

# **ARGENTO ATTIVO - Un percorso di valore per invecchiare in salute.**

## **RELAZIONE DESCRITTIVA DELL'INIZIATIVA**

<b>Premessa</b> .....	2
<b>Il progetto nazionale Argento Attivo: un patrimonio da valorizzare</b> .....	2
<b>Obiettivi del progetto</b> .....	3
<b>Azioni e indicatori di risultato</b> .....	4
1. Caregiver .....	4
1.1 Formazione caregiver .....	4
2. Anziani attivi .....	4
2.1 Formazione e accompagnamento dei facilitatori.....	4
2.2 Reclutamento di anziani attivi .....	5
2.3 Ideazione e realizzazione di iniziative di promozione della salute da parte degli anziani attivi per anziani.....	5
2.4 Sviluppo di reti di prossimità e solidarietà .....	5
3. Azioni trasversali.....	6
3.1 Coordinamento .....	6
3.2 Monitoraggio e valutazione .....	6
3.3 Comunicazione .....	6
3.4 Workshop finale .....	7
<b>Cronogramma</b> .....	7
<b>Bibliografia</b> .....	8

## **Premessa**

L'invecchiamento della popolazione è una questione rilevante in Italia (Golini, Rosina, 2011), così come in Piemonte e in particolare nei territori del cuneese e dell'alessandrino; l'allungamento della speranza di vita con la riduzione della mortalità e i tassi di natalità stabili o in diminuzione hanno causato una progressiva modificazione della composizione demografica delle nostre popolazioni. In Piemonte l'indice di invecchiamento nel 2016 è pari a 25% e l'indice di vecchiaia a 197,6%. In aumento sono non solo gli anziani (cosiddetti "giovani" e "veri"), ma anche i "grandi vecchi" (oltre 85 anni), che crescono ogni anno e rappresentano in media attualmente il 6,5% della popolazione. L'età anziana è una realtà complessa, anche variegata che comprende "anziani attivi e in salute" e "anziani fragili", non autosufficienti (Sabetta et al., 2012; CENSIS, 2013). Gli anziani costituiscono una delle categorie più colpite dalla povertà, più esposte a fenomeni di esclusione sociale, isolamento e abbandono, la loro qualità di vita resta bassa, le malattie cronico-degenerative non trasmissibili e invalidanti sono in crescita, la rarefazione delle relazioni familiari, sociali e tra pari è un dato che rimane costante (CIES, 2013; AUSER, 2012; Sabetta et al., 2012; Caritas, 2014).

Parallelamente al fenomeno dell'invecchiamento, si è assistito a una contrazione del sistema di welfare e all'introduzione di politiche volte al contenimento della spesa pensionistica e sanitaria che hanno avuto un forte impatto sugli anziani (Bassi, Moro, 2015). In particolare dal 2004 i tassi di copertura dell'assistenza domiciliare erogata dai servizi comunali sono in costante diminuzione e sempre più limitati all'assistenza di anziani la cui salute è gravemente compromessa e necessita di prestazioni a carattere sanitario (Tidoli, 2017). Parallelamente all'incremento di anziani non autosufficienti è cresciuto il bisogno delle famiglie di auto-organizzare l'assistenza agli anziani con il ricorso a cure informali (ibidem). Vengono cioè sempre più coinvolte nell'assistenza agli anziani persone che non hanno una formazione e delle competenze specifiche e che si trovano spesso in una situazione di forte stress emotivo che, in assenza di supporto, può sfociare in sindrome da *burnout* (Cherniss 1980).

Inoltre, sebbene negli ultimi anni si sia ampliata la gamma di servizi dedicati, si rileva ancora oggi uno scarso raccordo tra interventi di prevenzione e azioni di sostegno e cura per i soggetti più deboli. Per attuare politiche di prevenzione efficaci è necessario superare il concetto di "invecchiamento sano" per attuare politiche di "invecchiamento attivo" o *active ageing*, atte a migliorare la qualità di vita degli anziani fornendo loro occasioni di socialità e partecipazione (WHO 2002; 2015). Questo implica uno spostamento del focus degli interventi dai bisogni degli anziani ai loro diritti, in primis quello di continuare a essere riconosciuti come cittadini attivi.

Infine, come è stato da più parti evidenziato, è necessario promuovere politiche di "welfare generativo" (Fondazione Zancan 2014), cioè in grado di ri-generare risorse già disponibili nella comunità – in questo caso gli anziani autosufficienti – coinvolgendoli in azioni a favore di altri anziani e più in generale della comunità, aumentando così il rendimento degli interventi sociali e sanitari.

## **Il progetto nazionale Argento Attivo: un patrimonio da valorizzare**

La presente proposta intende capitalizzare il patrimonio esperienziale, metodologico e strumentale costruito grazie al Progetto "Argento attivo: Vivere bene oltre i 60", finanziato dal CCM-Ministero della Salute nel biennio 2016-2017 e coordinato a livello nazionale dall'ASLCN2. In Piemonte

questo progetto è stato realizzato nei territori delle AA.SS.LL. CN2, TO, e AL, in Veneto nell’A.Ulss Polesana, nelle Marche nell’ASUR Area Vasta 2 Ancona, in Sicilia nell’ASP Palermo.

Il progetto CCM è nato come esperienza pilota di partecipazione attiva degli anziani a livello nazionale con l’intento, sia di migliorare la qualità dell’assistenza agli anziani a domicilio, attraverso percorsi di formazione rivolti ai *caregiver* (assistenti familiari, familiari e volontari), sia di favorire l’avvio, attraverso percorsi di cittadinanza attiva, di iniziative di promozione della salute e della socialità con il coinvolgimento di “anziani attivi” nel ruolo di “promotori di salute”. Si trattava di un progetto ambizioso che implicava un processo di trasformazione culturale - dal concetto di invecchiamento sano a quello di invecchiamento attivo – e, come tale, richiedeva tempi lunghi, soprattutto nei luoghi in cui le precedenti esperienze di coinvolgimento degli anziani non erano ancora consolidate.

I risultati del progetto, analizzati nei due Report di valutazione prodotti (vedere blog [www.argentoattivo.it](http://www.argentoattivo.it)), sono complessivamente buoni e hanno evidenziato come gli anziani che hanno fatto parte dei gruppi attivi, ora che si sono sperimentati nel ruolo di promotori di salute, siano desiderosi di proseguire le attività e mantenere il proprio impegno. Tuttavia la mancanza di fondi ad hoc rischia di disperdere questo capitale esperienziale e umano, proprio nel momento in cui si era raggiunto un livello di partecipazione ottimale e si erano create delle reti territoriali strategiche che avrebbero potuto giocare un ruolo chiave nel mantenimento di alcune attività anche al termine del progetto.

L’intento della presente proposta è dunque quello di “sfruttare” questo potenziale – inclusi i metodi e gli strumenti messi a punto nel progetto nazionale - per consolidare e ampliare i percorsi di invecchiamento attivo avviati sul territorio piemontese, raggiungendo anche quartieri/luoghi in cui finora non è stato realizzato alcun percorso (AASSLL CN2, AL e Città di TO), ed estendendoli quindi ai territori interni delle Asl non precedentemente coinvolti (ad esempio quei territori dell’Alta, Media Langa e del Roero a maggior rischio di isolamento).

## **Obiettivi del progetto**

L’obiettivo generale è quello promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio, in condizione di totale o parziale autosufficienza, e di quelli più “fragili” assistiti da un *caregiver* (familiari, volontari e badanti), nei territori delle ASL CN2 (Alba-Bra, capofila), AL (Alessandria) e TO (Città di Torino).

A questo scopo sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici.

- 1) aumentare le conoscenze e le competenze del *caregiver* (familiare, badante, volontario o altra figura di riferimento) attraverso un percorso di formazione volto a migliorare la qualità dell’assistenza all’anziano e promuovere un uso più consapevole e responsabile dei servizi sociosanitari del territorio.
- 2) promuovere la partecipazione degli anziani attivi attraverso un percorso di cittadinanza attiva per avviare iniziative di prevenzione e di promozione della salute e della socialità con e per i propri coetanei.
- 3) contrastare l’isolamento e la marginalità sociale degli anziani attraverso la creazione di reti di solidarietà tra anziani attivi e anziani fragili, residenti nella stessa area, con il

sostegno e la collaborazione di diversi attori istituzionali, realtà del terzo settore e altre realtà informali e significative del territorio.

## **Azioni e indicatori di risultato**

Il progetto prevede due principali filoni di lavoro, uno rivolto ai caregiver e uno agli anziani attivi, con azioni che saranno replicate in ogni territorio (ASL CN2, AL, TO). Vi sono poi delle azioni trasversali: coordinamento, monitoraggio, valutazione e comunicazione. Di seguito descriviamo le attività previste per ogni azione indicando anche gli indicatori di risultato atteso e/o gli output.

### 1. Caregiver

#### 1.1 Formazione caregiver

Sulla base dei bisogni, confermati dal progetto precedente e attraverso diversi canali (medici di medicina generale, personale ADI, farmacie, media...), si intendono reclutare nuovi *caregiver* (familiari, volontari, badanti) a cui verranno offerti percorsi di formazione ed empowerment finalizzati a migliorare la qualità di assistenza all'anziano. A tale scopo verranno aggiornati e utilizzati gli strumenti messi a punto nella edizione del progetto nazionale (manuale, kit didattico con slides, materiale informativo...) e presenti sul sito <http://argentoattivo.it/materiali/>. Il percorso, diviso in 6 moduli, includerà sia gli aspetti più prettamente sanitari, legati alla cura e prevenzione, che quelli psicologici, relativi alla relazione. Il corso sarà tenuto da operatori/formatori esperti sul tema che per favorire l'apprendimento saranno tenuti a utilizzare tecniche di didattica attiva.

Indicatori:

- almeno 2 corsi realizzati per ogni territorio (4), min. 15 partecipanti, durata: 8 ore
- almeno 200 KIT didattici Argento attivo complessivamente duplicati per ogni territorio (4)

### 2. Anziani attivi

#### 2.1 Formazione e accompagnamento dei facilitatori

Come emerso dalla valutazione del progetto nazionale, la figura del facilitatore ha avuto un ruolo chiave per il successo dell'iniziativa, in quanto se gli anziani si sono dimostrati propensi ad attivarsi, sono sembrati invece meno disponibili ad assumersi la responsabilità di coordinare in autonomia gruppi o iniziative durature nel tempo.

Il facilitatore deve avere caratteristiche personali idonee (propensione all'ascolto, capacità di lavorare in gruppo...) oltre che competenze specifiche di gestione di dinamiche di gruppo, utilizzo di tecniche partecipate... L'intenzione è quella possibilmente di coinvolgere i facilitatori già formati nella precedente edizione e utilizzare strumenti e metodi precedentemente individuati e frutto di un percorso condiviso, in modo da ottimizzare le risorse. Poiché però la disponibilità degli stessi facilitatori non può essere data per scontata, verrà organizzato almeno un corso per facilitatori, a cui potranno unirsi partecipanti provenienti da altri territori. Il corso verterà principalmente sui metodi partecipati, che i facilitatori dovranno impiegare nell'accompagnare i gruppi di anziani attivi.

Indicatori:

- almeno 1 corso realizzato, min. 8 partecipanti, durata: 8 ore
- almeno 2 incontri di accompagnamento/monitoraggio/valutazione all'anno per territorio (4)

## 2.2 Reclutamento di anziani attivi

Grazie soprattutto all'opera dei facilitatori e degli anziani attivi che hanno partecipato al progetto nazionale, si intendono coinvolgere nuovi anziani disponibili a intraprendere un percorso di cittadinanza attiva. Saranno utilizzati diversi strumenti di comunicazione (locandine, cartoline...) tenendo conto però che nell'edizione nazionale il passaparola e la relazione diretta si sono dimostrati i canali più efficaci.

Indicatori: almeno 25 anziani attivi in ogni area territoriale individuata (4).

## 2.3 Ideazione e realizzazione di iniziative di promozione della salute da parte degli anziani attivi per anziani

Il percorso di cittadinanza attiva in cui saranno coinvolti gli anziani autosufficienti prevedrà un ciclo di incontri formativi maggiormente strutturati per fornire loro alcune competenze di base necessarie a progettare iniziative in modo partecipato. In seguito i partecipanti, accompagnati sempre dal facilitatore, individueranno e realizzeranno attività e iniziative rivolte ai propri pari e/o ad anziani non autosufficienti. Le iniziative di promozione della salute e della socialità e di prevenzione di malattie croniche non possono essere predefinite perché nasceranno dall'iniziativa dei partecipanti e potranno essere di svariata natura (ad es. gruppi di cammino, cineforum, visite culturali, corsi di cucina...)

Indicatori:

- almeno 2 percorsi di cittadinanza attiva in ogni territorio (4) di almeno 8 incontri
- almeno 5 iniziative promosse da anziani per anziani realizzate in ogni territorio (4)

## 2.4 Sviluppo di reti di prossimità e solidarietà

Con l'appoggio di attori istituzionali e informali presenti sui territori, si vuole stimolare la creazione di reti di solidarietà che vedano il coinvolgimento di anziani attivi a favore di anziani fragili residenti nella stessa area territoriale (ad es. distribuzione di alimenti, accompagnamento ad eventi socializzanti...). Questo è l'obiettivo più ambizioso del progetto, che necessita di tempi di realizzazione lunghi in quanto prevede il coinvolgimento e la collaborazione di soggetti, istituzionali e non, del territorio, che a vario titolo possono apportare risorse e competenze utili al progetto, anche a titolo gratuito. I soggetti proponenti intendono ripartire da dove il progetto nazionale si è interrotto, per riprendere e continuare a tessere quelle reti con soggetti vari (comuni, associazioni, parrocchie, cooperative, medici di medicina generale...) che sono cruciali per la sostenibilità del progetto nel tempo. A titolo di esempio in uno dei territori coinvolti dalla prima edizione è stato creato un Centro Anziani, in un altro si è creata una partnership locale che ha partecipato con successo a un bando ottenendo così nuove risorse per continuare a sostenere alcune attività nate con Argento Attivo.

Indicatori: almeno 1 rete di solidarietà creata a in ogni territorio (4)

### 3. Azioni trasversali

#### 3.1 Coordinamento

Il progetto sarà coordinato dall'ASL CN2, già capofila dell'edizione nazionale del progetto Argento Attivo. La cabina di regia di progetto sarà formata dai referenti, individuati uno per ogni area, e si incontrerà periodicamente per monitorare l'andamento del progetto e risolvere eventuali difficoltà.

A livello territoriale vi saranno invece riunioni periodiche trimestrali tra referente, facilitatori e formatori, che auspicabilmente saranno estese ad altri soggetti (gli stessi anziani attivi ma anche enti pubblici e privati del territorio) nell'ottica di costruire delle reti territoriali di prossimità che possano sostenere e ampliare le azioni di progetto in un'ottica di sinergia (vedi azione 2.4).

Indicatori:

- almeno 4 incontri della cabina di regia complessivi
- almeno 4 incontri di partnership territoriali all'anno

#### 3.2 Monitoraggio e valutazione

L'attività di monitoraggio accompagnerà tutto il progetto e si avvarrà degli strumenti già utilizzati nel progetto CCM (schede di monitoraggio, questionari...) oltre che di metodi non strutturati (ad esempio contatti diretti con i facilitatori). La valutazione non si focalizzerà solo sui risultati ma anche sulla qualità del processo. A tal fine si raccoglieranno dati quantitativi (attraverso questionari strutturati finalizzati a rilevare il gradimento dei partecipanti) ma anche qualitativi (attraverso interviste individuali o di gruppo), in grado di rendere conto della complessità del progetto.

Output:

- 1 report di valutazione intermedio
- 1 report di valutazione finale

#### 3.3 Comunicazione

Per promuovere le iniziative del progetto attraverso locandine, cartoline... ci si avvarrà della grafica messa a punto dal progetto nazionale, in modo da ottimizzare le risorse e sfruttare un logo già conosciuto in quasi tutti i territori coinvolti. Inoltre le iniziative e i risultati del progetto saranno pubblicizzate attraverso i media locali.

La comunicazione verso i destinatari il progetto, in particolare nell'ambito dei gruppi di anziani attivi, punterà innanzitutto sulle interazioni personali e informali, avvalendosi anche dell'uso dei telefoni cellulari e dei social network (facebook), che nel progetto precedente si sono dimostrati strumenti utili e apprezzati.

Il progetto si avvarrà inoltre del sito-blog [www.argentoattivo.it](http://www.argentoattivo.it) già esistente, che sarà utile non solo a diffondere le iniziative e i risultati del progetto, ma anche a fornire ai partner e agli operatori uno strumento di lavoro. Il blog diverrà infatti una sorta di diario di bordo per gli operatori, che documenterà il procedere del progetto e nello stesso tempo servirà a facilitare il reperimento di risorse (attraverso l'archivio di materiali e documenti) e la comunicazione tra gli attori (attraverso le funzioni del blog).

La parte statica del sito, che include la descrizione del precedente progetto nazionale e l'elenco dei partner di progetto, sarà aggiornata per dare visibilità ai nuovi partner di progetto e ai finanziatori.

Indicatori:

- almeno 1 articolo pubblicato su giornali locali
- almeno 3 locandine per divulgazione incontri tra pari
- almeno 20 post all'anno sul blog

### 3.4 Workshop finale

Al termine del progetto verrà organizzato un workshop di una giornata, aperto agli operatori e anziani coinvolti nel progetto e ad altri professionisti o volontari interessati a conoscere il processo e i risultati dell'esperienza. Si ipotizza di organizzare l'evento con modalità partecipativa, in modo che il workshop non sia solo un momento di restituzione dell'esperienza ma possa diventare un'occasione di rafforzamento della motivazione dei destinatari intermedi di progetto, ossia *caregiver e anziani attivi*, a continuare e a disseminare l'esperienza. Il coinvolgimento di altri soggetti pubblici e privati del territorio potrà inoltre rinforzare le reti costruite durante il progetto e potrebbe dare origine a nuove alleanze e idee progettuali.

Almeno una parte della giornata sarà costruita con la modalità del "peer day", in cui gli anziani attivi e dei caregiver coinvolti provenienti dai diversi territori (CN2, AL, TO) potranno condividere in prima persona vissuti, risultati e testimonianze.

Indicatori: almeno 60 partecipanti al workshop

### Cronogramma

MESI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
A Z I O N I	1.1					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
	2.1			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	2.2				X	X	X	X	X																
	2.3					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	2.4				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3.2		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3.3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3.4																					X			

## Bibliografia

AUSER (2012). Seconda Indagine Nazionale sulle condizioni sociali degli anziani ([www1.auser.it/books/seconda-indagine-sulle-condizioni-sociali-degli-anziani](http://www1.auser.it/books/seconda-indagine-sulle-condizioni-sociali-degli-anziani)).

Bassi A., Moro G. (Eds.). (2015). *Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza*. Franco Angeli.

Caritas (2014). False partenze. Rapporto Caritas Italiana 2014 su povertà e esclusione sociale in Italia.

([http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/Pubblicazioni/libri\\_2014/Rapporto\\_poverta/Sintesi\\_Rapporto\\_2014\\_impaginato.pdf](http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/Pubblicazioni/libri_2014/Rapporto_poverta/Sintesi_Rapporto_2014_impaginato.pdf))

CENSIS (2013). Anziani, una risorsa per il paese ([www.censis.it/Censis/browse/28](http://www.censis.it/Censis/browse/28)).

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 21). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

CIES (2013). Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale. Anno 2011-2012 ([www.lavoro.gov.it/Documents/Resources/Lavoro/CIES/RAPPORTO\\_2011\\_2012\\_Fabbris.pdf](http://www.lavoro.gov.it/Documents/Resources/Lavoro/CIES/RAPPORTO_2011_2012_Fabbris.pdf)).

Fondazione Zancan (2014). *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla povertà. Rapporto 2014*. Il Mulino, Bologna.

Golini A, Rosina A (2011). Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia. Il Mulino Editore.

Sabetta T, Avolio M, de Belvis AG, Falvo R, Longhi S, Maddalena F, Marino M, Silenzi A, Ricciardi W (2012).

Tidoli R. (2017). La domiciliarità. In: NNA (a cura di ) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017-2018. Pp. 77-100

WHO (2002). Active ageing: a policy framework. *World Health Organization*, Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)

WHO (2015). World Report on Ageing and Health, *World Health Organization*, Geneva. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1).

WHO Regional Office for Europe (2012). The European health report 2012: charting the way to well-being, *World Health Organization Regional Office for Europe*, Copenhagen. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf)