hogar, y en todo momento, se han ajustado a las circunstancias de salud de la persona a la que se presta el servicio (sustituir

por Don/Doña____), su manera de comunicarse, sus intereses e historias significativas, con el objetivo de promover actuaciones centradas en la prevención de la dependencia, así como el apoyo, la integración y fomento de la participación de la persona dependiente en su entorno.

El equipo de trabajo ha empleado una mirada positiva y centrada en soluciones, con una metodología adaptada a las circunstancias de cada persona mediante la observación directa, entrevistas de valoración y/o conversaciones informales a los familiares de la persona a la que se brinda atención y a ella misma en los distintos momentos compartidos en casa.

Asimismo, la redacción de este informe se ha realizado con un lenguaje comprensible y también ajustado a la realidad de cada familia con el objetivo de que sea un instrumento útil.

Programas del servicio en las que ha participado (se señalan los programas que se aplican a cada persona):

Programa de Estimulación Cognitiva.

Programa de Asesoramiento y Orientación para usuarios/as y familiares.

Programa de Formación en cuidados.

Programa de Promoción, Mantenimiento y Recuperación Funcional.

Programa de Terapia Ocupacional.

Programa de Apoyo Social.

Programa de asistencia y formación en tecnología de apoyo y adaptaciones.

Programa de Acompañamiento Activo.

SALUD COGNITIVA

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que las personas tengan un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que les permite desenvolverse en el mundo que le rodea. Estos procesos pueden verse afectados en mayor o menor medida por diversas causas (demencia, ictus, traumatismos, etc.), por lo que se hace fundamental evaluar el estado de cada una de ellas con el objetivo de adaptar lo máximo posible las actividades que se desarrollarán en el domicilio con la realidad de la persona. La psicóloga realizará dicha valoración de acuerdo con las siguientes áreas cognitivas:

Áreas cognitivas:

Áreas cognitivas	Metodología	Evaluación	Profesional
-------------------------	--------------------	-------------------	--------------------

Orientación. Atención/Concentración. Percepción. Lenguaje. Razonamiento. Cálculo. Memoria. Función ejecutiva. Praxias. Gnosias. Conciencia de dificultades.	Global deterioration Scale (GDS/FAST) de Reisberg. MEC de Lobo. Observación directa y participante en actividades del servicio. Conversaciones con usuario/a y/o familiar.	Resultados obtenidos en las pruebas: traspaso de puntos de corte test y escalas. Impresión clínica del evaluador. Información aportada por informantes. Revisión de informes y evaluaciones previas.	Psicólogo / a
---	---	---	---------------

(A continuación, se especifica la valoración del profesional en base a los indicadores señalados y la metodología mencionada. Se indican recomendaciones y orientaciones tanto para la familia como para otros/as profesionales).

SALUD EMOCIONAL

El hecho de que una persona se incorpore a una nueva actividad, sea del tipo que sea, supone que ésta debe adaptarse a los ritmos y rutinas que se establecen. Este periodo de adaptación es todavía más delicado cuando hablamos de personas mayores que estén conviviendo con algún tipo de demencia y/o situación de dependencia.

Por este motivo, evaluar la salud emocional de la persona tras los primeros contactos con los/as profesionales, así como durante el transcurso de las primeras sesiones en el domicilio se convierte en una acción fundamental dentro del Plan Individualizado de Atención. El objetivo de dicha evaluación es conocer el grado de ajuste de la persona usuaria con la “vida” que se desarrolla día a día.

Se realizará una Valoración Emocional cualitativa y observacional donde el/la psicólogo/a evaluará, el estado de ánimo predominante y los aspectos relacionales habituales en la persona usuaria, así como los propios del periodo de acogida, siendo estos: participación, actitud y valoración del periodo de adaptación.

Entre otros, centraremos la mirada en las siguientes áreas:

Áreas emocionales	Metodología	Evaluación	Profesional
Estado de ánimo. Fortalezas y estrategias de afrontamiento. Aspectos relacionales Actitud, motivación y participación. Otros.	Valoración emocional con mirada centrada en fortalezas. Observación directa y participante en actividades del servicio. Conversaciones con la persona usuaria y/o familiares.	Participación e interés en las sesiones. Impresión clínica evaluador y familiares.	Psicólogo/a

(A continuación, se especifica la valoración del profesional en base a los indicadores señalados y la metodología mencionada. Se indican recomendaciones y orientaciones tanto para la familia como para otros/as profesionales).

SALUD FÍSICA

La salud física es el estado de bienestar que posee una persona para realizar de manera más o menos autónoma las actividades básicas del día a día, tales como su cuidado e higiene personal, la alimentación, hasta actividades más complejas como la limpieza del hogar o realizar trámites administrativos; para poder realizar todo este tipo de actividades es necesario una buena condición física.

Así pues, la evaluación de la salud física se realizará mediante la observación de las diferentes capacidades para realizar las actividades del día a día en su hogar y de la aplicación de las escalas referidas en el recuadro inferior. El objetivo de dicha evaluación es conocer las capacidades físicas de la persona para ajustar las intervenciones que se desarrollarán en el domicilio e intentar mantener y/o mejorar la autonomía de la persona usuaria (sustituir por Don/Doña ____). Para ello, y además de conocer el informe médico en el cual se muestra las patologías y tratamientos con los que convive la persona, se realizará la valoración inicial por parte del/la fisioterapeuta durante la primera sesión en el domicilio, con apoyo y asesoramiento del/la terapeuta ocupacional.

Áreas de valoración física:

Áreas Físicas	Metodología
Balances articulares	Medición de amplitud articular con goniómetro.
Sensibilidad	Se evalúa la función sensitiva cortical. Evaluación de esteroagnosia, grafestesia y discriminación de dos puntos. Se observan alteraciones de la sensibilidad al dolor.
Estado de la piel y riesgo de úlceras a presión	Inspección y palpación
Marcha y equilibrio	Escala Tinetti. Time up and go.
Balances musculares	Observación directa utilizando como referencia la Escalas de Daniel's y Worthingham's.
Dolor	Entrevistas personales. Escala EVA. Palpación.
Coordinación	Observación directa de oscilación postural, dirección de control, asimetrías.

Motricidad fina	Observación directa utilizando como referencia la Escalas de Daniel's y Worthingham's.
Tono muscular	Observación y palpación directa o a través de la escala de Ashworth modificada para evaluación de la espasticidad.
Deformidades	Observación directa con péndulo.
Peso/sobrepeso	Índice de masa corporal o IMC.
Transferencias	Observación directa de las transferencias posturales.

(A continuación, se especifica la valoración del profesional en base a los indicadores señalados y la metodología mencionada. Se indican recomendaciones y orientaciones tanto para la familia como para otros/as profesionales).

SALUD FUNCIONAL

La capacidad funcional es la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan. Es la capacidad de ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles, interactuar en los entornos y realizar las adaptaciones necesarias para acomodarse a los cambios propios del ciclo vital. Pero no solo la capacidad de realizar las actividades determina la funcionalidad de la persona, sino la interacción en los múltiples entornos donde habita, entornos reales de ejecución de las actividades. Esta interacción entre las capacidades del individuo y su relación con el entorno es la capacidad funcional.

La capacidad intrínseca se articula como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función ya que es la que determina la expectativa y la calidad de vida, así como los apoyos o recursos que requerirá. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud. El/la terapeuta ocupacional realizará la valoración centrándose en:

Áreas funcionales	Metodología
-------------------	-------------

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

Bañarse/ ducharse, continencia, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, aseo e higiene en el inodoro.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Uso del transporte, Elaboración de comidas, Cuidado y limpieza del hogar, Realización de compras, Uso de sistemas de comunicación, Cuidado de otras personas, Cuidado de mascotas, Seguridad en el hogar, cuidado de la salud y manutención.

Descanso y sueño: descansar, dormir, prepararse para el sueño, participación en el sueño.

Participación Social: participación en la comunidad, participación en la familia, participación con amigos.

Ocio y Tiempo Libre: exploración del ocio, participación en el ocio.

Productos de apoyo: comunicación, visuales, movilidad, descanso, transferencias, aseo y baño, alimentación, seguridad y salud, vestido, órtesis y prótesis.

Accesibilidad del hogar: acceso a la vivienda, vestíbulos y pasillos, comedor, cocina, aseo, dormitorio, espacios exteriores, riesgos detectados, recomendaciones para la familia, aspectos generales.

Observación directa.

Valoración estructurada del desempeño ocupacional.

Registro de valoración de la accesibilidad del hogar.

Valoración de productos de apoyo.

Entrevistas a familiares y/o usuario/as.

Índice de Barthel.

Escala de Lawton y Brody.

(A continuación, se especifica la valoración del profesional en base a los indicadores señalados y la metodología mencionada. Se indican recomendaciones y orientaciones tanto para la familia como para otros/as profesionales).

COMUNICACIÓN, VOZ Y DEGLUCIÓN

La comunicación hace posible la relación con las personas de nuestro entorno y nos permite compartir ideas y sentimientos y convivir con los demás. La comunicación humana integra la comprensión y expresión del lenguaje verbal (oral, escrito y leído), así como también todas las formas de comunicación no verbal.

La deglución es el paso de sustancias desde la boca hacia el estómago. Es un proceso imprescindible para la alimentación y la hidratación por vía oral, que puede verse afectado por múltiples causas (entre ellas, la demencia) y requerir intervención logopédica para procurar que este proceso se realice de la mejor forma posible para la persona usuaria.

Las diferentes áreas de intervención en el ámbito de la logopedia serán evaluadas tanto de forma más específica, haciendo uso de diferentes tipos de screenings si fuera necesario, o a través de observación directa de las funciones a valorar. En cada caso, se indicará qué procedimiento se ha realizado.

Áreas de valoración logopédica:

Áreas logopédicas	Metodología
<p>Habla, lenguaje y comunicación</p> <p>Voz</p> <p>Deglución</p>	<p>Escalas</p> <p>Recursos gráficos</p> <p>Observación directa y participante</p> <p>Conversaciones</p>

Habla, lenguaje y comunicación:

(Breve descripción del caso, anamnesis, screenings y baterías pasadas, etc...)

Comprensión:

Expresión:

Aspectos prosódicos del habla:

Voz:

Deglución:

(A continuación, se especifica la valoración del profesional en base a los indicadores señalados y la metodología mencionada. Se indican recomendaciones y orientaciones tanto para la familia como para otros/as profesionales).

6. PLAN DE VIDA

De acuerdo con las valoraciones en las áreas de Salud Social, Cognitiva, Emocional, Física y Funcional y, a fin de contribuir a la consecución de la mayor autonomía funcional posible, a la prevención de la dependencia, al apoyo e integración de la persona usuaria, las relaciones con la familia y al fomento de su participación, se especifican los siguientes objetivos en función de los distintos Programas del Plan de Intervención General del servicio:

Objetivos:

- **Salud social:**

- **Salud Cognitiva:**

- **Salud Emocional:**

- **Salud Física:**

- **Salud funcional:**

- **Salud de la Comunicación, Voz y Deglución:**

Programas, servicios y actividades propuestas:

Programa de Estimulación Cognitiva:

Programa de Asesoramiento y Orientación para familiares y/o usuarios:

Programa de Promoción, Mantenimiento y Recuperación Funcional:

Programa de Terapia Ocupacional:

Programa de asistencia y formación en tecnología de apoyo y adaptaciones:

Programa de Apoyo social:

Programa de Acompañamiento Activo:

Programa de Logopedia:

Pautas de apoyo para la realización de las ABVD (intervenciones para la mejora o mantenimiento de la capacidad para realizar las ABVD, asesoramiento, orientación en ABVD, etc.):

-
-

Recomendaciones para la familia:

Recordar mantener actualizada la información de salud y el tratamiento farmacológico actualizado.

Debido a la situación de pandemia generada por el COVID-19, se recomienda a la familia y cuidadoras, mantener todas las medidas de higiene sanitarias, tales como uso de mascarillas, higiene de manos, distancia de seguridad, evitar visitas al domicilio de carácter innecesario. Para, de esta manera, disminuir el riesgo de posible contagio.

Evolución y seguimiento de este informe:

Tras la evaluación inicial al dar comienzo al servicio, se realizarán evaluaciones de seguimiento cada 6 meses como mínimo o cuando hayan cambiado las circunstancias personales, de salud, físicas, funcionales o cognitivas de la persona usuaria o así se recomiende.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZADO

La persona usuaria(sustituir por Don/Doña____), sus familiares y/o personas cuidadoras están informadas y están conformes con las valoraciones propuestas.

En _____, a ____ de _____ 202__.

<p>Fdo.: _____ Trabajador/a social Nº de Colegiado/a:</p>	<p>Fdo.: _____ Fisioterapeuta Nº de Colegiado/a:</p>
<p>Fdo.: _____ Psicólogo/a Nº de Colegiado/a:</p>	<p>Fdo.: _____ Terapeuta Ocupacional Nº de Colegiado/a:</p>
<p>Fdo.: _____ Persona usuaria / Cuidador/a / representante legal Nombre y apellidos: _____</p>	

ANEXO II: Modelo Plan Individualizado de Atención (PIA) seguimiento

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA)
INFORME SEGUIMIENTO**

Trabajadora Social Gestora del Caso	
Fecha Máxima de elaboración y entrega PIA de SEGUIMIENTO	

Fecha de elaboración: / /

1. DATOS PERSONALES

Datos de la persona usuaria

NOMBRE Y APELLIDOS (Alias)	
-----------------------------------	--

NIF/NIE	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD: ___ años
DOMICILIO	
MUNICIPIO	
TELÉFONO / MÓVIL	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL QUE PROVOCA LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ACTUAL	
GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO Y ESTADO DE LA TRAMITACIÓN	
FECHA DE ALTA SERVICIO ACTUAL E HISTORIAL DE ALTAS Y BAJAS PREVIAS	
PROGRAMAS, Nº SESIONES AL MES Y HORARIOS	

Datos la persona cuidadora

NOMBRE Y APELLIDOS (Alias, parentesco)	
DOMICILIO	
MUNICIPIO	
TELÉFONO / MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	
OBSERVACIONES (preferencia modalidad de contacto, aspectos legales, etc.).	

2. DATOS SOCIO SANITARIOS

Nº DE AFILIACIÓN	
MÉDICO DE CABECERA (centro y teléfono)	
MÉDICO ESPECIALISTA 1 (centro y teléfono)	

MÉDICO ESPECIALISTA 2 (centro y teléfono)	
OBSERVACIONES	

3. EQUIPO DE VALORACIÓN

PROFESIONAL 1	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 2	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 3	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	
Nº DE COLEGIACIÓN	
PROFESIONAL 4	
NOMBRE Y APELLIDOS	
CATEGORÍA PROFESIONAL	
NIF/NIE	

Nº DE COLEGIACIÓN	
-------------------	--

La información recopilada a lo largo de este PIA, así como las valoraciones, objetivos e intervenciones tendrán por fin último la prevención de las situaciones de dependencia, el apoyo e integración de la persona usuaria y fomentar su participación, mejorando así la calidad de vida y autonomía de la persona usuaria.

4. INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA

A continuación, se especificarán los cambios más significativos relacionados con la **situación social y sanitaria** de la persona usuarias acontecidas en los últimos seis meses:

Información familiar y social:

Breve resumen de los cambios en relaciones familiares, cambios de domicilio o adaptaciones en el domicilio habitual (accesibilidad) y cómo éstos han influido, etc.

Nuevas fortalezas y apoyos que favorezcan en las relaciones familiares, cambios en redes de apoyo social (amistades, otras redes...).

Cambios en los aspectos educativos y ocupacionales fuera y dentro del domicilio (nuevos hobbies e intereses).

Cambios en relación a tramitación de prestaciones de la Ley de Dependencia u otras ayudas sociales y/o aspectos legales.

Adaptación a situación COVID y medidas de nuestro PPC (protocolo de prevención de Contagios).

Información sanitaria:

Según los informes de los servicios primarios y de atención especializada entregados por las familias en los últimos 6 meses, se observan los siguientes **cambios**:

“No se dispone de información de salud actualizada respecto de nuestro último informe”.

Diagnósticos clínicos de salud importantes que han provocado su situación de dependencia: (diagnósticos importantes relacionados con su situación actual de dependencia, o en contra, envejecimiento saludable, etc. - Añadir fecha del año de diagnóstico manualmente, por ejemplo: demencia tipo Alzheimer (05/02/2016).

Datos de salud básicos: (siguiendo el orden: dieta y alimentación, hidratación, alergias, riesgo de caídas, atención a la incontinencia, necesidad de productos de apoyo, prevención de úlceras por presión).

Otras patologías asociadas: (enfermedades importantes, crónicas o asociadas a la patología que provoca la situación de dependencia, diabetes, UPP, colesterol, etc.).

Información de servicios especializados: (por ejemplo, información del servicio de neurología, resumen de los informes de especialistas y fecha del mismo, etc.

Tratamientos farmacológicos: (actualizando -últimos 6 meses-, ponemos la fecha y la medicación en mayúscula. Ejemplo: PARACETAMOL 1GR (1-0-1).

Tratamientos no farmacológicos: (asistencia al servicio del SPAPD donde recibe los programas de... y otros servicios públicos y/o privados).

Ayudas técnicas y tratamientos de rehabilitación concretos:

Percepción que tiene la persona acerca de su estado de salud:

5. VALORACIÓN

A continuación, se mostrarán los cambios, logros y mejoras más significativas de la **Vida Cognitiva, Emocional, Física y Funcional** de **(D/Dª y poner nombre usuario/a)** en los últimos seis meses.

La información para las valoraciones ha sido recabada entre todas las personas del equipo de Affa que intervienen con la persona usuaria, durante la prestación del servicio.

SALUD COGNITIVA

(Se refleja la valoración semestral así como recomendaciones y objetivos reajustados según la situación actual de la persona usuaria).

SALUD EMOCIONAL

(Se refleja la valoración semestral así como recomendaciones y objetivos reajustados según la situación actual de la persona usuaria).

SALUD FÍSICA

(Se refleja la valoración semestral así como recomendaciones y objetivos reajustados según la situación actual de la persona usuaria).

SALUD FUNCIONAL

(Se refleja la valoración semestral así como recomendaciones y objetivos reajustados según la situación actual de la persona usuaria).

SALUD COMUNICACIÓN, VOZ Y DEGLUCIÓN

(Se refleja la valoración semestral así como recomendaciones y objetivos reajustados según la situación actual de la persona usuaria).

6. PLAN VIDA

De acuerdo con las valoraciones en las áreas de Salud Social, Cognitiva, Emocional, Física y Funcional y, a fin de contribuir a la consecución de la mayor autonomía funcional posible, a la prevención de la dependencia, al apoyo e integración de la persona usuaria, las relaciones con la familia y al fomento de su participación, se especifican los siguientes objetivos en función de los distintos Programas del Plan de Intervención General del servicio:

Objetivos:

- **Salud Social:**
- **Salud Cognitiva:**
- **Salud Emocional:**
- **Salud física:**
- **Salud funcional:**

Programas, servicios y actividades propuestas:

Programa de Estimulación Cognitiva:

Programa de Asesoramiento y Orientación para familiares y/o usuarios:

Programa de Promoción, Mantenimiento y Recuperación Funcional:

Programa de Terapia Ocupacional:

Programa de asistencia y formación en tecnología de apoyo y adaptaciones:

Programa de Apoyo social:

Programa de Acompañamiento Activo:

Programa de Logopedia:

Pautas de apoyo para la realización de las ABVD (intervenciones para la mejora o mantenimiento de la capacidad para realizar las ABVD, asesoramiento, orientación en ABVD, etc.):

-
-

Recomendaciones para la familia:

Recordar mantener actualizada la información de salud y el tratamiento farmacológico actualizado.

Debido a la situación de pandemia generada por el COVID-19, se recomienda a la familia y cuidadoras, mantener todas las medidas de higiene sanitarias, tales como uso de mascarillas, higiene de manos, distancia de seguridad, evitar visitas al domicilio de carácter innecesario. Para, de esta manera, disminuir el riesgo de posible contagio.

Evolución y seguimiento de este informe:

Tras la evaluación inicial al dar comienzo al servicio, se realizarán evaluaciones de seguimiento cada 6 meses como mínimo o cuando hayan cambiado las circunstancias personales, de salud, físicas, funcionales o cognitivas de la persona usuaria o así se recomiende.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZADO

La persona usuaria(sustituir por Don/Doña ____), sus familiares y/o personas cuidadoras están informadas y están conformes con las valoraciones propuestas.

En _____, a ____ de _____ 202__.

Fdo.: _____ Trabajador/a social Nº de Colegiado/a: _____	Fdo.: _____ Fisioterapeuta Nº de Colegiado/a: _____
Fdo.: _____ Psicólogo/a Nº de Colegiado/a: _____	Fdo.: _____ Terapeuta Ocupacional Nº de Colegiado/a: _____
Fdo.: _____ Persona usuaria / Cuidador/a / representante legal Nombre y apellidos: _____	

ANEXO III: Registro semanales

REGISTRO SEMANAL					
Mes / año	abril 2024	Profesional		Fecha Revisión	
Semana	del 1 al 5	Categoría		Profesional	Psicología
Terapeuta Ocupacional		Profesional		Profesional	
nº	Usuario/a	Resumen de las sesiones	Observaciones	Alteraciones (estado de ánimo, actitud, malestar, etc.)	Pautas o consejos para la familia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

ANEXO IV: Programación de talleres 2024-2025

PROGRAMACIÓN TALLERES 2024/2025		
FECHA	NOMBRE TALLER	MUNICIPIO
23/01/24	Laboratorio emocional: la tristeza	Puerto del Rosario
06/02/24	Laboratorio emocional: la ira	Puerto del Rosario
05/03/24	Laboratorio emocional: el miedo	Puerto del Rosario
02/04/23	Laboratorio emocional: la alegría	Puerto del Rosario
24/05/2024	Demencias avanzadas	Pájara
13/06/2024	Resiliencia en el Cuidado	Antigua
10/07/2024	Manejo no farmacológico en demencias vasculares y sobrevenidas	Puerto del Rosario
11/07/2024	Demencias vasculares y Daño Cerebral Adquirido	Puerto del Rosario
07/08/2024	Resiliencia en el Cuidado	Tuineje
25/09/2024	Pautas para el manejo físico en personas con gran dependencia	La Oliva
16/10/2024	Musicoterapia	Betancuria
21/11/2024	Precongreso cuidadoras	Puerto del Rosario
18/12/2024	Taller de relajación	Tuineje
22/1/2025	Derechos y deberes en el ámbito de los Cuidados	La Oliva
19/2/2025	Activando cuerpo-mente	Pájara
19/3/2025	Duelo	Puerto del Rosario
16/4/2025	Duelo	Betancuria
14/5/2025	Duelo	Tuineje
<p>Esta programación estará sujeto a modificaciones, en función de los ponentes, los espacios, así como posibles alternativas novedosas que puedan ser beneficiosas para las</p>		

personas cuidadoras

ANEXO V: Colaboraciones en la cesión de espacios.

ESPACIO	MUNICIPIO	LOCALIZACIÓN	UTILIZACIÓN	COLABORACIÓN
Centro de Atención a la Discapacidad - Sala de las flores	Puerto del Rosario	C/Aragón, 113	-Grupos de apoyo mutuo -Talleres -Actividades de ocio	Cabildo de Fuerteventura
Sociedad de Fomento y Recreo "Unión de Antigua" - Antigo Casino	Antigua	C/La Cruz o C/Virgen de Antigua nº9	-Grupos de apoyo mutuo -Talleres	Unión de Antigua
Centro Cultural	La Oliva	C/Francisco Fuentes Martín 11	-Talleres	Asociación Cultural Raíz del Pueblo
Centros social / Hogar del pensionista	Pájara	Plaza Constitución 10, bajo.	-Talleres	Ayuntamiento de Pájara
Centro de mayores	Betancuria	C/ Valtarajal S/N	-Talleres	Ayuntamiento de Betancuria
Centro Cultural Vega de Río Palmas	Betancuria	C/ San Sebastián, 11	-Talleres	Ayuntamiento de Betancuria
Centro polivalente del Valle de Santa Inés	Betancuria	C/ Rey Abán S/N	-Talleres	Ayuntamiento de Betancuria
Salón de plenos de Servicios Sociales - Gran Tarajal	Tuineje	C/Isa Majorera S/N Bajo	- Grupos de Apoyo Mutuo	Ayuntamiento de Tuineje
Biblioteca municipal de Gran Tarajal	Tuineje	C/Atis Tirma S/N	- Taller	Cabildo de Fuerteventura
Salón de actos de la antigua Universidad Popular	Puerto del Rosario	C/Dr Fleming, 1	- Jornadas del día del Alzheimer (formaciones/talleres)	Cabildo de Fuerteventura
Aula de Uned	Puerto del Rosario	Palacio de Formación y Congresos, planta 3 Plaza del Centenario del Cabildo nº 1	- Formaciones	Universidad Nacional de Educación a Distancia - UNED
Despacho - Antigo mercado municipal	Tuineje	C/Matías López S/N	- Apoyos emocionales - Apoyos sociales	Ayuntamiento de Tuineje

			- Recepción de documentación	
Antigua oficina de extensión agraria de Gran Tarajal	Tuineje	C/León y Castillo	- Grupos de apoyo mutuo	Cabildo de Fuerteventura

ANEXO VI: Funciones del equipo.

FUNCIONES DEL PERFIL DE PSICOLOGÍA
Realizar los tratamientos psicoterapéuticos, tanto individuales como de grupo a todas las personas usuarias.
Seguimiento y evaluación de la aplicación del tratamiento que se realice.
Participar con el equipo interdisciplinar en la elaboración de las valoraciones psicológicas y en la atención que precisen las personas usuarias.
Realizar el programa de estimulación cognitiva.
Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en el entorno.
Elaboración, seguimiento y evaluación de la programación de actividades a desarrollar dentro de los programas del PIA a desarrollar con las personas usuarias, junto al equipo técnico.
Realización de las valoraciones cognitivas y emocionales de cara a plantear los objetivos del PIA de cada persona usuaria.
Diseño y redacción del PIA, especificando objetivos a nivel cognitivo y emocional, así como las líneas de intervención de las personas usuarias en el servicio.
Supervisión de la implementación del Programa de Estimulación Cognitiva, e implementación de los programas de Asesoramiento, Orientación y/o Formación a personas dependientes y/o sus familiares, proporcionando la atención psicológica necesaria según las demandas.
Realización de las intervenciones psicológicas y apoyo emocional según demandas particulares.
Realización de los registros de seguimiento y las valoraciones de las áreas en las que interviene (cognitiva y emocional).
Participación en sesiones de coordinación del funcionamiento del servicio, y/o en las reuniones de Análisis de casos.
Comunicación, en caso de ser necesario, con otro/as profesionales sociosanitarios de otros recursos comunitarios.
Participación en programas formativos de los servicios.
Planificación de las sesiones en función de la disponibilidad de las familias y la ruta de trabajo.
Puesta en conocimiento de la coordinación/ dirección de cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo del centro.

FUNCIONES DEL PERFIL DE FISIOTERAPIA
Realizar los tratamientos y técnica rehabilitadora que se prescriban
Participar, cuando se le pida, en el equipo multiprofesional del servicio para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
Hacer el seguimiento y la evaluación de la aplicación de tratamiento que realice.
Conocer, evaluar e informar y cambiar, en su caso, la aplicación del tratamiento de su especialidad, cuando se den, mediante la utilización de recursos ajenos.
Conocer los recursos propios de su especialidad en el ámbito territorial.

Participar en juntas y sesiones de trabajos que se convoquen en el servicio
Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de las personas usuarias e instituciones
Asesorar al equipo de profesionales que lo necesiten sobre pautas de movilizaciones y los tratamientos en los que tengan incidencia las técnicas fisioterapeutas.
Realización de las valoraciones del estado de salud físico y funcional de las personas usuarias.
Valoración de las necesidades físicas y funcionales para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (marcha, equilibrio, riesgo de caídas, apoyo en la higiene personal, hidratación, alimentación, control de esfínteres, riesgo de úlceras por presión, etc.).
Establecimiento de medidas de promoción, prevención y atención de la incontinencia, higiene personal, riesgo de caídas y de todas aquellos aspectos de salud necesarios que guíen el quehacer diario del resto de profesionales.
Elaboración y redacción del PIA, especificando objetivos a nivel físico y funcional, así como el establecimiento de las líneas de intervención en las distintas actividades y programas de los servicios que se presten a las personas usuarias
Implementación de los Programas de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, Programa de asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones y Programa de Formación y Asesoramiento.
Realización de las intervenciones de rehabilitación físico-fisioterapéuticas individuales y grupales del servicio.
Realización de los registros de seguimiento y las valoraciones de las áreas en las que interviene (física y funcional)
Atención y supervisión de los posibles signos de alarma (quejas físicas, dolor, temperatura, tensión...) de las personas con diagnóstico neurodegenerativo en momentos puntuales durante la estancia en el servicio.
Seguimiento y evaluación de los programas y actividades de su competencia.
Participación en sesiones de coordinación y seguimiento de las intervenciones llevadas junto al resto del equipo.
Detección precoz de alteraciones de salud.
Comunicación, en caso de ser necesario, con los equipos profesionales sanitarios de otros recursos comunitarios.
Supervisión y mantenimiento de los materiales y utensilios necesarios en la aplicación de los programas (de cuya aplicación es responsable) y detección de necesidades de compra, para su posterior traslado a la coordinación del servicio.
Proporcionar educación sanitaria de su ámbito profesional al personal del servicio.
Participación en el Plan Anual de Formación siempre que le sea requerido.
Puesta en conocimiento de la coordinación/ dirección de cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo del servicio.
Planificación de las sesiones en función de la disponibilidad de las familias y la ruta de trabajo.

FUNCIONES DEL PERFIL DE TERAPIA OCUPACIONAL

Participar en el plan general de actividades del servicio.

Realizar intervenciones propias de Terapia Ocupacional, como son el entrenamiento, mantenimiento y desarrollo de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, el trabajo, la educación, el ocio y la participación social. Así como la rehabilitación/habilitación de las personas usuarias, la recuperación y/o mantenimiento de sus capacidades de relación con el entorno o de las actividades ocupacionales, así como la elaboración, adaptación y entrenamiento en el uso de órtesis, prótesis y productos de apoyo.
Participar en las áreas de ocio y tiempos libres de las personas usuarias del servicio.
Participar junto con el resto del equipo multidisciplinar en la evaluación y seguimiento del proceso recuperador o asistencial de las personas usuarias del servicio.
Colaborar en las materias de su competencia (rehabilitación de las áreas de ocupación, prescripción de productos de apoyo, adaptaciones, accesibilidad, ergonomía, economía articular, movilización funcional e información a las familias de las personas usuarias) en los programas que se realicen de formación e información a las familias.
Realización de las valoraciones sociales, ocupacionales, cognitivas y funcionales de cara a plantear los objetivos del PIA de la persona usuaria.
Elaboración y redacción del PIA, especificando objetivos a nivel funcional y cognitivo (si procede).
Establecimiento de pautas e implementación del Programa de Terapia Ocupacional, Programa de Asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones y Programa de Formación y Asesoramiento.
Organización y estructuración de actividades funcionales, entrenamiento de la vida diaria, de educación del tiempo libre y/o de ocio y participación social en la vida de la persona.
Seguimiento y evaluación de las actuaciones de los programas que supervisa e implementa.
Participación en sesiones de coordinación y seguimiento de las intervenciones llevadas a cabo junto al resto del equipo.
Coordinación, en caso de ser necesario, con el equipo de profesionales sanitarios de otros recursos comunitarios.
Supervisión y mantenimiento de los materiales y recursos que se necesiten durante el programa y detección de necesidades de compra, para su posterior traslado a la coordinación del servicio.
Participación en el programa formativo del servicio.
Puesta en conocimiento de la coordinación/dirección de cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo del servicio.
Planificación de las sesiones en función de la disponibilidad de las familias y la ruta de trabajo.
Realización de los registros de seguimiento y las valoraciones de las áreas en las que interviene (cognitiva, física y funcional)

FUNCIONES DEL PERFIL DE ATENCIÓN DIRECTA (TIS; TAS, TAPSD, Aux. de enfermería, TASOC)
Conocer, proponer y hacer operativos los procesos de intervención cultural en sus vertientes de gestión y educativa.
Establecer relaciones entre los ámbitos cultural y educativo con los procesos sociales y económicos
Acceder a las fuentes de información y procedimientos para obtener recursos necesarios y poner en marcha procesos culturales
Coordinación con profesionales de diversa cualificación a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención cultural

Ejecución y realización de presupuestos de proyectos y programas varios, así como realización de los informes y evaluaciones pertinentes.
Realización de programas y proyectos específicos.
Fomentar el desarrollo integral las personas usuarias mediante la acción lúdico-educativa.
Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a las personas usuarias en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo personal y grupal.
Motivar a las personas usuarias ante la importancia de su participación para conseguir su integración y relación positiva con el entorno.
Responsabilidad ante cualquier incidencia que surja, en cualquier tipo de labor propia o del personal de animación sociocultural.
Reuniones periódicas con el resto del equipo, así como con responsables de los diferentes programas.
Coordinar el voluntariado y alumnado en prácticas de animación sociocultural.
Realizar actividades de docencia, charlas y ponencias que guarden relación con esta categoría profesional.
Participar en el plan general de actividades y presupuestos de los diferentes servicio.
Coordinar grupos de trabajo, actividades y presupuestos de animación sociocultural.
Comunicar a la coordinación/dirección las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de sus funciones
Aplicación del Programa de Estimulación Cognitiva, Programa de Terapia Ocupacional y demás Programas correspondientes al Plan de Intervención del servicio al que esté adscrito/a, siguiendo las pautas marcadas por los perfiles de psicología y terapia ocupacional del servicio.
Planificación, diseño, ejecución y evaluación de actividades y dinámicas para el desarrollo de los programas de intervención del servicio
Escucha y acogida de las demandas y expectativas de la persona usuaria y de sus familiares.
Control del uso de los materiales didácticos, así como detección de necesidades de los mismos para su posterior traslado a la coordinación del servicio.
Registro y seguimiento de las intervenciones diarias que se desarrollen.
Participación en sesiones de coordinación y seguimiento de las intervenciones desarrolladas junto al resto del equipo.
Participación en programas formativos del servicio.
Comunicación a la dirección o coordinación del servicio de cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la actuación del servicio encomendado.
Planificación de las sesiones en función de la disponibilidad de las familias y la ruta de trabajo.
Acogida y despedida de las personas usuarias a la llegada y salida del servicio.

FUNCIONES DEL PERFIL DE TRABAJO SOCIAL

Planificar y organizar el trabajo social del servicio mediante una adecuada programación de objetivos y

racionalización del trabajo.
Atender en el proceso de ingreso y realizar la historia y ficha social de la persona usuaria.
Colaborar y realizar aquellos estudios encaminados a investigar los aspectos sociales relativos a las personas usuarias
Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de las personas usuarias y los que le sean pedidos por la dirección del centro. Facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social.
Realizar atención directa, tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del servicio y de su entorno.
Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de las personas usuarias al servicio.
Coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural
Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a las personas usuarias principalmente con las entidades e instituciones
Promover la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y sanitarios al objeto de establecer cauces de comunicación
Participar, con el equipo multiprofesional o departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten las personas usuarias.
Informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el servicio
Informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el servicio
Recabar la información social-legal y familiar necesaria.
Valoración de las necesidades sociales en función de los apoyos y recursos sociosanitarios disponibles.
Participación en la redacción y seguimiento de las áreas sociales pertinentes del PIA.
Recepción y control de la documentación de cada persona usuaria. Gestión de la tramitación administrativa del servicio, formalización del alta y mantenimiento actualizado del expediente correspondiente.
Implementación de los programas de Asesoramiento y Apoyo Social, así como del Programa de Atención Social.
Asesorar e informar sobre derechos y recursos sociales existentes en la comunidad, así como sobre cómo acceder y tramitar ayudas y recursos municipales existentes.
Derivar, en el caso necesario, las solicitudes de otros ámbitos competenciales hacia recursos de zona especializados. Reorientación y derivación a otros recursos en caso de baja .
Coordinación con los recursos sociosanitarios de la zona y velar por el mantenimiento de una comunicación fluida y constante con sus interlocutores.
Diseño, redacción de memorias y evaluación de programas y proyectos sociales de desarrollo en el servicio.
Participación en las reuniones de seguimiento de los programas de su competencia con el equipo de profesionales y/o personas usuarias y sus familiares.
Puesta en conocimiento de la coordinación/dirección de cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo del servicio.

Realización de los registros de seguimiento y las valoraciones de las áreas en las que interviene (socio-familiar, legal, situación de dependencia...etc)

Planificación de las sesiones en función de la disponibilidad de las familias y la ruta de trabajo.

ANEXO II: PLAN DE FINAACIACIÓN

CONCEPTO	AÑO 2024
APORTACIÓN CABILDO DE FUERTEVENTURA (99,83%)	425.000,00€
APORTACIÓN ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA (0.17%)	742,01€
TOTAL	425.742,01€

ANEXO III: MODELO DE CERTIFICADO DE GASTOS

CERTIFICA

Que según los datos obrantes en los registros contables de la **ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS** en el Convenio de colaboración suscrito con el Cabildo de Fuerteventura para la ejecución del programa denominado: "**PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS**", ascienden en el año 2024 ade Euros, desglosados según el siguiente detalle:

PROGRAMA : " PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS "	
<i>Gastos de Personal</i>	
<i>Gastos Corrientes (servicios, actividades, suministros, alquiler, etc)</i>	
TOTAL	

Y para que así conste ante el Cabildo de Fuerteventura expido la presente por Orden y con el Visto Bueno de la Presidente /a de la **ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

a de de 2.0__

VºBº EL/LAPRESIDENTE/A

EL/LA TESORERO SECRETARIO./

DE LA ASOCIACIÓN

Fdo.:

Fdo.:

ANEXO IV: MODELO DE CUENTA JUSTIFICATIVA

Cabildo Insular de Fuerteventura		Consejería:	
Denominación	del	Convenio	:
Año:			

Datos de identificación del beneficiario

Nombre del beneficiario (persona física o Entidad):			
Nombre del representante legal de la entidad:			
Cargo:			
Domicilio:		C.P.:	Localidad:
Teléfono:		Fax:	e-mail:
C.I.F. de la entidad:		DNI / NIF:	

Datos de la persona que certifica

Nombre:			
Cargo:			
Domicilio a efectos de notificación:			
C.P.:	Localidad:		DNI/ NIF:
Teléfono:		Fax:	e-mail:

Relación de Justificantes que se adjuntan:

2.1. Gastos Salariales:

FECHA	CONCEPTO	COSTE SALARIO BRUTO	COSTE SEGURIDAD SOCIAL	COSTE TOTAL

2.2. Gastos corrientes

PROVEEDOR	FECHA FACTURA	Nº FACTURA	IMPORTE	CONCEPTO

2.3. Gastos Totales:

PERIODO DE JUSTIFICACIÓN	CONCEPTO	IMPORTE
De 1 de Enero de 2024 a 31 de Mayo de 2025	GASTOS DE PERSONAL	
De 1 de Enero de 2024 a 31 de Mayo de 2025	GASTOS CORRIENTES	
TOTAL GASTOS DEL PROGRAMA		
APORTACIÓN DEL CABILDO DE FUERTEVENTURA		
APORTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AFFA FUERTEVENTURA		

En Puerto del Rosario , ade.....202

Vº Bº EL PRESIDENTE

EL TESORERO/A/- SECRETARIO/A

Fdo.:

Fdo.:

ANEXO V: MEMORIA JUSTIFICATIVA.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD

- NOMBRE DE LA ENTIDAD.

- CIF:

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

2.1.: NOMBRE DEL PROGRAMA

2.2.: SUBVENCIÓN SOLICITADA: _____ €

2.3.: COFINANCIACIÓN: _____ € , _____ %

2.4.: TOTAL DE PRESUPUESTO: _____ €

2.5.: TOTAL DE PRESUPUESTO JUSTIFICADO: _____ €

2.7.: APORTACIÓN PROPIA JUSTIFICADA: _____ €

3.- DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL COLECTIVO OBJETO DE ATENCIÓN:

PERSONAS BENEFICIARIAS TOTAL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	PERSONA NO BINARIA
Personas beneficiarias directas				
POR MUNICIPIOS				
ANTIGUA				
BETANCURIA				
LA OLIVA				
PÁJARA				
PUERTO DEL ROSARIO				
TUINEJE				
POR EDAD				
Menor de 12 años				
De 13 a 18 años				
De 19 a 30				
De 31 a 50				
Mayores de 50				
Personas beneficiarias indirectas				

4.- ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD 1: Descripción exhaustiva de la actividad realizada, plazo de ejecución, detallando el grado de realización y número total de personas participantes/beneficiarias desagregadas según sexo y edad. Indicar:

Nombre de la actividad (Indicar en cada caso)

PREVENTIVA,	PROMOCIONAL	ASISTENCIAL.

Fecha de ejecución:

Horario:

Días de la semana:

Lugar:

Descripción exhaustiva de la actividad detallando el grado de realización:

Número total de personas participantes/beneficiarias por municipios
 Número de personas participantes/beneficiarias hombres:
 Número de personas participantes/beneficiarias mujeres:
 Número de personas participantes/beneficiarias : no binarias.

ACTIVIDAD 2: Descripción exhaustiva de la actividad realizada y su plazo de ejecución, detallando el grado de realización y número total de personas participantes/beneficiarias desagregadas según sexo y edad.

Nombre de la actividad:

Preventiva, promocional y asistencial. Indicar en cada caso

Fecha de ejecución:

Horario:

Días de la semana:

Lugar:

Descripción exhaustiva de la actividad detallando el grado de realización:

Número total de personas participantes/beneficiarias por municipios

Número de personas participantes/beneficiarias hombres:

Número de personas participantes/beneficiarias mujeres:

ETC.

5.- OBJETIVOS PREVISTOS. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PROYECTO/PROGRAMA SUBVENCIONADO. (En caso de no cumplimiento de algunos de ellos o cumplimiento parcial, las causas deberán estar detalladas en el apartado de desviaciones).

OBJETIVO	INDICADOR	CUMPLIMIENTO	DESVIACIONES

6.- COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS:

(descripción de los recursos y formas de coordinación. Cuando se realicen

actividades en los centros educativos, ha de aportarse certificado del Centro acreditativo de la ejecución de la actividad)

7. RECURSOS HUMANOS:

7.1. PROFESIONALES

Nº DE PROFESIONALES Y CATEGORÍA PROFESIONAL	TIPO DE CONTRATO (Contrato laboral o arrendamiento de servicios)	HOMBRES	MUJERES	NO BINARIO	TOTAL

7.2. VOLUNTARIADO

Nº VOLUNTARIADO	HOMBRES	MUJERES	NO BINARIO

9.- VALORACIÓN DEL PROGRAMA: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO, EL ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS

10.- PROPUESTAS DE MEJORA

11. CONSTATACIÓN DOCUMENTAL DE LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SUBVENCIONADA (soporte fotográfico de las actividades y de eventos, registro de personas asistentes y docentes, material informativo, notas de prensa, etc) .”

AUTORIZAR Y DISPONER el gasto , por importe de **CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL EUROS (425.000,00€)** con cargo a la aplicación presupuestaria

20210 2310A 4890924 denominada: **CONVENIO AFFA FUERTEVENTURA PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYO A CUIDADORES/AS** (RC N° de operación **220240000452** y **número de referencia 22024001150**), a favor de la ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS , con C.I.F., N° G-76365618.

Dar traslado de la presente Resolución, a la entidad ASOCIACIÓN DE FUERTEVENTURA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Así lo manda y firma el/la Consejero/a Insular del Cabildo de Fuerteventura

Contra la presente Resolución, que no pone fin a la vía administrativa, cabe interponer recurso de alzada ante el órgano que ha dictado esta resolución o bien ante la Presidencia del Cabildo Insular de Fuerteventura. En todo caso será esta última la competente para resolverlo. El plazo para la interposición del recurso de alzada será de un mes al ser éste un acto expreso. Transcurrido dicho plazo sin haberse interpuesto el recurso, la presente resolución será firme a todos los efectos. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución del recurso de alzada será de tres meses. Transcurrido este plazo sin que recaiga resolución, se podrá entender desestimado el recurso, salvo en el supuesto previsto en el artículo 24.1, tercer párrafo de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Contra la resolución de un recurso de alzada no cabrá ningún otro recurso administrativo, salvo el recurso extraordinario de revisión, en los casos establecidos en el artículo 125.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.