



CITTA' DI TORINO
CIRCOSCRIZIONE 10
MIRAFIORI SUD

PROGETTO

ESSERE ANZIANI A MIRAFIORI SUD

bisogni risorse opportunità per vivere meglio in una comunità solidale

Introduzione

Uno dei processi di maggior rilievo in corso nei paesi industrializzati è l'**invecchiamento demografico**. Entro il 2050, si prevede che più di un quarto (27%) della popolazione europea avrà 65 anni o più (WHO, 2012). Sia in Italia, considerato uno dei paesi più vecchi al mondo, che in Europa, i cittadini anziani rappresentano una fascia consistente di popolazione poiché le aspettative di vita per donne e uomini sono sensibilmente aumentate. Le donne costituiscono la grande maggioranza degli anziani, soprattutto di quelli di età più avanzata: attualmente ci sono 2,5 donne per ogni uomo nella fascia di età di 85 anni e più e tale divario è destinato ad aumentare nel prossimo futuro (WHO, 2012).

Sebbene il processo di invecchiamento della popolazione sia fisiologico e inevitabile nella transizione demografica di un paese, l'attuale andamento demografico ha conseguenze negative di tipo economico, sociale e sanitario. Molti anziani infatti vivono in una condizione di **fragilità, vulnerabilità, solitudine e isolamento**, come riportato nel recente "Libro bianco 2012. La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane"¹ e nel rapporto del programma nazionale Passi d'Argento (ISS, 2013). Gli anziani sono una delle categorie di popolazione più colpite dalla povertà, più esposta a fenomeni di abbandono e di istituzionalizzazione, più soggetta a malattie invalidanti e degenerative e più coinvolta negli incidenti domestici e nelle cadute. Soprattutto nei contesti urbani, al peggioramento dello stato di salute, si accompagna l'emarginazione dal tessuto sociale, la difficoltà a spostarsi e la percezione di insicurezza.

Nella città di **Torino** l'invecchiamento della popolazione si configura come una priorità in quanto i residenti **ultra sessantacinquenni** rappresentano **più del 25% della popolazione totale** residente. Tale dato è emerso anche in occasione della stesura dei "PePS - Piani e Profili di Salute della città di Torino"² finalizzati a individuare le priorità di intervento nelle diverse circoscrizioni cittadine e le strategie per migliorare la salute della popolazione. In particolare sono stati evidenziati alcuni aspetti utili a indirizzare e orientare le azioni rivolte agli anziani da parte dei servizi socio-sanitari:

- la valorizzazione dell'**anziano come risorsa sociale per la comunità**,
- l'**accessibilità ai servizi** intesi come **servizi di prossimità** in grado di accogliere i bisogni degli anziani,
- la percezione di **appartenenza a una comunità** e di vivere in un **contesto sicuro**,

¹ per saperne di più si veda il sito www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/salute_di_anziani/2012_libro_bianco_anziani.pdf

² per saperne di più si veda il sito www.comune.torino.it/pass/php/4/documenti/salute/peps2/index.htm

- la promozione di **attività ricreative ed aggregative**,
- la creazione di **reti tra enti locali, servizi socio-sanitari e organizzazioni del terzo settore**.

L'attuale organizzazione degli ambienti di vita è però poco adatta alle caratteristiche della persona anziana, così come il sistema socio-sanitario rivolto agli anziani non sempre è in grado di rispondere in modo efficiente ed efficace ai bisogni correlati all'invecchiamento. Nonostante la presenza di numerose iniziative rivolte agli anziani da parte di enti pubblici e privati, spesso questi ultimi non sono a conoscenza di tali risorse a causa dell'isolamento in cui vivono oppure non ne usufruiscono per difficoltà di accessibilità e di mobilità.

Sul fronte della non autosufficienza la forte contrazione di risorse economiche di provenienza statale e regionale, ha ridotto la possibilità di garantire risposte a valenza sociosanitaria da parte degli Enti gestori, a fronte di una continua crescita della richiesta di interventi, dovuti all'invecchiamento della popolazione e al peggiorare delle condizioni di salute, con la conseguente frequente ricaduta sulle famiglie dell'impegno della cura nei confronti del congiunto.

È quindi fondamentale adottare un **approccio sociale alla condizione anziana** e individuare e sperimentare **soluzioni innovative, fattibili, sostenibili ed accessibili** in grado di rispondere in maniera adeguata alle esigenze degli anziani.

Una risposta al processo di invecchiamento della popolazione, alle necessità del sistema di welfare e di protezione sociale e alle criticità dei servizi di cura e prevenzione è offrire agli anziani l'opportunità di rimanere attivi, autonomi e pienamente integrati nel loro contesto di vita. L'**invecchiamento attivo** (active ageing) è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002) come un processo per ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone. Nell'attuale contesto socio-economico globale l'attuazione di interventi per un invecchiamento attivo è una priorità che non può essere rimandata, oltre ad essere essenziale per raggiungere gli obiettivi strategici raccomandati dal programma Salute 2020 dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS³. Benché l'invecchiamento comporti una progressiva **riduzione e perdita di funzioni fisiche e cognitive** più o meno importanti e più o meno evidenti, invecchiare bene e con successo è possibile. La vecchiaia non è di per sé una malattia, quanto una condizione normale nella vita dell'uomo caratterizzata da cambiamenti fisici, sociali e psicologici che si manifestano in modo differente nei diversi soggetti (Scortegagna, 1999; De Beni, 2009): i limiti e le perdite delle funzioni possono essere compensate per invecchiare con successo e per imparare ad affrontare le nuove sfide. In particolare la letteratura scientifica ha messo in luce come l'invecchiamento di successo (successful ageing) sia connesso ad uno stile di vita sano e attivo che includa una corretta alimentazione e una moderata attività fisica, al mantenimento delle capacità cognitive e all'essere coinvolto in reti sociali (Blair et al., 1995; Green, Crouse, 1995; Blackman et al., 1999; Fratiglioni et al., 2004; De Beni, 2009; Holt-Lunstad et al., 2010; Nicholson, 2012).

Quando si affronta il tema dell'invecchiamento attivo la questione dell'**abitare** risulta essere imprescindibile (Hildago, Hernandez, 2001; Giandelli, 1991; Bonnes et al., 2004). I contesti di vita dell'anziano (ad esempio, la casa, il quartiere) devono infatti offrire all'anziano la possibilità di continuare a compiere le azioni quotidiane e abituali, di mantenere le proprie relazioni sociali e di percepirsi ancora parte di una comunità che ne valorizza le competenze e il ruolo. Gli anziani manifestano un forte senso di identità e di appartenenza al proprio quartiere, anche qualora esso sia associato a luoghi comuni non sempre positivi. Rimanere nel proprio ambiente di vita, integrati nel proprio vicinato e partecipi alla vita di **quartiere**, è una condizione fondamentale per un invecchiamento attivo in quanto contribuisce al mantenimento del benessere psico-fisico. Proprio per la scarsa mobilità che caratterizza l'anziano, le **relazioni di vicinato** diventano sempre più

³ per saperne di più si veda il sito www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf

rilevanti con l'aumento degli anni e rappresentano un fattore decisivo per la qualità di vita degli anziani.

Se le relazioni fra anziani sono importanti e perciò vanno promosse e sostenute per contrastare l'isolamento e la solitudine, non meno importanti sono le possibilità di relazione degli anziani con le altre generazioni. Il **dialogo tra generazioni** è strettamente connesso al concetto di invecchiamento attivo in quanto incoraggia la **solidarietà intergenerazionale** e permette la partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i gruppi di età nella comunità, fornendo agli anziani al tempo stesso protezione e sostegno (EUROSTAT, 2012). La **scarsa interazione sociale tra anziani e generazioni più giovani** produce infatti un impoverimento affettivo e culturale per i giovani, per gli anziani e per la comunità nel suo complesso. La promozione di luoghi e occasioni di incontro e di scambio fra generazioni consente anche di contrastare e superare gli stereotipi e i pregiudizi negativi nei confronti di gruppi di popolazione diversi da sé.

Il tema dell'invecchiamento attivo e dell'invecchiare in casa non può prescindere però dal livello di benessere che ogni singola comunità riesce a garantire ai cittadini di ogni età e alla sua capacità di promuovere coesione sociale. Pertanto è importante richiamare il concetto di **comunità "age-friendly"** (WHO, 2007): una comunità che pone attenzione all'ambiente fisico e sociale e agli elementi che possono facilitare o ostacolare la possibilità per gli anziani di invecchiare in modo attivo rappresenta un potenziale beneficio non solo per le persone più anziane, ma anche per i residenti di tutte le età. In questa prospettiva gli anziani, così come tutti i membri di una comunità, vanno considerati nella loro duplice eccezione di soggetti che hanno bisogni e diritti che devono essere garantiti e di soggetti che concorrono o possono concorrere insieme ai servizi e alle istituzioni alla soddisfazione dei bisogni dei membri della comunità stessa. Attivare e sostenere forme di **solidarietà** e di **reciprocità** fra le persone e promuovere reti di **vicinato attivo** sono modi per impiegare le risorse e le competenze della comunità e per sviluppare la partecipazione e il protagonismo degli anziani. Gli anziani vanno quindi visti come soggetti capaci di assumersi delle responsabilità e di promuovere benessere nella comunità come ben riportato nel recente rapporto di ricerca sul capitale sociale degli anziani a cura dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (IRES, 2012). La **partecipazione attiva** degli anziani diviene quindi uno strumento che può contrastare i processi di esclusione sociale a cui gli anziani sono esposti e nello stesso tempo un modo per garantire protagonismo alla comunità locale della quale gli anziani sono o possono diventare membri significativi.

Concludendo, il presente progetto nasce dalla necessità di attivare **interventi di prevenzione e promozione della salute e del benessere** rivolti agli anziani e di sperimentare soluzioni nuove al problema dell'invecchiamento della popolazione cittadina di Torino con una particolare attenzione alle strategie in grado di sollecitare e facilitare la **solidarietà tra pari**, la **mutualità**, la **corresponsabilità** e l'**autonomia**. Esso si basa sull'ipotesi che sia possibile invecchiare bene e con successo nella logica del mantenimento della massima funzionalità delle capacità di ogni anziano integrato nel proprio contesto sociale di vita. Per invecchiare bene, la salute, intesa in senso tradizionale, non basta, ma occorre cercare continuamente uno stato di benessere nelle condizioni che si determinano durante lo stesso processo di invecchiamento. Non si tratta quindi di un intervento di assistenza né di attivazione di strutture rivolte espressamente agli anziani, ma di una serie di azioni tese a responsabilizzare, organizzare, mettere in rete, favorire forme di impegno e di integrazione che permettano agli anziani di essere effettivamente protagonisti, a diverso livello a seconda delle loro condizioni fisiche e mentali, della loro vita e della vita della comunità. In tal modo il presente progetto assume caratteristiche di **fattibilità, sostenibilità e continuità**: il potenziamento delle capacità individuali e collettive degli anziani, il miglioramento del loro stato di salute, l'aumento di occasioni di scambio con e dentro la comunità, lo sviluppo di una comunità competente e responsabile verso i suoi cittadini consente infatti al progetto di integrarsi e di radicarsi e di realizzare benefici non solo per la popolazione target, ma anche per il territorio.

Uno sguardo alla Circoscrizione 10

A) Alcuni dati di contesto

La stesura dei “Profili di Salute” per le 10 Circoscrizioni di Torino è stata un’importante occasione di confronto tra Servizi e Popolazione finalizzata a far emergere le priorità dei diversi territori cittadini, ipotizzando per ciascuno azioni specifiche ma tra di loro complementari.

La Circoscrizione X ha una storia particolare rispetto alla restante parte della Città in quanto si è sviluppata per accogliere una popolazione di operai immigrati da altre Regioni, attratta dalle opportunità lavorative promosse dalla FIAT e aziende satelliti, stabilitasi nel quartiere da giovane e qui progressivamente invecchiata, mantenendo in tal modo nel tempo una composizione omogenea da un punto di vista economico e culturale

Le caratteristiche sono, dunque, quelle di un quartiere operaio con scarso ricambio di abitanti che sta invecchiando più rapidamente di altri. La circoscrizione 10 è la terza circoscrizione cittadina per indice di vecchiaia (sono “più vecchie” la circoscrizione 2 e la circoscrizione 9), e tale indice continua a crescere costantemente, registrando un saldo negativo tra nuovi nati e deceduti. Una Circoscrizione sicuramente “stabilizzata” rispetto alle vecchie aree di emarginazione tipiche degli insediamenti degli anni 60 e 70 che sta però affrontando nuove criticità. Gli indicatori sanitari quali il consumo di farmaci, i ricoveri ospedalieri, la prevalenza di patologie croniche evidenziano un legame con stili di vita poco salutari; tali indicatori, se confrontati con le altre Circoscrizioni dell’ASL 1, mostrano, per tutte le età, significative differenze che rendono quest’area la più problematica da un punto di vista sanitario, retaggio di modelli comportamentali e stili di consumo frutto di una deprivazione sociale ed economica che è rimasta tale, pur nella stabilizzazione conseguita con il passare degli anni.

Nell’ambito dei Profili di Salute si era scelto di approfondire il tema anziani perché gli ultrasessantacinquenni rappresentano oltre il 26% della popolazione con un indice di vecchiaia in progressivo aumento (197,7 nel 2011, 223,5 nel 2012, 227,2 nel 2013 a fronte di un indice cittadino pari a 200,5). A Mirafiori oltre il 50% degli anziani vive da solo (dati riferiti al 2012).

Anche i dati di esercizio sulle situazioni nuove che affluiscono ai servizi sociali, pur registrando una flessione nelle richieste (flessione legata alla concreta possibilità di intervento da parte dei servizi sociosanitari, per carenza di risorse e che porta i cittadini a non rivolgersi a questi ultimi, utilizzando risorse proprie o familiari) rivela comunque un’alta incidenza della popolazione anziana, che rappresenta oltre il 35% tra coloro che hanno avuto accesso per la prima volta nel 2013.

I “testimoni privilegiati”, ovvero i rappresentanti del Sindacato pensionati, Parrocchie, associazioni di volontariato, MMG, personale ASL e Servizi sociali, Forze dell’Ordine, nonché delle bocciofile e spazi anziani presenti, ascoltati nell’ambito dei focus group effettuati per comprendere i bisogni degli anziani dal loro specifico punto di vista avevano segnalato alcuni temi ad oggi ancora utili per orientare possibili azioni da parte di chi si occupa del benessere di una comunità:

- l’importanza del benessere e della qualità della vita;
- la percezione di vivere in un luogo sicuro;
- la valorizzazione dell’anziano come “risorsa sociale”;
- il poter considerare i servizi sociali e sanitari come servizi di prossimità capaci di accogliere i bisogni del territorio;
- la necessità di migliorare la rete tra le istituzioni locali e cittadine per rendere più efficienti ed efficaci le risposte ai cittadini;
- la possibilità di implementare le offerte aggregative per migliorare la socializzazione e quindi lo “stare bene”.

B)le risorse presenti

In questo panorama, la “domiciliarità leggera”, che ormai è un’attività consolidata da tempo sul nostro territorio, assunta fin dal 2003 come una parte importante dell’azione di tutela svolta nei confronti della persone anziane da parte della circoscrizione (si configura come un’attività di vicinanza e prossimità attraverso interventi di sostegno quali visite e telefonate di compagnia; accompagnare a visite mediche, esami di laboratorio e ricoveri; essere di supporto per lo svolgimento di pratiche presso uffici e servizi; accompagnare ad attività di tempo libero; svolgere commissioni per conto della persona anziana; fare piccoli interventi di manutenzione della casa) Fanno parte a pieno titolo della domiciliarità leggera gli spazi anziani circoscrizionali (via Morandi, via Candiolo e lo Spazio FamigliE via Negarville che accoglie nella stessa sede sia persone anziane che famiglie con bambini) dove persone ancora autosufficienti ma bisognose di maggior tutela, trovano accoglienza per alcune ore della giornata, superando l’isolamento e l’emarginazione, nell’ottica di offrire iniziative che contribuiscano al mantenimento di buone condizioni di salute, ritardando il ricorso ad interventi più massicci sul piano assistenziale. I partner di questa attività sono tradizionalmente costituiti dalle parrocchie del territorio e dalle associazioni di volontariato SEA e Auser che collaborano con i servizi sociali territoriali nell’azione di sostegno alle persone evidenziate con maggiore fragilità e assenza di reti sociali.

Sul territorio è presente anche l’associazionismo di tipo culturale (es. Università della Terza Età) e quello a sfondo marcatamente ricreativo. Inoltre le sedi distaccate del sindacato pensionati costituiscono importanti punti di riferimento per gli anziani residenti.

Obiettivi del progetto

L’obiettivo generale del presente progetto è **promuovere l’invecchiamento attivo** degli anziani attraverso **l’adozione di stili di vita sani**, lo **svolgimento collettivo di attività quotidiane**, lo **sviluppo di percorsi di aiuto reciproco**. Le azioni previste intendono infatti fornire agli anziani un sostegno e un accompagnamento nel percorso di invecchiamento attivo e di vita autonoma a livello di **quartiere**. Nello specifico il presente progetto è finalizzato a:

- migliorare lo stato di salute attraverso l’adozione di **abitudini alimentari sane**, **l’attività fisica**, **il mantenimento** e il **potenziamento delle facoltà cognitive**,
- favorire il senso di **appartenenza alla comunità** e mantenere il collegamento fisico, sociale e psicologico instaurato con il proprio quartiere,
- valorizzare le **reti sociali** tra gli anziani e facilitare l’incontro tra gli anziani e le altre fasce di popolazione,
- assicurare un adeguato livello di **sicurezza personale** agli anziani.

La realizzazione di queste azioni sarà sperimentata concretamente su una porzione di territorio appositamente individuata e prescelta in base ad alcuni indicatori sia di tipo demografico (es elevata presenza di persone anziane in condizioni di solitudine), sia di accesso ai servizi sociosanitari del territorio, con l’attenzione alla presenza di quelle risorse importanti per costruire una prossimità sostenibile; es. la bocciofila/centro d’incontro/spazio anziani/biblioteca o altro luogo aggregativo, aree verdi, la parrocchia da coinvolgere, farmacie, studi medici associati, sede delle forze dell’ordine ecc. La scelta della popolazione target avverrà in base alla favorevole concomitanza di fattori valutati positivamente per l’accoglienza e la buona riuscita del progetto, alla valutazione ex ante di poter incidere, attraverso le azioni opportune, su cambiamenti di abitudini e stili di vita, favorendo il più possibile la costruzione di reti di solidarietà e di vicinato, considerati a buon titolo, fattori protettivi rispetto al poter vivere il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita **(indicativamente, il territorio potrà essere quello costituito dal quadrilatero delimitato dalle seguenti vie: Via Farinelli-Via Riboli, Strada delle Cacce, Via Barbera, Corso Unione Sovietica)**

Azioni

Il presente progetto prevede una serie di **azioni integrate e coordinate** volte a rispondere ai bisogni degli anziani che vivono in casa **in un'ottica di promozione della salute e di miglioramento della qualità di vita**. Quanto programmato si basa su un approccio che mette al centro la **partecipazione degli anziani alla vita della comunità** e la loro **inclusione sociale** come strumenti di prevenzione e di promozione della salute e del benessere. In particolare, nella definizione delle azioni, si è tenuto conto delle aree di intervento ritenute prioritarie dal programma Salute 2020 per l'Europa dell'OMS, quali la promozione dell'attività fisica, il sostegno all'assistenza informale e la prevenzione dell'isolamento e dell'esclusione sociale.

Inoltre, le azioni previste sono state elaborate in modo da rispettare i principi del programma Salute 2020, ossia:

- **approccio partecipativo** attraverso il coinvolgimento degli anziani nella progettazione e attuazione degli interventi,
- **empowerment individuale e di comunità** attraverso il coinvolgimento degli anziani in interventi per e con la comunità,
- **intersettorialità** attraverso la definizione di interventi condivisi e trasversali che riguardano tutti i determinanti dell'invecchiamento attivo,
- **sostenibilità** attraverso la realizzazione di interventi che siano sostenibili dal punto di vista economico e sociale.

Tutte le azioni previste sono **gratuite** in modo da garantire un'**universalità di accesso** ai servizi offerti da parte degli anziani, oltre ad essere fattibili, organizzabili e praticabili anche in contesto con una modesta disponibilità di risorse.

Nello specifico le azioni previste riguardano:

- la creazione di **reti di vicinato tra anziani**: poiché molti anziani vivono soli o in condizioni di isolamento dalla più ampia comunità sociale, è importante favorire processi di **socializzazione tra pari** e di creazione di **reti sociali tra vicini di casa** che consentano di fronteggiare più facilmente le attività quotidiane e le eventuali situazioni problematiche. A tal proposito va detto che i messaggi trasmessi dai pari sono maggiormente efficaci poiché utilizzano un linguaggio vicino a quello dei destinatari e sono veicolati da individui che hanno caratteristiche simili a coloro a cui si rivolgono. In particolare molti anziani parlano prevalentemente in **dialetto**: potersi interfacciare con una persona con cui si condivide il proprio patrimonio linguistico e di conseguenza anche una certa cultura fatta di usi e costumi tradizionali aumenta la fiducia nel messaggio trasmesso e la possibilità di un cambiamento di comportamento e di atteggiamento. Pertanto saranno individuati **8-10 anziani attivi** e disponibili a svolgere il ruolo di **referente di scala o di condominio o di isolato**. A seconda della struttura urbanistica del territorio coinvolto dal progetto e della conformazione delle abitazioni in cui risiedono gli anziani, il referente potrà svolgere il suo ruolo a livello di scala, di condominio o di isolato. Tali referenti faranno da interfaccia tra il gruppo di progetto e gli anziani destinatari delle azioni previste e parteciperanno attivamente alla progettazione e alla gestione della attività da proporre agli anziani. Particolare attenzione verrà fatta nella fase di reclutamento di tali anziani, in quanto è fondamentale poter usufruire di anziani che siano un risorsa per il territorio in cui vivono e che diventino progressivamente **sensori e punti di riferimento per quegli anziani in difficoltà o bisognosi di aiuto o più fragili**. Gli anziani referenti di scala o di condominio o di isolato verranno reclutati nell'ambito delle iniziative territoriali già esistenti e che prevedono il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli anziani. Costoro verranno appositamente formati attraverso la metodologia dell'**animazione sociale** in modo da acquisire le competenze necessarie per coinvolgere gli anziani vicini di casa, per dialogare con loro e con il gruppo di progetto, per svolgere appieno il loro ruolo di "portieri sociali". Durante lo svolgimento del loro ruolo, saranno affiancati e sostenuti dal gruppo di progetto che fornirà loro un accompagnamento e una

supervisione costanti in modo da garantire la buona riuscita del progetto e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Attraverso un lavoro di prossimità e di vicinanza, gli anziani referenti di scala o di condominio o di isolato svolgeranno un'azione di **informazione e promozione delle attività previste** dal progetto, di **orientamento alle risorse formali e informali del territorio**, di **accompagnamento** (ad esempio, commissioni, visite mediche, disbrigo di pratiche, acquisto di generi di prima necessità e di farmaci, ecc.), di **progettazione e organizzazione di attività ricreative e aggregative** con e per gli anziani (ad esempio, pranzo di quartiere, feste di vicinato, visione di film, proiezione di fotografie, tornei, letture, giochi, ecc.). Inoltre, promuoveranno relazioni di auto-mutuo-aiuto mettendo in relazione le persone, monitoreranno la situazione dei residenti, ne ascolteranno le richieste e le problematiche e segnaleranno le situazioni problematiche al gruppo di progetto. I referenti di scala o di condominio o di isolato svolgeranno la loro azione volontariamente e gratuitamente, ma sarà previsto un incentivo ad esempio sotto forma di abbonamenti per il cinema o eventi culturali (mostre, teatro, concerti, ecc.) o voucher da utilizzare presso impianti sportivi.

- la promozione di **stili di vita sani**: considerato lo stato di salute di molti anziani, è fondamentale modificare alcuni stili di vita, quali la scorretta alimentazione, la sedentarietà e la scarsa attività fisica. La promozione di corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica negli anziani non va considerata solo uno strumento di miglioramento dello stato di salute, ma anche un mezzo di potenziamento delle opportunità di socializzazione. Per questo motivo sono previste:

a) iniziative strutturate di promozione dell'**attività fisica** di gruppo in modo da migliorare la mobilità degli anziani e fornire loro la possibilità di stare insieme, di confrontarsi e di instaurare relazioni sociali.

b) La seconda azione prevede, per gli anziani più attivi e con una buona mobilità, la possibilità di partecipare a **gruppi di cammino**, un'attività organizzata in cui un gruppo di anziani si ritrova a cadenza regolare per camminare con un istruttore appositamente formato, inizialmente lungo le aree pedonali o verdi limitrofe e poi eventualmente anche in aree lontane dal proprio quartiere o extra-urbane. Partecipare al gruppo di cammino insieme ai propri coetanei sotto la supervisione di un istruttore dà agli anziani sicurezza e promuove la loro percezione di sentirsi in grado di muoversi in autonomia. Al fine di prevenire le cadute, potrebbero anche essere organizzate sessioni aggiuntive con **esercizi di forza e di equilibrio** negli spazi pubblici o nei cortili condominiali per conservare un buon equilibrio e un buon tono muscolare. Si prevede di attivare almeno 1 gruppo di cammino all'anno di 12 incontri settimanali ciascuno della durata di 2 ore.

- **incontri informativi/educativi di promozione di abitudini alimentari corrette** a cura di operatori dell'ente proponente esperti in alimentazione e nutrizione attraverso metodologie interattive in cui verranno affrontati i seguenti temi:

- come mantenersi in buona salute a tavola,
- il corretto uso del sale,
- il consumo di zuccheri aggiunti e di grassi in età anziana,
- quali prodotti acquistare,
- come spendere meno (ad esempio, sostituendo le proteine animali con quelle vegetali),
- come leggere le etichette dei prodotti in commercio.

In particolare il tema del **caro spesa** costituisce un aspetto cardine quando si parla di anziani: seguire una dieta sana e corretta è economicamente insostenibile per la maggior parte degli anziani. Pertanto soluzioni salva benessere a basso prezzo verranno studiate e proposte agli anziani così come verranno condivisi consigli e esperienze per risparmiare senza rinunciare ad un'alimentazione adatta alla propria età (ad esempio attivando un Corso di Educazione Finanziaria).

- il miglioramento della **percezione di sicurezza**: sono previsti **incontri informativi/educativi** tenuti da rappresentanti dei Vigili di quartiere finalizzati a fornire agli anziani consigli e indicazioni sui comportamenti da tenere e sulle precauzioni da adottare. Poiché gli anziani, soprattutto se vivono soli, si sentono più vulnerabili, tendono a percepire il quartiere poco sicuro così come temono di essere truffati o raggirati. Per gli anziani la percezione di vivere al sicuro in casa e nel

proprio quartiere è fondamentale per lo svolgimento delle attività quotidiane e la partecipazione alle attività a loro dedicate. Si prevede di realizzare 2 incontri all'anno.

I principali destinatari

Sono previste due categorie di destinatari:

- **intermedi:** anziani attivi disponibili a svolgere il ruolo di referente di scala o di condominio o di isolato. Gli anziani attivi sono soggetti in buone condizioni fisiche e mentali e che non hanno necessità di sostegno da parte di terze persone. Costoro sono persone interessate a mettere a disposizione le proprie competenze e a impararne di nuove impegnandosi per il miglioramento della qualità di vita della comunità. Le azioni svolte da tali anziani all'interno del presente progetto non vanno a sostituire la normale operatività dei servizi dedicati agli anziani né costituiscono un servizio alternativo, ma rappresentano un valore aggiunto per l'intero territorio in quanto favoriscono la **valorizzazione delle potenzialità dell'anziano**, la partecipazione e la cittadinanza attiva e il superamento dello stereotipo che vede l'anziano come soggetto debole e bisognoso di cure. Requisiti per diventare referenti scala e di condominio o di isolato saranno aver compiuto il sessantesimo anno di età, essere disponibili a fornire il proprio tempo e a partecipare a momenti di conoscenza reciproca e apprendimento. Si ipotizza di reclutare circa **8-10 anziani**. Il reclutamento degli anziani avverrà nei luoghi e nei contesti da loro maggiormente frequentati in collaborazione con le risorse territoriali presenti e già impegnate a favore della popolazione anziana e attraverso l'affissione di locandine, la diffusione di cartoline informative e la realizzazione di incontri di presentazione dell'iniziativa. A tali anziani sarà richiesto di partecipare a un percorso formativo/esperienziale caratterizzato da metodologie interattive di animazione sociale. È prevista l'attivazione di almeno 1 percorso formativo/esperienziale di 8/10 incontri di due ore per 8/10 anziani ciascuno.
- **finali:** anziani residenti nel territorio oggetto della sperimentazione. Benché non sia possibile stimare a priori il numero di partecipanti alle singole attività previste, si ipotizza che, sulla base delle risorse disponibili, circa **25-30 anziani** potranno beneficiare degli interventi realizzati. Le attività rivolte ai destinatari finali verranno promosse attraverso i referenti di scala o di condominio o di isolato, incontri pubblici di presentazione, invio di cartoline informative e affissione di locandine nei contesti da loro maggiormente frequentati (ad esempio, spazi anziani e centri di incontro, servizi sociali, ambulatori dei medici di medicina generale, farmacie, parrocchie, bocciofile, biblioteche, ecc.).

Cabina di regia

La realizzazione del Progetto prevede la costituzione di una Cabina di regia costituita dalla circoscrizione 10 (rappresentata dal Direttore di Circoscrizione o suo delegato, dal Dirigente dei servizi sociali o suo delegato), dall'ASLTO1 (rappresentata dal Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione e dalla Direzione Distrettuale) e da un rappresentante della Fondazione della Comunità di Mirafiori. La cabina di regia ha il compito di: definire gli ambiti di intervento del progetto e le diverse fasi in cui andrà a comporsi, sulla scorta del budget a disposizione, programmare le diverse iniziative e la loro pubblicizzazione, definire le modalità per l'individuazione dei partner, ovvero delle agenzie/cooperative/associazioni che concorreranno operativamente alla realizzazione del progetto, individuare gli indicatori di verifica dei risultati, monitorare lo stato di avanzamento delle attività ecc., curare i necessari raccordi con gli altri soggetti della rete allargata ecc.

Tavolo di coordinamento

La realizzazione del progetto prevede altresì la costituzione di un tavolo di coordinamento cui parteciperanno oltre ai soggetti istituzionali componenti la cabina di regia, tutti gli altri soggetti che

operano sul territorio e che collaboreranno attivamente : Associazioni, Società, Cooperative e Parrocchie che avranno il compito di gestire le diverse parti del progetto, le Forze dell'ordine, i sindacati pensionati, gestori di presidi eventualmente coinvolti ecc. Il Tavolo di coordinamento potrà rappresentare il momento per raccogliere bisogni esigenze da parte delle diverse realtà, verificare e monitorare lo stato di attuazione, condividere in modo allargato le iniziative che si intendono mettere in campo ecc.

Soggetto attuatore

Ai fini della realizzazione del progetto si renderà necessario individuare un soggetto attuatore, da individuarsi da parte di Fondazione Comunità di Mirafiori in collaborazione con la circoscrizione10, coinvolgendo associazioni/agenzie/cooperative attive nel campo della ricerca sociale, sperimentazioni e afferenti al vasto campo del welfare. Il futuro soggetto attuatore dovrà essere operativo sul territorio, tramite proprio personale, sia svolgendo azioni in proprio, sia avvalendosi della collaborazione degli altri attori presenti, al fine di concorrere alle azioni previste.

La rete territoriale

Nella fase di realizzazione delle azioni, sarà previsto il coinvolgimento di diversi attori territoriali, pubblici e privati, del quartiere coinvolto quali:

- spazi anziani, centri di incontro e
- servizi sociali,
- medici di medicina generale,
- università della terza età,
- sindacati dei pensionati,
- vigili di quartiere,
- parrocchie, biblioteche e bocciofile,
- associazioni di volontariato,

Risultati attesi

I risultati attesi del presente progetto riguardano nel breve e nel lungo periodo:

- il miglioramento dello stato di benessere,
- l'aumento della percezione di appartenenza alla comunità e di sicurezza,
- la riduzione della percezione di isolamento e del senso di solitudine,
- l'aumento di coesione sociale a livello territoriale,
- l'attivazione di forme di solidarietà di vicinato, con una implementazione del numero di volontari disponibili e residenti in loco
- la diffusione e la sensibilizzazione sul tema dell'invecchiamento attivo,
- l'aumento della partecipazione attiva come cittadini da parte degli anziani e delle persone di tutte le altre età,
- la progettazione e la sperimentazione di interventi innovativi funzionali all'invecchiamento attivo.

Valutazione

Per quanto riguarda il **monitoraggio delle attività** e la **valutazione di processo**, durante le attività con gli anziani, gli operatori raccoglieranno le opinioni, i commenti e i suggerimenti degli anziani. Le informazioni ottenute consentiranno di introdurre eventuali modifiche senza tuttavia alterare gli obiettivi iniziali del progetto e di rispondere a bisogni inattesi e difficoltà impreviste nel corso dell'intervento. Inoltre agli operatori sarà richiesto di compilare una scheda di monitoraggio dell'attività svolta con gli anziani in modo da rilevare il numero di anziani partecipanti, il tipo di attività realizzata e le eventuali criticità emerse. Saranno anche previsti incontri periodici del gruppo di progetto finalizzati a monitorare l'intervento in corso e a verificarne l'andamento (ad esempio,

come si sta sviluppando il progetto, come vengono coinvolti gli anziani, come gli operatori stanno conducendo le azioni, ecc.) e le reazioni degli anziani (ad esempio, qual è il livello di partecipazione e di adesione all'iniziativa, ecc.).

Per quanto riguarda la **valutazione di risultato e di gradimento**, verranno effettuati **1 focus group con gli anziani** partecipanti al progetto attraverso cui indagare il benessere percepito, lo stato di salute, il senso di appartenenza alla comunità, il supporto sociale percepito, la percezione di sicurezza e il gradimento dell'iniziativa.

Verrà anche effettuato **un focus group con gli operatori** coinvolti nel progetto per raccogliere la loro esperienza, i loro vissuti ed emozioni e individuare i punti di forza e di debolezza delle attività effettuate.

Il successo del presente progetto sarà valutato sulla base dei seguenti indicatori:

- nel breve periodo:
 - numero di anziani partecipanti alle attività proposte,
 - frequenza e continuità di presenza alle attività proposte,
 - cambiamenti rilevati negli anziani da parte degli operatori,
 - livello di interesse e gradimento degli anziani,
 - reazioni degli operatori di altri servizi dedicati agli anziani,
 - reazioni dei soggetti che hanno influenza a livello di comunità locale (ad esempio, stakeholders, amministratori locali, policy makers, ecc.),
- nel lungo periodo:
 - autorganizzazione e consolidamento delle reti tra anziani,
 - attivazione spontanea di iniziative con e per gli anziani da parte della popolazione di tutte le età,
 - continuità nel tempo e diffusione sul territorio delle attività proposte,
 - creazione di reti tra servizi socio-sanitari e risorse territoriali.
 - Incremento del numero di volontari anziani

I risultati ottenuti saranno comunicati sia ad un pubblico di esperti (ad esempio, presentazioni a convegni e seminari, stesura di articoli scientifici, ecc.) sia alla società civile (ad esempio, riviste dedicate agli anziani, quotidiani locali, incontri aperti alla cittadinanza, ecc.). Sarà redatto un rapporto finale sull'attività svolta.

Promozione dell'iniziativa e comunicazione esterna

La **promozione dell'iniziativa** avverrà durante la fase di avvio e di implementazione del progetto e sarà finalizzata principalmente a coinvolgere i destinatari intermedi e finali. Sarà ideato materiale informativo che fornirà informazioni sul progetto e su come aderire. Nello specifico è prevista la realizzazione di una **locandina** da affiggere nei contesti maggiormente frequentati dagli anziani a livello di quartiere e di una **cartolina informativa** che verrà inviata agli anziani residenti nell'area coinvolta dal progetto e/o distribuita nei luoghi di ritrovo o di passaggio degli anziani. Inoltre saranno organizzati **incontri pubblici di presentazione** dell'iniziativa rivolti ai destinatari del progetto e a coloro che forniscono, a vario titolo, servizi agli anziani.

Il processo di **comunicazione esterna** comprenderà una serie di **azioni trasversali** durante tutta la durata del progetto realizzate in collaborazione con l'ufficio stampa dell'ente proponente. Tali azioni saranno finalizzate a far conoscere l'iniziativa, a diffondere i risultati raggiunti, a ampliare il coinvolgimento e la partecipazione del gruppo target di popolazione, a sensibilizzare i diversi soggetti coinvolti nelle tematiche all'invecchiamento attivo, a informare il pubblico su che cosa accade nel loro territorio, a dare visibilità al sostegno ricevuto dall'ente finanziatore e a che cosa esso sta facendo per lo sviluppo del territorio e dei cittadini. La comunicazione esterna avverrà attraverso differenti modalità e strumenti quali:

- ideazione di una **linea grafica di progetto** (logo, carta intestata, format delle presentazioni PPT, ecc.),
- stesura di **comunicati stampa** da diffondere in occasione delle fasi cruciali del progetto,

- **diffusione di notizie** sul progetto a livello locale e nazionale tramite siti web, radio, mailing-list, ecc.
- partecipazione a **incontri tematici, convegni, seminari** a livello locale e nazionale.

Durata

Il presente progetto ha durata di 24 mesi, a partire dall'individuazione del soggetto attuatore e la formalizzazione dell'incarico..

Di seguito sono descritte le fasi del progetto:

- I fase (0-6 mesi):
 - costituzione del gruppo di progetto e costruzione di alleanze e sinergie
 - reclutamento e formazione degli anziani referenti di scala o di condominio o di isolato,
 - promozione dell'iniziativa e comunicazione esterna,
 - monitoraggio e valutazione di processo.
- II fase (4-22 mesi):
 - realizzazione delle attività previste,
 - promozione dell'iniziativa e comunicazione esterna,
 - monitoraggio e valutazione di processo.
- III fase (20-24 mesi):
 - valutazione di gradimento e di risultato,
 - diffusione dei risultati,
 - comunicazione esterna.

In realtà, la durata del progetto potrebbe andare ben oltre quanto sopra indicato poiché, al termine del progetto, gli anziani potranno continuare ad incontrarsi e a colloquiare con la comunità, interagendo con le risorse territoriali presenti, favorendo nuove forme di mutualità e solidarietà e promuovendo soluzioni innovative di invecchiamento attivo. In questo senso, il presente progetto è caratterizzato da un buon livello di autonomia sia in termini di sostenibilità, in quanto basato su risorse effettivamente disponibili o attivabili, sia di replicabilità nel tempo e nello spazio, in quanto può essere esteso ad altre aree territoriali.

Bibliografia

- Blackman DK, Kamimoto LA, Smith SM (1999). Overview: surveillance for selected public health indicators affecting older adults in United States. *MMWR CDC Surveillance Summaries*, 48 (8):1-6.
- Blair SN, Kohl W, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA (1995). Change in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273:1093-1098.
- Bonnes M, Bonaiuto M, Lee T (2004; eds.). *Teorie in pratica per la Psicologia Ambientale*. Milano: R. Cortina.
- Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- De Beni R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Bologna: Il Mulino.
- EUROSTAT (2012). *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012* (disponibile dal sito http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-EP-11-001).
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3 (6): 343-353.
- Giandelli V (1991). *Spazi domestici ed urbani per la terza età*. Roma: Carocci.
- Green JS, Crouse SF (1995). The effects of endurance training on functional capacity in the elderly: a meta-analysis. *Medicine and science in sports and exercise*, 27: 920-926.
- Hendry L, Kloep M (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna: Il Mulino.
- Hildago MC, Hernandez B (2001). Place attachment: conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21 (3), 273-281.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 7(7): e1000316.
- IRES (2012). *Il capitale sociale degli anziani. Volontari e nonni come creatori di benessere: potenzialità, opportunità, limiti dall'analisi di sei studi di caso. Rapporto di ricerca 01/2012*. Roma: Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (disponibile dal sito www.ires.it/files/rapporti/01_2012_Il%20capitale%20sociale%20degli%20anziani.pdf).
- ISS (2013). *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne. Rapporto Istituto Superiore di Sanità 13/9* (disponibile dal sito http://www.iss.it/binary/publ/cont/13_9_web.pdf).
- Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 2012, 33(2-3): 137-152.
- Scortegagna R (1999). *Invecchiare*. Bologna: Il Mulino.
- UN (2010). *World Population Ageing 2009*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (disponibile dal sito www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf).
- WHO (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization (disponibile dal sito http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).
- WHO (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organization (disponibile dal sito www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf).
- WHO (2012). *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (disponibile dal sito www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/197113/The-European-health-report-2012.-Charting-the-way-to-well-being.pdf)