

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2015

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

Argento Attivo: vivere bene oltre i sessanta

ENTE PARTNER: Regione Piemonte

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 9

REGIONI COINVOLTE:

numero: 4

elenco:

Nord Piemonte e Veneto

Centro Marche

Sud Sicilia

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: € 253.000,00

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: dott.ssa Laura Marinaro

struttura di appartenenza: SSD Epidemiologia – Dipartimento di Prevenzione ASLCN2 Alba-Bra

n. tel: 0173-316622-650 n. fax: 0173-316636 E-mail: lmarinaro@aslc2.it

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione e analisi del problema – L'invecchiamento della popolazione è una questione cruciale in Italia (Golini, Rosina, 2011), infatti il declino del tasso di natalità e l'allungamento della vita hanno modificato la composizione demografica e gli anziani (65 anni e oltre) rappresentano il 21,7%, con un andamento crescente. Aumentano non solo gli anziani, ma anche i cosiddetti "grandi vecchi" (80 anni e oltre), che crescono ogni anno di un punto decimale e rappresentano attualmente il 6,5% della popolazione. L'età anziana risulta quindi una realtà complessa e variegata che va dagli anziani attivi e in salute agli anziani non autosufficienti (Sabetta et al., 2012; CENSIS, 2013). Essere anziani significa infatti cose molto diverse in termini di condizioni di salute, ruoli familiari e sociali, qualità di vita e livello di reddito. Ciò nonostante gli anziani rimangono una delle categorie più colpite dalla povertà e più esposte a fenomeni di esclusione sociale, isolamento e abbandono, la loro qualità di vita resta bassa, le malattie cronico-degenerative 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). La contrazione del sistema di welfare e le politiche volte al contenimento della spesa pensionistica e sanitaria hanno un forte impatto sugli anziani (Bassi, Moro, 2015). Sebbene negli ultimi anni si sia ampliata la gamma di servizi dedicati, si rileva ancora un mancato raccordo tra interventi di prevenzione e azioni di sostegno e cura per i soggetti più deboli. La sperimentazione di interventi innovativi per gli anziani è dunque ineludibile per aumentare la salute e il benessere individuale e collettivo e contribuire alla sostenibilità e all'efficienza del sistema sanitario e di welfare. L'obiettivo è quello di incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'empowerment individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. In Italia infatti gli anziani sono essenziali al welfare informale: 9 milioni di anziani si prendono cura dei nipoti, 7 milioni contribuiscono al sostegno delle famiglie dei figli, 4,7 milioni forniscono assistenza ad altri anziani bisognosi o non autosufficienti (CENSIS, 2014). Con l'aumentare dell'età aumenta però anche il bisogno di sostegno quotidiano: in Italia sono almeno 167.000 gli anziani con limitazioni funzionali che avrebbero bisogno di aiuto e non ce l'hanno e 2 milioni quelli che non ricevono la necessaria assistenza a domicilio. Nel vuoto del sistema di supporto pubblico agli anziani in condizione di fragilità, la soluzione domiciliare con care-giver (familiare, badante, ecc.) è stata quella adottata con un conseguente notevole impatto sul budget familiare (CENSIS, 2014). La famiglia rimane il punto di riferimento principale per l'assistenza agli anziani, seguita dai vicini di casa e dalle badanti. Anziani attivi e care-giver si rivelano quindi gli attori strategici per interventi adeguati ai bisogni degli anziani nella prospettiva di un approccio inclusivo e partecipato e di un sistema che offra, oltre che servizi efficienti e prestazioni di qualità, anche occasioni capaci di generare integrazione e coesione sociale.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze - Il presente progetto prevede la realizzazione di azioni per: 1) la promozione della salute e del benessere psicosociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio (da soli, in coppia, con altri familiari o assistiti da un caregiver) e in condizione di totale o parziale autosufficienza; 2) il miglioramento della qualità dell'assistenza degli anziani assistiti a domicilio da un caregiver (familiare, badante, volontario o altro soggetto che si prende cura regolarmente dell'anziano). Tali azioni prevedono la partecipazione attiva degli anziani, l'attivazione e la mobilitazione delle risorse locali, la costruzione di una rete di vicinato e la progettazione di interventi di gruppo. Si tratta di elementi che sono associati all'efficacia degli interventi di prevenzione dell'isolamento sociale degli anziani (Dickens et al., 2011), fattore associato a una riduzione dello stato di salute e del livello di benessere psicosociale nella popolazione anziana, il cui contributo alla mortalità è pari ad altri comportamenti a rischio quali il fumo e l'alcol e maggiore rispetto all'inattività fisica e all'obesità (Holt-Lungstad et al., 2010). Inoltre la mancanza di sostegno e di assistenza quotidiana è un predittore dell'istituzionalizzazione degli anziani (Luppa et al., 2010). Gli interventi complessi, intesi come la combinazione di approcci multidisciplinari e di molteplici azioni per fronteggiare problemi sociali e sanitari nella popolazione anziana, sono efficaci nell'aiutare gli anziani a vivere in sicurezza e in maniera indipendente a casa e possono essere adattati ai bisogni e alle esigenze individuali (Beswick et al., 2008). Il presente progetto si basa sulle raccomandazioni e indicazioni contenute nel documento "Active ageing. A policy framework" a cura dell'OMS.

Le azioni previste sono progettate per essere sperimentate in aree urbane di grandi e piccole dimensioni caratterizzate da una forte concentrazione di anziani che vivono presso il proprio domicilio, indipendentemente dal loro stato di salute, benessere e autosufficienza. Il quartiere, l'isolato e il vicinato rappresentano un contesto privilegiato di intervento con gli anziani in quanto rappresentano l'occasione per stabilire legami sociali significativi e sperimentare scambi quotidiani e relazioni di appartenenza (Piccoli, 2012; Gardini, 2012).

Per quanto riguarda le azioni rivolte agli anziani che vivono presso il proprio domicilio e in condizione di totale o parziale autosufficienza, è previsto il coinvolgimento diretto di almeno 250 anziani attivi che, attraverso un percorso di cittadinanza attiva condotto e guidato da un facilitatore, vengono accompagnati a svolgere il ruolo di promotori di salute e di benessere verso gli anziani del quartiere o del vicinato (in particolare coloro che vivono da soli o in condizione di non totale autosufficienza). Tali anziani si fanno carico di: 1) trasmettere messaggi di prevenzione e promozione della salute in raccordo con gli operatori sanitari attraverso la metodologia dell'educazione tra pari, 2) progettare con metodi partecipativi, iniziative dal basso e auto-organizzate di contrasto dell'isolamento sociale e di promozione della solidarietà tra vicini di casa, 3) promuovere la partecipazione attiva degli anziani del vicinato portatori di risorse utili al miglioramento della qualità di vita della comunità di riferimento, 4) favorire la creazione di reti sociali di prossimità, 5) svolgere il ruolo di "antenne" nell'intercettazione degli anziani a rischio raccordandosi con gli operatori dei servizi territoriali e la società civile in azioni sinergiche. Si ipotizza di raggiungere e coinvolgere come destinatari finali delle azioni circa 80 anziani residenti nell'area di intervento individuata per ogni Regione partecipante. Le azioni da realizzare verranno progettate e definite con gli anziani (es. momenti di socializzazione nei quartieri/cortili, gruppi di cammino,

funzione di portierato sociale, ecc).

Per quanto riguarda gli anziani assistiti a domicilio, è previsto un percorso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment rivolto ai caregiver volto a migliorare la loro capacità di assistere l'anziano dal punto di vista psicologico e sanitario. In particolare ai caregiver vengono fornite informazioni utili allo sviluppo di competenze e conoscenze per: 1) promuovere la salute del proprio assistito favorendo l'adozione di uno stile di vita salutare; 2) prevenire l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili o loro complicanze; 3) promuovere la sicurezza domestica dell'anziano (traendo spunto dall'esperienza del progetto "Argento Attivo. Promozione di corretti comportamenti per prevenire le cadute negli anziani attraverso il coinvolgimento dei caregiver" promosso dalla Regione Veneto nell'ambito del Programma Regionale di Prevenzione degli Incidenti domestici; 4) svolgere in autonomia la somministrazione di farmaci, la misurazione della pressione e altre semplici azioni quotidiane connesse alla gestione dello stato di salute dell'assistito; 5) ricercare soluzioni in risposta ai bisogni dell'assistito e alle situazioni di urgenza attraverso l'attivazione delle risorse territoriali; 6) ricorrere ai servizi sanitari in modo appropriato e pertinente; 7) favorire il più possibile una connessione tra l'anziano e il quartiere, i coetanei e la rete di vicinato.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte Il presente progetto si caratterizza per un buon livello di fattibilità e trasferibilità in quanto si basa sulle risorse informali concretamente presenti nella comunità di riferimento e può essere replicato anche in contesti caratterizzati da scarsità di risorse e servizi formali. Gli anziani sono coinvolti in quanto cittadini portatori di risorse e in grado di contribuire in modo visibile e tangibile alla qualità di vita del territorio. La sostenibilità del progetto è in relazione alla capacità di attivare le risorse informali e territoriali, coinvolgendo i diversi attori della comunità e gli anziani stessi. Ciò consente di assicurare la continuità nel tempo delle azioni previste e di rinnovare di volta in volta le azioni previste sulla base dei bisogni rilevati e delle risorse effettivamente disponibili. Inoltre, il coinvolgimento attivo e diretto degli anziani attivi e dei caregiver favorisce l'intercettazione degli anziani fragili o a rischio di esclusione sociale e disabilità mediante azioni non connotate prioritariamente come servizio di assistenza ma più appetibili e accessibili in quanto facenti parte della vita quotidiana degli anziani. L'assunzione della conduzione e della gestione delle iniziative da parte degli anziani in maniera autonoma e autorganizzata contribuisce alla sostenibilità nel tempo del progetto. Le criticità sono connesse a: 1) il confronto e l'interazione di anziani di età diverse e con caratteristiche individuali differenti che non avviene in modo immediato e spontaneo, ma necessita di un lavoro di facilitazione e mediazione da parte di un operatore esperto affinché si creino legami e reti sociali, 2) la cultura della solidarietà che deve essere interiorizzata a livello individuale e collettivo e che ha bisogno di un tempo sufficiente per essere accolta e agita, 3) la messa in rete delle risorse del territorio che necessita di un lavoro lungo e capillare di mappatura del territorio per poter sfruttare tutte le risorse possibili e di contatto e confronto tra le varie realtà nel lungo periodo, per consentire il mantenimento e la replicazione di quanto realizzato.

Bibliografia. AUSER (2012). Seconda Indagine Nazionale sulle condizioni sociali degli anziani (www.auser.it/books/seconda-indagine-sulle-condizioni-sociali-degli-anziani).

Beswick A, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371 (1): 725-735 ([www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(08\)60342-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(08)60342-6.pdf)).

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_Rapporto2014_impaginato.pdf)

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

CENSIS (2014). Longevi e non autosufficienti in Italia: il piano della cultura sociale collettiva (www.condicio.it/allegati/162/Sintesi.pdf).

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).

Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL (2011). Interventions targeting social isolation in older

Gardini E (2012). Ombre nella prossimità. Studi sociali sulle pratiche di vicinato. Franco Angeli Editore.

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

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*, 7 (7): 316-336

(www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1000316&representation=PDF).

Luppa M, Luck T, Weyerere S, König HH, Brahler E, Riedel-Heller SG (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39: 31-28

(www.grgbs.it/usr_files/eventi/journal_club/programma/prediction_of_institutionalization.pdf). people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11: 647-669 (www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-647.pdf).

Piccoli F (2012). L'invecchiamento in città tra individualismo e ricerca di comunità. Un'indagine sociologica. Franco Angeli Editore.

Sabetta T, Avolio M, de Belvis AG, Falvo R, Longhi S, Maddalena F, Marino M, Silenzi A, Ricciardi W (2012). Libro Bianco 2012. La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (www.aies.org/Invecchiamento_in_buona_salute_libro_bianco_2012.pdf).

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio e in condizione di totale o parziale autosufficienza e migliorare la qualità dell'assistenza degli anziani assistiti a domicilio da un caregiver attraverso la realizzazione di percorsi di cittadinanza attiva per gli anziani "attivi" e percorsi di formazione, sensibilizzazione ed empowerment dei caregiver.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: formare i referenti regionali e gli operatori sanitari delle aree di intervento individuate per ogni Regione partecipante e fornire loro indicazioni operative e strumenti metodologici per la conduzione e realizzazione del percorso di cittadinanza attiva per gli anziani "attivi" e del percorso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment dei caregiver.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: promuovere la partecipazione degli anziani attivi attraverso un percorso di cittadinanza attiva per avviare iniziative di promozione della salute e della socialità con e per i propri coetanei e promuovere lo scambio di informazioni e di messaggi di prevenzione.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: aumentare le conoscenze e le competenze del caregiver (familiare, badante, volontario, ecc.) attraverso un percorso di formazione volto a migliorare la qualità dell'assistenza all'anziano e promuovere un uso più consapevole e responsabile dei servizi sanitari.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: contrastare l'isolamento e la marginalità sociale degli anziani attraverso la creazione di legami di aiuto e solidarietà tra anziani attivi e anziani in condizione di fragilità, residenti nella stessa area, e il coinvolgimento di diversi attori istituzionali, realtà del terzo settore e altre realtà informali e significative del territorio.

CAPO PROGETTO: dott.ssa Laura Marinaro, Responsabile SSD Epidemiologia ASLCN2Alba-Bra- Piemonte
indirizzo E-mail: lmarinaro@aslcn2.it

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
ASL CN2 Dipartimento di Prevenzione - SSD Epidemiologia	Dott.ssa Laura Marinaro	Coordinamento Nazionale e implementazione attività Regione Piemonte
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
ASL TO1 – Dipartimento di Epidemiologia ed Educazione sanitaria	Dott.ssa Rosanna D'Ambrosio	Progettazione e implementazione attività sul territorio ASL, coordinamento e formazioni nazionali
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASL Alessandria - Distretto di Casale M. - Coordinamento Aziendale Promozione della Salute	Dott. Mauro Brusa	Progettazione e implementazione attività sul territorio ASL
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASUR Marche – Area Vasta 2 Dipartimento di Prevenzione – Ufficio Promozione della Salute Ancona	Dott. Stefano Berti	Progettazione e implementazione attività sul territorio ASUR
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
ASP Palermo UOEPSA - Unità Operativa Educazione e Promozione della Salute Aziendale	Dott. Angelo Miraglia	Progettazione e implementazione attività sul territorio ASP
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
A.Ulss 18 – Rovigo - SOC SISP	Dott.ssa Lorenza Gallo e dr.ssa Maria Chiara Pavarin	Progettazione e implementazione attività sul territorio AULss

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio e in condizione di totale o parziale autosufficienza e migliorare la qualità dell'assistenza degli anziani assistiti a domicilio da un caregiver attraverso la realizzazione di percorsi di cittadinanza attiva per gli anziani "attivi" e percorsi di formazione ed empowerment dei caregiver.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Progettazione delle azioni previste in ogni Regione partecipante 2. Implementazione delle azioni previste in ogni Regione partecipante 3. Monitoraggio del processo e valutazione delle azioni e dei risultati in ogni Regione partecipante 4. Comunicazione e disseminazione dei risultati
<i>Standard di risultato</i>	1. 2 incontri di programmazione e condivisione degli obiettivi e delle attività previste con almeno un referente per ogni Regione partecipante 2. Realizzazione delle azioni previste in almeno un'area territoriale per ogni Regione 3. Almeno 4 incontri di monitoraggio e valutazione con almeno un referente per ogni Regione 4. 1 workshop finale di presentazione e disseminazione dei risultati ottenuti, almeno 1 presentazione orale a convegni/seminari nazionali
OBIETTIVO SPECIFICO 1	Formare i referenti regionali e gli operatori sanitari delle aree di intervento individuate per ogni Regione partecipante e fornire loro indicazioni operative e strumenti metodologici per la conduzione e realizzazione del percorso di cittadinanza attiva per gli anziani attivi e del percorso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment dei caregiver. Attività 1: progettazione e realizzazione corsi di formazione per referenti regionali e operatori socio-sanitari nelle Regioni partecipanti Attività 2: aggiornamento, duplicazione e stampa materiali didattici Argento attivo - www.regione.veneto.it/web/sanita/argento-attivo (dispensa, dvd, pieghevoli, shopper di carta shopper di carta personalizzate con messaggi di promozione alla salute) Attività 3: realizzazione monitoraggio e valutazione Attività 4: creazione di un blog
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Numero di corsi di formazione per referenti regionali e operatori attivati in ogni Regione 2. Numero di partecipanti per ogni corso di formazione attivato per Regione 3. Livello di gradimento e di conoscenza dei temi proposti da parte dei partecipanti 4. Numero di materiali didattici 5. Monitoraggio e valutazione delle attività realizzate 6. Numero di accessi al blog
<i>Standard di risultato</i>	1. Almeno 1 corso di formazione per referenti regionali e operatori socio-sanitari per ogni Regione 2. Almeno 20-25 partecipanti per ogni corso attivato per Regione 3. Almeno il 70% di gradimento del corso e 70% di risposte esatte per ogni corso attivato 4. Almeno 200 kit didattici per ogni Regione 5. Almeno 1 incontro 6. Almeno 20 accessi al blog al mese per la durata del progetto
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Promuovere la partecipazione degli anziani attivi attraverso un percorso di cittadinanza attiva per avviare iniziative di promozione della salute e della socialità con e per i propri coetanei e promuovere lo scambio di informazioni e di messaggi di prevenzione. Attività 1: reclutamento di anziani attivi disponibili a partecipare a un percorso di cittadinanza attiva Attività 2: realizzazione dei percorsi di cittadinanza attiva rivolti agli anziani attivi Attività 3: organizzazione e avvio di iniziative di promozione della salute e della socialità e di prevenzione di malattie croniche non trasmissibili o loro complicanze
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1. Numero di anziani attivi reclutati in ogni area di intervento per Regione partecipante e disponibili a svolgere il ruolo di promotore di salute nel quartiere/vicinato 2. Numero di percorsi di cittadinanza attiva attivati in ogni area di intervento per Regione 3. Livello di gradimento per il percorso da parte degli anziani partecipanti 4. Numero di iniziative di promozione della salute e della socialità e di prevenzione di malattie croniche non trasmissibili o loro complicanze, realizzate in ogni area di intervento
<i>Standard di risultato</i>	1. Almeno 250 anziani attivi sul territorio nazionale coinvolto 2. Almeno 3 percorsi di cittadinanza attiva di almeno 8 incontri attivati in ogni area di intervento 3. Almeno il 70% dei partecipanti al percorso di cittadinanza attiva che dichiarano un livello medio-alto di gradimento e soddisfazione per la formazione e l'accompagnamento ricevuto 4. Almeno 8 iniziative di promozione della salute ideate e gestite dagli anziani attivi in collaborazione con gli operatori sanitari in ogni area di intervento
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Aumentare le conoscenze e le competenze del caregiver (familiare, badante, volontario, ecc.) attraverso un percorso di formazione volto a migliorare la qualità dell'assistenza all'anziano e promuovere un uso più consapevole e responsabile dei servizi sanitari. Attività 1: organizzazione e realizzazione di percorsi di formazione, sensibilizzazione ed empowerment

	rivolti ai caregiver in ogni area di intervento per Regione partecipante Attività 2: interventi dei caregiver per una migliore assistenza dell'anziano e adeguato ricorso ai servizi sanitari
Indicatore/i di risultato	1.Numero di percorsi di formazione rivolti ai caregiver per ogni Regione partecipante 2.Numero di caregiver partecipanti ai percorsi di formazione per Regione 3.Livello di gradimento per il percorso di formazione 4.Capacità del caregiver di svolgere la propria funzione e di affrontare le problematiche quotidiane, le situazioni di emergenza connesse all'assistenza all'anziano e ricorrere ai servizi sanitari (ad esempio, MMG, servizio medicina di iniziativa, ecc.) in modo appropriato
Standard di risultato	1.Almeno 2 percorsi di formazione rivolto ai caregiver per ogni Regione partecipante 2.Almeno 20 caregiver partecipanti a ogni percorso di formazione 3.Almeno il 70% dei partecipanti con livello medio-alto di gradimento per la percorso di formazione 4.Aumento nella percezione di autoefficacia nello svolgimento della propria funzione e nella capacità di gestire le situazioni problematiche quotidiane e di emergenza connesse all'assistenza all'anziano in almeno il 60% dei caregiver partecipanti ai percorsi di formazione 5.Usò più appropriato dei servizi sanitari da parte di almeno il 40% dei caregiver partecipanti ai percorsi di formazione
OBIETTIVO SPECIFICO 4	Contrastare l'isolamento e la marginalità sociale degli anziani attraverso la creazione di legami di aiuto e solidarietà tra anziani attivi e anziani in condizione di fragilità, residenti nella stessa area, e il coinvolgimento di diversi attori istituzionali, realtà del terzo settore e altre realtà informali e significative del territorio. Attività 1: sviluppo di rete di prossimità autogestita da anziani attivi a favore di anziani fragili residenti nella stessa area territoriale Attività 2: coinvolgimento nella rete degli attori istituzionali e informali del territorio
Indicatore/i di risultato	1. Numero di anziani in condizione di fragilità (ad esempio, anziani che vivono da soli o in condizione di parziale autosufficienza) coinvolti nelle iniziative proposte 2. Numero di anziani in buone condizioni di salute attivati e coinvolti a cascata da parte degli anziani attivi nella promozione e gestione delle iniziative proposte 3. Numero di reti di prossimità attivate in ogni area di intervento 4. Numero di membri delle reti di prossimità attivate in ogni area di intervento 5. Livello di vitalità e attività delle reti di prossimità in ogni area di intervento
Standard di risultato	1. Almeno 50 anziani in condizione di fragilità partecipanti a ogni iniziativa realizzata in ogni area 2. Almeno 80 anziani in buone condizioni di salute attivati e coinvolti a cascata da parte degli anziani attivi nella promozione e gestione delle iniziative proposte in ogni area di intervento 3. Almeno 1 rete di prossimità attivata in ogni area di intervento 4. Almeno 10 soggetti aderenti a ogni rete di prossimità (ad esempio, servizi sociali, servizi sanitari ASL, MMG, comune, ecc.), per ogni realtà del terzo settore presente nell'area di intervento (ad esempio, associazioni, cooperative, fondazioni, comitati di cittadini, ecc.) e per ogni realtà significativa presente sul territorio (ad esempio, parrocchie, sindacati pensionati, centri ricreativi, ecc.), attivata per area di intervento 5. Almeno 1 iniziativa che coinvolge il 50% degli attori di territorio coinvolti in ogni area

CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Obiettivo specifico 1	Att.1				x	x	x	x	x																	
	Att. 2		x	x	x																					
	Att. 3				x	x	x	x	x	x																
	Att. 4				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Obiettivo specifico 2	Att. 1									x	x	x	x													
	Att. 2											x	x	x	x	x										
	Att. 3													x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Obiettivo specifico 3	Att. 1									x	x	x	x													
	Att. 2											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Obiettivo specifico 4	Att. 1												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Att. 2												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

Rendicontazione