



## Report di monitoraggio e valutazione



<i>Progetto n°:</i>	4128
<i>Titolo:</i>	Report di monitoraggio e valutazione
<i>Prodotto n°:</i>	1.3.1
<i>Autore:</i>	IRES Piemonte
<i>Data:</i>	30 Settembre 2022
<i>Versione:</i>	1.0

<b>1. Introduzione</b>	<b>5</b>
1.1 Il Programma Alcotra 2014-2020	5
1.2 Il progetto Senior	6
1.3 Partenariato del PITEM Pro-Sol Senior	7
1.4 Contatti	12
1.5 Obiettivo del piano di monitoraggio e valutazione	14
1.6 Sintesi delle attività	14
1.7 Struttura del Piano di monitoraggio e valutazione	15
<b>2. Gestione delle attività di monitoraggio e valutazione</b>	<b>15</b>
2.1 Gestione transfrontaliera	15
2.2 Processo decisionale	16
2.4 Ruoli dei partner e responsabilità	16
<b>3. Il monitoraggio delle attività del progetto semplice Senior</b>	<b>17</b>
3.1 Il ruolo di IRES Piemonte e le attività di monitoraggio	17
3.2 Attori coinvolti nelle sperimentazioni Senior	17
3.3 L'analisi di contesto	24
3.3.1. Dati e fonti	24
3.3.2. Metodi e strumenti	24
3.3.3. Perché il progetto Senior	24
3.4 Metodi e risultati delle attività di monitoraggio	27
3.4.1 Materiali e metodi	27
3.4.2 Azioni del WP3: coordinamento e professionalità degli attori per una migliore presa in carico della persona anziana	28
3.4.2.1 WP3A1: Coordinare la salute e gli attori medico-sociali intorno alla persona anziana sul percorso assistenziale	28
3.4.2.2 WP3A2: Sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale	33
3.4.2.3 WP3A3: Formazione degli stakeholders	44
3.4.3 Azioni del WP4: Sviluppare nuovi modelli di prevenzione	51
3.4.3.1 WP4A1: Sviluppare nuovi modelli di prevenzione	51
3.4.3.2 WP4A2: Sviluppo di un'offerta di nuovi servizi per supportare l'adattamento degli alloggi degli anziani	68
<b>4. La soddisfazione e gradimento delle azioni in Senior</b>	<b>78</b>
4.1 La soddisfazione dei professionisti che hanno lavorato in Senior: risultati della survey	78

4.1.1	Materiali e metodi _____	78
4.1.2	Risultati della survey _____	79
<b>4.2</b>	<b>La soddisfazione degli stakeholder _____</b>	<b>85</b>
4.2.1	Materiali e metodi _____	85
4.2.2	La soddisfazione degli utenti _____	85
4.2.3	La soddisfazione di operatori e professionisti _____	104
<b>5.</b>	<b>L'efficacia degli interventi: la valutazione delle sperimentazioni Senior _____</b>	<b>107</b>
5.1	Il ruolo di IRES Piemonte e le attività di valutazione _____	107
5.2	Gli studi sperimentali di valutazione _____	107
5.2.1	Ospedale di Nizza _____	107
5.2.2	Casa della Salute di Cortemilia _____	108
5.3	Altre valutazioni d'effetto degli interventi: studi quasi – sperimentali _____	111
5.3.1	Sport Santé: Alcuni risultati emersi dall'analisi pre-post su outcomes di salute, abilità fisiche e comportamenti (il mantenimento della pratica sportiva oltre il programma) dell'esperienza Sport Santé del partner MNCA _____	111
5.4	La valutazione qualitativa: metodi e risultati _____	115
5.4.1	Sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale: L'azione Dôme di Provence Alpes Agglomeration nell'Alta Provenza _____	115
5.4.2	L'azione "Evolu'Dom. Adaptation du logement" di ADMR05 Hautes-Alpes (a cura di Eclectica) _____	117
5.4.1	Sport e Salute nelle Alpi Marittime e nell'Alta Provenza _____	121
5.4.1.1	Sport Santé nelle Alpi Marittime _____	121
5.4.1.2	Sport Santé nell'Alta Provenza: L'azione "Sport-santé" e il programma "Retour au sport" (a cura di Eclectica) _____	122
<b>6.</b>	<b>Le azioni transfrontaliere nel Progetto Senior _____</b>	<b>128</b>
6.1	Azioni in comune tra i partner _____	128
6.2	Scambi di conoscenze, idee e pratiche transfrontaliere _____	132
6.3	Obiettivi comuni raggiunti _____	133
	<b>Riferimenti bibliografici _____</b>	<b>135</b>
	<b>Allegati _____</b>	<b>137</b>
	Allegato 1 _____	138
	Allegato 2 _____	146
	Allegato 3 _____	158



## 1. Introduzione

---

Il **PITEM PRO-SOL** persegue l'obiettivo 4.1 di ALCOTRA di migliorare i servizi e accrescere le risposte ai bisogni sanitari e sociali, per contrastare lo spopolamento e migliorare la qualità di vita e lo sviluppo sostenibile dei territori transfrontalieri. Innovare i servizi più prossimi ai cittadini, creando opportunità di lavoro attraverso forme di collaborazione pubblico-privato, e garantire la vivibilità e lo sviluppo di questi territori, in particolar modo per le zone periferiche e per le fasce deboli della popolazione.

Per rispondere a quel fine, PRO-SOL mette a confronto diversi strumenti e modelli di risposta a bisogni di salute di carattere innovativo o sperimentale. Tali strumenti e modelli sono messi in atto da diversi attori operanti in specifici assetti istituzionali, sociali ed economici dell'area transfrontaliera in oggetto. Comprendono approcci preventivi e proattivi, il ricorso al capitale sociale delle comunità, l'impiego di strumenti ICT e tecnologie, l'attivazione di infrastrutture immateriali (es. piani formativi).

La strategia del PITEM PRO-SOL ricerca inoltre possibili connessioni tra il potenziamento dei servizi socio-sanitari e di prossimità, nuova occupazione e sviluppo locale. A tal fine, mira alla sostenibilità economica, sociale e organizzativa delle innovazioni progettate. Il progetto We-Pro, nonché la Consulta per l'innovazione prevista in Coor-Com, ambisce anche ad un'azione di armonizzazione e di diffusione nel territorio transfrontaliero di soluzioni in grado di rispondere efficacemente ed in modo durevole nel tempo alle sfide dello spopolamento.

### 1.1 Il Programma Alcotra 2014-2020

---

ALCOTRA, Alpi Latine Cooperazione TRAnsfrontaliera, è uno dei programmi europei di cooperazione territoriale transfrontaliera. Copre il territorio alpino tra la Francia e l'Italia.

Il periodo 2014-2020 è il quinto di programmazione ALCOTRA. Dal 1990, il programma ha finanziato quasi 600 progetti per circa 550 milioni di euro di sovvenzioni comunitarie.

Il programma ALCOTRA contribuisce alla strategia **Europa 2020** per una crescita "intelligente, sostenibile e inclusiva" e che coinvolge occupazione, ricerca e innovazione, educazione, inclusione sociale e riduzione della povertà, cambiamento climatico e energia. ALCOTRA è finanziato dal FESR (Fondo europeo di sviluppo regionale): strumento di attuazione della politica di coesione dell'Unione Europea per il finanziamento di programmi pluriennali di sviluppo regionale, derivati dalla negoziazione tra la Commissione europea, gli Stati membri e le Regioni.

In particolare, ALCOTRA fa parte del programma di Cooperazione Territoriale Europea, noto come INTERREG, che mira a promuovere la creazione di un mercato unico attraverso azioni di cooperazione destinate a ridurre il divario tra i livelli di sviluppo delle diverse regioni europee.

Obiettivo del programma è migliorare la qualità di vita delle popolazioni e lo sviluppo sostenibile dei territori e dei sistemi economici e sociali transfrontalieri attraverso una cooperazione che coinvolge economia, ambiente e servizi ai cittadini.

Il PITEM Pro-Sol si compone di 4 progetti tematici – Senior, Donne, Giovani, We-Pro- e di un progetto di Coordinamento e comunicazione (Coo-Com) i cui partner sono i capofila dei progetti singoli.

Il PITEM prevede la partecipazione di 10 partner e relativi enti attuatori:

- Regione Piemonte – Direzione Sanità e Welfare (Coordinatore del PITEM)
- Métropole Nice Côte d’Azur (Capofila Progetto Donne)
- Azienda Sanitaria Locale CN1 (Capofila Progetto Giovani)
- Provence Alpes Agglomération (Capofila Progetto Senior)
- Regione Liguria
- Conseil Départemental des Alpes de Haute-Provence
- Azienda Sanitaria Locale TO3
- Regione Valle d’Aosta
- Comité Régional ADMR PACA-CORSE
- ATS (Associazione Temporanea di Scopo) «Rete per la Prossimità»

Enti attuatori: ASL 1 Imperiese; ASL CN2; USL Valle d’Aosta; CISS Pinerolo; Comune di Collegno; CCI Côte d’Azur; CCS Digne; CH Digne les Bains; CHU Nice; Consorzio Monviso Solidale; CSAC; CSSM; IRES Piemonte; Università di Genova; Università Valle d’Aosta; Ville de Nice.

## **1.2 Il progetto Senior**

---

Il progetto SENIOR mira a rafforzare le azioni e le opportunità finalizzate alla prevenzione, all'assistenza e all'integrazione sociale per un invecchiamento attivo, indipendente e sano, consentendo il sostegno domiciliare nelle zone montane. Il progetto si articola su 2 aree di lavoro:

1. garantire la continuità delle cure, dalla prevenzione all’ospedalizzazione fino al ritorno al domicilio
2. prevenire la perdita di autonomia nell’invecchiamento, per il mantenimento al proprio domicilio dell’anziano nelle zone rurali

Lavorando su una logica di percorso assistenziale per gli anziani, il progetto mira a migliorare e ottimizzare il sostegno fornito agli anziani che vivono a casa attraverso la definizione di un modello organizzativo territoriale che consenta a tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale di lavorare in rete e in modo integrato (medici generici, infermiere, medico specialista, assistente sociale, psicologo, fisioterapista, referente di associazioni di volontariato, struttura di contatto residenziale per anziani). Questa dinamica coinvolge anche la comunità locale, aumentandone la partecipazione nell'accompagnamento e cura degli anziani.

Il progetto Senior si articola su 4 workpackage (WP) e azioni:

1. WP1 Gestione e amministrazione del progetto
2. WP2 Comunicazione
3. WP3 Coordinamento e professionalizzazione degli attori per una migliore cura degli anziani
4. WP 4 Sviluppo di nuovi modelli per la prevenzione

### **1.3 Partenariato del PITEM Pro-Sol Senior**

---

Il progetto tematico Senior (da qui in avanti solo *Senior*), ha visto la partecipazione di:

- 1) capofila: **Provence Alpes Agglomeration**

Provence Alpes Agglomération (PAA) è un'entità pubblica per la cooperazione intercomunale, creata nel 2017 e situata nel dipartimento delle Alpi dell'Alta Provenza. Deriva dalla fusione di cinque aggregazioni di comuni. È composto da 46 comuni e ha una popolazione di 47.00 abitanti, su un territorio di 1574 km<sup>2</sup>, prevalentemente rurali. Le sue principali competenze riguardano lo sviluppo economico, la pianificazione territoriale, l'equilibrio sociale e abitativo.

Obiettivi dell'ente sono:

- Sviluppo della strategia di sviluppo economico e turistico del territorio della PAA
- Attuazione di progetti di sviluppo economico (attività di prevenzione del *living lab*)
- Gestione e animazione di uno spazio dedicato alle imprese
- Rivitalizzazione economica dei centri urbani
- Diagramma di coerenza territoriale e settoriale
- Organizzazione della mobilità
- Gestione e animazione di programmi europei (ALCOTRA, LEADER, Espaces Valléen, ...)

- Animazione e coordinamento del *contratto cittadino*

In ambito *anziani*, Provence Alpes Agglomération lavora in stretta collaborazione con le altre comunità del dipartimento, in particolare con il consiglio dipartimentale 04 che ha competenze nell'ambito sociale. Accordi di collaborazione sono stati firmati con le tre camere consolari del dipartimento per migliorare i servizi offerti alle imprese del Dipartimento e per costruire una strategia per lo sviluppo economico e il turismo condiviso.

In ambito di progettazione europea, Provence Alpes Agglomération ha gestito due progetti afferenti al programma rurale LEADER ed è partner del progetto Alcotra "*L'avventure Géologique*". Ha un'ampia esperienza nella conduzione di progetti.

## 2) partner: **Regione autonoma della Valle d'Aosta**

La Regione Autonoma Valle d'Aosta è un organismo di diritto pubblico. È una regione autonoma a statuto speciale. Dispone di un'esperienza di sessant'anni nella definizione e nell'attuazione delle politiche sociali, in virtù dello statuto di autonomia del 1948. La Struttura Politiche sociali e giovanili opera nell'ambito del Dipartimento Sanità, salute e politiche sociali che fa capo all'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali. La struttura Politiche sociali e giovanili è direttamente competente per quanto riguarda la programmazione, il coordinamento e il controllo degli aspetti riguardanti le persone anziane. La Struttura ha partecipato attivamente alla stesura del Piano di Zona, che è lo strumento di programmazione sociosanitaria sul territorio regionale e del Piano per la Salute e il Benessere sociale 2011/2013 che è il principale documento di programmazione regionale in materia di sanità, salute e politiche sociali rivolto alle persone e alle famiglie valdostane. Il Piano intende promuovere la diffusione di tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) anche al fine di perseguire politiche di inclusione digitale di contrasto alla solitudine e all'isolamento sociale.

In ambito *anziani*:

- Progetto sperimentale Assistant de Hameau (assistente di villaggio). Durata: 2011/2013. Era rivolto alle persone disabili e anziane, o non autosufficienti, e alle loro famiglie, non ancora in carico ai servizi sociali territoriali, che risiedono in luoghi isolati, di piccola dimensione, lontani dall'asse centrale della valle.
- Progetto "Sostegno alle persone anziane e vulnerabili mediante l'adozione di soluzioni innovative" nell'ambito del Programma di cooperazione territoriale transfrontaliera Italia – Svizzera 2007/2013. Durata: 2011/2013. Obiettivo del progetto era diffondere l'adozione delle nuove tecnologie digitali, dalla navigazione e utilizzo corretto di Internet e dei principali



strumenti informatici, alla conoscenza dei nuovi strumenti "domotici", alla conoscenza dei device mobili) nella fascia di popolazione over-65, target di elezione del progetto. La Regione Valle d'Aosta ha avuto il ruolo di capofila.

- Nell'ambito del Programma di cooperazione territoriale transfrontaliera Italia – Svizzera 2014/2020 la Regione Valle d'Aosta ha presentato il Progetto "Un welfare comunitario e tecnologico per la popolazione anziana vulnerabile - WELCOMTECH". La Regione partecipa in qualità di partner. Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità del welfare locale sperimentando un modello di intervento preventivo per la popolazione vulnerabile ultrasessantacinquenne per contrastare le situazioni di isolamento e impoverimento sociale, culturale e sanitario, particolarmente evidenti nelle zone periferiche e montane. Si tratta, dunque, di sviluppare reti di monitoraggio in presenza e a distanza per intercettare i bisogni, facilitare il rapporto con i servizi e lo scambio sociale e prevenire il decadimento in situazioni di fragilità.

Soggetti attuatori: AUSL Valle d'Aosta, cooperativa Il Margine

### 3) partner: **Metropole Nice Côte d'Azur**

MNCA è un'organizzazione intercomunale situata nel dipartimento delle Alpi Marittime. È stato istituito il 31 dicembre 2011 ed è il risultato della fusione della comunità urbana Nice Côte d'Azur (NCA) con tre aggregazioni di comuni. Comprende 49 comuni e circa 540 000 abitanti, in un territorio di circa 1 400 km<sup>2</sup>, sia urbano che rurale. I comuni interessati condividono un certo numero di competenze. La sua sede principale si trova a Nizza.

Obiettivi dell'organizzazione sono:

- Sviluppo e pianificazione economica, sociale e culturale (turismo, tecnologia, cultura, sport, socializzazione);
- Sviluppo dell'area metropolitana (territorio e trasporti/mobilità)
- Politica urbana (sviluppo locale, prevenzione criminalità, transizione energetica, tutela ambientale e rischi ambientali).

La Métropole Nice Côte d'Azur lavora in rete con gli attori del suo territorio, per mezzo di convenzioni di cooperazione o di convenzioni d'obiettivo, come per esempio con l'ospedale di Nizza, la Chambre de Commerce et d'Industrie Nice Côte d'Azur e la città di Nizza. A livello europeo, la Métropole è membro di diverse reti quali European City Marketing, France Urbaine, Mission opérationnelle Transfrontalière, IDEAL Connaissance, Eurocities... Per quanto riguarda i progetti europei, la Métropole ha partecipato

alla precedente programmazione ALCOTRA nel PIT Marittime Mercantour. Nell'ambito di altri programmi, MNCA ha esperienza di progetti in diversi programmi europei, in qualità di capofila MED3R (IEVP) e in qualità di partner IRIS, PRACTICIES, URBANWASTE (H2020), PROTERINA3EVOLUTION (MARITTIMO), ALPSIB (SPAZIO ALPINO).

Soggetti attuatori: Ville de Nice, Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHU), Chambre de Commerce et d'Industrie Nice Côte d'Azur (CCI NCA)

#### 4) partner: **Comite Regional ADMR PACA-CORSE**

Il Comitato Regionale ADMR PACA Corse è composto da tutte le federazioni ADMR della Regione di PACA e le due federazioni ADMR della Corsica. Il Comitato Regionale ha statuto tipo associazione legge 1901 votato in assemblea generale dell'Unione nazionale ADMR, con un consiglio di amministrazione di cui fanno parte volontari e dipendenti eletti che rappresentano tutte le federazioni ADMR della regione PACA Corse.

Il Comitato ha esperienza in assistenza a disabili, infanzia, supporto alla vita sociale, supporto e assistenza a adulti con autismo e Alzheimer.

In ambito *anziani*, ha esperienza nelle aree di progettazione su tematiche sanitarie e sociali e di aiuto domestico in generale. Per oltre 70 anni, ADMR si occupa di assistenza domiciliare per tutte le fasce di popolazione (bambini, adulti, anziani) e, di conseguenza, ha una comprovata esperienza nel campo dell'assistenza (vita quotidiana, salute, ecc.).

#### 5) partner **Conseil Départemental Alpes de Haute Provence (04)**

Il Conseil Départemental Alpes de Haute Provence (04) è un ente pubblico governativo che si occupa di varie tematiche: trasporti, comunicazioni, strade, economia, ambiente, agricoltura, cultura e sport.

Il Conseil Départemental svolge varie attività che riguardano la vita quotidiana e le necessità della sua popolazione. Nell'ambito dell'azione sociale e medico-sociale, il Conseil Départemental conduce politiche nel campo dell'accoglienza e del supporto per le persone in difficoltà (servizio sociale), protezione dell'infanzia, sostegno familiare, sostegno all'integrazione sociale e professionale, assistenza agli anziani e alle persone con disabilità, sanità pubblica e attività di pianificazione familiare. Il Conseil Départemental contribuisce alla determinazione e al finanziamento dell'aiuto domestico, compresa l'assistenza personale e il supporto domiciliare.

Il Conseil Départemental ha esperienze di diversi progetti europei e transfrontalieri.

6) partner: **Regione Liguria**

La Regione Liguria è un Ente territoriale pubblico con statuto, poteri e funzioni stabiliti secondo i principi della Costituzione Italiana. Esercita la propria azione legislativa, regolamentare e amministrativa al fine di indirizzare e guidare lo sviluppo economico e sociale della Liguria verso obiettivi di progresso civile e democratico. La Liguria, Regione autonoma della Repubblica Italiana una e indivisibile, secondo i principi fissati nella Costituzione e nello Statuto, è espressione della comunità regionale, la rappresenta, ne sostiene lo sviluppo, promuove la realizzazione della persona. La Regione è costituita dalla comunità residente e si articola nel sistema delle Autonomie locali, del quale fanno parte anche i Comuni, le Province e la Città metropolitana di Genova, quest'ultima istituita dal 1° gennaio 2015, ai sensi della legge 7 aprile 2014, n. 56. La Regione viene intesa come insieme di individui e come insieme di collettività territoriali, cui è garantita la partecipazione all'attività regionale (infra-articoli 6, 7, 12, 13, 45, 62 dello Statuto).

Nell'ambito della tutela degli *anziani*, la Regione Liguria ha partecipato al Progetto strategico Innovazione (della scorsa programmazione ALCOTRA); progetto OPSA e Best OF (per quanto riguarda il settore sanità); i progetti Treni regionali Piemonte-Riviera-Costa Azzura e INFORAILMED nella scorsa programmazione e LIRICA e CALIPSO nella programmazione 2000-2006 relativamente al settore trasporti. Regione Liguria partecipa inoltre come partner ad altri PITEM e PITER dell'attuale programmazione. (leader di PITEM CLIP).

Regione Liguria ha inoltre esperienza di coordinamento e gestione di progetti comunitari, nazionali e locali. Si occupa di comunicazione, nell'ambito di organizzazione di eventi e promozione delle attività relative ai Programmi comunitari e ai progetti di cui è partner in ambito regionale.

soggetti attuatori: ASL1 Imperia, Università di Genova

7) partner: **Regione Piemonte (Direzione Sanità e Welfare)**

La Regione Piemonte (RP) ha una superficie di 25.400Kmq, con quasi 4,5 milioni di abitanti e 1201 comuni. Il ruolo istituzionale della RP include compiti legislativi, di regolamentazione e di programmazione in vari ambiti di indirizzo politico. L'Amministrazione Regionale ha circa 3.000 dipendenti a fronte di un budget di circa 21 miliardi di euro, di cui l'80% dedicato al Sistema Sanitario Regionale.

In ambito sanitario coordina il SSR, composto da 6 Aziende Ospedaliere e 12 Aziende Sanitarie Locali, per un totale di 58.000 addetti. A questa Direzione compete la preparazione, la pubblicazione e la

disseminazione delle linee guida mediche, tecniche e amministrative per definire e aggiornare i servizi forniti dagli ospedali, la prevenzione territoriale e i servizi di cura forniti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

In ambito sociale, la RP programma e organizza il sistema integrato di interventi e servizi al fine di promuovere il benessere della persona, la prevenzione del disagio e il miglioramento della qualità della vita delle comunità locali. La Direzione Coesione Sociale raccoglie ed elabora i dati sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta dei servizi sociali ai fini dell'adozione del piano regionale degli interventi da attuarsi attraverso gli enti gestori. La RP attraverso le due Direzioni attua l'integrazione sociosanitaria ed è uno dei siti di riferimento europei per l'invecchiamento sano e attivo.

Compete al Settore Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale lo svolgimento di funzioni di programmazione e di controllo delle attività del Servizio Sanitario Regionale per quanto riguarda: 1) cure primarie; emergenza sanitaria territoriale; salute materno infantile; salute mentale, dipendenze patologiche, sanità penitenziaria, salute dei migranti; medicinale legale; medicina dello sport; assistenza sanitaria all'estero, cure termali; 2) Organizzazioni e strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali; aree di integrazione socio sanitaria (anziani, minori, disabili, salute mentale e dipendenze patologiche); 3) appropriatezza delle cure, prevenzione della cronicità e nella pratica clinica; 4) percorsi di cura e continuità dell'assistenza; 5) rapporti con i soggetti erogatori di attività di assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale per la determinazione del fabbisogno, delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale; 6) integrazione delle attività di emergenza sanitaria territoriale e ospedaliera integrazione con le attività di protezione civile; 7) indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali sulle attività di controllo e verifica per le materie di competenza. RP ha già partecipato a progetti europei Interreg.

soggetti attuatori: IRES Piemonte, ASL CN2

#### 1.4 Contatti

---

			Persona di contatto	Email e Telefono
LP	PPA	FRANCIA	Lucille THIEBOT	<a href="mailto:lucille.thiebot@provencealpesagallo.fr">lucille.thiebot@provencealpesagallo.fr</a>
P1	Regione autonoma Valle d'Aosta	ITALIA	Michela FERRARIS Luca LOTTO	<a href="mailto:m.ferraris@regione.vda.it">m.ferraris@regione.vda.it</a> <a href="mailto:l.lotto@regione.vda.it">l.lotto@regione.vda.it</a>

P1 Ente attuatore	AUSL Valle d'Aosta; Cooperativa Il Margine		Anna CASTIGLION Elisa PASINI	<a href="mailto:acastiglion@ausl.vda.it">acastiglion@ausl.vda.it</a> <a href="mailto:epasini@ausl.vda.it">epasini@ausl.vda.it</a>
P2	Metropole Nice Côte d'Azur	FRANCIA	Luca BILLAUDEAU	<a href="mailto:luca.billaudeau@nicecotedazur.org">luca.billaudeau@nicecotedazur.org</a>
P2 ente attuatore	Centre Hospitalier Universitaire de Nice		Prof Sabrina SACCONI	<a href="mailto:sacconi.s@chu-nice.fr">sacconi.s@chu-nice.fr</a>
P3	Comite Regional ADMR PACA-CORSE	FRANCIA	Marie-Pierre ROUSSEL (ADMR 05) Fabien MARTINEZ (ADMR 06)	<a href="mailto:mroussel@admr05.org">mroussel@admr05.org</a> <a href="mailto:fmartinez@admr06.org">fmartinez@admr06.org</a>
P4	Conseil Départemental del Alpes de Haute Provence (04)	FRANCIA	Elise LEUNG KUNE CHONG Marion BRUNO	<a href="mailto:Elise.LEUNG@le04.fr">Elise.LEUNG@le04.fr</a> <a href="mailto:Marion.BRUNO@le04.fr">Marion.BRUNO@le04.fr</a>
P5	Regione Liguria	ITALIA	Manuela FACCO	<a href="mailto:manuela.facco@regione.liguria.it">manuela.facco@regione.liguria.it</a>
P5 Ente attuatore	Università di Genova		Fabio SOLARI (UNIGE)	<a href="mailto:fabio.solari@unige.it">fabio.solari@unige.it</a>
P5 Ente attuatore	ASL Imperia 1			
P6	Regione Piemonte Direzione Sanità e Welfare	ITALIA	Silvia RIZZI  Floriana MONTANI-PM	<a href="mailto:silvia.rizzi@regione.piemonte.it">silvia.rizzi@regione.piemonte.it</a> <a href="mailto:prosol@regione.piemonte.it">prosol@regione.piemonte.it</a> +39 011 4323335 <a href="mailto:floriana.montani@regione.piemonte.it">floriana.montani@regione.piemonte.it</a> +39 011 4324524
P6 Ente	IRES Piemonte	ITALIA	Valeria Romano	<a href="mailto:v.romano@ires.piemonte.it">v.romano@ires.piemonte.it</a>

attuatore			Silvia Caristia	<a href="mailto:caristia@ires.piemonte.it">caristia@ires.piemonte.it</a>
			Renato Cogno	<a href="mailto:cogno@ires.piemonte.it">cogno@ires.piemonte.it</a>

### 1.5 Obiettivo del piano di monitoraggio e valutazione

---

Il Piano di monitoraggio e valutazione è previsto all'interno del Progetto di Coordinamento e comunicazione del PITEM con l'obiettivo di monitorare le attività del PITEM PRO-SOL e valutare gli esiti delle azioni sperimentali.

In particolare, il piano si è occupato di progettare il metodo e le attività di osservazione per monitorare le attività e valutare gli esiti delle azioni sperimentali articolate nei WP3 e WP4 in collaborazione con i partner sperimentatori del progetto Senior.

### 1.6 Sintesi delle attività

---

Le attività di monitoraggio e valutazione sono previste nel progetto Senior nell'Azione 3 del WP1. Le azioni osservate rientrano nei WP3 e WP4. I dati sono stati raccolti ed elaborati dai partner, dietro il coordinamento e il supporto di IRES Piemonte. La raccolta dei dati, nonché la loro conservazione e trattamento è avvenuto secondo le relative leggi nazionali sulla privacy e il Regolamento europeo sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo).

Sono stati raccolti dati relativi alle realizzazioni a circa 12 mesi dall'inizio degli interventi, e informazioni / dati di tipo valutativo. Quasi la totalità dei partner ha cercato di rilevare il possibile effetto sui beneficiari diretti e indiretti delle azioni progettuali, usando metodi e strumenti di osservazione differenti: dagli studi sperimentali sulla piattaforma di telemedicina dell'ospedale di Nizza e della Casa di Comunità di Cortemilia (Cuneo), alla valutazione qualitativa degli interventi preventivi del deterioramento cognitivo della Valle d'Aosta, passando per la valutazione pre-post dell'intervento Sport Santé.

I risultati ottenuti dalle valutazioni delle attività sono stati elaborati dall'IRES Piemonte e presentati in questo report.

## **1.7 Struttura del Piano di monitoraggio e valutazione**

---

Il report finale di monitoraggio e valutazione del progetto Senior è suddiviso in 6 capitoli:

- il primo capitolo presenta gli obiettivi del Piano di monitoraggio e valutazione, la sintesi delle attività svolte, i contatti dei soggetti coinvolti nelle valutazioni, i riferimenti identificativi del progetto, nonché la struttura del report stesso.
- il secondo capitolo presenta la struttura della gestione del monitoraggio e valutazione, con la descrizione dei ruoli e responsabilità di ciascun partner coinvolto.
- il terzo capitolo presenta metodi e risultati rispetto al monitoraggio delle attività: analisi del contesto, raccolta / misurazione indicatori di realizzazione e risultati a 12 mesi dall'inizio delle attività sperimentali Senior.
- il quarto capitolo presenta una survey sulla soddisfazione e gradimento per le attività svolte e il progetto Senior da parte dei professionisti coinvolti e dati sulla soddisfazione e gradimento dell'utenza e di altri stakeholder.
- il quinto capitolo presenta metodi e risultati rispetto alle valutazioni (di efficacia e di impatto) quantitative e qualitative di alcuni interventi. In particolare sono qui presentati i metodi di 2 studi sperimentali randomizzati con controllo (la piattaforma di telemedicina dell'Ospedale di Nizza di MNCA, la sperimentazione dell'appartamento pedagogico di ASL CN2), la valutazione pre-post dell'effetto sulla popolazione target del programma Sport Santé di MNCA, l'analisi qualitativa del programma Sport Santé di PAA e di Evolu' Dom di ADMR, l'analisi qualitativa dell'intervento Dôme di PAA.
- il sesto capitolo presenta una riflessione sull'aspetto transfrontaliero delle azioni, mettendo in evidenza le azioni in comune e gli obiettivi comuni raggiunti, nonché le criticità dell'esperienza.

## **2. Gestione delle attività di monitoraggio e valutazione**

---

### **2.1 Gestione transfrontaliera**

---

Il Piano è stato elaborato dall'IRES Piemonte e condiviso con i partner di Senior e i responsabili delle azioni sperimentali da valutare.

Alcuni partner hanno gestito e condotto una valutazione in modo autonomo, richiedendo nessuno o poco aiuto per l'elaborazione di indicatori e strumenti (di raccolta e conservazione dei dati). Nel caso di

altri partner, l'IRES Piemonte ha collaborato direttamente con i responsabili delle valutazioni locali nella pianificazione e realizzazione delle attività.

## **2.2 Processo decisionale**

---

Le decisioni sull'implementazione delle attività di monitoraggio e valutazione sono prese in riunioni con i partner e il capofila (PAA), organizzate da IRES Piemonte in accordo con il coordinatore del Piano, Regione Piemonte (Direzione Sanità e Welfare).

L'IRES Piemonte ha cercato di coordinare le attività e dare supporto scientifico e metodologico nel rispetto delle competenze e obiettivi di ciascun partner rispetto alla valutazione.

## **2.4 Ruoli dei partner e responsabilità**

---

IRES Piemonte ha fornito il supporto metodologico, offrendo indicazioni, strumenti e supporto per la raccolta di dati e la loro analisi. Inoltre, si è occupato di fare una sintesi dei risultati ottenuti dai diversi partner.

Nello specifico, l'IRES Piemonte ha collaborato nella stesura di un protocollo di studio sperimentale per la valutazione di efficacia delle azioni messe in atto dal soggetto attuatore ASL CN2, coadiuvato la raccolta dati, realizzando strumenti di raccolta e di registrazione del dato e ha realizzato una survey per rilevare il gradimento degli operatori coinvolti negli interventi attuati. Allo stesso modo, ha supportato il partner Valle d'Aosta nella costruzione di strumenti di raccolta dati.

I partner coinvolti nei WP3 e WP4 sono responsabili della raccolta dati in termini di qualità metodologica della raccolta e della loro trasmissione all'IRES Piemonte per l'analisi globale di Senior.

L'IRES Piemonte è responsabile della conservazione e del trattamento dei dati raccolti, nonché dell'analisi dei dati effettuate dall'ente stesso, ma non è direttamente responsabile per le analisi dati effettuate da terzi.



### **3. Il monitoraggio delle attività del progetto singolo Senior**

---

#### **3.1 Il ruolo di IRES Piemonte e le attività di monitoraggio**

---

IRES Piemonte è coinvolto in Senior nel WP1 Azione 3 relativa alla valutazione dei progetti sperimentali (attività WP3 e WP4). Le attività monitorate rientrano tra le seguenti azioni progettuali:

- coordinamento degli attori sociosanitari che si occupano dei percorsi assistenziali dei soggetti anziani (WP3 A1)
- sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale (WP3 A2)
- sviluppo di un'offerta di servizi "prevenzione della malattia - promozione della salute" nell'ambito delle Case della Salute (WP4 A1)
- sviluppo di un'offerta di nuovi servizi per sostenere l'adattamento degli alloggi degli anziani (WP4 A2).

#### **3.2 Attori coinvolti nelle sperimentazioni Senior**

---

Le sperimentazioni Senior hanno coinvolto attori pubblici e privati del mondo della sanità, servizi sociali, terzo settore, imprese, centri di ricerca, e enti della pubblica amministrazione. La tabella 1 sintetizza per ciascun intervento e partner, il tipo di attori che vi hanno preso parte (Tab. 1).

Tutti i partner hanno sperimentato interventi su popolazioni di anziani coinvolgendo la sanità pubblica e privata locale. Nelle diverse realtà, i servizi sanitari sono stati coinvolti con peculiarità contestuali e in risposta agli obiettivi specifici di ciascun partner. Hanno partecipato alle sperimentazioni: alcune aziende sanitarie locali italiane (AUSL Valle d'Aosta, ASL2 di Cuneo, ASL1 di Imperia); servizi sanitari specializzati in patologie e disturbi neurodegenerativi, come il Centro Memoria Risorse e Ricerca di Nizza e il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze dell'AUSL Valle d'Aosta; strutture ospedaliere, come l'Ospedale Universitario Pasteur 2 di Nizza e l'Ospedale di Digne-Les-Bains; strutture multifunzionali territoriali localizzate in contesti isolati e distanti dai principali servizi, come la Casa della Salute di Cortemilia dell'ASL2 di Cuneo o la Casa della Salute di Digne-Les-Bains e servizi territoriali come il servizio di ospedalizzazione a domicilio di alcune aree francesi nei dipartimenti delle Alpes-Maritimes e Hautes-Alpes.

Sempre in ambito sanitario, sono stati coinvolti diversi tipi di professionisti: dai neuropsicologi ai terapeuti occupazionali / ergoterapeuti, dagli infermieri ai geriatri, dai medici di famiglia agli esperti di psicomotricità e attività fisica adattata.

Non solo servizi sanitari, ma anche i servizi sociali sono stati coinvolti in alcune sperimentazioni, come gli sportelli sociali della Regione Valle d'Aosta coinvolti in un percorso di formazione e di costruzione di una rete tra i servizi sanitari per offrire supporto su demenze e problemi neurodegenerativi alle popolazioni sparse per le valli valdostane, la Direction de l'Action Sociale e Référentes Autonomie et Assistantes Sociales del Conseils Départementaux des Hautes-Alpes et Alpes-Maritimes.

Tra gli enti pubblici coinvolti prevalgono gli assessorati regionali in Italia e i consigli dipartimentali in Francia, mentre organizzazioni e associazioni del terzo settore sono state coinvolte per implementare attività sia di tipo riabilitativo che preventivo. Un esempio è la cooperativa sociale Il Margine specializzata in salute mentale, ma anche l'associazionismo e club del mondo sportivo coinvolti nelle sperimentazioni francesi legate al programma *Retour au sport: Sport Santé* per anziani realizzato a Digne-les-Bains e Nizza.

Centri di ricerca quali il Dip Dipartimento di informatica, bioingegneria, robotica e ingegneria dei sistemi - DIBRIS dell'Università di Genova, il Centro Memoria Risorse e Ricerca di Nizza nonché le équipes di ricercatori interne alle strutture sanitarie impegnate in studi sperimentali, come quella dell'ASL2 di Cuneo.

Infine, sono state coinvolte imprese (come Decathlon nel programma "Sport Santé" di Provence Alpe Agglomeration), start-up e gruppi di imprese che producono beni per il benessere dell'anziano e per il mantenimento a domicilio, coinvolte negli *Ateliers* di Metropole Nice Cote d'Azur.

Tabella 1 Attori coinvolti nelle sperimentazioni Senior del PITEM Pro.Sol.

Partner (progetto)	Servizi sanitari	Comuni e consorzi / enti governativi	Enti pubblici	Soggetti privati e terzo settore	Imprese	Altro
<b>Provence Alpes Agglomeration</b> (Sport Santé)	Maison de santé "Irene Joliot Curie"  Centre Médico Sportif de Digne les Bains  Agence Regionale de Santé 04	Provence Alpes Agglomeration	Conseil Départemental des Alpes de Haute Provence  Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP)	Club e associazioni sportive locali  Comité Départemental Olympique et Sportif 04	Décathlon	
<b>Metropol Nice Cote d'Azur</b> (Sport Santé)		Metropole Nice Côte d'Azur  comuni di Drap, Tourettes- Levens, Levens, la Bollène Vesubie e Roquebillière	SIVOM val de Banquière (ente pubblico per la cooperazione internazionale)	Associazioni sportive locali	Imprese locali che offrono servizi sportivi (Azur Sport Santé)	
<b>Metropol Nice Cote d'Azur</b> (Atelier Silver Economie)		Metropole Nice Côte d'Azur	Conseil Départemental 06	Acteurs privés du « Bien Veillir » (Gérontopole Sud)	Imprese francese e italiane (start- up) del settore	Partners del progetto CLIP E- SANTE/SILVER ECO

Partner (progetto)	Servizi sanitari	Comuni e consorzi / enti governativi	Enti pubblici	Soggetti privati e terzo settore	Imprese	Altro
					della <i>silver economy</i>	<p>Campus des Métiers et des Qualifications Silver économie bien vivre à domicile</p> <p>Institut de Formation Pharmacie Santé/IFPS</p>
<b>Metropol Nice Cote d'Azur</b> (Plateforme de télémédecine)	<p>Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHU Pasteur de Nice)</p> <p>Centre Hospitalier Saint-Eloi de Sospel</p> <p>Centre Hospitalier Saint-Lazare de Tende</p> <p>Centre La Palmosa de Menton</p>	Metropole Nice Côte d'Azur				Centre Mémoire de Ressources et Recherche (CMRR)

Partner (progetto)	Servizi sanitari	Comuni e consorzi / enti governativi	Enti pubblici	Soggetti privati e terzo settore	Imprese	Altro
	Centre Hospitalier Saint Maur de Saint-Etienne-de-Tinée					
	Centre Hospitalier de Digne les Bains					
<b>Comite Regional ADMR PACA-CORSE</b> (Sensibilizzazione dei lavoratori a domicilio)	Agence Regionale de Santé (Plateforme Territoriale d'Appui, ARS)		Direction de l'Action Social  Organismi di formazione	Comite Regional ADMR PACA-CORSE  Organismi di formazione  Strutture di servizi alla persona		
<b>Comite Regional ADMR PACA-CORSE</b> (Sviluppare un'offerta di nuovi servizi per l'accompagnamento all'adattamento dell'ambiente domestico degli anziani)	Agence Regionale de Santé (Plateforme Territoriale d'Appui, ARS)  Hôpitaux	CCAS (Centre Communal d'Action Sociale de Digne-les-Bains)	Direction de l'Action Social  Maison de l'Autonomie  Maison des Personnes Handicapées	Comite Regional ADMR PACA-CORSE  SOLIHA  Ciasses de retraite et Mutuelles	Artigiani locali  Venditori di materiali tecnici  Imprese di domotica	Operatori dei servizi domiciliari  Professionisti sanitari  Comune di Digne-les-Bains

Partner (progetto)	Servizi sanitari	Comuni e consorzi / enti governativi	Enti pubblici	Soggetti privati e terzo settore	Imprese	Altro
	Services d'Hospitalisation à Domicile		Référentes Autonomie et Assistantes Sociales			
	Services de Soins de Suite et de Réadaptation		Technicothèque			
	SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) des Mutuelles du Soleil de Digne-les-Bains		CLIC (Centre Local d'Informations et de Coordination gériatologique)			
	Equipe Mobile de Gériatologie de l'Hôpital de Digne-les-Bains					
<b>Regione autonoma Valle d'Aosta</b> (Riabilitazione; Palestre della mente; Supporto e formazione ai caregivers; Integrazione sociosanitaria: rafforzamento ufficio multidisciplinare, coinvolgimento sportelli sociali e associazionismo locale)	AUSL Valle d'Aosta  Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze dell'AUSL Valle d'Aosta		Regione autonoma Valle d'Aosta	Cooperativa Il Margine  Associazioni di volontariato Alzheimer Valle d'Aosta		

Partner (progetto)	Servizi sanitari	Comuni e consorzi / enti governativi	Enti pubblici	Soggetti privati e terzo settore	Imprese	Altro
			Dipartimento politiche sociali			
			Piano di zona, Sportello sociale			
<b>ASL CN2</b> (Appartamento pedagogico)	ASL CN2 Distretto di Alba		Regione Piemonte	Associazioni di volontariato e di pazienti	IKEA	Università degli Studi di Genova
	Casa della Salute di Cortemilia					
<b>Liguria</b> (Ambulanza intelligente, App, Droni)	ASL1 Imperiese		Regione Liguria			Università degli Studi di Genova

### 3.3 L'analisi di contesto

---

#### 3.3.1. Dati e fonti

Per fornire una descrizione dei contesti di attuazione del progetto, sono stati raccolti dati di tipo sociodemografico, sullo stato di salute della popolazione residente, relativi al territorio, alla sua economia e ai servizi disponibili. I dati sono stati raccolti attraverso database e report di agenzie statistiche di livello nazionale (Istat in Italia e Insee in Francia), database e report di enti e agenzie pubbliche locali (Anagrafe Sanitaria Regione Liguria in Italia, Dipartimento Alpes Maritimes, Agence de Développement des Alpes de Haute-Provence, Dipartimento Hautes-Alpes e la Città Metropolitana di Nizza in Francia) e governativi (Ministero della Salute in Italia, *Drees* Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques in Francia), dati delle aziende sanitarie italiane coinvolte (ASL CN2, AUSL Valle d'Aosta, ASL1 Imperia). Sono stati consultati anche siti web di diffusione di dati sanitari, come SCORE Santé per i dati francesi. Infine, Google Maps è stato consultato per la ricostruzione del sistema stradale e l'analisi della mobilità – distanza delle popolazioni coinvolte dai principali servizi sanitari.

#### 3.3.2. Metodi e strumenti

I dati sono stati raccolti sia in forma grezza che da report riportanti analisi. Il dato è sempre raccolto in forma aggregata. Dai dati grezzi, l'aggregazione è stata realizzata da IRES Piemonte.

Per conto di IRES Piemonte, Eclectica ha raccolto interviste semi-strutturate con i principali stakeholder, al fine di reperire informazioni e dati per l'analisi dei contesti francesi e liguri e degli obiettivi delle specifiche azioni progettuali.

È stato creato quindi un report che riporta l'analisi dei contesti per i territori francesi, Hautes Alpes, Alpes Maritimes, Alpes de Haute-Provence, e italiani del cuneese (aree intorno al comune di Cortemilia), di Imperia in Liguria e della regione Valle d'Aosta. Si rimanda al report integrale "**Pitem Pro.Sol. Senior – Un viaggio sul confine Italia - Francia alla scoperta dei territori Senior**".

#### 3.3.3. Perché il progetto Senior

Gli **anziani** sono oramai una parte importante delle popolazioni dei paesi europei, rappresentando nel 2020 il 21% della popolazione dell'Unione Europea (5 punti percentuali in più in 20 anni)<sup>1</sup>, con l'Italia in testa (23%) mentre in Francia gli anziani pesavano circa il 20%, sulla popolazione totale. Paesi che invecchiano, con indici di non-autosufficienza degli anziani ed età mediana in crescita, e proporzione di giovani con meno di 14 anni in riduzione (15% in UE, -2% in 20 anni; Italia 13%, Francia 18%).

---

<sup>1</sup> <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html?lang=it>



Se quasi un quarto delle popolazioni italiana e francese ha 65 anni e più, i territori coinvolti nelle sperimentazioni Senior riportano presenze superiori, con i territori italiani in testa e con valori anche intorno al 30%, come nel caso delle aree cuneesi coinvolte dal progetto. Dall'altro lato, la Francia, con prevalenze più basse, soprattutto nelle aree delle Alpi Marittime e dell'Alta Provenza (Tab. 2). Si tratta di territori con popolazioni che stanno invecchiando velocemente, dato dimostrato anche dagli indici di invecchiamento, decisamente elevati, soprattutto nei comuni italiani interessati (Tab. 2).

**Tabella 2 Prevalenza di anziani e indici di invecchiamento della popolazione nelle aree Senior**

Partner	Territorio	% anziani sul totale della popolazione	Indice di invecchiamento
<b>Provence Alpes Agglomeration; Conseil Départemental des Alpes de Haute Provence (04)</b>	Communauté d'Agglomération Provence Alpes Agglomération (46 comuni)	≥65 anni: 24,9% ≥75 anni: 12,2% ≥80 anni: 7,7%	Media (±DS): 153 anziani ogni 100 bambini (±83,1) Mediana: 128 Range: 62 - 400
<b>Métropole Nice Côte d'Azur</b>	Dipartimento 06 Alpi Marittime (163 comuni)	≥65 anni: 24,4% ≥75 anni: 12,5% ≥80 anni: 8,1%	Media (±DS): 154 anziani ogni 100 bambini (±120,5) Mediana: 114 Range: 21 - 886
<b>Comité Regional ADMR PACA-CORSE</b>	Dipartimento 05 Hautes-Alpes (162 comuni)	≥65 anni: 24,3% ≥75 anni: 11,5% ≥80 anni: 7,5%	Media (±DS): 159 anziani ogni 100 bambini (±162,1) Mediana: 123 Range: 25 - 1700
<b>Regione Piemonte</b>	Comuni intorno la Casa della Salute di Cortemilia in provincia di Cuneo, Alta Langa Val Bormida e Valle Uzzone (15 comuni)	≥65 anni: 30,1% ≥75 anni: 12,9%	Media (±DS): 383 anziani ogni 100 bambini (±159,0) Mediana: 400 Range: 170 - 667
<b>Regione Liguria</b>	Area dell'ASL1 Imperiese (18 comuni)	≥65 anni: 27,8% ≥70 anni: 21,4%	Media (±DS): 378 anziani ogni 100 bambini (±170,7) Mediana: 323 Range: 192 - 840

<b>Regione Valle d'Aosta</b>	Regione Valle d'Aosta (74 comuni)	≥65 anni: 24,4% ≥70 anni: 18,2%	Media (±DS): 215 anziani ogni 100 bambini (±151,7) Mediana: 186 Range: 98 - 1350
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--

Fonte: nostra elaborazione da dati Istat 2020<sup>2</sup> per i territori italiani e dati Insee 2018<sup>3</sup> per i territori francesi

I territori coinvolti da Senior sono caratterizzati da piccoli comuni a bassa densità di popolazione (con valori medi inferiori ai 45 abitanti a km<sup>2</sup>), ad eccezione delle aree urbane maggiori della costa francese e della regione Valle d'Aosta. Sono comuni prevalentemente situati in alta montagna (Alpes Maritimes, Hautes-Alpes, Valle d'Aosta) e su valli alpine (Hautes-Provence, Valle d'Aosta, Alta Langa di Cuneo), o sul litorale costiero francese (comuni intorno a Nizza) e italiano (comuni intorno a Imperia).

Essendo per lo più territori distanti dai principali centri urbani, sono caratterizzati dalla presenza di pochi servizi di prossimità, intermedi e superiori. In Francia, tutti i territori coinvolti sono caratterizzati da una prevalenza di residenti distanti dai servizi maggiore rispetto alla media regionale PACA, con i territori dell'Hautes-Alpes che riportano il maggior numero di popolazione distante dai servizi (Tab. 3).

**Tabella 3 Prevalenza di popolazione distante dai servizi di prossimità, intermedi e superiori, anno 2019**

	CA Provence-Alpes-Agglomération (%)	Hautes-Alpes (%)	Alpi Marittime (%)	Région PACA (%)
Di prossimità (<7 minuti)	5,9	13,7	2	1,4
Intermedi (più di 15 minuti)	14,7	13,1	4,8	2,6
Superiori (più di 30 minuti)	10,3	18,8	4,2	2,6

Fonte: Nostra elaborazione su dati INSEE 2018<sup>3</sup>

Il versante italiano non si trova in condizioni migliori. Dalla situazione piemontese, dove i comuni interessati dal progetto Senior sono distanti in media 31,5 km dagli ospedali (superiore alla media della provincia di Cuneo), alla regione Valle d'Aosta dove circa l'87% della popolazione non residente nell'area centrale (Aosta, la cintura urbana, la campagna urbanizzata) è distante dai servizi sanitari e sociali. Infine, la Liguria, dove i comuni interessati sono distanti in media 12,2 km (±7,4) da un servizio ospedaliero e di emergenza, con tempi medi di percorrenza di 21,4 minuti (±11,7).

Quelli a cui si rivolge Senior sono territori con elevata prevalenza di anziani, bassa densità di popolazione, pochi servizi sanitari e sociali, ma molti bisogni sanitari e socioassistenziali legati all'età,

<sup>2</sup> Istat, Geo-Demo demografie in cifre, 2020, <https://demo.istat.it/>, ultimo accesso 17/05/2022

<sup>3</sup> INSEE: [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

alle patologie croniche, alla fragilità, all'isolamento sociale e fisico. Così, la prevalenza di soggetti anziani considerati fragili da un punto di vista sociale ammontava, nel 2019, a circa il 20% dei residenti della stessa età nei territori francesi; nel distretto di Alba in Piemonte, circa il 19% degli anziani è stato classificato come fragile da un punto di vista sanitario e di autonomia; in Valle d'Aosta, circa il 10% degli anziani ha avuto una diagnosi di malattia neuro-degenerativa tra il 2016 e il 2019, ed era anziano il 98% di coloro che hanno avuto una diagnosi di Alzheimer, il 76% per il Parkinson e 74% per le demenze.

In questo contesto, i partner del PITEM Pro.Sol. hanno mirato, con il progetto Senior, all'offerta di nuovi servizi, alla costruzione di reti e allo scambio di idee e conoscenze al fine di migliorare la qualità della vita degli anziani che vivono queste aree "periferiche" transfrontaliere e prevenire lo spopolamento di questi territori. Ed ecco che sono stati sperimentati:

- nuove forme di assistenza sociosanitaria e sanitaria (riabilitazioni e televisite)
- interventi di prevenzione e promozione della salute (programmi di "ritorno allo sport" per la popolazione anziana, palestre della mente, attività fisica adattata, prevenzione cadute e rischi domestici)
- interventi organizzativi per l'integrazione delle cure (App per sanitari, ambulanza intelligente, rafforzamento di gruppi multidisciplinari, integrazione dei servizi sociali nella gestione dei disturbi neuro-degenerativi)
- sensibilizzazione, costruzione di reti e coinvolgimento di imprese e organizzazioni locali (imprese della Silver economy, associazioni e organizzazioni sportive, imprese dello sport).

### **3.4 Metodi e risultati delle attività di monitoraggio**

---

#### **3.4.1 Materiali e metodi**

---

**Azione 1: Elaborazione di specifici protocolli di studio.** In collaborazione con il partner Valle d'Aosta, l'IRES Piemonte ha elaborato un piano di monitoraggio delle attività sperimentate dal soggetto attuatore ASL Valle d'Aosta. Inoltre, ha supportato il partner nella redazione dei questionari di gradimento per l'utenza, e di strumenti di raccolta dati di monitoraggio dell'utenza e delle attività svolte. Gli altri partner hanno proceduto in modo autonomo nella raccolta dei dati.

**Azione 2: Attività di raccolta dati.** L'IRES Piemonte ha supportato i partner nel processo di raccolta dati offrendo consulenza metodologica e supporto dietro richiesta. L'attività di raccolta dati è stata coordinata localmente da ciascun partner, secondo le legislazioni nazionali e il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. In alcuni casi, sono state svolte delle interviste con testimoni privilegiati e focus group per approfondire come sono state implementate le varie sperimentazioni.

Interviste e focus group sono stati realizzati da IRES Piemonte (per Regione Piemonte e Valle d'Aosta) e da Eclectica (Liguria e partner francesi).

**Azione 3: Elaborazione dei dati.** L'IRES Piemonte ha supportato alcuni partner nell'elaborazione dei dati di monitoraggio raccolti. In caso di interviste semi-strutturate, Eclectica per l'IRES Piemonte si è occupata di trascrivere le interviste e recuperare le informazioni utili all'attività di monitoraggio. I dati sono stati elaborati in modo funzionale alla ricostruzione dei contesti e al monitoraggio / rendicontazione delle attività svolte.

**Azione 4: Stesura del report di monitoraggio delle attività Senior e disseminazione.** L'IRES Piemonte, in collaborazione con Eclectica, ha redatto il presente report finale di monitoraggio e valutazione delle attività svolte per i WP3 e WP4 del progetto singolo Senior del PITEM Pro.Sol.

### **3.4.2 Azioni del WP3: coordinamento e professionalità degli attori per una migliore presa in carico della persona anziana**

---

#### **3.4.2.1 WP3A1: Coordinare la salute e gli attori medico-sociali intorno alla persona anziana sul percorso assistenziale**

---

Il progetto ha avuto l'obiettivo di sviluppare interventi e servizi nell'ottica di migliorare la qualità della vita e mantenere l'anziano al proprio domicilio il più a lungo possibile. I partner hanno pertanto provato a definire un modello di organizzazione territoriale dei servizi che rispondesse all'obiettivo iniziale, declinato nel proprio contesto in base alle specificità di ciascun territorio e popolazione.

**Provence Alpes Agglomération** ha realizzato due interventi dove il coordinamento era obiettivo (l'applicazione Dôme) o strumento (Sport Santé) per raggiungere l'obiettivo.

- 1) Coordinare gli attori sanitari e sociali che ruotano attorno al domicilio di un anziano non autosufficiente attraverso l'applicazione Dôme*

*Bisogni di partenza:* discontinuità delle cure e dell'assistenza di anziani con perdita di autonomia.

*Obiettivo:* offrire una risposta integrata migliorando la qualità dell'assistenza a domicilio e promuovere la messa in rete dei professionisti che lavorano a domicilio e che rischiano l'isolamento per la natura del loro intervento.

*Intervento / attività:* l'intervento rientra nelle attività del progetto Dôme e si basa sull'uso di dispositivi elettronici di coordinamento di professionisti sanitari e sociali che ruotano attorno al domicilio di anziani non autosufficienti (vedi paragrafo 3.4.2.2).

- 2) Sport Santé*

*Bisogni di partenza:* offrire occasioni per fare sport / attività fisica adattata agli anziani che vivono in contesti rurali / montani.

*Obiettivo:* coordinare gli attori del mondo dello sport e della salute (medici) al fine di implementare un programma di ritorno allo sport per la popolazione anziana residente in aree rurali e montane in cui non c'è offerta di attività sportiva adattata.

*Intervento / attività:* è un intervento che si è sviluppato su 3 assi principali: promozione dell'attività fisica regolare tra la popolazione anziana; mobilitazione delle realtà che offrono attività fisica adattata per anziani; mobilitazione degli attori della salute (medici di medicina generale e specialisti) per la prescrizione dell'attività fisica alla popolazione anziana in base alle sue necessità e patologie / limitazioni funzionali (vedi paragrafo 3.4.3.1).

Anche per **Métropole Nice Côte d'Azur** le attività di coordinamento del percorso sono state sia obiettivo (attraverso la piattaforma di telemedicina ad uso degli specialisti di patologie neurodegenerative) che strumento (Sport santé) per promuovere l'attività fisica regolare tra la popolazione anziana delle aree rurali.

#### 1) Piattaforma di telemedicina

*Bisogni di partenza:* discontinuità delle cure e dell'assistenza di anziani fragili con malattie neurodegenerative, anche a causa della distanza dai centri sanitari.

*Obiettivo:* promuovere la continuità delle cure mettendo i professionisti in rete con possibilità di scambio dati, formazione online e accesso a contenuti formativi.

*Intervento / attività:* sviluppata e valutata (nella fattibilità) una piattaforma di telemedicina che permette anche il teleconsulto tra professionisti (paragrafo 3.4.2.2).

#### 2) Sport Santé

*Bisogni di partenza:* offrire occasioni per fare sport / attività fisica adattata agli anziani che vivono in contesti rurali / montani.

*Obiettivo:* coordinare gli attori del mondo dello sport al fine di promuovere un'offerta di attività fisica adattata in contesti dove manca.

*Intervento / attività:* è un intervento che si è sviluppato su 2 assi principali: promozione dell'attività fisica regolare tra la popolazione anziana; mobilitazione delle realtà che offrono attività fisica adattata per

anziani (vedi paragrafo 3.4.3.1). Il coordinamento di tutti gli attori e stakeholders implicati è stato fondamentale per gestire le variabili informatiche, di conoscenza e di risorse in gioco in ciascuna comunità coinvolta dal programma: enti locali nella fornitura di spazi e infrastrutture, associazioni e club dello sport, i servizi sociali e la CCAS.

**Comité régional ADMR** con *Evolu' Dome* ha sviluppato un intervento in cui il coordinamento è stato strumento per garantire l'obiettivo ridurre il rischio di incidentalità domestica negli anziani assistiti.

*Bisogni di partenza:* mancanza di un'offerta di servizi e beni per rendere i domicili sicuri per l'invecchiamento.

*Obiettivo:* coordinamento degli attori economici (imprese, startup, artigiani) per l'offerta di dispositivi e arredi e interventi ambientali ad anziani che hanno partecipato al progetto.

*Intervento / attività:* l'azione si inserisce nell'intervento diretto ad accompagnare l'adattamento degli alloggi degli anziani in un'ottica di sicurezza per l'assistito e per il professionista / caregivers che lavora a domicilio. L'azione ha previsto lo sviluppo di reti e collaborazioni per avere le risorse per gli interventi di adattamento (paragrafo 3.4.3.2).

La **Regione autonoma della Valle d'Aosta**, attraverso l'ASL Valle d'Aosta, ha avviato un percorso volto all'integrazione orizzontale dei servizi sanitari dell'ASL con i servizi sociali territoriali, coinvolgendo sia il Centro regionale per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), la formazione degli operatori sociali dislocati negli 8 sportelli sociali regionali (trattata nel WP3A3) e gli incontri e la sensibilizzazione / formazione delle associazioni di volontariato e di promozione sociale che lavorano con la popolazione target.

*Bisogni di partenza:* discontinuità delle cure e dell'assistenza di soggetti affetti da disturbi neurodegenerativi.

*Obiettivo:* offrire una risposta integrata ai bisogni di soggetti affetti da disturbi neurodegenerativi e dei loro familiari / caregiver informali, avviando un percorso di integrazione sociosanitaria. Accogliere il paziente o il familiare, dare informazioni e orientare ai servizi;

*Intervento / attività:* È stato avviato un ufficio multidisciplinare presso il CDCD composto da infermiere, assistente sociale, educatore, terapeuta occupazionale, neuropsicologo, specialista medico, aperto al pubblico con ruolo di accoglienza dei pazienti e familiari, punto di informazioni, coordinamento per programmazione integrata, screening e analisi dei bisogni multidimensionali. È stata realizzata una stratificazione della popolazione per una migliore conoscenza dei pazienti al fine di rendere più efficace la presa in carico.

Inoltre, al fine di facilitare la creazione di una rete integrata di servizi per e con le persone affette da disturbi cognitivi e demenze, sono stati svolti degli eventi formativi e di sensibilizzazione del mondo del volontariato e dei familiari / pazienti sempre in un'ottica di integrazione dell'assistenza, in modo da far conoscere il servizio offerto dal CDCD e dagli sportelli sociali per questo tipo di problematica.

Gli sportelli sociali, in Senior, sono così attivati attraverso l'invio dei pazienti e dei loro familiari da parte degli operatori sanitari (in questo caso della cooperativa Il Margine che ha implementato il progetto Senior). Una delle attività è stata l'attivazione del servizio sociale per offrire un sistema di trasporto dei soggetti impossibilitati a muoversi autonomamente per la partecipazione agli interventi Senior (riabilitazione, palestre della mente, attività di welfare culturale).

### **Regione Piemonte - ASL CN 2: Equipe multidisciplinare**

*Bisogni di partenza:* gestione e prevenzione della perdita dell'autonomia a causa dell'invecchiamento e rischio di fragilità.

*Obiettivo:* offrire una risposta integrata agli anziani che vivono al domicilio a rischio di fragilità, in termini di prevenzione e promozione della salute.

*Intervento / attività:* ha partecipato al progetto Senior attraverso il soggetto attuatore ASL CN2 Distretto di Alba-Bra, che ha coinvolto la casa della salute di Cortemilia. Qui, è stato avviato un gruppo multidisciplinare composto da professionisti sia sanitari che sociali appartenenti all'azienda sanitaria e al Consorzio socioassistenziale del territorio al fine di lavorare in modo integrato offrendo una serie di servizi sanitari e socioassistenziali che vanno dall'accompagnamento ai servizi e orientamento, al monitoraggio delle cronicità e fragilità, dalla promozione della salute e prevenzione al supporto alla socializzazione tra pari.

In particolare, è stato costruito un gruppo di professionisti quali infermieri, infermieri di famiglia e comunità, esperti nella progettazione e innovazione, assistenti sociali, medici di medicina generale (anche se quest'ultimi sono coinvolti meno attivamente nel gruppo operativo del progetto Senior).

La **Tabella 3** riporta gli indicatori di realizzazione delle azioni realizzate dai partners relative al WP3A1: Coordinare la salute e gli attori medico-sociali intorno alla persona anziana sul percorso assistenziale.

Tabella 3 Indicatori di realizzazione delle attività del WP3A1

Partner	Azione/ Intervento	Inizio – Fine	Indicatore	Valore	Note
Valle d'Aosta	Incontro con Associazioni dei pazienti e familiari del territorio	Aprile 2021 – Luglio 2021	Numero di incontri	3	
			Numero di associazioni raggiunte	4	Ass. Alzheimer Ass. Parkinson Museo Gamba Chatillon Soccorso Donnas
			Professionisti	1	
			Terapista occupazionale	1	
			Neuropsicologo	1	
			Modalità di svolgimento		Videoconferenze, webinar, riunioni online in diretta

Fonte: dati di monitoraggio raccolti dai partners, dai soggetti attuatori e dai prestatori di servizio che hanno partecipato al progetto Pro.Sol. Senior



### 3.4.2.2 WP3A2: Sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale

---

In supporto al coordinamento dei professionisti e dei servizi per migliorare la presa in carico della popolazione anziana, alcuni partner hanno sperimentato strumenti di coordinamento digitale che agevolino l'assistenza domiciliare. In particolare, sono strumenti che mirano allo scambio di informazioni tra professionisti e teleconsulti.

**Provence Alpes Agglomération (PAA):** *Strumento di coordinamento digitale dei professionisti: Sperimentazione dello strumento di coordinamento domiciliare digitale "DÔME"*

*Bisogni di partenza:* il mantenimento, il più a lungo possibile, al proprio domicilio delle persone a rischio non-autosufficienza nella vita quotidiana, ritardandone l'eventuale ingresso in strutture assistenziali. Tra gli aspetti che influiscono sulle condizioni di vita della popolazione anziana vi sono quelli riguardanti l'ambiente domestico. La disposizione degli alloggi per gli anziani non autosufficienti dovrebbe essere ottimale, sia rispetto alla distribuzione dello spazio abitativo (dimensioni, distribuzione degli spazi, ecc.), che per facilitarne il loro accompagnamento negli atti quotidiani.

*Obiettivo:* sviluppare un sistema di coordinamento di tutti gli attori che ruotano intorno al domicilio di un anziano a rischio non autosufficienza, in modo che possano essere anticipati e prevenuti i ricoveri in ospedale o in strutture di lungo degenza per anziani.

*Intervento / attività:* i partecipanti volontari (anziani, beneficiari del progetto) sono soggetti con 60 anni o più, residenti in Francia in modo stabile e regolare, con una valutazione clinica del grado di 'perdita dell'autonomia' da 1 a 4 GIR<sup>4</sup>. I partecipanti sono stati dotati di un dispositivo (tablet "Ardoiz") sviluppato dalla filiale del gruppo La Poste "Tikeasy". Il tablet è stato progettato in modo che fosse adatto alla popolazione target (dotato di un altoparlante per amplificare il suono), con accesso gratuito a internet (chiave 4G) e una home page con scorciatoie per giochi, internet, radio, notizie, nonché per l'utilizzo del software Dôme. L'applicazione Dôme ha varie funzionalità: messaggistica, agenda, contatti, storia clinica, ricoveri, partecipazione ai programmi di screening, segnalazione di perdita di autonomia, o un suo peggioramento, direttamente dal tablet, pc o smart phone. Il software è stato progettato nel rispetto delle regolamentazioni nazionali ed europee sulla privacy.

---

<sup>4</sup> Sistema di classificazione usato in Francia per valutare il livello di dipendenza di una persona anziana da cui si decide l'assistenza che gli è necessaria.

Può accedere all'applicazione la popolazione target, gli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti domiciliari, fisioterapisti), l'équipe del progetto (ADMR04 e l'Associazione Digne-les-Bains), gli amministratori dell'applicazione, i famigliari della popolazione target.

I beneficiari (gli anziani partecipanti) possono usare il tablet per consultare l'agenda, giocare, informarsi (notizie quotidiane), consultare il meteo. Le informazioni cliniche relative al beneficiario sono invece consultabili dai famigliari. L'applicazione Dôme, consente ai professionisti dell'assistenza di concentrarsi sul benessere dei beneficiari compilando una dashboard comune per tutti gli operatori che agiscono nelle case dei beneficiari, mettendo in comunicazione tutti i professionisti sanitari e sociali che ruotano attorno la cura e assistenza di un soggetto anziano con perdita di autonomia e consentendo a tutti i professionisti di consultare tutte le informazioni riguardanti il beneficiario.

Tutti i dati sono raccolti e conservati nel rispetto della legge nazionale sulla privacy e il trattamento dei dati personali. Sono stati previsti tre livelli di sicurezza della messaggistica (pubblica, paramedica e medica). L'esperienza copre contesti rurali di Digne-les-Bains, La Javie, Bras d'Asse, Estoublon.

#### **Métropole Nice Côte d'Azur (MNCA): Piattaforma di telemedicina**

*Bisogni di partenza:* la perdita di autonomia generata da malattie croniche neurodegenerative unita a una disparità territoriale di accesso alle cure nella regione PACA (della popolazione residente in aree montane distanti dai servizi) rappresenta un grave ostacolo alla cura completa e adattata di queste popolazioni.

*Obiettivo:* migliorare l'accessibilità alle cure attraverso la sperimentazione di strumenti di teleconsulto per professionisti e televisite / teleassistenza per popolazioni vulnerabili (anziani con patologie neurodegenerative e i loro caregiver) residenti in aree periferiche del territorio PACA.

*Intervento / attività:* MNCA, attraverso il soggetto attuatore CHU (Centre Hospitalier Universitaire di Nizza), ha sperimentato una piattaforma di telemedicina per gestire televisite, telesorveglianze, teleassistenza e coaching al fine di garantire l'accesso alle cure, la continuità delle cure e la diagnostica precoce a domicilio di soggetti fragili e distanti dai servizi. La piattaforma è stata sviluppata su patologie neuromuscolari e offre uno strumento di interazione e integrazione tra i diversi professionisti e i pazienti attraverso consultazioni, monitoraggio continuo e formazione.

La piattaforma è stata sperimentata nell'ambito del progetto Senior su un gruppo di soggetti anziani vulnerabili affetti da patologie croniche neurodegenerative e dalla progressiva perdita di autosufficienza.

La prestazione a distanza può essere attivata sia dallo specialista che dal paziente. L'interazione a distanza deve essere assicurata attraverso un collegamento call-conference che certifichi la qualità della comunicazione a distanza. Sono previste due possibili modalità:

- 1) Teleconsulto semplice: il medico specialista carica i dati e la documentazione del paziente (video, foto, radio, immagini), appuntamenti o perizie mediche. In caso di ospedalizzazione necessaria, viene avviato un teleconsulto multidisciplinare e successivamente il rinvio alla struttura adeguata. La piattaforma permette di gestire le emergenze programmando appuntamenti nelle 48 ore, nonché informando i servizi di guardia medica circa l'emergenza e i contatti dello specialista curante.
- 2) Teleconsulto multidisciplinare: il paziente viene preso in carico da un team multidisciplinare e le televisite sono svolte con tutti i medici e paramedici coinvolti

La piattaforma permette di gestire gli appuntamenti, la lettura e l'analisi dei risultati di esami clinici effettuati a distanza, lo scambio di documenti clinici tra professionisti, sale d'attesa virtuali e un sistema di messaggistica istantanea, video-conferenze, prescrizioni mediche elettroniche. La piattaforma ha anche una componente e-learning volta a integrare strumenti e informazioni affinché pazienti, caregiver e professionisti possano accedere a contenuti di qualità sul tema. L'obiettivo è offrire anche uno strumento che sia in grado di informare e formare rispetto a diagnosi e assistenza multidisciplinare e alla prevenzione di specifiche patologie e comorbidità.

La formazione prevede un'autovalutazione tramite quiz, per rafforzare la conoscenza del paziente e/o del suo caregiver sulle specificità della patologia, la sua valutazione e la sua cura al fine di renderlo il più possibile autonomo e partecipe della propria gestione. Inoltre, offre una formazione aggiuntiva agli operatori sanitari sulla gestione specifica di queste malattie. Il corso è composto da diversi moduli, suddivisi in ulteriori corsi. Sono stati realizzati 27 pacchetti formativi da 1 geriatra, 4 neuropsicologi, 2 psicologi, 2 psichiatri, 2 terapisti occupazionali, 1 gerontologo, 2 logopedisti, 1 psicomotricista, 1 assistente sociale e il presidente dell'associazione France Alzheimer 06.

La piattaforma è resa disponibile su un dispositivo a carrello dotato di postazione di lavoro, schermo tattile, videocamera ad alta definizione. Può essere accessibile anche tramite dispositivi mobili e dal web attraverso login. Il software della piattaforma è erogato in modalità «*Software as a Service*».

La piattaforma è stata oggetto di uno studio di fattibilità tecnica dello strumento coinvolgendo soggetti con 65 anni e più solitamente monitorati in centri esperti a Nizza e residenti nell'hinterland transfrontaliero, vicino a 5 strutture locali (CH Saint-Eloi de Sospel, CH Saint -Lazare de Tende, CH La Palmosa a Mentone, CH Saint Maur a Saint-Etienne-de-Tinée, CH a Digne-les-Bains). Lo studio ha avuto l'obiettivo di valutare la fattibilità dello strumento dal punto di vista dei professionisti e dei pazienti/caregiver, l'accettabilità dello strumento, la qualità dell'assistenza ricevuta e l'accessibilità dello strumento. Infine, l'impatto sul decorso della patologia utilizzando le scale di valutazione clinica sulla funzionalità motoria.

Hanno partecipato alla sperimentazione della piattaforma 11 soggetti con diagnosi già nota, sono stati esclusi soggetti con patologie acute o riacutizzazione di patologie croniche e soggetti per cui la permanenza a domicilio sarebbe ulteriore fattore di rischio.

Sono state realizzate due visite di persona, all'inizio e alla fine della sperimentazione, e almeno un teleconsulto a paziente (il numero di teleconsulti è stato scelto in base ai bisogni dei singoli partecipanti). Hanno svolto le visite e i teleconsulti 5 medici specialisti in Neurologia e 2 fisioterapisti.

Il gruppo sperimentale (o di intervento) è stato confrontato con un gruppo di controllo composto da 11 soggetti seguiti secondo pratiche standard (visite di persona).

In seguito alla sperimentazione iniziale, è stato sviluppato un modulo e-learning rivolto alla formazione di pazienti, caregiver e personale sociosanitario, acquisire nozioni sulle patologie e prevenire possibili aggravamenti.

### **La Regione autonoma della Valle d'Aosta**

*Bisogni di partenza:* servizi sanitari e sociali integrati per l'assistenza a soggetti con disturbi neurodegenerativi e ai loro caregiver informali.

*Obiettivo:* Miglioramento e sistematizzazione dell'assistenza, in particolare attraverso una diagnosi precoce e la riabilitazione cognitiva.

*Intervento / attività:* ha sperimentato attraverso il soggetto attuatore AUSL Valle d'Aosta e il fornitore di servizi la cooperativa Il Margine, due interventi di riabilitazione neuro cognitiva e terapia occupazionale verso soggetti anziani con patologie neurodegenerative. L'intervento, inizialmente pensato a distanza con strumenti di telemedicina che avrebbero permesso videochiamate con i professionisti, è stato prevalentemente svolto di persona in quanto i partecipanti hanno mostrato il bisogno e la necessità di contatti diretti con l'operatore sanitario. I lunghi periodi di distanziamento

sociale legati alle politiche di contenimento dell'epidemia di COVID-19 hanno avuto un ruolo importante sia sulla continuità dell'assistenza e delle cure che sull'isolamento sociale di soggetti fragili, come gli anziani con problemi neurodegenerativi.

Le riabilitazioni sono partite nel maggio 2021, a luglio 2022 sono ancora in corso per alcuni pazienti. In 12 mesi, sono stati presi in carico 58 pazienti per la riabilitazione neuropsicologica, di cui 55 anche per la terapia occupazionale. Sono soggetti con età media di 66 anni, abbastanza giovani (più del 50% dei pazienti ha meno di 77 anni, il restante ha fino a 87 anni), residenti in aree isolate e periferiche della regione (il 33%) e affetti per lo più da forme di demenze senili (54%) e decadimento cognitivo (22%).

Le riabilitazioni neuropsicologiche si sono svolte prevalentemente di persona (96% delle sedute): il 43% ha avuto luogo al domicilio del paziente, mentre le restanti presso centri sociali e/o familiari (rispettivamente il 24% e il 25%). In media sono state realizzate 2 sedute a paziente per un totale di 97 sedute di circa 50 minuti ciascuna. Il 34% delle sedute sono state svolte dal neuropsicologo in co-presenza al terapeuta occupazionale.

Anche l'intervento del terapeuta occupazionale si è svolto prevalentemente al domicilio (50% degli interventi svolti di persona che rappresentano il 95% delle sedute). Il 26,5% delle sedute di terapia occupazionale è stato svolto in collaborazione e co-presenza del neuropsicologo.

La **Tabella 4** riporta gli indicatori di realizzazione delle sperimentazioni realizzate all'interno del WP3A2: Sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale.

Tabella 4 Indicatori di realizzazione delle attività del WP3A2

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore		Valore	Note	
PAA	Applicazione di coordinamento digitale Dôme	Giugno 2021 – Giugno 2022 (dati a 12 mesi dall'inizio)	Numero di partecipanti a cui è stato consegnato un tablet	Inizio progetto	35 (su 70 contatti)	A <b>sei mesi</b> della sperimentazione, vi sono stati 2 decessi, 1 ricovero in struttura specializzata e 1 ha rinunciato all'intervento	
				6 mesi dall'inizio	31 (su 35 arruolati)		
				12 mesi dall'inizio	40		
				Numero di professionisti che hanno aderito	6 mesi dall'inizio 12 mesi dall'inizio		46 (su 88 contatti) 88
				Uso dell'App da parte dei partecipanti	6 mesi dall'inizio  12 mesi dall'inizio		900 messaggi scritti sul <i>libro di vita</i> (tutti i partecipanti combinati)  1675 messaggi scritti sul <i>libro di vita</i> (tutti i partecipanti combinati) Circa 30 connessioni al mese a Dôme
Uso dell'App da parte dei professionisti	6 mesi dall'inizio  12 mesi dall'inizio	200 connessioni al mese  Dalle 100 alle 150 connessioni al mese					
MNCA	Piattaforma di telemedicina		Numero di partecipanti (gruppo telemedicina)	<b>Totale</b> Donne	11 5 (45,4%)		

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore		Valore	Note
		Aprile 2021 – Dicembre 2022		Uomini	6 (54,5%)	
			Numero di partecipanti (gruppo di controllo)	<b>Totale</b> Donne Uomini	11 6 (54,5%) 5 (45,4%)	
			Età media	Telemedicina Controllo	55 anni 65 anni	
			Numero di visite a paziente	Telemedicina Controllo	2 3	Almeno 2 visite di persona al momento di inizio e fine dello studio nel gruppo sperimentale (telemedicina)
			Numero di teleconsulti	Telemedicina (valore minimo) Controllo	1 0	
			Professionisti	Neurologi Fisioterapisti	5 2	
<b>Regione</b> <b>Valle d'Aosta</b>	Riabilitazione neuropsicologica	Maggio 2021 – settembre 2022 (dati a 12 mesi dall'inizio)	Numero di soggetti raggiunti	<b>Totale</b> Donne Uomini	58 30 (51,7%) 28 (48,3%)	
			Età media (± Dev. Std.)	<b>Totale</b> Donne Uomini	65,6 (±25,98) 63,5 (±29,84) 67,8 (±21,42)	
			Età mediana		77 anni	
			Range età (min – max)		50 – 87 anni	
			Numero di soggetti che vivono in contesti periferici *		19 (33,3%)	

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Condizioni/ problemi di salute	<b>Totale (N=49)</b> Demenze senili 22 (53,7%) Decadim. cognitivo 9 (22,0%) Alzheimer 5 (12,2%) Altro 13 (31,7%) <b>Donne (N=27)</b> Demenze senili 11 (45,8%) Decadim. cognitivo 7 (29,2%) Alzheimer 4 (16,7%) Altro 5 (20,8%) <b>Uomini (N=22)</b> Demenze senili 11 (64,7%) Decadim. cognitivo 2 (11,8%) Alzheimer 1 (5,9%) Altro 8 (47,1%)	<u>Altre patologie:</u> vasculopatie cerebrali, malattia di Parkinson, atrofia cerebrale/corticale
			Comorbidità	<b>Totale</b> 17 (29,8%) Donne 6 (20,0%) Uomini 11 (40,7%)	
			Altre patologie, quali	<b>Totale (N=17)</b> Psichiatriche 3 (17,6%) Cardiovascolari 10 (58,8%) Ipertensione 1 (5,9%) <b>Donne (N=6)</b> Psichiatriche 0 Cardiovascolari 5 (83,3%) Ipertensione 1 (16,7%) <b>Uomini (N=11)</b>	



Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Psichiatriche	3 (27,3%)	
			Cardiovascolari	5 (45,5%)	
			Ipertensione	0	
			Numero di interventi	97	
			Numero medio di sessioni a soggetto	1,7	
			Durata media di ogni sessione (minuti)	49,9 minuti	
			Modalità di svolgimento	<b>A distanza</b>	4 (4,1%)
				Telefono	2 (66,7%)
				Telemedicina	1 (33,3%)
				<b>Di persona</b>	93 (95,9%)
				Domicilio	34 (43,0%)
				Studio / ambulatorio	6 (7,6%)
				Centro sociale	19 (24,1%)
				Centro familiare	20 (25,3%)
			Professionisti	Neuropsicologo	1
				Terapista occupazionale	1
					Terapista occupazionale in aggiunta in 33 incontri su 97
			Arruolamento dei pazienti	CDCD Ausl Valle d'Aosta	
Valle d'Aosta	Terapia occupazionale	Maggio 2021 – settembre 2022 (dati a 12 mesi dall'inizio)	Numero di soggetti raggiunti	<b>Totale</b>	55
				Donne	44 (80,0%)
				Uomini	12 (21,8%)
			Età media (± Dev. Std.)	<b>Totale</b>	63,8 (±29,29)
				Donne	60,2 (±32,06)
				Uomini	71,8 (±8,50)

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Età mediana	77 anni	
			Range età (min – max)	50 – 87 anni	
			Numero di soggetti che vivono in contesti periferici *	19 (35,2%)	
			Condizioni/ problemi di salute	<b>Totale (N=35)</b>	
				Demenze senili 19 (54,3%)	
				Decadim. cognitivo 11 (31,4%)	
				Alzheimer 3 (8,6%)	
				Altro 7 (20,0%)	
				<b>Donne (N=26)</b>	
				Demenze senili 11 (42,3%)	
				Decadim. cognitivo 11 (42,3%)	
				Alzheimer 3 (11,5%)	
				Altro 4 (15,4%)	
				<b>Uomini (N=9)</b>	
				Demenze senili 8 (88,9%)	
				Altro 3 (33,3%)	
			Comorbidità	<b>Totale</b> 8 (32,0%)	
				Donne 3 (23,1%)	
				Uomini 5 (41,7%)	
			Altre patologie, quali	<b>Totale (N=8)</b>	
				Psichiatriche 2 (25,0%)	
				Cardiovascolari 5 (62,5%)	
				Ipertensione 1 (12,5%)	
				<b>Donne (N=3)</b>	
				Cardiovascolari 2 (66,7%)	

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Ipertensione	1 (33,3%)	
			<b>Uomini (N=5)</b>		
			Psichiatriche	2 (40,0%)	
			Cardiovascolari	3 (60,0%)	
			Numero di interventi	98	
			Numero medio di sessioni a soggetto	1,7	
			Durata media di ogni sessione (minuti)	78,9 minuti	
			Modalità di svolgimento		
			<b>A distanza</b>	5 (5,1%)	
			Telefono	2 (40,0%)	
			Telemedicina	3 (60,0%)	
			<b>Di persona</b>	93 (94,9%)	
			Domicilio	62 (50,0%)	
			Altri luoghi	31 (25,0%)	
			Professionisti		
			Terapista occupazionale	1	Neuropsicologo in aggiunta in 26
			Assistente familiare	1	intervent1 su 98
			Arruolamento dei pazienti	CDCD	

Fonte: dati di monitoraggio raccolti dai partners, dai soggetti attuatori e dai prestatori di servizio che hanno partecipato al progetto Pro.Sol. Senior

### 3.4.2.3 WP3A3: Formazione degli stakeholders

---

#### **Comité régional ADMR** *Sensibilizzazione dei professionisti / operatori che lavorano a domicilio*

*Bisogni di partenza:* i professionisti sanitari e sociali che operano a domicilio non hanno adeguata conoscenza dei rischi per la salute e la sicurezza per sé stessi e per l'assistito, quando operano a domicilio. Ad oggi oltre il 50% dei dipendenti della rete di associazioni ADMR 06 ha più di 45 anni, di cui il 20% che ha più di 55 anni; fenomeno che in parte spiega l'aumento significativo e quasi sistematico del numero di "raccomandazioni e restrizioni mediche" imposte dalla medicina del lavoro per gli operatori che lavorano a domicilio. Queste raccomandazioni sono principalmente legate all'attività fisica e alla riduzione dell'orario di lavoro mediante l'istituzione di un intervallo terapeutico sempre più frequente.

*Obiettivo:* formare i professionisti a domicilio in ambito sicurezza e prevenzione dei rischi professionali connessi quando si opera assistenza a domicilio con l'obiettivo di sostenere i dipendenti verso il pensionamento adeguando le condizioni di lavoro per rendere più piacevole la loro vita professionale, nonché anticipare i rischi per i giovani dipendenti, in un contesto generale di aumento della vita lavorativa.

*Intervento / azioni:* Comité régional ADMR ha realizzato due tipi di intervento per colmare il gap conoscitivo in relazione ai rischi connessi con il lavoro a domicilio:

- a) Formazione degli operatori. Un anno dopo l'avvio del primo ciclo (maggio 2021), sono stati realizzati 3 cicli formativi (per un totale di 6 giornate di formazione), 2 sono in programma per settembre 2022 di 1 giornata ciascuno. La formazione è stata realizzata di persona presso degli appartamenti pedagogici sui territori Hautes-Alpes e Alpes-Maritimes, a Cannes, Nizza e Digne-Les-Bains. La formazione ha coinvolto 88 tra assistenti domiciliari e operatori sanitari a domicilio e amministratori incaricati alle visite domiciliari per valutare i bisogni della casa. Sono stati trattati contenuti relativi ai rischi domestici e alla loro prevenzione: fattori di rischio e i pericoli che riguardano sia l'assistito che il professionista, come identificare le situazioni rischiose (identificazione e analisi), come operare nel contesto privato dell'assistito rispettandone il suo spazio di intimità, come creare la fiducia con l'anziano al fine di avviare un cambiamento nell'ambiente domestico in un'ottica preventiva, l'uso di ausili per mobilitare riducendo i rischi, imparare a cercare e costruire strumenti di valutazione del rischio domestico.

- b) Organizzazione di workshop misti con professionisti e utenti. In tutto sono stati realizzati 4 sessioni da una giornata a Nizza, Cannes e Digne-Les-Bains, più 2 laboratori (mentre 1 è in programma per settembre 2022) per lo sviluppo di un dispositivo di supporto e coordinamento tra gli operatori.

**Regione autonoma della Valle d'Aosta** *Formazione operatori sportelli sociali e dei caregivers informali*

*Bisogni di partenza:* gli operatori di sportello e gli assistenti sociali degli 8 sportelli sociali non hanno le conoscenze necessarie per accogliere ed orientare all'accesso ai servizi i familiari e i soggetti con patologie neurodegenerative, di conseguenza diventa difficile svolgere un lavoro integrato con servizi di cura regionali (CDCD).

Dall'altro lato, per migliorare l'assistenza e l'accesso alle cure della popolazione target (soggetti anziani con disturbi neurodegenerativi), è necessario sviluppare competenze e offrire informazioni ai caregivers (familiari o badanti) di anziani non autosufficienti con disturbi neurodegenerativi.

*Obiettivo:* gli obiettivi formativi sono distinti a seconda del target a cui è stata rivolta la formazione:

- i) Professionisti e operatori degli sportelli sociali: colmare il gap formativo rispetto alla gestione delle richieste di aiuto ai servizi sociali regionali al fine di integrarli nell'accoglienza e assistenza sanitaria raggiungendo le aree periferiche della regione Valle d'Aosta.
- ii) Professionisti in setting di cura per anziani: formare operatori sociosanitari che lavorano in contesti di cura residenziali con anziani al fine di offrire conoscenze e sviluppare capacità di gestione di soggetti con disturbi neuro-evolutivi.
- iii) Caregivers: offrire conoscenze e informazioni al fine di sviluppare l'empowerment dei caregivers informali nella gestione dei loro assistiti: educazione terapeutica, gestione di soggetti anziani con disturbi neuro-evolutivi, guida e orientamento ai servizi territoriali, aspetti giuridico-legislativo in tutela di questo tipo di fragilità.

*Intervento / attività:*

- i) Professionisti e operatori degli sportelli sociali: l'ASL Valle d'Aosta, in collaborazione con la cooperativa Il Margine, ha realizzato 2 sessioni di formazione di operatrici di sportello e assistenti sociali degli 8 sportelli sociali regionali. Il corso ha voluto presentare una fotografia epidemiologica dei disturbi neurodegenerativi degli anziani in Valle d'Aosta, il funzionamento del Centro di Diagnosi e Cura delle Demenze regionale (CDCD), quali informazioni i pazienti e familiari necessitano sapere per un adeguato orientamento

all'accesso ai servizi regionali. Sono state approfondite le seguenti tematiche: servizi territoriali e il ruolo della comunità nell'assistenza e nella cura dei soggetti fragili, sulla riabilitazione neuropsicologica e le modalità di implementazione coinvolgendo anche familiari e comunità, nonché riflessioni sulla continuità del progetto post-finanziamenti. Infine, è stata data attenzione a quali e come raccogliere dati al fine di identificare bisogni inespresi degli utenti degli sportelli sociali rispetto ai disturbi neurodegenerativi. In questa occasione, è stato presentato anche il progetto Pro.Sol. Senior.

- ii) Professionisti in setting di cura per anziani: cinque Operatori Socio Sanitari (OSS) e il referente di una struttura residenziale di Châtillon per anziani hanno partecipato ad una formazione sulla gestione del paziente con demenze e disturbi neurocognitivi.
- iii) Caregivers: da giugno e dicembre 2021 è stato realizzato un ciclo di formazione con i caregivers, in presenza e a livello individuale realizzati da un neuropsicologo e un assistente sociale al fine di offrire informazioni sulla gestione di anziani affetti da patologie neuro-evolutive e orientare ai servizi territoriali. Il percorso ha coinvolto 10 caregivers, 7 familiari di pazienti e 3 caregivers retribuiti. L'intervento è consistito in un unico incontro di circa 90 minuti per partecipante.

### **Regione Piemonte** Formazione dei professionisti operanti nell'appartamento pedagogico

Sebbene l'ASL CN2 abbia disegnato un intervento pensando a figure professionali già formate e operative nell'ASL (3 infermieri di famiglia, a cui si aggiunge un'infermiera che aveva svolto il proprio tirocinio previsto dal master IFeC), si è reso però necessario trasferire conoscenze e competenze attività, coordinando e mettendo in comune le varie figure professionali coinvolte a vario titolo nella preparazione dell'appartamento educativo ma anche nelle relative attività di prevenzione.

Il personale, formato nella propria specialità, ha così potuto sviluppare nuove competenze attraverso il confronto e la condivisione con altre figure professionali, nell'ottica dello sviluppo di servizi innovativi per gli anziani. Si trattava di incontri e/o videoconferenze per:

- coordinamento e pianificazione con partner e attori locali;
- redazione del protocollo di sperimentazione, validato dal Comitato Etico Interaziendale di Cuneo;
- individuazione e formazione di un'équipe multidisciplinare;
- scelta delle attrezzature e allestimento dell'appartamento didattico;

- linee condivise di intervento infermieristico;

La **Tabella 5**, di seguito, riporta gli indicatori di realizzazione delle attività formative svolte nell'ambito del WP3A3: Formazione degli stakeholders.

Tabella 5 Indicatori di realizzazione delle attività svolte nel WP3A3

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
ADMR	Formazione degli operatori	Marzo 2021 – in corso	Numero di cicli	1	
			Numero di sessioni per ciclo	1	
			Modalità di svolgimento	Di persona presso appartamenti pedagogici a Nizza	
			Numero di gruppi / classi	6 (+ 2 settembre 2022)	
			Numero totale di ore	8	
			Numero totale di professionisti formati	88	
			Numero di discenti per gruppo / classe	11	
			Tipo di professionisti formati	Assistenti domiciliari Operatori sanitari Amministrativi	
ASL CN2	Formazione dei professionisti	Ottobre 2021 – Maggio 2022	Numero di cicli	4	



Partner	Azione Intervento	/ Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Numero professionisti formati per ciclo	Media 9	
Valle d'Aosta	Formazione operatori degli sportelli sociali regionali	Novembre 2021 – Novembre 2021	Numero di cicli	2	
			Numero di sessioni per ciclo	2 per il primo ciclo (operatori degli sportelli sociali)  1 per il secondo ciclo (OSS e direttore di una RSA)	
			Modalità di svolgimento	In presenza; lezione interattiva con gruppi di lavoro e partecipazione attiva dei discenti	
			Numero di gruppi / classi	2	
			Numero totale di ore	<b>Ciclo 1</b> 6 (3 per sessione)  <b>Ciclo 2</b> 90 minuti	
			Numero totale di professionisti formati	<b>Ciclo 1</b> 17 <b>Ciclo 2</b> 5 <b>Totale</b> 22	

Partner	Azione Intervento	/ Inizio - Fine	Indicatore	Valore	Note
			Tipo di professionisti formati	Assistente sociale Operatrice di sportello	
Valle d'Aosta	Formazione caregivers	Giugno 2021 – Dicembre 2021	Numero di cicli	1	
			Numero di sessioni per ciclo	1	
			Modalità di svolgimento	In presenza; intervento individuale	
			Numero totale di ore	1 h 30 min	
			Numero totale di partecipanti	10	
			Tipo di partecipanti	Caregiver retribuito Familiare	3 (30%) 7 (70%)
			Tipo di formatori	Neuropsicologo Assistente sociale	1 1

Fonte: dati di monitoraggio raccolti dai partners, dai soggetti attuatori e dai prestatori di servizio che hanno partecipato al progetto Pro.Sol. Senior

### 3.4.3 Azioni del WP4: Sviluppare nuovi modelli di prevenzione

---

#### 3.4.3.1 WP4A1: Sviluppare nuovi modelli di prevenzione

---

##### Provence Alpes Agglomération Sport Santé<sup>5</sup>

*Bisogni di partenza:* anziani con patologie croniche o a rischio con stili di vita sedentari. L'attività fisica e sportiva è riconosciuta come terapia prescrivibile dalla Haute Autorité de Santé dal 2011 ma è solo a seguito della legge di modernizzazione del sistema sanitario del 26 gennaio 2016 che i medici di medicina generale e i medici specialisti hanno la possibilità di prescrivere un'*attività di educazione fisica adattata* ai pazienti che soffrono di *patologie croniche*<sup>6</sup>. L'attività di educazione fisica adattata è descritta dalla L. 1172-1 del Code de la Santé Publique (in vigore dal 4 marzo 2022) come una pratica che si inserisce in un contesto di attività quotidiana, di svago, di sport o di esercizio programmato, in base alle attitudini e alle motivazioni delle persone con bisogni specifici che impediscono loro di praticare in condizioni ordinarie. L'obiettivo è quello di permettere a una persona di adottare uno stile di vita fisicamente attivo su base regolare al fine di ridurre i fattori di rischio e le limitazioni funzionali associate alla sua condizione a lungo termine. Le tecniche utilizzate, individuate da personale qualificato, sono basate su attività fisiche e sportive e sono distinte dalle procedure di riabilitazione, che, invece, sono riservate ai professionisti della salute (Ministère des solidarités et de la santé e Ministère des sports, 2021). Il medico, coinvolto nella cura di coloro che hanno una malattia cronica o sperimentano la progressiva perdita di autonomia, può prescrivere un'attività di educazione fisica adattata alla patologia, alle capacità fisiche e al rischio medico del paziente ed elaborata sulla base del decreto che stabilisce l'elenco delle malattie croniche, dei fattori di rischio e delle situazioni di perdita di autonomia che danno diritto alla prescrizione di attività di educazione fisica adattata ai pazienti (Code de la Santé Publique, art. L.1172-1).

*Obiettivi:* Al fine di migliorare la salute e la qualità di vita della popolazione anziana con programmi di promozione della salute, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi specifici: i) creare un luogo favorevole allo sviluppo di attività sportive e ii) promuovere l'abitudine di praticare regolarmente attività sportiva attraverso un programma "Ritorno allo sport"; iii) sviluppare un'offerta sul territorio di attività fisica adattata; iv) informare e sensibilizzare gli stakeholders della salute; infine, v) avviare la prescrizione medica dell'attività sportiva per la popolazione anziana.

---

<sup>5</sup> Scritto in collaborazione con Eclectica

<sup>6</sup> Affection de Long Durée (ALD).

*Intervento / attività:* l'intervento di PAA si compone quindi di 3 principali componenti: i) il programma *Ritorno allo sport*, ii) la mobilitazione dei servizi sportivi verso lo sviluppo di un'offerta sportiva adatta alla popolazione anziana nei territori di intervento, e iii) la sensibilizzazione dei medici intorno alla promozione dell'attività fisica regolare come strumento per prevenire la cronicità e la perdita dell'autonomia nell'invecchiamento e promuovere la salute.

- i) Ritorno allo sport: i partecipanti al programma "Ritorno allo sport" sono stati arruolati tramite prescrizione medica dai medici di medicina generale. Successivamente all'arruolamento, i partecipanti hanno ricevuto un appuntamento presso la Casa dello Salute Irène Joliot Curie di Digne les Bains. Una prima visita, con prove fisiche è realizzata presso il laboratorio di Digne les Bains, mentre la visita medico sportivo presso il Centro Medico Sportivo è stata realizzata solo in caso fossero necessari accertamenti. In base ai test, i partecipanti sono stati inseriti in programmi sportivi di 12 sessioni (per 12 settimane), al termine delle quali sono stati sottoposti ad ulteriori test e orientati verso associazioni e servizi adatti per il proseguimento della pratica in modo autonomo. Per diffondere le informazioni circa il programma, sono stati mandati volantini presso gli studi medici ed è stato organizzato un evento pubblico a febbraio 2021.
- ii) Mobilitazione degli attori dello sport verso l'attività fisica adattata per la popolazione anziana: l'obiettivo del programma "Ritorno allo sport" è rendere sostenibile nel tempo l'intervento attraverso lo sviluppo di un'offerta territoriale locale in grado di rinnovarsi autonomamente dopo l'intervento stesso. Pertanto, è stata avviata un'azione di mappatura e ricerca di associazioni e club sportivi interessati ad offrire attività fisica adattata sul territorio. Al fine di costruire una visione comune e basata sull'evidenza, è stata redatta una carta dello sport sano a cui le associazioni e realtà sportive devono aderire, nonché eventi divulgativi aperti al pubblico e diffusione di informazioni attraverso volantini e carta stampata. In occasione, è stata fatta un'indagine iniziale in cui si è cercato di individuare l'interesse delle associazioni e club sportivi verso il programma.
- iii) Mobilitazione di medici di medicina generale e specialisti verso la promozione dell'attività fisica nell'invecchiamento: affinché l'attività sportiva venga prescritta come strumento di prevenzione della cronicità dai medici, è necessario che questi condividano gli stessi obiettivi. L'adesione dei medici al programma Sport Santé è fondamentale per il suo successo. Pertanto, sono state messe in atto diverse azioni di disseminazione di informazioni e sensibilizzazione (attraverso lettere e e-mail, evento pubblico, simposio sullo sport sano, etc.), nonché la collaborazione del Centro Medico Sportivo e della Casa della

Salute per la realizzazione di test ed esami al fine di individuare il miglior programma di attività fisica in base alle specifiche condizioni di salute di ogni partecipante.

I partner del programma sono sette:

- La Casa di cura Irène Joliot Curie a Digne-les-Bains
- Il Centre Médico-Sportif (CMS) di Digne-les-Bains
- Il living lab di Digne-les-Bains
- Il Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) del Dipartimento 04
- I Professionisti dell'educazione fisica adattata
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) del Dipartimento 04
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) del Dipartimento 04

“Retour au sport” si sviluppa in varie fasi: innanzitutto, coloro i quali hanno ottenuto una prescrizione per lo svolgimento di un'attività di educazione fisica adattata da parte del proprio medico di medicina generale sono indirizzati alla Maison Sport-Santé per la prima presa in carico che viene completata con la somministrazione di un questionario che indaga *ex ante* la “qualità della vita” del beneficiario, con una serie di domande sulla percezione del proprio stato di salute psicofisico, e lo svolgimento di alcuni test fisici condotti da *enseignants con la licenza di insegnamento per l'educazione fisica adattata*<sup>7</sup> (d'ora in avanti insegnanti APA, secondo l'acronimo francese) volti a valutare cinque componenti: la forza, la resistenza, la coordinazione, l'agilità, l'equilibrio. A tale valutazione possono seguire, eventualmente, degli esami di approfondimento presso il Centro Medico Sportivo di Digne-les-Bains. Una volta svolta la valutazione, il beneficiario è indirizzato verso le attività più adatte al suo stato fisico e inserito in un ciclo di 12 settimane che prevede quattro sessioni settimanali di rinforzo muscolare, attività multisport, nordic walking, attività in acqua e attività artistica. Le attività sono svolte sia indoor sia outdoor e il beneficiario può decidere di partecipare alle sessioni che desidera. Al termine del ciclo, il beneficiario è sottoposto a una valutazione *ex post* dei progressi fisici, dello stato psicologico, della qualità di vita e del benessere percepito<sup>8</sup>; ed è orientato verso le associazioni che si occupano di educazione fisica adattata

---

<sup>7</sup> Enseignant en activité physique adaptée (APA).

<sup>8</sup> Tale valutazione è avvenuta per mezzo di un'intervista discorsiva per quanto riguarda i primi due cicli del programma, mentre è stata svolta tramite questionario a partire dal terzo ciclo del programma.

al fine di continuare l'attività. Infine, a distanza di tre e sei mesi, gli insegnanti APA sono incaricati di ricontattare i beneficiari per verificare il proseguimento dell'attività fisica.

Ad oggi, sono stati organizzati tre cicli nel 2021 (nei trimestri febbraio-aprile, aprile-giugno, settembre-novembre), mentre altri due sono previsti nel 2022. Gli utenti coinvolti hanno potuto beneficiare di 12 sedute di educazione fisica per ogni ciclo organizzato. I cicli sono aperti a tutta la popolazione, anche se in particolar modo si rivolgono agli abitanti del bacino di Digne-les-Bains.

Data la complessità dell'azione, PAA ha predisposto una serie di valutazioni interne a carico dei diversi partner riguardanti:

- in generale,
  - a) il numero di persone raggiunte dalla campagna di comunicazione;
  - b) il numero di persone partecipanti al programma.
- dal punto di vista medico-sportivo,
  - a) un questionario sulla qualità di vita;
  - b) una valutazione delle condizioni fisiche del paziente secondo cinque criteri (forza, resistenza, coordinamento, agilità, equilibrio);
  - c) un questionario di soddisfazione;
  - d) il ricontatto telefonico dei partecipanti dopo tre mesi e dopo sei mesi.
- dal punto di vista della mobilitazione degli attori sportivi,
  - a) il numero di associazioni recensite che propongono una sezione di sport-santé;
  - b) il numero di associazioni che rispondono al questionario di CDO04;
  - c) il numero di sessioni di sport-santé sull'insieme del territorio;
  - d) il numero di insegnanti APA;
  - e) il numero di aderenti alle sessioni di sport-santé.
- dal punto di vista della mobilitazione degli attori della sanità,
  - a) il numero di prescrizioni;
  - b) il numero di ore prescritte;
  - c) il numero di medici prescrittori;

d) il numero di partecipanti alle riunioni informative;

e) il numero di orientamenti verso il Centre médico-sportif.

La comunicazione è avvenuta per mezzo stampa. Sono stati distribuiti dei flyer presso le diverse strutture sanitarie, compresi gli studi dei medici di medicina generale, i quali hanno anche ricevuto informazioni via posta. È stata organizzata una conferenza stampa per la cittadinanza, svolta il giorno 8 febbraio 2021. Sul sito di Provence Alpes Agglomération, una sezione è dedicata nello specifico al progetto Pitem PROSOL, con un link all'azione Sport-santé: <https://www.provencealpesagglomeration.fr/un-programme-pour-favoriser-le-retour-au-sport/>.

Figura 1 Esempio di volantino pubblicitario del programma Sport Santé

**Retour au sport**

**12 semaines d'activité.s physique.s adaptée.s pour votre santé !**

**Participation gratuite**

**pass**

**Interreg ALCOTRA #PROSOL SENIOR**

**PROGRAMME RETOUR AU SPORT**

**Retour au sport est un accompagnement gratuit** vers l'activité physique régulière encadrée par des enseignants en activité physique adaptée. Un programme dure 12 semaines et les participants peuvent choisir 1 à 4 activités par semaine.

**Pour qui ?** Toute personne ayant une maladie chronique (diabète, hypertension, obésité...) et/ou ayant + de 60 ans... et désireuse de reprendre une activité physique adaptée à sa condition physique

**Quelles activités ?** marche nordique, marche santé, danse, stretching, renforcement musculaire, exercices d'équilibre, jeux de ballons.

Le programme commence par une évaluation de la condition physique (test de force, endurance, souplesse, coordination, équilibre ainsi qu'un entretien individuel).

**Quel objectif ?** Reprendre une activité physique favorable pour sa santé et favoriser la continuité de l'activité sportive dans une association locale après les 12 semaines.

**Inscriptions**  
Secrétariat de la Maison de Santé de Digne-les-Bains  
3 Rue du Trélus 040000 DIGNE LES BAINS  
Tél : 04 86 89 40 27 du lundi au vendredi : 08h-12h et 14h-18h

\*Certificat médical et prescription d'activité physique adaptée obligatoires

**Maison de Santé** BIEN-ÊTRE SOCIAL  
**CENTRE MÉDICO SPORTIF DÉPARTEMENTAL**  
**provence alpes 04000**

## Métropole Nice Côte d'Azur Sport Santé

*Bisogni di partenza:* assenza di un'offerta di attività fisica adattata per fragili e anziani nelle aree rurali e montane di MNCA.

*Obiettivi:* supportare lo sviluppo di un'offerta di attività fisica adattata per soggetti fragili e anziani.

*Intervento / attività:* l'intervento Sport Santé implementato nelle Alpi marittime da MNCA è simile a quello implementato nelle Alpi della Provenza, con adattamenti al contesto locale. L'intervento ha coinvolto 5 località: Roquebillière, Levens, Tourette-Levens, Bollène e Drap in val Vesubia. L'intervento si compone di una componente legata a:

- i) la mobilitazione degli attori dello sport e attività fisica adattata al fine sviluppare un'offerta territoriale (identificazione delle associazioni e club, costruzione di reti e coordinamento dell'offerta). Le principali azioni sono state: accompagnamento degli attori locali nell'offerta di attività sportiva adattata a soggetti over 60, sani o con patologie croniche e fragilità; supporto alla costruzione di reti tra gli attori locali dello sport; supporto per il mantenimento dell'offerta sportiva nel tempo.
- ii) l'implementazione di un programma di attività fisica per piccoli gruppi di anziani, promozione dell'intervento nella popolazione target attraverso volantini ed eventi locali aperti alla cittadinanza, interventi motivazionali di aderenza al programma e mantenimento della pratica nel tempo.

Inizialmente il partecipante è arruolato nel programma, chiamato Prévention Active Senior (PAS), implementato dall'associazione Azur Sport Santé (<https://azursportsant.fr>) e strutturato sull'offerta di programmi di attività fisica adattata agli over 60 di circa 3 mesi (2 sessioni a settimana). L'intervento è svolto in piccoli gruppi con l'obiettivo non solo di stimolare le capacità fisiche essenziali per la prevenzione delle cadute e (resistenza, rafforzamento muscolare ed equilibrio), ma anche sviluppare occasioni di socializzazione tra pari.

Successivamente, i partecipanti sono stati inseriti in 5 laboratori di "impegno sostenibile", uno per comunità coinvolta, in cui l'obiettivo è stato di sviluppare la motivazione a continuare la pratica sportiva anche dopo l'intervento. Per i soggetti fragili o con patologie croniche, è usato lo strumento PLANETE (Promouvoir L'Activité physique eN Education Thérapeutique) dell'Agence régionale de santé (<http://www.cres-paca.org/a/1031/planete-outil-de-promotion-de-l-activite-physique-en-etp/>) e basato su 4 componenti: identificazione dei freni e delle motivazioni alla regolare pratica sportiva,



aumentare le conoscenze sull'attività fisica nell'invecchiamento, scegliere un'attività sportiva e accedervi, pianificare una pratica regolare di attività sportiva.

Infine, i partecipanti sono stati supportati e orientati nella scelta della realtà locale che meglio possa rispondere ai loro bisogni di attività sportiva adattata agli over 60 (associazioni e club sportivi locali).

**Regione autonoma della Valle d'Aosta** *interventi di prevenzione del deterioramento cognitivo attraverso palestre della mente e welfare culturale in soggetti anziani con disturbi neurologici e supporto ai caregivers*

*Bisogni di partenza:* soggetti anziani con disturbi neurodegenerativi e familiari che si prendono cura di queste persone con necessità di informazioni e conoscenze sui disturbi che toccano i loro assistiti, sui servizi sociali e sanitari esistenti e le modalità di accesso, nonché forme di supporto psicologico per la gestione dello stress dei caregivers.

*Obiettivi:* al fine di dare una risposta integrata agli anziani affetti da disturbi neurodegenerativi e ai loro caregivers informali, l'ASL Valle d'Aosta, con il prestatore di servizi la cooperativa di promozione sociale Il Margine, sta sperimentando un percorso offerto allo stesso gruppo di pazienti segnalati dal CDCD e dei loro familiari e che mira a:

- i) prevenire o rallentare il deterioramento cognitivo in soggetti anziani attraverso la partecipazione regolare ad incontri di stimolazione cognitiva o palestre della mente
- ii) prevenire o rallentare il deterioramento cognitivo e supportare occasioni di socializzazione tra pari attraverso attività di welfare culturale
- iii) supportare i caregivers dei soggetti in carico con interventi informativi, educativi e di supporto psicologico, anche in un'ottica preventiva (sia per l'assistito che per il caregivers stesso).

*Intervento / attività:*

- i) Palestre della mente. L'intervento è stato rivolto ad anziani ( $\geq 65$  anni) con diagnosi di disturbi cognitivi ad ampio spettro riferibili al processo di invecchiamento patologico (da Mild Cognitive Impairment a forme di demenza conclamate) o adulti ( $\geq 50$  anni) con diagnosi, ad esempio, di Alzheimer e Parkinson. I partecipanti erano uomini e donne con diagnosi di disturbi neuro-cognitivi certificati dal CDCD e/ o dall'ambulatorio di Geriatria dell'ospedale Beauregard di Aosta, anche con comorbilità o disabilità fisica. Alcuni di questi erano anche seguiti dai servizi sociali di riferimento, per la presenza di problematiche di tipo

sociale; sono per lo più pensionati, ma in alcuni casi sono persone in congedo da lavoro o in malattia (a causa dei disturbi neuro-cognitivi che ne impediscono la continuazione). Considerate le condizioni di salute dei partecipanti, raramente vivono da soli, ma hanno almeno un caregiver o un assistente familiare (o entrambi) che si occupano di loro a domicilio e ne garantiscono la domiciliazione. Hanno partecipato sia soggetti provenienti da zone urbane (che sono in ogni caso costituite da piccole cittadine o paesi), sia da zone montane. Un anno dopo l'inizio dell'intervento, sono stati attivati 8 gruppi in 5 località (Aosta, Châtillon, Introd, Challant Saint Anselme e Verres) per un totale di 48 soggetti con 65 anni e più per lo più affetti da demenza senile. I gruppi sono stati costituiti in base a livello di deterioramento cognitivo dei partecipanti interessati (mandati dal CDCD) e alla residenza. Gli incontri si sono svolti in presenza presso centri sociali e spazi associativi locali (93%), con un neuropsicologo e terapeuta occupazionale che spesso hanno condotto i gruppi in compresenza. In media ogni incontro è durato 92 minuti, e ogni gruppo ha partecipato a 21 incontri in media (min 1 incontro per un recentissimo gruppo avviato e max 49 incontri di 2 gruppi svolti ad Aosta e Châtillon).

*ii)* Welfare culturale. Sono state fatte 3 visite presso il castello Gamba di Châtillon, a quello di Introd e al museo archeologico di Aosta, a cui hanno partecipato in totale 26 anziani con i loro familiari accompagnatori (17 accompagnatori caregiver). Il primo incontro al castello Gamba è avvenuto in accordo con il direttore del museo e il museo è stato usato come strumento di stimolazione cognitiva. L'educatrice museale è stata formata sulle modalità di coinvolgimento degli anziani partecipanti, l'attività poi è stata svolta in collaborazione con un neuropsicologo e due terapisti occupazionali.

A Introd hanno organizzato delle passeggiate sonore per coppie di anziani con il proprio caregiver (familiare), hanno fornito loro un registratore e chiesto di registrare i suoni del parco con successiva attività di stimolazione. Anche questo intervento è stato realizzato dal neuropsicologo e il terapeuta occupazionale. Infine, è stata organizzata una terza visita al museo archeologico di Aosta. In seguito, un'ulteriore visita al castello Gamba ma questa volta senza educatrice museale e una passeggiata al parco del museo, anche qui con attività di stimolazione a contatto con la natura.

*iii)* Supporto ai caregivers. Le attività di supporto ai familiari degli anziani in carico hanno riguardato anche una serie di incontri realizzati a livello individuale, di coppia (familiare – paziente) o di gruppo finalizzati alla prevenzione, promozione della salute e gestione di soggetti con disturbi neuro-evolutivi. In particolare, gli incontri individuali e di coppia sono stati rivolti all'educazione terapeutica e alla gestione di specifiche situazioni legate alla patologia (sia dal punto di vista farmacologico ma anche psicologico, ambientale –

adattamento degli ambienti di vita – e individuale – ausili alla persona). Gli incontri di gruppo hanno avuto l'obiettivo di sviluppare l'empowerment dei caregivers attraverso la conoscenza dei comportamenti legati alle patologie e la loro gestione, uso e accessibilità di servizi sanitari e sociali, aspetti giuridico-legislativi in tutela dei pazienti e dei loro caregiver. Infine, interventi di promozione della salute attraverso il supporto nella gestione dello stress del caregiver. I gruppi sono stati condotti in 5 località: Aosta, Chambave, Châtillon, Pont Saint Martin e Verres.

**Regione Piemonte** *Appartamento didattico per attività fisica adattata e promozione della salute / autonomia*

*Bisogni di partenza:* anziani a rischio di fragilità, cronicità e perdita di autonomia che vivono soli o in contesti isolati e lontani dai servizi.

*Obiettivo:* mantenere al domicilio e in buona salute gli anziani attraverso interventi di prevenzione del rischio di incidentalità domestica, ma anche promozione della salute (dieta, attività fisica, attività di stimolazione cognitiva, socializzazione).

*Intervento / attività:* La Regione Piemonte, attraverso il soggetto attuatore **ASL CN2**, ha implementato un intervento sperimentale che usa un appartamento pedagogico, realizzato nell'ambito del progetto Senior nella Casa della Salute di Cortemilia, come strumento di prevenzione e promozione della salute e del mantenimento dell'autonomia nella vita quotidiana di anziani a rischio di fragilità.

L'appartamento è stato realizzato al terzo piano della struttura, dove le varie stanze sono state ristrutturare e arredate con mobili e strumentazione tipica degli ambienti domestici, ma adatti all'uso di soggetti con limiti nella deambulazione e quindi nello svolgimento delle attività quotidiane. Si compone quindi di una stanza da letto (con letto, armadio, scrivania), un bagno secondo standard per disabili, una stanza adibita a palestra, uno studio / ambulatorio dove i partecipanti verranno visitati, un ampio soggiorno con divano, televisione, tavolo rotondo, mobili di arredo e una cucina con sala da pranzo.

I partecipanti ricevono l'intervento a gruppi all'interno dell'appartamento didattico dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.00. I pazienti trascorrono la giornata con gli operatori portando a termine le attività di seguito riportate. Il pranzo costituisce un momento di socializzazione e un'opportunità per mettere in evidenza eventuali problemi socioassistenziali degli utenti e un momento di verifica del giusto apporto nutrizionale dei soggetti in relazione alle loro abitudini alimentari.

L'intervento infermieristico è realizzato in un'ottica di assistenza proattiva ed è costituito da alcune fasi di seguito elencate. La documentazione utilizzata è quella elaborata per la compilazione del PAI come indicato nel Piano Locale Cronicità dell'ASL CN2. La valutazione infermieristica è relativa a parametri vitali (PA, SPO2, FC, FR, peso), compliance alla terapia farmacologia, qualità di vita, abitudini alimentari, livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana e patologie. Inoltre, vi è l'individuazione di problemi assistenziali reali e potenziali e la pianificazione e attuazione di un piano di assistenza individualizzato in collaborazione con gli altri professionisti (medico di medicina generale, educatore e operatore sociosanitario).

L'intervento relativo alla sfera sociale è realizzato dall'educatore/assistente sociale e si compone di una valutazione con individuazione dei problemi reali o potenziali riferiti alla sfera sociale e pianificazione e realizzazione degli interventi in collaborazione con gli altri operatori (Infermiere / OSS).

In caso si osservino criticità, verrà segnalato il caso al medico di medicina generale del paziente. Gli utenti/pazienti in attesa di 'triage sociosanitario' dell'Ifec si intrattengono facendo colazione insieme o attività ludiche per favorire la socializzazione, nello spazio comune del soggiorno. Dopo il 'triage' si svolgono delle attività collettive guidate dall'assistente sociale e dagli Ifec per circa un'ora (es. APA), che possono riguardare stimolazione cognitiva o attività fisica adattata. È in programma il coinvolgimento delle scuole professionali del territorio, in modo da organizzare anche attività di cura della persona (capelli, unghie, etc.).

Attualmente sono stati arruolati 51 anziani che stanno partecipando in cinque gruppi da 10 o 11 persone. Le coppie che hanno dato adesione sono state inserite insieme nello stesso gruppo. Per quanto riguarda la possibilità di spostarsi verso i servizi (Casa della Salute di Cortemilia), la maggior parte dei soggetti arruolati lo fa autonomamente, mentre le persone che non si spostano autonomamente possono usufruire di un servizio navetta gratuito, effettuato dai volontari del Comune di Cortemilia che li trasporta da e verso casa, per lo svolgimento delle attività. Già in fase di intervista le persone sono state accompagnate dalla loro abitazione, alla Casa della Salute.

Il gruppo che si occupa dell'intervento è formato da Ifec, project manager dell'ASL, un assistente sociale del Consorzio socioassistenziale dei comuni che da febbraio 2022 collabora con il team sanitario per la realizzazione dell'intervento. I medici di medicina generale sono stati informati dell'intervento al fine di essere un supporto per la partecipazione, ma anche creare una rete per l'integrazione delle azioni in caso di soggetti con patologie particolari. In quest'ottica, si sta cercando di portare 2 medici di medicina generale ad aprire il loro studio nella Casa della Salute, in modo da massimizzare la collaborazione e l'integrazione dei servizi.

Tabella 5 Indicatori di realizzazione delle attività svolte nel WP4A1

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore
PAA	Sport Santé	Febbraio 2021 – luglio 2022 (dati a 14 mesi dall’inizio)	Numero di programmi di Ritorno allo sport (cicli)	4
			Numero di richiesta di informazioni alla Casa della Salute	222
			Numero di domande di inserimento nel programma	110
			Numero di partecipanti al programma Ritorno allo sport	<b>Ciclo 1</b> 21
				Donne 15 (71.5%)
				Uomini 6 (28.5%)
				<b>Ciclo 2</b> 29
				Donne 23 (79.4%)
				Uomini 6 (20.6%)
				<b>Ciclo 3</b> 38
	Donne 30 (80.0%)			
	Uomini 8 (20.0%)			
	<b>Ciclo 4</b> 16			
	Donne 13 (81.0%)			
	Uomini 3 (19.0%)			
	<b>Totali</b> 104			
	Donne 81 (77.9%)			

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore
			Uomini	23 (22.1%)
			Età media dei partecipanti	
			<b>Ciclo 1</b>	69 anni
			<b>Ciclo 2</b>	56 anni
			<b>Ciclo 3</b>	67 anni
			<b>Ciclo 4</b>	64 anni
			Numero di partecipanti iscritti ad un'associazione sportiva o club successivamente alla partecipazione al programma	24
			Numero di club che hanno avviato un'offerta di attività fisica adattata sul territorio	4
			Numero di sezioni di sport santé sul territorio	9
			Numero di prescrizioni mediche	
			Medici interni alla Casa dello Sport	222
			Medici esterni	32
			Numero di medici coinvolti nella prescrizione	20
			Numero di persone sensibilizzate	235

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	
MNCA	Sport Santé	Marzo 2021 – Giugno 2022 (dati a 14 mesi dall'inizio)	Numero di programmi PAS di attività fisica attivati (cicli)	5	
			Numero di domande di inserimento nel programma PAS	<b>Totale</b> Donne Uomini	48 46 (97%) 2 (3%)
			Età media dei partecipanti		71
			Numero di partecipanti al programma PAS	<b>Ciclo 1</b> <b>Ciclo 2</b> <b>Ciclo 3</b> <b>Ciclo 4</b> <b>Ciclo 5</b>	5 5 6 8 In corso
			Frequenza di partecipazione	% sessioni frequentate (media)	75%
				Numero medio di lezioni perse	4
			Stili di vita: soggetti sufficientemente attivi		47%
			Modalità di reclutamento dei partecipanti	Volantini e manifesti Internet Passaparola CCAS (Casa dello sport per la salute)	20,59% 2,94% 52,94% 23,53%

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore	
			Numero di località coinvolte	5	
Valle d'Aosta	Palestra della mente	Luglio 2021 – Settembre 2022 (dati a 12 mesi dall'inizio)	Numero di gruppi attivati	6	
			Numero di partecipanti totali	48	
			Principali patologie dei partecipanti	Demenze senili Deficit mnesico Disturbi neurocognitivi Deterioramento cognitivo	
			Numero medio di sessioni per gruppo ( $\pm$ dev. std.)	21,4 ( $\pm$ 1,56)	
			Numero di sessioni per gruppo	Gruppo 1	49
				Gruppo 2	33
				Gruppo 3	23
				Gruppo 4	49
				Gruppo 5	10
				Gruppo 6	3
Gruppo 7	3				
Gruppo 8	1				
Modalità di svolgimento	<b>In presenza (% di sessioni svolte sul totale, N=165 sessioni)</b>				
	Centri sociali/ spazi associativi	93,3%			
	Parchi	2,4%			
	Luoghi storici	1,2%			
	Studio / ambulatorio	3,0%			



Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore
			Durata media di ogni sessione (in minuti) ( $\pm$ dev. std.)	92,2 min ( $\pm$ 20,2)
			Numero medio di professionisti per sessione ( $\pm$ dev. std.)	2 ( $\pm$ 0,6)
			Professionisti	Neuropsicologo 2 Terapista occupazionale 1
			Numero di località coinvolte nell'implementazione dell'intervento	5
Valle d'Aosta	Welfare culturale	Agosto 2021 – settembre 2021 (dati a 12 mesi dall'inizio)	Numero di visite	3
			Numero di partecipanti	<b>Totali anziani</b> 25 Uscita Introd 4 Uscita Châtillon 11 Uscita Aosta 11 <b>Totali caregiver</b> 17 Uscita Introd 4 Uscita Châtillon 7 Uscita Aosta 6
			Numero di professionisti	<b>Totali</b> 4 Neuropsicologo 1 Terapista occupazionale 2 Educatrice museale 1
Valle d'Aosta		Luglio 2021 – settembre 2021	Numero di partecipanti	<b>Totali</b> 41 Donne 32 (78,0%)

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore
	Supporto ai caregivers	(dati a 12 mesi dall'inizio)	Uomini	9 (22,0%)
			Tipo di partecipante	<b>Familiari del paziente</b> 40 (1 assistente badante)
			Di cui anche caregiver	37 (90,2%)
			Caratteristiche dell'assistito (patologie)	Demenze senili 22 (53,7%)
				Demenza fronto-temporale 5 (12,2%)
				Alzheimer 4 (9,8%)
				Parkinson 2 (4,9%)
				Altro 8 (19,5%)
			Modalità di svolgimento	<b>Totale incontri 179</b>
				Intervento individuale 88 (49,2%)
				Di coppia caregiver – paziente 7 (3,9%)
				Di gruppo 84 (46,9%)
				<b>Di persona 142 (79,3%)</b>
				Centri sociali / spazi associativi * 119 (78,8%)
				A domicilio * 21 (13,9%)
				Studio / ambulatorio * 11 (7,3%)
				<b>A distanza 37 (20,7%)</b>
				Per telefono * 29 (87,9%)
				Piattaforma internet * 4 (12,1%)
			Durata media di ogni incontro / colloquio	Colloqui di persona 92,1 min (±31,2)
				Colloqui a distanza 40,4 min (±19,5)
				Intervento individuale 49,8 min (±22,3)
				Di coppia caregiver – paziente 94,3 min (±39,5)

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore
			Di gruppo	111,0 min ( $\pm 14,0$ )
			Professionisti	
			Incontri con diversi professionisti *	39 (22,4%)
			Incontri con un professionista *	135 (77,6%)
			Neuropsicologo	1
			Terapista occupazionale	1
			Assistente sociale	1
			Numero di località coinvolte nell'implementazione dell'intervento	5

\* dati mancanti, il totale non da 100% (N=161). Fonte: dati di monitoraggio raccolti dai partners, dai soggetti attuatori e dai prestatori di servizio che hanno partecipato al progetto Pro.Sol. Senior

### 3.4.3.2 WP4A2: Sviluppo di un'offerta di nuovi servizi per supportare l'adattamento degli alloggi degli anziani

---

**Comité régional ADMR** *Evolu' Dom nelle case degli anziani (a cura di Ecclctica)*

*Bisogni di partenza:* mantenimento a domicilio di anziani non autosufficienti con 60 anni o più residenti in uno dei comuni del Dipartimento Hautes-Alpes.

In Francia esistono diversi enti e istituzioni presso i quali poter fare domanda di adattamento della propria abitazione in vista dell'invecchiamento, sia per coloro che sono proprietari di abitazioni sia per coloro che affittano. Tra questi vi sono l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), la quale assicura la realizzazione di lavori di ristrutturazione e di adeguamento di abitazioni private, erogando contributi finanziari ai proprietari che hanno un reddito basso; le collettività territoriali (regioni, dipartimenti, comuni), le quali possono accordare aiuti, prestiti o sovvenzioni secondo le condizioni definite localmente e le casse pensionistiche complementari.

Altri interventi possono essere presi in carico dall'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), attraverso un contributo che viene versato dal consiglio dipartimentale<sup>9</sup>, o attraverso l'Aide d'action logement<sup>10</sup> che può versare un aiuto finanziario fino a 5000 euro per l'adattamento del bagno e dei sanitari. Inoltre, attraverso il credito di imposta si possono ottenere delle detrazioni fiscali a seguito della realizzazione e installazione di alcuni equipaggiamenti per le persone anziane.

Come anticipato, chi ha un'abitazione in locazione ha a disposizione gli stessi strumenti di coloro che hanno una casa di proprietà. In più, in situazione di perdita di autonomia, il locatario può far realizzare a sue spese delle opere di adattamento senza che il proprietario possa chiedergli nuove opere per far tornare l'abitazione allo stato originario in caso di scioglimento del contratto di affitto<sup>11</sup>. Le condizioni e l'ammontare del finanziamento sono propri di ogni organismo.

---

<sup>9</sup> Si tratta di un contributo economico erogato alle persone con più di 60 anni al fine di coprire le spese che ne permettano il permanere nel proprio domicilio (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>).

<sup>10</sup> Aiuto azione abitazione. Si tratta di un aiuto specifico per la ricerca, acquisto, ristrutturazione di un immobile rivolto a specifiche categorie lavorative (<https://www.actionlogement.fr/nos-engagements>).

<sup>11</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/amenager-son-logement-et-sequiper/amenager-son-logement>

Al fine di reperire le informazioni necessarie riguardo gli aiuti finanziari per le persone anziane, il governo francese ha previsto il Portail national d'information et d'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches (Portale nazionale d'informazione e orientamento per le persone anziane a rischio non-autosufficienza e per i loro parenti), la cui realizzazione è iscritta nella Loi d'adaptation de la société au vieillissement<sup>12</sup>, votata nel dicembre 2015 e portata in Parlamento dal Ministero della Solidarietà e della Salute. Il portale è sostenuto dalla CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Nonostante la realizzazione di questo tipo di strumenti, molto spesso si riscontra la carenza di informazioni da parte della popolazione a tal riguardo. Per questo motivo, l'ADMR05 con l'azione Evolu'Dom. Adaptation du logement, ha tra i suoi obiettivi principali anche la sensibilizzazione dei propri beneficiari nell'adattamento preventivo dell'abitazione, resa possibile anche dall'istituzione di una propria rete di operatori, professionisti e volontari che operano sul territorio.

*Obiettivi:* l'accompagnamento del beneficiario nel percorso di adattamento della propria abitazione, attraverso una serie di interventi strutturali intrapresi al fine di renderla più adatta e sicura.

*Intervento / attività:* l'intervento si compone delle seguenti attività: i) informazione e sensibilizzazione / orientamento degli utenti, ii) prescrizione di una soluzione di adattamento abitativo da parte di un terapeuta occupazionale, iii) mobilitazione dei professionisti dell'edilizia abitativa e iv) valutazione finale della soddisfazione degli utenti e del beneficio ottenuto (in termini di autonomia).

L'azione Evolu'Dom. Adaptation du logement (d'ora in avanti Evolu'Dom) si basa, innanzitutto, sull'esperienza domiciliare di ADMR che, attraverso visite-consulenze a domicilio presso i propri beneficiari, opera al fine di sensibilizzare circa l'importanza e l'utilità di adattare il proprio domicilio all'invecchiamento. Durante queste visite, si presta attenzione a garantire che gli adattamenti possano facilitare il lavoro degli assistenti professionali e dei familiari (caregiver). Al primo contatto il consulente valuta se fare una visita a domicilio e quindi attivare un accompagnamento o un semplice servizio di orientamento e informazione. Con la visita domiciliare, il terapeuta occupazionale procede con una valutazione delle abitazioni.

In questo senso, l'azione si struttura in diverse sotto-azioni quali:

1. l'analisi dei rischi potenziali presenti nelle abitazioni e l'analisi dei bisogni correlati all'invecchiamento del beneficiario;

---

<sup>12</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

2. l'assistenza amministrativa, ossia l'aiuto alla costruzione di un dossier di candidatura per i finanziamenti previsti a livello nazionale e locale per l'adattamento delle abitazioni;
3. l'accompagnamento lungo tutto il percorso (candidatura, deposito della domanda, presa in carico del preventivo, valutazione, inizio dei lavori, valutazione finale).

Questo *iter* permette al beneficiario di essere seguito in modo personalizzato, attraverso un'istituzione conosciuta, inoltre, permette anche di ridurre il rischio di abbandono della richiesta di finanziamento in corso di domanda.

L'azione si articola in cinque tappe (Fig. 2):

1. primo sopralluogo per riscontrare e mappare gli interventi di adattamento strutturale necessari;
2. orientamento del beneficiario sulle possibilità di finanziamento;
3. prescrizione delle soluzioni di adattamento dell'abitazione per mezzo di un ergoterapeuta o di un tecnico;
4. avvio dei contatti con le imprese di ristrutturazione e/o con i professionisti e proposta di preventivo;
5. valutazione della soddisfazione del beneficiario e del mantenimento dell'autonomia.

Tra gli interventi che possono essere svolti ci sono:

- la posa di tapparelle automatizzate;
- l'adattamento dell'illuminazione;
- l'adattamento di intere stanze. Ciò riguarda in particolar modo il bagno, attraverso l'installazione di dispositivi ad hoc, quali le sedie a muro nella doccia, la realizzazione di una "douche all'italienne" e di WC sopraelevati, l'inserimento nei muri di maniglie;
- la posa di placche antiscivolo sulle scale o lungo i camminamenti, o di interi rivestimenti antiscivolo e di camminamenti luminosi. Sviluppo di reti e collaborazioni per avere le risorse per gli interventi di adattamento: in questa prima fase, si è cercato di identificare le imprese e artigiani disponibili al fine di avviare contratti e collaborazioni per la fornitura del mobilio o realizzare gli interventi strutturali per l'adeguamento delle abitazioni; identificare le possibilità di finanziamento degli interventi.

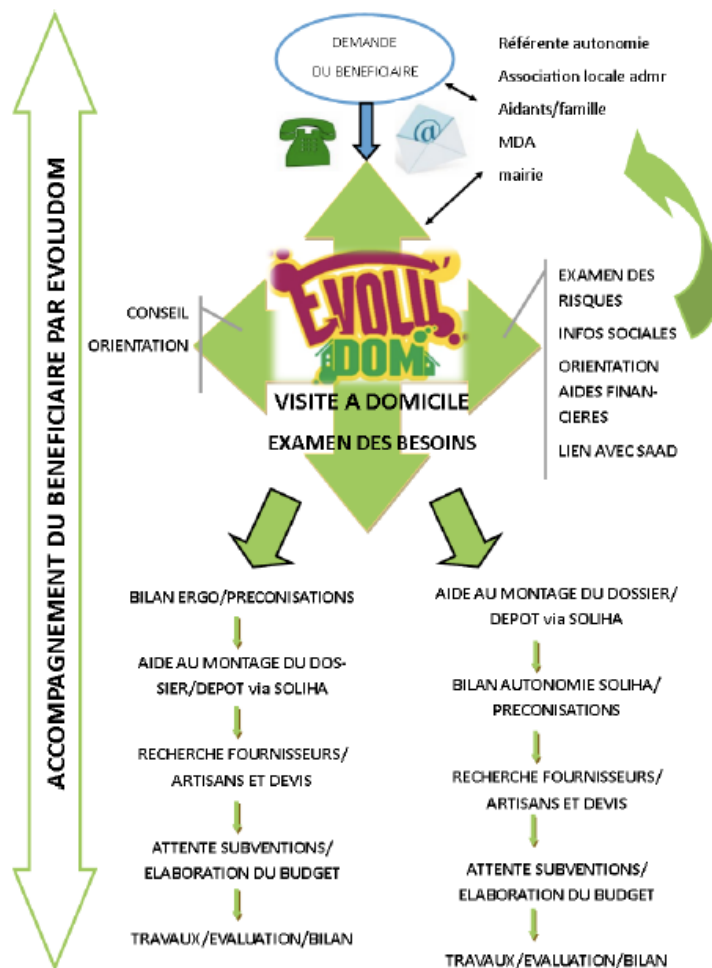
Per ogni richiesta di assistenza pervenuta o individuata da ADMR05 (o dagli enti e associazioni partner), la figura referente può stabilire un piano per la presa in carico del progetto di adattamento e determinare se la persona ha bisogno di un accompagnamento lungo tutto il percorso di domanda e dei lavori oppure se ha bisogno di un semplice orientamento.

Per l'azione Evolu'Dom è stata avviata una rete tra enti, associazioni, imprese di professionisti e professionisti della salute che ha visto coinvolti – sin dalle prime fase del progetto - il Dipartimento Hautes-Alpes, gli ergonomi e i referenti della qualità di vita e dell'autosufficienza del Dipartimento Hautes-Alpes, i centri di cura e di riabilitazione, Soliha e artigiani e professionisti del settore delle ristrutturazioni.

Le aziende artigiane e i professionisti del settore coinvolti si sono impegnate, inoltre, a garantire prezzi equi, a portare a termine i lavori nelle scadenze previste e a rispettare l'età dei propri committenti attraverso la firma della Charte "Engagement- Qualité".

Infine, si è cercato di sensibilizzare al tema non solo attraverso workshop con professionisti e utenti, ma anche formando i professionisti nella creazione del rapporto di fiducia con l'anziano al fine di avviare i cambiamenti considerando le criticità legate allo spazio intimo e privato che rappresenta l'ambiente domestico per il suo "abitante" (azione WP3A3 Formazione degli stakeholders).

Figura 2 Schema di accompagnamento del beneficiario di ADMR05 attraverso Evolu'Dom



L'intervento è stato implementato in sette aree del territorio (Bassin cannois, Antibes, St Laurent du Var, Nice Ouest, Nice Est, Menton e Vallées du Paillon).

Hanno partecipato all'intervento 7 operatori domestici e 5 responsabili di settore, di cui 2 per ciascun gruppo coinvolti anche nel gruppo di lavoro di progetto.

La comunicazione è avvenuta per mezzo stampa, attraverso il sito internet dell'organizzazione e mailing list, e tramite una serie di spot radiofonici che hanno coinvolto alcune figure professionali di ADMR05 nonché alcuni caregiver. Sono stati inoltre prodotti dei manifesti e dei flyer indirizzati agli aderenti all'ADMR05 Hautes-Alpes.

Al 21 giugno 2022, coloro che hanno compilato le domande di intervento hanno dichiarato di essere venuti a conoscenza di Evolu'Dom tramite gli spot radiofonici (31%), per mezzo di associazioni locali (30%), dai referenti per l'autonomia, dagli assistenti sociali (20%) e dai diversi centri di cura e di riabilitazione (11%)<sup>13</sup>.

Figura 31 Flyer promozionale dell'azione Evolu'Dom

<sup>13</sup> Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SRR)





Al 21 giugno 2022, le domande pervenute erano 110 (104 a maggio 2022), di cui 32 pervenute da beneficiari residenti a Gap, città capoluogo del Dipartimento. Risulta che il 52% delle domande proviene da persone in situazione GIR4<sup>14</sup>, ossia persone anziane ancora in grado di muoversi ma non più in grado di sedersi, alzarsi o coricarsi da sole e che necessitano di aiuto per la pulizia personale, per vestirsi e per la preparazione dei pasti. Tuttavia, poiché gli aiuti finanziari per la realizzazione di interventi di adattamento dell'abitazione sono devoluti in larga misura dalle casse pensionistiche che sostengono in particolar modo le persone con una lieve perdita di autonomia (GIR 5 o 6), molte persone in GIR4 hanno abbandonato il progetto a causa della mancanza di strumenti finanziari per far fronte alle spese di preventivo proposte.

L'età media di chi ha fatto domanda è di 85 anni, la coorte più rappresentata è quella costituita dai beneficiari nati tra il 1932 e il 1939.

Le richieste sono state principalmente volte all'adattamento del bagno, sia l'adattamento del bagno esistente (installazione di un piatto doccia al posto della vasca da bagno) sia la realizzazione di un nuovo bagno. Tra gli altri interventi maggiormente richiesti ci sono poi il montascale e il riadattamento globale dell'abitazione in abitazione PMR (Logement pour Personne à Mobilité Réduite<sup>15</sup>) (Tab. 6).

### Metropole Nice Côte d'Azur Atelier / workshop sulla silver economy

<sup>14</sup> Il GIR (groupe iso-ressources) corrisponde al livello di riduzione di autosufficienza di una persona anziana. È calcolato sulla base di una valutazione effettuata utilizzando la griglia AGGIR (autonomie-gérontologie-groupe iso ressources). Sono riconosciuti sei gradi GIR: il GIR 1 è il livello più alto di perdita di autonomia e il GIR 6 il più basso. In base al proprio GIR è possibile richiedere alcuni finanziamenti, in particolare con un GIR da 1 a 4, la persona anziana può richiedere l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

<sup>15</sup> Abitazione per persone a mobilità ridotta.

*Bisogni di partenza:* mantenimento degli anziani a domicilio.

*Obiettivi:* identificazione delle imprese legate al mondo della Silver economy, identificazione di nuovi servizi per gli anziani e sviluppo di reti tra imprese locali e non al fine di offrire nuovi servizi nei territori Senior, costruzione di reti transfrontaliere Italia – Francia e dare visibilità al progetto Senior.

*Intervento / attività:* incontro di start ups, grandi gruppi, associazioni e attori istituzionali del mondo della Silver Economy e della salute, nonché dei partners di Pro.Sol. MNCA ha delegato Nice Côte d'Azur CCI per l'identificazione dei fattori innovativi che consentono agli anziani di invecchiare meglio e più a lungo nelle zone rurali e l'organizzazione di eventi che riuniscono attori pubblici e privati della Silver Economy. Sono stati organizzati 2 eventi, il primo a Valbonne con collegamento web – conference con un gruppo di imprese e invitati, e il secondo solo a distanza a causa delle limitazioni delle politiche di contenimento della COVID-19. Agli eventi, hanno partecipato enti governativi e comunali, centri e istituti di formazione, startup, agenzie di servizi al domicilio e alla persona, imprese, poli innovativi ed enti del terzo settore.

Tabella 6 Indicatori di realizzazione delle attività svolte nel WP4A2

Partner	Azione / Intervento	Inizio - Fine	Indicatore	Valore			
ADMR	Adeguamento delle abitazioni degli anziani	2019 – settembre 2022	Numero di domande di adattamento ricevute	<b>Totale</b>	<b>104</b>		
				2019	23		
				2020	7		
				2021	31		
						2022 (maggio)	43
			Tipo di domanda (N=104)	Accompagnamento nell'adattamento	56%		
				Consulenza	37%		
				Orientamento	5%		
				Informazioni	4%		
				Altro	2%		
Tempo medio per ogni intervento	6 ore						
Numero di visite domiciliari	13						
Tipo di richieste di adattamento	Bagno	64%					
	Montacarichi	14%					
	Disposizione globale degli spazi	7%					
	Altro	15%					
MNCA	Atelier sulla Silver Economy	24 settembre 2020	Tema	Preservare l'autonomia attraverso cura e servizi a domicilio			
		18 maggio 2021					
			Numero di partecipanti	<b>Totale</b>	68		
				Settembre 2020	33		
				Maggio 2021	35		

Modalità di svolgimento	Misto A distanza (web conference)	1
		1
Numero post	<b>Totale</b>	8
	Linkedin (settembre 2020)	6
	Linkedin (maggio 2021)	2
Visibilità e feedback	<b>Maggio 2021</b>	
	Visualizzazioni dei post	2839
	Reazioni ai post	63
	Commenti	10
	Segnalazioni	14
Numero di imprese che hanno fatto rete dopo l'evento	<b>Maggio 2021</b>	3

Fonte: dati di monitoraggio raccolti dai partners, dai soggetti attuatori e dai prestatori di servizio che hanno partecipato al progetto Pro.Sol. Senior

## 4. La soddisfazione e gradimento delle azioni in Senior

---

### 4.1 La soddisfazione dei professionisti che hanno lavorato in Senior: risultati della survey

---

#### 4.1.1 Materiali e metodi

---

Per valutare la soddisfazione dei professionisti nei confronti degli interventi implementati in Senior, nonché le loro opinioni e percezioni in merito a possibili effetti e potenzialità degli interventi implementati, è stata costruita e condotta da parte di IRES Piemonte una survey aperta a tutti i professionisti che a vario titolo (operativo, manageriale, amministrativo, di coordinamento, progettuale) hanno lavorato per questi progetti e interventi.

Ai professionisti è stato quindi richiesto di rispondere ad un questionario strutturato e standardizzato on-line creato con Google moduli. I professionisti sono stati contattati dai vari partners in seguito ad invio di una e-mail informativa da parte di IRES Piemonte. I dati sono stati raccolti tra aprile e maggio 2022.

Con il questionario (Allegato 1), si sono raccolti i seguenti dati sui professionisti rispondenti: caratteristiche sociodemografiche di base (genere, anno di nascita, titolo di studio, professione), informazioni sui compiti e attività svolte in Senior (operativi, di coordinamento, manageriali, relazioni esterne, altro), sull'età della popolazione target, sull'ente per cui il professionista lavora / collabora e sulle località coinvolte. Il questionario continuava poi con una batteria di item Likert in cui si chiedeva il grado di accordo rispetto ad una serie di affermazioni su: la soddisfazione nei confronti del trattamento di lavoro (informazioni usate di controllo), la coerenza dell'intervento con gli obiettivi Senior, 4 items sulla percezione di efficacia dell'intervento nei confronti della popolazione target (uno in merito alla capacità dell'intervento di rispondere ai bisogni, uno sulla capacità di promuovere il mantenimento a domicilio, uno sulla capacità di ridurre il rischio di perdita dell'autonomia e uno sulla capacità dell'intervento di migliorare la salute della popolazione target), 3 item sulla percezione che l'intervento sia sostenibile (uno sulla sostenibilità sociale, costo-efficacia e un terzo sulla sostenibilità nel tempo), un item sulla trasferibilità dell'intervento in altri contesti, uno sui limiti, punti di forza e barriere al raggiungimento degli obiettivi. A chi ha dichiarato di avere avuto anche compiti operativi, è stata chiesta una batteria di domande in più relative alla popolazione incontrata: facilità di comunicazione, rispetto, soddisfazione verso feedback positivi provenienti dalla popolazione incontrata, utilità dell'intervento per la popolazione incontrata, efficacia dell'intervento verso i bisogni della popolazione incontrata (3 item su salute, benessere e socializzazione), sostenibilità sociale dell'intervento (percezione di aver raggiunto chi è già raggiungibile dai servizi). È stata indagata anche la percezione sulle opportunità che Senior ha dato ai partners e ai territori coinvolti: opportunità per migliorare la salute e prevenire la

perdita di autonomia degli anziani, nonché lo spopolamento dei territori coinvolti. Infine, è stato chiesto il loro punto di vista sul ruolo di Senior e del PITEM nel favorire scambi di pratiche e idee tra i partners e se fosse importante che il progetto continui anche dopo i finanziamenti europei.

Sono state realizzate distribuzioni di frequenza semplice per le variabili categoriali. I dati derivanti dai punteggi Likert sono stati sia analizzati calcolando la media, mediana e I e III quartile per ciascun item o gruppo concettuale di item. Sono state create anche distribuzioni di frequenza considerando le variabili Likert come variabili categoriali ordinate. Per controllare le risposte date sulla soddisfazione verso l'intervento e il progetto Senior, sono stati confrontati i punteggi Likert dei partecipanti che hanno un punteggio medio-alto sulla soddisfazione nei confronti del trattamento lavorativo ( $\geq 4$ ) e quelli con punteggio basso ( $< 4$ ). I punteggi medi dei 2 gruppi rispetto la soddisfazione sull'intervento e il progetto Senior (soddisfatti e non soddisfatti verso il trattamento lavorativo ricevuto) sono stati confrontati con il test di Kruskal-Wallis per distribuzioni non normali.

#### **4.1.2 Risultati della survey**

---

Hanno risposto alla survey 31 professionisti (il 61% dall'Italia) di cui il 61% donne (Tab. 7); l'età media è 40 anni ( $\pm 9,91$ ). Tutti i rispondenti hanno almeno una laurea triennale (o BAC+2) e circa il 35% una specializzazione o titolo post-laurea (PhD, specialità mediche).

Per quanto riguarda il ruolo svolto in Senior, circa un quarto dei rispondenti (26%) ha dichiarato di essere medico o professionista sanitario, mentre il 22% responsabile di progetto. Importante anche la presenza di dipendenti pubblici (13%) e collaboratori amministrativi (13%). Per quanto riguarda attività e compiti svolti, il 45% ha dichiarato attività 'operative' e il 55% 'di coordinamento'; il 39% ha svolto anche attività amministrative, il 32% attività manageriali, il 29% si è occupato di public relation e solo una piccola parte del campione si è occupato di ricerca (2 rispondenti su 31).

La Tab. 8 riporta i punteggi medi per ciascuna dimensione / item analizzata, i punteggi mediani e il I e III quartile. Osservando i dati, generalmente i professionisti dichiarano di essere soddisfatti e hanno opinioni positive circa i possibili effetti degli interventi, la sostenibilità e la trasferibilità (i punteggi medi sono tutti uguali o superiori a 4). I limiti sono stati percepiti come facilmente superabili, così come le barriere esterne (nonostante l'epidemia di COVID-19) (I quartile = 2, più del 25% dei rispondenti non percepiscono barriere).

Considerando solo chi ha dichiarato di aver svolto anche compiti operativi, l'idea che la popolazione raggiunta con l'intervento sia quella già facilmente raggiungibile ha creato uno spartiacque tra chi è

d'accordo o non prende posizione e chi invece è contrario (la pensa così appena il 36% della popolazione intervistata) (Tab. 9).

Tuttavia, osservando le mediane, queste risultano tutte essere uguali o superiori 4 eccetto per l'idea delle barriere esterne e la sostenibilità sociale percepita da chi aveva compiti operativi (mediana = 3). Questo significa che vi è una parte di rispondenti che sta al confine tra chi non è d'accordo / soddisfatto e chi, dall'altra parte, invece lo è.

Infine, la Tab. 9 riporta le percentuali di rispondenti per ogni item e concetto rilevato, considerando gli item Likert come variabile categoriale ordinata. Anche i dati che riportano la prevalenza percentuale dei rispondenti per ciascun grado di soddisfazione confermano quanto riportato in Tab. 8. In particolare, si richiama l'attenzione sugli operatori, dove circa il 60% pensa che gli interventi svolti non siano sostenibili socialmente (ovvero raggiungono quelli già raggiunti dai servizi e sempre attivi), oppure non prende posizione.

Passando al progetto Senior, gran parte degli intervistati (77%) pensa che Senior abbia dato opportunità per migliorare le condizioni di salute della popolazione locale contrastando il rischio di spopolamento di queste aree. Osservando tuttavia i singoli 3 items che compongono questo gruppo concettuale, è interessante notare come tuttavia quasi la totalità dei rispondenti siano d'accordo sull'impatto di Senior nella possibilità di migliorare le condizioni di salute e sociali della popolazione target (93%) e per prevenire la perdita di autonomia (96%) mentre circa metà dei rispondenti (48%) non è d'accordo sulle opportunità date per prevenire lo spopolamento. Infine, l'86% dei rispondenti pensa che comunque il progetto Senior abbia favorito scambi di pratiche e idee tra partners e la quasi totalità (93%) che gli interventi partiti con Senior debbano continuare oltre la fine del finanziamento europeo.

Per controllare la possibilità che l'insoddisfazione circa l'intervento fosse determinata da quella legata al trattamento lavorativo, le prevalenze sono state confrontate considerando il grado di soddisfazione per il trattamento lavorativo. Non emerge differenza nei livelli di soddisfazione per gli interventi svolti e per Senior rispetto alla soddisfazione personale dichiarata verso il trattamento lavorativo eccetto che per la percezione di efficacia dell'intervento ( $p=0,001$ ), il fatto che abbia punti di forza ( $p=0,013$ ), l'utilità del lavoro svolto secondo gli operatori ( $p=0,000$ ) e l'efficacia dell'intervento nei confronti della popolazione target, sempre secondo gli operatori ( $p=0,000$ ) (Tab. 9a). Osservando quindi i punteggi medi di questi item per il grado di soddisfazione sul lavoro (Tab. 9b), è possibile osservare una differenza statisticamente significativa tra chi non sa prendere posizione e chi è soddisfatto, con un grado di soddisfazione maggiore verso l'efficacia dell'intervento, la sua utilità e i suoi punti di forza per chi ha dichiarato soddisfazione verso il trattamento ricevuto sul lavoro.



Tabella 7 Caratteristiche dei professionisti che hanno partecipato alla survey

<b>Genere</b>	<b>N</b>	<b>Percent</b>
Donne	19	61,29%
Uomini	11	35,48%
Non dichiarato	1	3,23%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	
<b>Titolo di studio</b>		
Laurea triennale	8	25,81%
Laurea vecchio ordinamento / specialistiche / magistrali	12	38,71%
Specializzazioni post-laurea / PhD	11	35,48%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	
<b>Stato</b>		
Italia	19	61,29%
Francia	12	38,71%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	
<b>Professione</b>		
Amministrativi	4	12,90%
Responsabili di progetto	7	22,58%
Direttori di dipartimenti / servizi	3	9,68%
Dipendenti pubblici	4	12,90%
Medici e operatori sanitari	8	25,81%
Ricercatori	2	6,45%
Altro	3	9,68%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	
<b>Compiti *</b>		
Operativi	14	45,16%
Coordinamento	17	54,84%
Amministrativi	12	38,71%
Manageriali	10	32,26%
Relazioni esterne	9	29,03%
Altro	5	16,13%
<b>Ente</b>		
Ente promotore	10	32,26%
Soggetto attuatore o fornitore di servizi	19	61,29%
soggetto fornitore di servizi per altri	2	6,45%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	
<b>Località</b>		
Digne les Bains	10	32,26%
Alpes-Maritimes	1	3,23%
Hautes-Alpes	1	3,23%
Valle d'Aosta	5	16,13%
Cuneo	9	29,03%
Liguria (Imperia)	5	16,13%
<b>Totale</b>	<b>31</b>	

\* il totale è superiore a 100% perché le percentuali sono state calcolate sul totale dei rispondenti (N=26) e ogni rispondente poteva indicare più di una risposta.

Tabella 8 Punteggi medi, mediani, I e II quartile per ogni item o gruppo concettuale di item Likert usati per misurare la soddisfazione (da 1=Completamente in disaccordo a 5=Completamente d'accordo)

	N	Media	Dev. Std. (±)	mediana	I quartile	III quartile
Soddisfatto verso il trattamento nel rapporto di lavoro	31	4,14	0,71	4,36	3,63	4,66
Coerenza dell'intervento nei confronti degli obiettivi Senior	31	4,58	0,71	5,00	4,00	5,00
L'intervento è efficace	31	4,41	0,49	4,00	4,25	5,00
L'intervento è sostenibile	31	3,93	0,87	4,00	3,67	4,67
L'intervento è trasferibile in altri contesti con adattamenti minimi	30	4,03	0,96	4,00	4,00	5,00
L'intervento ha punti di forza per il cambiamento auspicato	29	4,20	0,81	4,00	4,00	5,00
L'intervento ha dei limiti ma superabili facilmente	29	4,20	1,04	4,00	4,00	5,00
Ci sono state barriere esterne che hanno limitato le potenzialità di efficacia dell'intervento	29	2,75	1,33	3,00	2,00	4,00
<b>Soddisfazione verso la popolazione incontrata (solo chi ha avuto anche compiti operativi)</b>						
Nessun problema di comunicazione con la popolazione incontrata *	14	4,36	0,75	4,00	4,00	5,00
Mi sono sentito rispettato dalla popolazione incontrata *	13	4,61	0,67	5,00	4,00	5,00
La mia soddisfazione è legata anche ai riscontri positivi della popolazione incontrata verso il lavoro svolto *	12	4,58	0,79	5,00	4,00	5,00
Il lavoro svolto è stato utile per la popolazione incontrata *	14	4,50	0,80	5,00	4,00	5,00
L'intervento è stato efficace nei confronti della popolazione incontrata *	13	4,41	0,82	5,00	3,67	5,00
L'intervento ha raggiunto chi è facilmente raggiungibile *	13	3,69	1,03	3,00	3,00	5,00
<b>Soddisfazione verso il progetto Senior</b>						
Senior ha dato opportunità per migliorare le condizioni di salute e la qualità di vita di una parte della popolazione locale, prevenendo lo spopolamento dei territori	31	4,14	0,61	4,33	3,67	4,67
Senior ha favorito scambi di idee e pratiche tra i partners	31	4,19	0,75	4,00	4,00	5,00
L'intervento deve continuare oltre il PITEM Pro.Sol.	31	4,64	0,61	5,00	4,00	5,00

Tabella 9 Prevalenze percentuali per ciascun item e gruppo concettuale di item misurato

	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n
Soddisfatto verso il trattamento nel rapporto di lavoro			19,35%	38,71%	41,94%	31
Coerenza dell'intervento nei confronti degli obiettivi Senior		3,23%	3,23%	25,81%	67,74%	31

	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n
L'intervento è efficace		3,23%	3,23%	38,71%	54,84%	31
L'intervento è sostenibile	3,23%	3,23%	16,13%	45,16%	32,26%	31
L'intervento è trasferibile in altri contesti con adattamenti minimi <sup>a</sup>		10,00%	13,33%	40,00%	36,67%	30
L'intervento ha punti di forza per il cambiamento auspicato <sup>a</sup>		3,45%	13,79%	41,38%	41,38%	29
L'intervento ha dei limiti ma superabili facilmente <sup>a</sup>	3,45%	6,90%	3,45%	37,93%	48,28%	29
Ci sono state barriere esterne che hanno limitato le potenzialità di efficacia dell'intervento <sup>a</sup>	20,69%	27,59%	17,24%	24,14%	10,34%	29
<b>Soddisfazione verso la popolazione incontrata (solo chi ha avuto anche compiti operativi)</b>						
Nessun problema di comunicazione con la popolazione incontrata *			14,29%	35,71%	50,00%	14
Mi sono sentito rispettato dalla popolazione incontrata <sup>*,a</sup>			7,69%	23,08%	69,23%	13
La mia soddisfazione è legata anche ai riscontri positivi della popolazione incontrata verso il lavoro svolto <sup>*,a</sup>			16,67%	8,33%	75,00%	12
Il lavoro svolto è stato utile per la popolazione incontrata *			14,29%	21,43%	64,29%	14
L'intervento è stato efficace nei confronti della popolazione incontrata <sup>*,a</sup>			15,38%	23,08%	61,54%	13
L'intervento raggiunto chi è facilmente raggiungibile <sup>*,a</sup>		7,69%	46,15%	15,38%	30,70%	13
<b>Soddisfazione verso il progetto Senior</b>						
Senior ha dato opportunità per migliorare le condizioni di salute e la qualità di vita di una parte della popolazione locale, prevenendo lo spopolamento dei territori			22,58%	51,61%	25,81%	31
Senior ha favorito scambi di idee e pratiche tra i partners		3,23%	9,68%	51,61%	35,48%	31
L'intervento deve continuare oltre il PITEM Pro.Sol.			6,45%	22,58%	70,97%	31

\* ha risposto solo chi ha dichiarato di aver svolto anche compiti operativi (N=14); a. dati mancanti

Tabella 9a Prevalenze percentuali di soddisfazione per il grado di soddisfazione nei confronti del lavoro

Soddisfatto nei confronti del lavoro					p-value *	
	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	
L'intervento è efficace (n=31)						0,001
	In disaccordo		16,67%			
	Non saprei			8,83%		
	D'accordo		50,00%	66,67%	7,69%	

<b>Soddisfatto nei confronti del lavoro</b>					<b>p-value</b> *
	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo
Completamente d'accordo			33,33%	25,00%	92,31%
L'intervento ha punti di forza per il cambiamento auspicato (n=29) <sup>a</sup>					0,013
	In disaccordo		20,00%		
		Non saprei	20,00%	25,00%	
		D'accordo	40,00%	58,33%	25,00%
Completamente d'accordo			20,00%	16,67%	75,00%
Il lavoro svolto è stato utile per la popolazione incontrata (n=13) <sup>*,a</sup>					0,000
		Non saprei	100,00%	25,00%	
		D'accordo		75,00%	
Completamente d'accordo					100,00%
L'intervento è stato efficace nei confronti della popolazione incontrata (n=14) <sup>*,a</sup>					0,000
		Non saprei	100,00%	25,00%	
		D'accordo		75,00%	
Completamente d'accordo					100,00%

\* ha risposto solo chi ha dichiarato di aver svolto anche compiti operativi (N=14); a. dati mancanti

Tabella 9b Punteggi medi di soddisfazione ( $\pm$  deviazione standard) per grado di soddisfazione per il lavoro

	<b>Soddisfatto nei confronti del lavoro</b>						<b>p-value</b>
	<b>Non saprei</b>		<b>D'accordo</b>		<b>Completamente d'accordo</b>		
	<b>N</b>	<b>Media (<math>\pm</math>DS)</b>	<b>N</b>	<b>Media (<math>\pm</math>DS)</b>	<b>N</b>	<b>Media (<math>\pm</math>DS)</b>	
L'intervento è efficace	6	3,91(1,03)	12	3,92(0,67)	13	4,86(0,24)	0,0010
L'intervento ha punti di forza per il cambiamento auspicato <sup>a</sup>	5	3,6(1,14)	12	4,25(0,96)	12	4,78(0,45)	0,0065
Il lavoro svolto è stato utile per la popolazione incontrata <sup>*,a</sup>	1	3,00	4	3,75(0,50)	9	5(0,00)	0,0018
L'intervento è stato efficace nei confronti della popolazione incontrata <sup>*,a</sup>	1	3,00	4	3,58(0,42)	8	5(0,00)	0,0032

\* ha risposto solo chi ha dichiarato di aver svolto anche compiti operativi (N=14); a. dati mancanti

## 4.2 La soddisfazione degli stakeholder

---

### 4.2.1 Materiali e metodi

---

I dati sulla soddisfazione dell'utenza e di altri stakeholders sono stati raccolti e analizzati dai vari partner, con strumenti quantitativi (questionari) e qualitativi realizzati da loro stessi o dall'IRES Piemonte e Eclectica. In particolare, Eclectica ha prodotto un'analisi qualitativa della soddisfazione dell'utenza per Sport Santé di PAA e IRES Piemonte ha curato la redazione e l'analisi dei questionari di soddisfazione dell'utenza per Valle d'Aosta e ASL CN2.

Le informazioni riportate qui di seguito sono state elaborate da IRES Piemonte in base ai report ricevuti dai partner stessi e alle interviste condotte da Eclectica.

### 4.2.2 La soddisfazione degli utenti

---

**MNCA Sport Santé.** Il programma ha ricevuto feedback positivi da parte dell'utenza, con la totalità dei partecipanti che hanno dichiarato di consigliare sicuramente la partecipazione al programma ad amici e conoscenti.

Ottime anche le intenzioni di proseguire con un programma sportivo / di attività fisica oltre le 12 settimane, dichiarato dal 95% dei rispondenti al questionario di soddisfazione e di cui l'84% con un supervisore. Sono state dichiarate anche intenzioni a pagare per partecipare e continuare con il programma. Feedback positivi sono giunti anche dai partecipanti che hanno partecipato ai laboratori / workshop motivazionali, in quanto hanno permesso loro di riflettere sulle loro abitudini in termini di sport e attività fisica.

Per quanto riguarda i professionisti dei club e associazioni sportive coinvolti (in tutto 4 supervisori di 3 strutture diverse) hanno dato anche loro un feedback positivo sulla formazione ricevuta per partecipare in qualità di supervisori al programma, con un punteggio di soddisfazione medio di 4,5 (scala 0-5). Questi hanno apprezzato che, sebbene ci fosse un protocollo del programma da seguire, fosse loro riconosciuta l'expertise e quindi sia stata data loro libertà di adattare il programma sportivo in base alle caratteristiche del partecipante.

**PPA Sport Santé.** *La valutazione dell'azione Sport-Santé e del programma "Retour au sport" da parte degli intervistati: scenari odierni e futuri (a cura di Eclectica)*

Le informazioni di seguito riportate sono state realizzate da Eclectica in seguito all'analisi delle interviste svolte ad un gruppo di operatori che hanno lavorato sull'azione.

In generale, le azioni sono valutate positivamente dall'insieme degli intervistati.

Il primo punto di forza del progetto riguarda il riferimento alle linee guida e raccomandazioni nazionali del Ministero dello Sport Francese<sup>16</sup> per la costituzione della Maison Sport-Santé, le quali hanno favorito un migliore inquadramento del progetto sul territorio, in termini di qualità e di sicurezza dell'offerta.

Come evidenziano i medici intervistati, coinvolti sin dalle prime fasi progettuali, la volontà iniziale che ha guidato il gruppo di lavoro riguardava la costruzione di un'offerta di attività APA che potesse essere prolungata sul lungo periodo e oltre il progetto Pitem. La loro esperienza fino a quel momento, infatti, era limitata a programmi di breve durata che non permettevano ai pazienti di poter beneficiare di tali attività per un periodo consono ai loro bisogni. A distanza di un anno dalla costituzione della Maison Sport-Santé, tra i vantaggi principali individuati dai medici, ci sono la facilità di orientamento delle persone con malattie croniche verso un programma APA e la garanzia di una presa in carico in sicurezza dei loro pazienti.

In generale, il programma presenta, secondo gli intervistati, degli aspetti positivi che non riguardano solo l'impatto sul destinatario finale. Infatti, grazie all'iniziativa, è stato possibile alimentare una rete tra professionisti – medici di medicina generale, professionisti della cura e dell'assistenza alla persona e insegnanti APA – e le associazioni sportive e altre realtà dedicate al benessere della persona, quali le terme, oltre che introdurre sul territorio la figura professionale dell'insegnante APA che non era particolarmente diffusa:

*Per ora l'elemento benefico non è tanto sui beneficiari ma è che ha permesso di avviare una dinamica eccezionale per il nostro territorio perché ha creato legami. Il numero di medici che hanno prescritto è stato alto, molti volevano prescrivere più del dovuto... o volevano ricreare l'azione su una scala più larga. Poi ci sono state le associazioni, si è visto che alcune sono state interessate e adesso si stanno interessando a sviluppare attività APA [...] Il vantaggio dell'azione è stato di poter offrire una professionalità sul territorio. (Intervista 1)*

Attualmente, l'ottenimento del marchio Maison Sport-Santé ha permesso di disporre gratuitamente della piscina comunale, potendo contare sulla professionalità di insegnanti APA con la qualifica per le attività in acqua.

Inoltre, il progetto PITEM PROSOL ha permesso di acquistare un buon numero di materiali e strumenti per l'attività fisica, grazie ai quali è possibile ampliare l'offerta di tipi di attività diverse.

---

<sup>16</sup> Queste linee guida sono consultabili nei bandi annuali destinati alla creazione delle Maison Sport-Santé sul territorio francese e comprendono elementi quali i criteri di sicurezza e di qualità, il sistema di raccolta dati e la stesura di indicatori, il ruolo dei professionisti nei programmi personalizzati, i formulari tipo della valutazione della condizione fisica e motivazionale e la carta di impegni. I bandi annuali si possono consultare sul sito del Ministero dello Sport francese.

Inoltre, gli operatori della Maison Sport-Santé, ritengono che si tratti di un programma estendibile anche ad altre fasce di popolazione, come quelle per esempio colpite da long Covid o da sindromi post-Covid.

Dal punto di vista dell'organizzazione interna, il programma "Retour au sport" ha messo in luce però alcune criticità.

In particolare, nella fase iniziale di presa in carico dei beneficiari, alcune persone dotate di prescrizione medica non si sono presentate all'appuntamento per la valutazione *ex ante*, facendo così perdere molto tempo ai coordinatori che hanno dovuto riprogrammare le sedute di valutazione iniziale con i nuovi utenti. Secondo i medici di medicina generale, da un lato uno degli ostacoli maggiori è stata la resistenza dei pazienti a intraprendere un percorso di sport-santé poiché:

*È complicato per una persona che ha una malattia cronica e non pratica attività fisica impegnarsi in un tale percorso (paura, poca voglia, ecc...). Occorre dunque molto tempo e molte energie per orientare i nostri pazienti che ne hanno più bisogno. (Intervista 4)*

Dall'altro lato, un punto di debolezza è ancora individuato nella carenza di personale APA di cui la maggior parte delle associazioni non dispone nel proprio organico. Infatti, sempre secondo i medici di medicina generale:

*Quando parliamo ai pazienti dell'interesse di praticare sport, e loro ci chiedono dove e si risponde che non lo sappiamo, allora non è l'ideale. (Intervista 1)*

A fare da contraltare a queste posizioni, secondo gli operatori della Maison Sport-Santé, si è anche verificata una debole partecipazione da parte di alcuni medici del territorio che, all'inizio del programma, si limitavano alla sola produzione della prescrizione di sport-santé. Attualmente questo aspetto è migliorato e per gli operatori è diventato meno complicato interfacciarsi con i medici, soprattutto per quanto riguarda lo scambio di informazioni relative alle valutazioni *ex ante* ed *ex post* degli utenti.

Un'altra criticità, segnalata da tutti gli intervistati, è data dal numero elevato di piccoli comuni dove non ci sono associazioni sportive e dove è difficile individuare la pratica di sport-santé. Questo ha comportato, nella prima fase del progetto, che la collaborazione tra enti si avviasse soprattutto sul territorio cittadino di Digne-les-Bains.

L'emergenza sanitaria ha, inoltre, contribuito a minare ulteriormente la sopravvivenza delle associazioni sportive più piccole che hanno dovuto fronteggiare i problemi finanziari dovuti ai lunghi periodi di interruzione delle attività, ma anche la difficoltà di offrire un ambiente in sicurezza per svolgere l'attività sportiva e la diffidenza da parte dell'utenza di intraprendere attività al chiuso.

Tra le difficoltà più grandi però c'è quella di portare avanti il programma sul lungo periodo a causa della mancanza di finanziamenti. Infatti, un progetto di questo tipo prevede un impiego significativo di risorse perché si tratta di azioni personalizzate, seppur svolte in piccoli gruppi. Per tale ragione, un intervistato propone di prevedere una quota a carico dell'utente:

*Occorrerebbe che una parte fosse a carico dell'utente ma contemporaneamente non si può far pagare tutto a loro perché sono persone che non fanno attività fisica quindi sarebbe un freno. (Intervista 1)*

Nonostante questi timori, gli intervistati coinvolti nell'amministrazione dell'azione si sono mostrati positivi nel sostenere che i finanziamenti potranno arrivare dall'Agence régionale de la santé, ma anche dal Ministère des solidarités et de la santé e dal Ministère des sports, i quali hanno previsto un fondo nazionale globale per le Maison Sport-Santé, oltre che la possibilità di ricorrere anche a finanziamenti locali.

Quello che sottolineano gli intervistati riguarda, inoltre, l'importanza di trovare un equilibrio tra le azioni della Maison Sport-Santé e le altre associazioni sul territorio che devono agire in sinergia per raggiungere l'obiettivo comune di avvicinare le persone alle attività sportive, prima attraverso la Maison e poi coinvolgendo i principali enti che si occupano di sport e salute sul territorio.

**ASL CN2 Appartamento didattico.** Il personale dedicato al progetto si è occupato dell'arruolamento dei soggetti target dell'intervento, prendendo contatti diretti con 130 anziani. I pazienti/utenti a cui è stato proposto l'intervento hanno accolto con entusiasmo l'iniziativa, pur considerandolo impegnativo per la propria organizzazione quotidiana. Alcuni dei soggetti sono ancora lavorativamente attivi, quindi si sono detti interessati all'iniziativa ma hanno dovuto declinare a causa dei propri impegni. L'inizia, infine, è stata accolta positivamente dai famigliari di soggetti con patologie croniche, in quanto l'intervento permette un controllo periodico e regolare dello stato di salute dell'anziano partecipante.

**Valle d'Aosta, interventi per anziani con problemi neurodegenerativi (riabilitazione neuropsicologica e terapia occupazionale, palestre della mente, welfare culturale) e per caregiver.** Gli operatori che hanno implementato gli interventi per il partner Valle d'Aosta hanno raccolto 21 questionari di soddisfazione e gradimento per le attività svolte da parte di anziani partecipanti di cui 3 compilati da un caregiver come sostituto dell'utente anziano (a causa di impossibilità del diretto partecipante a rispondere per motivi cognitivi), e 17 questionari compilati da caregiver partecipanti ad attività di supporto psicologico, informazione, educazione.



Al fine di questa indagine, IRES Piemonte ha redatto 2 questionari (in Allegato 2), uno rivolto all'utenza (Allegato 2.1) e uno rivolto ai caregiver (Allegato 2.2) che hanno risposto per l'assistito non in grado di farlo in modo autonomo. Il questionario per gli utenti è stato pensato per raccogliere informazioni sociodemografiche e sullo stato di salute, l'opinione dei rispondenti circa una serie di dimensioni (relazione con gli operatori, atteggiamento degli operatori nei confronti dell'utenza, vicinanza dei servizi, risposta ai bisogni, gradimento circa aspetti organizzativi, miglioramento percepito sulla salute, benessere emotivo e capacità relazionali). Quello per il caregiver, ha in aggiunta qualche domanda diretta sul caregiver in termini di percezione di supporto da parte dei servizi per l'assistito e per il caregiver stesso e di percezione di miglioramento del proprio benessere e stato di salute, oltre che di quello dell'assistito.

I questionari sono stati somministrati in modalità cartacea e i risultati sono stati inseriti in una matrice dalle operatrici dell'ASL Valle d'Aosta e analizzati da IRES Piemonte, che ha redatto anche tabelle e commenti.

La tabella 10 riporta i dati sociodemografici dei rispondenti, divisi per utenti (chi ha risposto in quanto utente di un servizio offerto, N=35) e caregiver, ovvero chi ha risposto per l'assistito utente del servizio (N=3). Tra gli utenti, il 51,4% dei rispondenti era un anziano con problemi neurodegenerativi, il 49% un caregiver o familiare di un anziano con tali problemi.

Gran parte degli anziani che hanno risposto al questionario erano uomini (72,2%), mentre tra i caregiver (sia come utenza che come sostituto dell'assistito) hanno risposto soprattutto donne (rispettivamente il 76% e 68% dei rispondenti). L'età media tra anziani e caregiver che hanno partecipato agli interventi Senior è risultata abbastanza alta, specie tra questi ultimi (72 anni vs. 69 anni degli anziani con problemi) e quando uomini (79 anni vs. 70 anni delle donne caregiver). Più giovani invece i caregiver che hanno risposto in sostituzione del proprio assistito (età media 61 anni). Il dato è confermato anche dalle età mediane, molto alte tra i caregiver che hanno partecipato agli eventi Senior rispetto agli anziani (rispettivamente 76 e 73 anni), confermando una popolazione abbastanza in avanti con l'età.

Il 72% degli anziani e il 47% dei caregiver intervistati hanno dichiarato di avere almeno una patologia, circa la metà degli anziani (44%) e poco più della metà dei caregiver (59%) hanno dichiarato di avere difficoltà nei movimenti quotidiani (come camminare, stare a lungo in piedi o salire le scale), e quasi un terzo degli anziani che hanno bisogno di aiuto per svolgere attività quotidiane (come alzarsi dal letto, vestirsi, fare la doccia).

Infine, rispetto alle modalità di partecipazione agli interventi Senior, la quasi totalità ha dichiarato di aver partecipato in presenza (solo il 17% degli anziani anche a distanza) e la maggior parte ha partecipato ad interventi di gruppo o misti (sia di gruppo che individuali).

Tabella 10 Caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti all'indagine sul gradimento del partner Valle d'Aosta

	Utenti				Caregiver (sostituto)		
	Anziano		Caregiver		N=3	%, ±DS	
	N=18	%, ±DS	N=17	%, ±DS			
<b>Tipo di rispondente</b>							
Anziano	18	51,4%					
Caregiver / familiare	17	48,6%			3	100,0%	
Totale	35				3		
<b>Genere</b>							
Donna	5	27,8%	13	76,5%	2	66,7%	
Uomo	13	72,2%	4	23,5%	1	33,3%	
Totale	18		17		3		
<b>Età media</b>							
Donna	70,4	±10,64	70,1	±10,05	60		
Uomo	68,8	±17,83	79,2	±5,31	63		
Totale	69,2	±15,86	72,2	±11,41	61,5	±2,12	
<b>Età mediana</b>							
Donna	68		74		60		
Uomo	74		79		63		
Totale	73		76				
<b>Patologie, quante?</b>							
0		0,0%	4	23,5%			
1	13	72,2%	8	47,1%	1	100,0%	
2	3	16,7%	3	17,6%			
3	2	11,1%	2	11,8%			
Totale	18		17		1		
<b>Difficoltà nei movimenti quotidiani</b>							
Sì	8	44,4%	10	58,8%			
No	10	55,6%	7	41,2%			
Totale	18		17				
<b>Bisogno di aiuto per le attività quotidiane</b>							
Sì	5	27,8%	2	11,8%			
No	13	72,2%	15	88,2%			
Totale	18		17				
<b>Modalità di svolgimento dell'intervento</b>							
In presenza	15	83,3%	17	100,0%	3	100,0%	
A distanza e in presenza	3	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	
Totale	18		17		3		
<b>Se in presenza, è stato un intervento</b>							
di gruppo	9	52,9%	9	60,0%	0	0,0%	

	Utenti		Caregiver (sostituto)			
	Anziano		Caregiver		N=3	%, ±DS
	N=18	%, ±DS	N=17	%, ±DS		
individuale	3	17,6%	1	6,7%	2	66,7%
sia di gruppo che individuale	5	29,4%	5	33,3%	1	33,3%
Totale	17		15		3	

Osservando la tabella 11, che riporta le prevalenze per tipo di utenza (anziani e caregiver / famigliari) circa il grado di accordo su item legati a soddisfazione e gradimento, mostra un grado di soddisfazione abbastanza elevato dell'utenza rispetto ad aspetti relazionali con gli operatori (accoglienza, ascolto, fiducia reciproca), al sentirsi seguito dagli operatori e alla percezione che l'intervento abbia risposto ai bisogni di partenza. Inoltre, la popolazione rispondente ha dichiarato che con Senior i servizi si sono avvicinati ai cittadini.

Tra i caregiver che hanno risposto in sostituzione dell'utenza anziana, emerge soddisfazione circa il supporto derivante dalla partecipazione del proprio assistito agli interventi Senior: sia per la persona di cui si prendono cura che per loro stessi, in quanto caregiver informali (Tab 12).

Per quanto riguarda gli aspetti logistici, pochi anziani hanno dichiarato di aver fatto fatica a conciliare vita quotidiana con la partecipazione agli interventi, per via degli orari, giorni e tempistiche, mentre questo è stato percepito come problematico da circa la metà dei caregiver / famigliari (circa il 44%). In generale, emerge soddisfazione anche per la durata delle sessioni, non eccessiva per il 67% degli anziani e l'86% dei caregiver / famigliari, mentre gli interventi sono stati percepiti come stancanti per il 20% della popolazione anziana e il 12% dei caregiver / famigliari rispondenti (Tab 11).

Infine, rispetto al miglioramento in salute e benessere percepito, l'intervento è stato percepito come fonte miglioramento della propria salute fisica per il 72% degli anziani e il 50% dei caregiver / famigliari partecipanti, ma soprattutto come determinate di un miglioramento del benessere emotivo dell'utenza (76,2% degli anziani, 75% dei caregiver / famigliari) (Tab. 11). Interessante notare che invece, la partecipazione dell'assistito, non ha avuto effetti dichiarati sul benessere emotivo dei caregiver che hanno risposto come sostituti (ma che non hanno partecipato come utenti dei progetti Senior dedicati a loro), né sulla loro capacità di prendersi cura dell'assistito, confermando l'importanza di interventi dedicati e in supporto ai caregiver informali (Tab. 12).

Tra la popolazione dei caregiver è possibile notare una maggiore variabilità della risposta nella popolazione dei caregiver / famigliari che hanno partecipato come utenti agli interventi Senior. Inoltre, in genere i punteggi medi e mediani sono più alti (con valenza positiva circa il gradimento per gli item

positivi) o più bassi (con valenza positiva in quanto item negativi: la fatica nel conciliare intervento e impegni quotidiani, la durata di ogni sessione, l'intervento è stato stancante) per gli anziani che hanno risposto rispetto che per i caregiver / famigliari (dati qui non riportati). Tuttavia, il test di Kruskal-Wallis è risultato significativo solo per la percezione di miglioramento della propria salute fisica, confermando differenze tra la popolazione anziana e i caregiver / famigliari ( $p=0,0384$ ).

Tabella 11 Prevalenze percentuali del grado di accordo dei rispondenti, per l'utenza anziana con problemi neurodegenerativi e caregiver / familiari che hanno partecipato agli interventi Senior in Valle d'Aosta

	Utenti											
	Anziani					Caregiver / familiari						
	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n
Gli operatori dell'intervento sono stati fin da subito accoglienti, creando una relazione serena e di fiducia				38,1%	61,9%	21				11,8%	88,2%	17
Gli operatori dell'intervento hanno sempre ascoltato quello che avevo da dire, anche su argomenti non attinenti all'intervento	4,8%			28,6%	66,7%	21	5,9%		5,9%	29,4%	58,8%	17
Durante l'intervento si è sviluppata una relazione di fiducia reciproca e rispetto che ha contribuito a creare un clima sereno e gradevole con gli operatori				33,3%	66,7%	21				23,5%	76,5%	17
Mi sono sempre sentito/a seguito/a e coinvolto/a nello svolgimento delle attività				27,8%	72,2%	18 <sup>a</sup>			5,9%	41,2%	52,9%	17
Con la partecipazione all'intervento, ho percepito che i servizi si sono avvicinati a noi cittadini	5,0%			40,0%	55,0%	20 <sup>b</sup>			5,9%	70,6%	23,5%	17
L'intervento ha risposto ai bisogni che avevo quando ho aderito		4,8%	14,3%	33,3%	47,6%	21			5,9%	76,5%	17,7%	17
Considerando orari, giorni e tempi, ho fatto fatica a partecipare all'intervento per altri impegni quotidiani (famigliari, lavorativi, di cura)	30,0%	35,0%	15,0%	15,0%	5,0%	20 <sup>b</sup>		50,0%	6,3%	31,3%	12,5%	16 <sup>b</sup>
Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è durato eccessivamente	23,8%	42,9%	23,8%	4,8%	4,8%	21	35,7%	50,0%		7,1%	7,1%	14 <sup>b</sup>
Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è stato stancante	45,0%	30,0%	5,0%	20,0%		20 <sup>b</sup>	37,5%	37,5%	12,5%	12,5%		16 <sup>b</sup>

	Utenti						Caregiver / familiari				
	Anziani					n	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo							
Con l'intervento, ho percepito un miglioramento del mio stato di salute fisica in generale	5,6%	22,2%	27,8%	44,4%	18 <sup>a</sup>			50,0%	50,0%		16 <sup>b</sup>
Con l'intervento, ho percepito un miglioramento del mio benessere emotivo (es. mi sono sentito/a meglio, più allegro, vivace, con voglia di uscire, socializzare e impegnarmi in attività quotidiane o nuove)		23,8%	47,6%	28,6%	21	6,3%		18,8%	68,8%	6,3%	16 <sup>b</sup>
Con l'intervento, mi sento maggiormente in grado di entrare in relazione con gli altri	5,6%	38,9%	22,2%	33,3%	18 <sup>a</sup>		6,7%	20,0%	66,7%	6,7%	15 <sup>b</sup>

a. L'analisi è stata fatta considerando solo le risposte date dall'utente per sé stesso, escludendo quindi quelle del caregiver quando ha risposto come sostituto dell'utente anziano; b. dati mancanti

Tabella 12 Prevalenze di accordo dei caregiver rispondenti in sostituzione di anziani partecipanti, circa il supporto ricevuto e il miglioramento conseguente alla partecipazione dell'assistito agli interventi Senior in Valle d'Aosta

	Caregiver (sostituti per l'utenza)					
	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n
Il supporto ricevuto durante l'intervento è stato fondamentale per me che mi prendo cura di una persona				33,3%	66,7%	3
Il supporto ricevuto è stato fondamentale per la persona di cui mi prendo cura normalmente				33,3%	66,7%	3

	Caregiver (sostituti per l'utenza)					n
	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	
Considerando la mia vita quotidiana prima dell'intervento, ho percepito un miglioramento delle mie capacità di prendermi cura del mio assistito (marito/moglie, padre/madre, figlio/figlia, amico/amica, parente che necessita assistenza)	33,3%	33,3%	33,3%			3
Considerando la situazione prima dell'intervento, ho percepito un beneficio sulla sua salute (fisica, emotiva)				66,7%	33,3%	3
Considerando la mia vita quotidiana prima dell'intervento, ho percepito un miglioramento per il mio benessere emotivo (es. mi sono sentito meglio, meno solo-a, ho sentito meno faticoso il carico di lavoro di cura)	33,3%	33,3%	33,3%			3

Tabella 13 Prevalenze sul giudizio dichiarato per la soddisfazione in generale per gli interventi Senior e la qualità organizzativa, per tipo di rispondente

	Anziani		Caregiver		Caregiver (sostituto)	
	N	%	N	%	N	%
In generale, sei soddisfatto dell'intervento						
Per nulla	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
Poco	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dipende dalle volte	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%
Abbastanza	7	38,9%	8	53,3%	0	0,0%
Molto	10	55,6%	7	46,7%	2	66,7%
Totale	18		15 <sup>a</sup>		3	
Come valuti l'organizzazione dell'evento (appuntamenti, attività a domicilio e in sede, orari ecc.)?						
Ottima	8	44,4%	12	70,6%	2	66,7%
Discreta	3	16,7%	1	5,9%	0	0,0%

	Anziani		Caregiver		Caregiver (sostituto)	
	N	%	N	%	N	%
Buona	6	33,3%	3	17,7%	1	33,3%
Sufficiente	1	5,6%	1	5,9%	0	0,0%
Insufficiente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totale	18		17		3	

a. dati mancanti



Infine, la Tab. 13 riporta le prevalenze rispetto al giudizio dato per la soddisfazione in generale per gli interventi Senior, e la qualità della loro organizzazione. In generale, è emersa che (quasi) la totalità dei rispondenti è soddisfatto per gli interventi a cui ha partecipato, mentre c'è maggiore variabilità circa il giudizio sulla qualità dell'organizzazione, percepita come ottima da quasi il 70% dei caregiver / familiari e caregiver (sostituiti) e appena il 44% degli anziani, che sono stati più critici rispetto alle altre due popolazioni di rispondenti.

Alla domanda se fossero disposti a partecipare di nuovo ad un intervento come quello proposto in Senior, la totalità dei rispondenti ha dato un giudizio favorevole, confermando la soddisfazione dell'utenza per questi interventi, mentre gran parte dei suggerimenti ricevuti sono richieste di aumentare la frequenza settimanale delle sessioni.

**ASL CN2 Appartamento pedagogico.** Gli operatori dell'ASL CN2 che stanno implementando gli interventi hanno raccolto 32 questionari di soddisfazione e gradimento per le attività che stanno svolgendo presso l'appartamento pedagogico da parte di alcuni anziani partecipanti alla sperimentazione. I questionari sono stati raccolti a circa 1 mese dall'inizio dell'intervento su base volontaria tra i cinque gruppi che si alternano nei giorni della settimana. Ha risposto al questionario il 62% dei partecipanti totali.

Il questionario usato è stato prodotto dall'IRES Piemonte, secondo modello in Allegato 2 (**2.1. Questionario soddisfazione degli utenti**) e adattato per la realtà della sperimentazione in corso<sup>17</sup>. I dati sono stati raccolti dall'ASL CN2 e analizzati a cura di IRES Piemonte. Inoltre, sono state intervistati 2 partecipanti, un uomo (P1) e una donna (P2), per approfondire alcuni aspetti:

*Allora chi sono? Io? Io nasco in Italia, in Lucania, per la precisione. Mi sono sposato nel Cuneese, ho una figlia. Come mestiere, ne ho fatti tantissimi: da tipografo, ho lavorato in fonderia, ho collaborato con diverse aziende e poi ho fatto il commerciale per gli ultimi 23 anni della mia vita. Ho 77 anni. Vivo con la mia dolce sposa. Mia figlia viaggia molto per lavoro e non ho nipoti. (P1)*

*Io sono nata a Torino, da piccola mi hanno portata a Cortemilia in una famiglia. Stavo benissimo, mi hanno sempre voluto bene e poi mi sono sposata e ho un figlio. Ho 83*

---

<sup>17</sup> Per maggiori informazioni sul questionario, si rimanda a pag. 88 nella presentazione dello strumento usato dal partner Valle d'Aosta.

*anni. Da giovane facevo la coltivatrice. Vivo a Cortemilia, prima c'era mio marito e adesso vivo da sola. Ho un figlio e due nipoti. (P2)*

Il 59% dei rispondenti (N=27) è donna, l'età media dei rispondenti è di 82 anni ( $\pm 4,80$ ) e l'età mediana 81 anni (il partecipante più giovane ha 75 anni, quello più anziano 94 anni). I rispondenti sono per lo più soggetti senza patologie croniche (50%) o 1 patologia (37,5%), con una maggiore prevalenza di casi di diabete (31,2%) e patologie cardiovascolari (18,7%). Infine, il 40% ha dichiarato di avere qualche difficoltà nei movimenti (come camminare, stare in piedi a lungo, salire le scale) e solo il 9,7% di aver bisogno di aiuto per svolgere alcune attività quotidiane (come alzarsi dal letto, vestirsi, farsi la doccia). Sono tendenzialmente donne e con età  $\geq 81$  anni a dichiarare qualche difficoltà nei movimenti, mentre gli uomini necessitano di qualche aiuto nella vita quotidiana, ma non c'è significatività statistica delle differenze per età e genere (Tab 14).

Tabella 14 Caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti all'indagine sul gradimento del partner ASL CN2

	N=32	%, $\pm$ DS
Genere		
Donna	16	59,3%
Uomo	10	37,0%
Non dichiarato	1	3,7%
Totale	27 <sup>a</sup>	
Età media	82,1	$\pm 4,80$
Età mediana	81	
Patologie, quante?		
0	16	50,0%
1	12	37,5%
2	3	9,4%
3	1	3,1%
Totale	32	
Difficoltà nei movimenti quotidiani		
Sì	10	40,0%
No	15	60,0%
Totale	25 <sup>a</sup>	
Bisogno di aiuto per le attività quotidiane		
Sì	3	9,7%
No	28	90,3%
Totale	31 <sup>a</sup>	

a. dati mancanti

La Tab. 15 riporta le prevalenze percentuali rispetto alla scala a 5-posizioni per ciascun item in osservazione. Come si può osservare prevale ampia soddisfazione per gli aspetti relazionali con gli

operatori, l'allineamento con le proprie aspettative iniziali, la percezione di aver un miglioramento del proprio stato di salute, benessere e abilità di socializzazione (per tutti gli item relativi a queste dimensioni, più del 60% degli intervistati ha dichiarato di essere completamente d'accordo) (Tab. 15). Sono state testate le differenze per età, sesso e limitazioni funzionali<sup>18</sup>. Non emergono differenze tra i gruppi eccetto per l'item "Mi sento sempre seguito/a e coinvolto/a nello svolgimento delle attività" con una maggiore prevalenza di soggetti con 80 anni o meno ( $p=0,05$ ) e per l'item "Con l'intervento mi sento più in grado di entrare in relazione con gli altri" con una maggiore prevalenza di donne completamente d'accordo con questa affermazione ( $p=0,04$ ).

La soddisfazione nei confronti della relazione con gli operatori emerge bene nel seguente stralcio di intervista, alla domanda di quali fossero i limiti dell'intervento:

*Perché ci sono dei limiti? Che io sappia non ce ne sono, perché gli operatori fanno esattamente quello che devono fare, ci seguono. Servono anche i nostri capricci e le nostre chiacchiere dentro tutto quello che c'è, socializzano con noi e partecipano a tutto, facendo anche loro esperienza su quelli che sono i nostri limiti, eccetera. (P1)*

A un mese di distanza, ecco cosa rispondono i due intervistati rispetto ai benefici percepiti:

*A livello di salute. Grazie al cielo riesco anche a combinarmela con il supporto della mia famiglia, specie di mia moglie, e per il resto è un'esperienza che ha i suoi lati buoni. (...) Come socializzazione. Ho conosciuto persone che altrimenti non avrei avuto occasione di farlo, per cui è positiva l'esperienza. (P1)*

*I benefici, forse la memoria. Il mio umore è sempre stato positivo e continuo così. Si sto meglio, perché stare qui mi giova, mi rallegra. (P2)*

Osservando invece gli aspetti legati alla sostenibilità della partecipazione percepita per motivi di conciliazione con le proprie attività quotidiane (ad esempio, impegni legati alla cura dell'orto, terreni, animali, familiari, etc.) (Tab. 15), emerge che più del 60% degli intervistati dichiara di faticare a conciliare la partecipazione all'intervento con le attività quotidiane. Inoltre, il 53% dichiara che l'impegno orario giornaliero richiesto dall'intervento sia eccessivamente lungo e il 73% che sia stancante. Questi risultati

---

<sup>18</sup> Incrociando la difficoltà dei movimenti con la necessità di aiuto, sono emerse 3 categorie con limitazioni funzionali Medio-Alte (chi ha dichiarato di aver difficoltà in entrambe le variabili), Basse (chi ha dichiarato di aver solo difficoltà nei movimenti o necessità di aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane) e Assenti (chi ha dichiarato nessuna limitazione / bisogno di aiuto).

sono interessanti e da non sottovalutare in quanto potrebbero scoraggiare la partecipazione futura all'intervento. Non emergono differenze per genere, età e limitazioni funzionali dichiarate.

La soddisfazione rispetto alla conciliazione con la vita quotidiana, abbastanza bassa tra i rispondenti, deve essere letta in un contesto in cui gran parte dei partecipanti sebbene in età di pensionamento, hanno impegni quotidiani legati soprattutto alla vita di campagna (cura di terreni e animali) e alla cura della famiglia e dell'ambiente domestico.

*[Come passi la tua giornata normalmente?] Allora, la trascorro, avendo cura di una parte della cascina che ci compete; poi nel preparare con la mia signora il pranzo e nel passare decespugliatore, motosega attorno alla casa in quanto ci sono molte giornate di terreno che hanno necessità della nostra manodopera, fattispecie della mia. Ho pochissimo tempo libero, ho come hobby coppa e spada (P1)*

*Vado in campagna, in un piccolo cascinetto e poi in casa facendo le faccende domestiche con un pochino di aiuto per i lampadari e cose del genere. (P2)*

Pertanto, il fatto che l'intervento richieda la presenza per quasi un'intera giornata, si può presentare come un ostacolo alla partecipazione, soprattutto se non si può contare sull'aiuto di famigliari, amici, vicini di casa. Durante l'arruolamento dei partecipanti, è emerso che la maggior parte delle persone che ha rifiutato la proposta, lo ha fatto per via dei propri impegni quotidiani (cura dell'orto e bestiame), oppure per motivi di salute.

Chi invece sta partecipando, sebbene percepisca impegnativa la partecipazione, è riuscito a trovare delle soluzioni per conciliare l'impegno settimanale all'appartamento pedagogico e la propria vita quotidiana:

*Faccio prima quello che dovrei fare, dar da mangiare ai gatti o qualcosa che preme di più. Mi organizzo di farlo prima, così posso venire qui. (P2)*

E tende a non criticare l'impegno richiesto in termini di orari, essendo un'attività organizzata da operatori sanitari ai quali è riconosciuta competenza, sebbene la partecipazione sia percepita impegnativa:

*È impegnativa perché ho mezza cascina da portare avanti e vengo qui a fare salotto. È un riposo forzoso. (...) Non sta a me indicare gli orari e nemmeno se fosse più corto, vuol dire concentrare le azioni in tempi magari non idonei, per cui non è sufficiente.*

*Personalmente scelgo di attenermi perché sono le istruzioni di chi è preparato per questo tipo di attività. (P1)*

Infine, la quasi totalità del campione risponde di essere abbastanza o molto soddisfatto dell'intervento, mentre il 69% giudica ottima la sua organizzazione (Tab. 16). Non emergono differenze per genere, età e limitazioni funzionali dichiarate.

I due intervistati un po' più approfonditamente, dichiarano che stanno vivendo un'esperienza positiva che merita di continuare anche dopo i finanziamenti europei, identificando tra i punti di forza l'attenzione e lo spazio dato ai bisogni degli anziani facendo emergere una necessità di luoghi dedicati alla loro salute e socializzazione, attraverso attività varie (dal monitoraggio dei problemi di salute alla prevenzione delle cadute, dalla stimolazione cognitiva all'educazione alla salute).

Tabella 15 Prevalenze percentuali del grado di accordo dei rispondenti verso gli item in osservazione, partner ASL CN2

	Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo	n
Gli operatori dell'intervento sono stati fin da subito accoglienti, creando una relazione serena e di fiducia				16,6%	84,4%	32
Gli operatori dell'intervento ascoltano quello che ho da dire, anche su argomenti non attinenti all'intervento				31,2%	68,8%	32
Si sta sviluppando una relazione di fiducia reciproca e rispetto che contribuisce a creare un clima sereno e gradevole con gli operatori			3,1%	31,3%	65,6%	32
Mi sento sempre seguito/a e coinvolto/a nello svolgimento delle attività			3,1%	31,3%	65,6%	32
Con la partecipazione all'intervento, i servizi si stanno avvicinando a noi cittadini			3,1%	31,3%	65,6%	32
L'intervento sta rispondendo ai bisogni che avevo quando ho aderito			3,1%	43,8%	53,1%	32
Considerando orari, giorni e tempi, sto faticando a partecipare all'intervento per altri impegni quotidiani (famigliari, lavorativi, di cura)	16,1%	16,1%	6,5%	38,7%	22,6%	31 <sup>a</sup>
Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è eccessivamente lungo	33,3%	10,0%	3,3%	33,3%	20,0%	30 <sup>a</sup>
Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento risulta essere stancante	10,0%	13,3%	3,3%	30,0%	43,3%	30 <sup>a</sup>
Con l'intervento, sto percependo un miglioramento del mio stato di salute fisica in generale			9,7%	22,6%	67,4%	31 <sup>a</sup>
Con l'intervento, sto percependo un miglioramento del mio benessere emotivo (es. mi sono sentito/a meglio, più allegro, vivace, con voglia di uscire, socializzare e impegnarmi in attività quotidiane o nuove)				31,2%	68,8%	32
Con l'intervento, mi sento maggiormente in grado di entrare in relazione con gli altri			3,1%	37,5%	59,4%	32

a. dati mancanti

Tabella 16 Prevalenze sul giudizio dichiarato per la soddisfazione in generale per gli interventi Senior e la qualità organizzativa

	N	%
In generale, sei soddisfatto dell'intervento		
Per nulla	0	0,0%
Poco	0	0,0%
Dipende dalle volte	2	6,5%
Abbastanza	9	29,0%
Molto	20	64,5%
Totale	31 <sup>a</sup>	
Come valuti l'organizzazione dell'evento (appuntamenti, attività a domicilio e in sede, orari ecc.)?		
Ottima	20	69,0%
Discreta	2	6,9%
Buona	7	24,1%
Sufficiente	0	0,0%
Insufficiente	0	0,0%
Totale	29 <sup>a</sup>	

a. dati mancanti

### 4.2.3 La soddisfazione di operatori e professionisti

---

**ADMR Evolu'Dom.** *La valutazione dell'azione Evolu'Dom da parte degli intervistati: scenari odierni e futuri (a cura di Eclectica).*

Le informazioni di seguito riportate sono state realizzate da Eclectica in seguito all'analisi delle interviste svolte ad un gruppo di operatori che hanno lavorato sull'azione.

Tra le difficoltà riscontrate dai professionisti, in un Dipartimento rurale e montano quale quello delle Hautes-Alpes, vi è il fatto che la maggior parte delle abitazioni è indipendente e di tipo rurale. Tali abitazioni sono strutturate in stanze piccole, muri spessi in pietra che non ne permettono l'abbattimento, diversi accessi che prevedono uno o due scalini, bagni poco funzionali e, in alcuni casi, pavimentazioni datate (se non inesistenti) con conseguente creazione di sconnessioni.

Il patrimonio architettonico delle poche città presenti (Gap e Briançon) è composto da condomini risalenti alla metà del secolo scorso che, pur non presentando gli stessi problemi strutturali delle abitazioni rurali, sono costituiti da diversi piani e sono privi di ascensore.

Al di là della natura strutturale delle abitazioni presenti nelle Hautes-Alpes, occorre inoltre tenere in considerazione che, nella maggior parte dei casi, si tratta spesso di abitazioni di famiglia ereditate dalle generazioni precedenti per le quali i proprietari dimostrano un attaccamento emotivo maggiore di quello manifestato dagli abitanti delle grandi città e ciò rende ancor più difficile poter realizzare degli interventi che potrebbero modificare tutto (o in parte) la struttura di partenza.

Altro fattore di "ostacolo" nel raggiungere il target dell'azione è la tendenza al "fai-da-te".

*Nei villaggi ci si sbrogia di più! A volte perché (coloro che intraprendono i lavori in autonomia) hanno genitori a casa o avevano fatto lavori per papà o mamma che ne avevano bisogno ed ora si ritrovano i lavori quando stanno invecchiando. (Intervista 2)*

Molto spesso, questi lavori (quali la sostituzione della vasca da bagno con la doccia) vengono svolti in autonomia dai proprietari stessi anche nell'ottica di risparmiare, non raggiungendo però gli stessi risultati che potrebbero derivare a seguito di uno studio ergonomico. Questa tendenza è anche dettata dal fatto che non si è a conoscenza delle possibilità di finanziamento e perché non si ha un *entourage* familiare di supporto alle decisioni di questo tipo. Infatti, secondo un intervistato, spesso i caregiver che non sono un familiare non supportano o agevolano gli interventi e non sono presenti al momento della valutazione.



*Il servizio (la possibilità di ottenere finanziamenti per l'adeguamento dell'abitazione) mi sembra più conosciuto in città; tra l'altro io vedo persone che hanno già fatto domanda, non arrivo alle persone isolate penso che le perdiamo e non troviamo anche le persone che non vogliono chiedere aiuto. Inoltre, serve un entourage familiare perché noi professionisti, laddove questo è assente, non riusciamo ad arrivare. (Intervista 2)*

*Quando vado a fare le valutazioni dei rischi e degli interventi necessari, è raro che ci sia il caregiver del beneficiario. È un peccato, perché sarebbe utile avere la loro opinione dato sono loro che vivono il quotidiano della persona accudita e sono loro che ci possono anche dire cosa sarebbe bene adattare e dove intervenire. Sono piccoli dettagli ma che fanno la differenza. Il loro lavoro è già difficile, se possiamo aiutarli... (Intervista 1)*

Uno dei freni ai lavori è anche di tipo emotivo. Come rilevano i professionisti che si recano a domicilio, se un anziano non percepisce di star invecchiando difficilmente accetterà di anticipare i lavori, così come considererà gli interventi più grossi in modo più o meno critico a seconda della propria percezione di sé.

*La gente dice "ma ce la faccio ancora! Non sono ancora così vecchio". Ci sono ancora tabù. (Intervista 1)*

*Se passi dalla vasca alla doccia nella testa non è solo perché stai invecchiando ma è un esempio di modernizzazione, mentre se si iniziano a mettere dei montascale, degli scorrimano e delle rampe... allora la gente si blocca perché riconduce tutto al fatto che sta invecchiando. (Intervista 1)*

Molto spesso vengono accettati lavori poco invasivi ma non ottimali per lo stato del beneficiario, per cui attraverso Evolu'Dom si cerca anche di ovviare a queste situazioni:

*Spesso i lavori che si riescono a fare sono minimalisti. Mentre altre volte i lavori accettati non sono proprio quelli che sarebbero ottimali. Ad esempio si accetta di mettere un montascale piuttosto che adattare il piano terra... (intervista 1).*

Strettamente correlato alle rappresentazioni di sé e della propria vecchiaia vi è il fenomeno dell'*habiter intermittent* (Cholat, Gwiazdzinski, Thiriet, 2020), riscontrato nel Dipartimento Hautes-Alpes. Si tratta di persone pensionate in situazione GIR6 (completa autonomia) che acquistano una seconda casa in un comune montano per trascorrervi alcuni mesi all'anno. Tuttavia, i professionisti rilevano che queste persone acquistano spesso delle abitazioni non adatte all'invecchiamento, ritrovando quindi i medesimi problemi strutturali delle abitazioni principali e non intravedendo però la necessità di intervenire come sulla prima abitazione:

*Noi abbiamo casi di gente che ha comprato la seconda casa e ci vanno alla pensione e si ritrovano lavori da fare! (intervista 2)*

Infine, tra i freni maggiori alla decisione di rinviare i lavori vi è la volontà di lasciare il proprio patrimonio monetario ai figli o ai nipoti.

Anche per tale ragione, nel panorama di azioni rivolte al mantenimento dell'anziano a domicilio condotte da diversi attori territoriali, Evolu'Dom si situa come intermediario tra i possibili beneficiari e i possibili finanziatori e come interlocutore chiave di soggetti quali le Maisons de Solidarité (MDS)<sup>19</sup> del Dipartimento 05, le Communautés des Communes assieme ai propri agenti di prossimità<sup>20</sup>, le imprese di ristrutturazione, le associazioni e gli enti volti alla consulenza sui problemi abitativi.

Ad esempio, al fine di informare e accrescere la consapevolezza tra i caregiver dei problemi strutturali delle abitazioni nelle quali si trovano i propri assistiti e/o parenti, la Communauté des Communes Buech Devoluy ha creato un nuovo servizio "seniors et leurs familles" all'interno del polo per i servizi agli abitanti del territorio, dal quale è derivata una "Charte territoriale des solidarités avec les aînés"<sup>21</sup>. Si tratta di un'azione rivolta alla politica sul "Bien Veillir"<sup>22</sup>, organizzata assieme alla MSA (Mutualité Sociale Agricole) Alpes Vaucluse e a seguito di uno studio condotto sulla popolazione anziana della Communauté des Communes<sup>23</sup>.

All'interno di questa carta sono stati previsti degli incontri rivolti ai caregiver svolti nella formula di workshop interattivi, mentre un Forum, previsto per l'autunno 2022, riunirà tutti gli attori e i servizi rivolti alla popolazione anziana disponibili sul territorio. In programma vi è anche la creazione di una "maison intergénérationnelle"<sup>24</sup> a Dévoluy, rivolta alle persone anziane, a persone diversamente abili, a lavoratori stagionali e alle loro famiglie. Nell'autunno 2022, inoltre, le azioni verranno prese in carico direttamente dal Dipartimento 05, rappresentando un punto di svolta importante per il futuro.

*Almeno sul territorio del Dipartimento mi sembra che le persone comincino a essere ben informate anche grazie a Evolu'Dom. Io ricevo telefonate da parte delle persone che hanno avuto l'informazione da ADMR05. Mi immagino che in futuro azioni di questo tipo saranno sempre più finanziate. (intervista 4).*

Il governo francese ha previsto infatti di stanziare 750 milioni di euro all'anno, entro il 2025, per aumentare i finanziamenti ai servizi di assistenza domiciliare e migliorarne la qualità; 200 milioni di euro all'anno per migliorare la retribuzione dei professionisti dell'assistenza domiciliare e rendere più

---

<sup>19</sup> Una Maison des Solidarités (Casa delle solidarietà) è un luogo di accoglienza e di vicinanza che per le persone anziane e i loro familiari offrono una consulenza relativa alle procedure amministrative per ottenere l'assegno di autonomia personalizzato (APA), o informano sugli strumenti esistenti per rimanere a casa o per entrare in una casa di cura.

<sup>20</sup> L'agent de proximité (consulente di prossimità) è una figura volta a: accompagnare e aiutare le persone nella loro vita quotidiana; contribuire alla gestione dell'ambiente di vita; aiutare a mantenere la vita sociale e relazionale; partecipare alla promozione di un buon trattamento e alla prevenzione di abusi nei confronti di persone vulnerabili; diagnosticare le situazioni di emergenza.

<sup>21</sup> Carta territoriale delle azioni solidali rivolte agli anziani.

<sup>22</sup> Invecchiare bene.

<sup>23</sup> <https://alpes-vaucluse.msa.fr/lfp/documents/98795/91414437/Diapo+enquête+charte+des+ainés+CCBD.pdf>.

<sup>24</sup> Casa intergenerazionale.

attraente questo ruolo professionale; facilitare il percorso delle persone anziane che desiderano invecchiare a casa propria, semplificando al tempo stesso le domande di contributo per i servizi proposti presentate da chi le assiste (Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, p. 3).

## 5. L'efficacia degli interventi: la valutazione delle sperimentazioni Senior

---

### 5.1 Il ruolo di IRES Piemonte e le attività di valutazione

---

Per la valutazione, IRES Piemonte ha avuto un ruolo di supporto metodologico, indicando quali potessero essere le azioni da intraprendere e lasciando liberi i partners di organizzarsi e condurre le valutazioni in modo indipendente.

IRES ha collaborato con ASL CN2 nella stesura del protocollo di un trial randomizzato con controllo orientato a valutare l'efficacia della sperimentazione Senior.

IRES ha raccolto tutti i dati, risultati e report intermedi e finali dei partners circa la valutazione delle loro sperimentazioni al fine di presentarli in questo documento finale. Eclectica, ha invece svolto interviste qualitative (secondo traccia in Allegato 3) con i partners PAA per Sport Santé e ADMR 05 per Evolu'Dome.

Non tutti i partners hanno provveduto ad una valutazione di efficacia degli interventi, alcuni stanno conducendo studi rigorosi nei metodi e nei disegni (MNCA per la telemedicina e ASL CN2 per l'appartamento didattico), altri hanno utilizzato disegni quasi-sperimentali (MNCA Sport Santé), altri ancora hanno raccolto informazioni qualitative dai beneficiari e altri stakeholders.

### 5.2 Gli studi sperimentali

---

#### 5.2.1 Ospedale di Nizza

---

**Metodi.** Il Centro Ospedaliero Universitario di Nizza, in collaborazione con il Centro Memoria Risorse e Ricerca (CMRR) diretto dalla Prof.ssa Sacconi, ha condotto uno studio per testare l'uso di uno strumento di telemedicina che permette teleconsulto e televisite a pazienti con 65 anni e più affetti da problemi neuro-evolutivi. Lo studio, che comprende la valutazione dell'intervento anche su altri 2 percorsi (neuromuscolare e del neurosviluppo) che non saranno trattati in questa sede, ha coinvolto 3 centri specializzati (l'Ospedale Universitario Pasteur 2 di Nizza, il CMRR e il Centro Risorse Autismo - CRA) e 5 strutture di prossimità (CH Saint-Eloi de Sospel, CH Saint-Lazare de Tende, CH La Palmosa de Menton, CH Saint Maur de Saint-Etienne-de-Tinée e il CH de Digne-les-Bains).

Lo studio ha il disegno di una sperimentazione randomizzata con controllo, in cui vi è un gruppo sperimentale (o di intervento) confrontato con un gruppo di controllo. Il gruppo di intervento sarà sottoposto ad un minimo di 3 visite: 2 faccia a faccia, la prima e l'ultima, e una a distanza (il numero di televisite dipenderà dal bisogno del paziente). La sperimentazione ha previsto una serie di teleconsulti a distanza da parte di medici al fine di valutare l'evoluzione della patologia attraverso l'uso di specifiche scale e strumenti clinici di valutazione della funzionalità motoria e l'osservazione dei movimenti tramite telecamera. I processi diagnostici sono funzionali alla diagnosi precoce di malattie neurologiche che causano fragilità o limitazioni motorie, cognitive o psicologiche, anticipando il percorso terapeutico adatto. Il gruppo di controllo effettuerà tutte le visite di persona. Il campione totale è stato di 30 pazienti, 15 per ciascun gruppo, affetti da patologie croniche neurodegenerative e dalla progressiva perdita dell'autonomia.

La sperimentazione ha previsto una serie di teleconsulti a distanza da parte di medici al fine di valutare l'evoluzione della patologia attraverso l'uso di specifiche scale e strumenti clinici di valutazione della funzionalità motoria e l'osservazione dei movimenti tramite telecamera. I processi diagnostici sono funzionali alla diagnosi precoce di malattie neurologiche che causano fragilità o limitazioni motorie, cognitive o psicologiche, anticipando il percorso terapeutico adatto.

Durante ogni visita i medici specialisti hanno valutato le condizioni cliniche dei pazienti usando specifiche scale, inoltre è stata rilevata anche la soddisfazione del paziente o del caregiver dopo ogni consulto. (Per approfondimenti specifici si rimanda al report di CHU Nizza).

### **5.2.2 Casa della Salute di Cortemilia**

---

**Metodi.** In occasione dell'allestimento dell'appartamento pedagogico presso la casa della Salute di Cortemilia, è stato avviato uno studio sperimentale randomizzato con controllo dall'ASL CN2, il cui protocollo di studio sottomesso al Comitato Etico aziendale, è stato redatto in collaborazione con l'IRES Piemonte. Con lo studio si intendono sperimentare nuovi modelli educativi per favorire l'autonomia in soggetti anziani ( $\geq 75$  anni) a rischio di fragilità (definita con scala CFS).

La sperimentazione si articolerà su 2 bracci di studio: cura della Cronicità integrata da Tele Assistenza e cura della Cronicità non integrata da Tele Assistenza. Entrambi i gruppi parteciperanno agli interventi offerti presso l'appartamento pedagogico (visita e controllo parametri vitali, promozione della salute e prevenzione, attività fisica adattata). Al gruppo sperimentale, sarà aggiunta un'ulteriore forma di supporto attraverso l'installazione del TV-Assist per videoconferenze interattive ad uso dell'équipe sociosanitaria per promozione e rafforzamento delle azioni di attività fisica adattata (AFA), attività di promemoria e avvertenze per la terapia farmacologica ai pazienti cronici, tele-cura, promozione della

salute e prevenzione secondaria (video-training, consulenze e sessioni di pratiche on-line). A domicilio dell'arruolato nel gruppo di intervento sarà installato per 10 mesi un dispositivo in collegamento con il televisore, che permetterà la comunicazione con il personale sanitario in live streaming, senza effettuare alcuna registrazione o archiviazione di dati. Frequenza e cadenza settimanale di:

- Intervento di teleassistenza settimanale da parte dell'infermiere che avrà preso in carico il paziente
- Promemoria per l'aderenza terapeutica e la promozione della salute
- Avvertenze per l'autogestione nell'uso dei farmaci e la prevenzione
- Messaggi promozione e prevenzione distinguendo tra video, consulenze e sessioni pratiche
- Attività fisica adattata (AFA) da svolgersi presso il proprio domicilio con la supervisione a distanza da parte degli operatori sociosanitari presenti nella Casa della Salute di Cortemilia.

I partecipanti totali sono 54 divisi in 5 gruppi da 10/11 unità.

Gli outcome in valutazione sono il livello di autonomia, come outcome primario, la qualità della vita, fragilità, numero di ricoverati, accessi al pronto soccorso e la soddisfazione per il servizio. Il livello di autonomia è misurato al momento dell'inizio delle attività in studio (tempo 0) e variazione nel tempo dell'autonomia (a 6 e a 10 mesi dall'arruolamento nello studio) con la scala ADL abitualmente usata per la valutazione geriatrica. La Qualità della vita percepita valutata con la versione italiana del SF-36 con misurazioni al baseline, a 6 e a 10 mesi dal baseline. Il livello di autonomia/fragilità misurata al momento dell'inizio delle attività in studio (tempo 0) a 6 e a 10 mesi dall'arruolamento nello studio e variazione nel tempo misurata con il seguente set di scale abitualmente usate per la valutazione geriatrica: IADL, S.P.M.S.Q., ADICO, DMI, CIRS. I ricoveri e gli accessi al pronto soccorso nei partecipanti saranno rilevati a 6 e 10 mesi dal baseline. Infine, la soddisfazione per il servizio misurata al post-intervento con una scala Likert a 5 livelli, la SUS o System Usability Scale.

La popolazione di riferimento è composta da soggetti adulti con 75 anni o più, fragili o a rischio di fragilità, autonomi nelle attività di vita quotidiana e senza grave deterioramento cognitivo e reclutata tramite MMG. I MMG dell'area geografica in questione sono stati coinvolti e informati sullo studio tramite comunicazione scritta e attraverso la partecipazione ad una riunione operativa, al fine di avere un supporto nell'individuazione dei soggetti eleggibili e nell'arruolamento dei soggetti estratti successivamente, in quanto soggetti inseriti nei percorsi di Cronicità.

Il medico di medicina generale (MMG) identifica i soggetti potenzialmente arruolabili dalla propria base dati (Portale ECWEB dei MMG) e fornirà l'elenco dei pazienti con livello CFS 3-6 e SPMSQ  $\leq 1$  eleggibili

per lo studio agli infermieri di famiglia coinvolti nello studio. I soggetti estratti saranno contattati con invito dell'ASL attraverso lettera e successiva telefonata a domicilio da parte di infermieri durante la quale verrà fissato l'appuntamento, sarà presentato lo studio e le sue finalità.

Gli outcome continui (outcome primari e le scale fragilità, empowerment, qualità della vita) saranno analizzati utilizzando l'analisi della covarianza (ANCOVA) aggiustando per il valore di fragilità al baseline e l'età come variabili prognostiche. Un'analisi della covarianza con l'aggiustamento di 2 covariate garantisce una potenza dello studio dell'84% con una dimensione campionaria di 17 soggetti per gruppo con un livello di significatività del 5% (Kahan BC et al 2014). L'intervallo di confidenza al 95% sarà riportato come misura d'effetto. Gli outcome dicotomici / derivanti da conteggio (ricoveri e accessi al pronto soccorso) saranno invece analizzati calcolando i rischi relativi (RR) a 6 e a 10 mesi tra gruppo di intervento e controllo, nonché le relative stime di incertezza (IC al 95%). Le misure di occorrenza saranno calcolate secondo "intention to treat". Il livello di significatività statistica considerato per l'analisi sarà il 5%.

**Alcune caratteristiche della popolazione arruolata.** Sono stati arruolati nello studio 53 pazienti: 24 di sesso maschile (45.3%) e 29 di sesso femminile (54.7%). 20 pazienti (37.7%) rientrano nella fascia di età 75-79, 19 (35.8%) nella fascia 80-84 e, infine, 14 (26.4%) nella fascia  $\geq 85$ . L'arruolamento, ad oggi, 18/08/2022 non è ancora chiuso. Si prevede di arruolare ancora un paziente prima dell'inizio delle fasi successive di studio per raggiungere il numero di 54 pazienti previsto. Questi dati sono da intendersi come work in progress, per possibili screening failures prima del 29/08/2022, data di inizio delle attività dello studio.

La distanza delle abitazioni dei soggetti arruolati dalla Casa della Salute di Cortemilia per l'intervento è variabile: da una distanza breve dei residenti nelle vicinanze della Casa della Salute, a più di 30 Km; quindi, i tempi di percorrenza per raggiungerla vanno da un minimo di 15 minuti per i soggetti più vicini, ad un massimo di un'ora per quelli che abitano più distante. I rifiuti alla partecipazione all'intervento: la maggior parte delle persone che ha rifiutato la proposta, lo ha fatto per via dei propri impegni quotidiani (cura dell'orto e bestiame), oppure per motivi di salute.

La funzionalità fisica dei soggetti arruolati è stata valutata con scala SF36: rientrando nei valori della fascia 90-100%, si rileva uno status fisico basale elevato dei soggetti, anche in linea con i criteri di inclusione dello studio. Per l'84.91% dei pazienti non sono presenti limitazioni dovute alla salute fisica, o vi sono in minima parte e, comunque, non tali da influenzare lo status fisico. Nel 77.36% dei pazienti inclusi nello studio non sono presenti limitazioni dovute a problemi emotivi, o se presenti, solo in minima parte. Per quanto riguarda l'attività sociale, l'analisi dei dati di baseline mostra una netta suddivisione

nella scala: una porzione di pazienti, pari al 30.19%, riporta una bassa attività sociale, mentre il 69,81% dei pazienti mostra una buona o elevata attività sociale. L'abilità nel compiere attività funzionali alla vita quotidiana nei soggetti arruolati è stata misurata con la scala IADL: dall'analisi dei dati risulta che il 45.83% dei pazienti di sesso maschile, vs il 58,62% delle pazienti di sesso femminile mostra totale autonomia nelle attività strumentali. Rispetto invece all'abilità nello svolgere semplici attività della vita quotidiana, utilizzando la scala ADL (Activities of Daily Living) si sono rilevate le seguenti caratteristiche: il 9,43% dei pazienti mostra un ADL tra il 75 e l'80, mentre il 90,57% mostra un elevato ADL (90-100). Si può pertanto dedurre una buona, o ottima capacità dei soggetti reclutati nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Volendo notare una differenza tra i due sessi, si può rilevare che nel gruppo di sesso femminile si nota una più marcata distribuzione nella fascia 75-80 rispetto al sesso maschile. La popolazione partecipante allo studio non mostra inoltre disturbi cognitivi o comportamentali; il dato rilevato collima anche con quanto raccolto dall'applicazione dello *short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) su un eventuale deterioramento cognitivo: i pazienti mostrano un deterioramento assente o lieve, anche filtrando per fasce di età. Diversamente, dall'analisi dei dati relativi al *Cumulative Illness Rating Scale*<sup>25</sup> riguardanti i primi 53 soggetti reclutati, emerge che 41 di loro riportano almeno un problema di salute 'medio', 6 hanno almeno un problema 'grave', 5 hanno almeno un problema 'lieve' e 1 non ha alcun problema. Le patologie con sintomatologia medio-grave riguardano le seguenti aree cliniche: cardiovascolare (32, 60%); endocrino-metabolico (17, 32%), urologico/genitale (13, 24,5%) muscolo-scheletrico (12, 22,6%). Per approfondimenti specifici si rimanda al report di ASL CN2).

### 5.3 Altre valutazioni d'effetto degli interventi: studi quasi – sperimentali

---

#### 5.3.1 Sport Santé: Alcuni risultati emersi dall'analisi pre-post su outcomes di salute, abilità fisiche e comportamenti (il mantenimento della pratica sportiva oltre il programma) dell'esperienza Sport Santé del partner MNCA

---

**Metodi.** Al fine di rilevare alcuni dati utili a stimare, seppur con alcune distorsioni legate al tipo di studio (mancanza randomizzazione e del controllo, in primis), l'effetto dell'intervento Sport Santé sui territori della val Vésubie in Francia, è stato realizzato dal partner uno studio pre-post in cui i soggetti partecipanti sono stati anche arruolati per la rilevazione di dati utili alla valutazione stessa. Dei 48 partecipanti al programma, solo di 37 si sono utilizzati i dati in quanto 11 soggetti non hanno ancora terminato la valutazione al post-intervento.

---

<sup>25</sup> La Cumulative Illness Rating Scale è uno strumento standardizzato utilizzato in ambito geriatrico per misurare la salute dell'anziano, valutando la severità clinica e funzionale di 14 categorie di malattie.

Gli outcome analizzati sono stati: stato di salute dei partecipanti, abilità funzionali / fisiche, comportamenti. Per lo stato di salute, è stata utilizzata la Duke Health Profile, una scala a 17 item usata per misurare la salute e le abilità funzionali e composta di alcune dimensioni quali salute fisica, mentale e sociale, salute in generale, salute percepita, autostima, ansia, depressione e dolore. La scala restituisce un punteggio variabile tra 0 (pessima salute) a 100 (ottima salute).

Le abilità funzionali sono state misurate con il test del cammino in 6 minuti, il test di equilibrio su gamba sinistra e destra e il test seduto – alzato in 30 secondi. Il primo è un test che mira a misurare la distanza effettuata con andatura normale del soggetto in 6 minuti; per un miglioramento delle abilità fisiche, la distanza effettuata dovrebbe crescere. Il test dell'equilibrio, fondamentale per prevenire cadute negli anziani, misura il tempo che un soggetto resta in equilibrio su una gamba. Infine, il test seduto – alzato in 30 secondi, si chiede al soggetto di alzarsi e sedersi con braccia incrociate sul petto in 30 secondi misurando il numero di ripetute. Per un miglioramento di queste abilità, dovrebbe aumentare sia il tempo passato in equilibrio su una gamba che il numero di ripetute in 30 secondi.

Infine, sui comportamenti è stato rilevato il numero di partecipanti al programma che hanno avviato un'attività sportiva adattata regolare con un club o un'associazione, sebbene dai questionari di soddisfazione emerge un'intenzione a proseguire (vedi paragrafo 4.3).

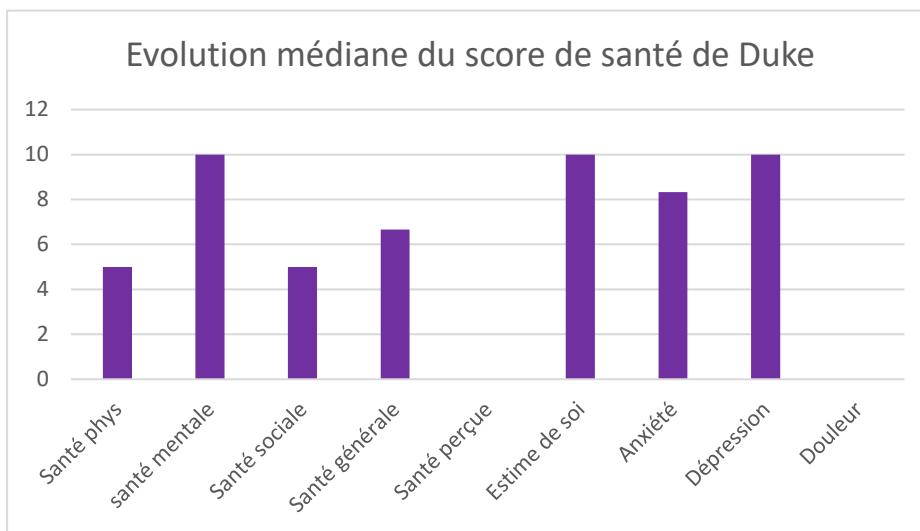
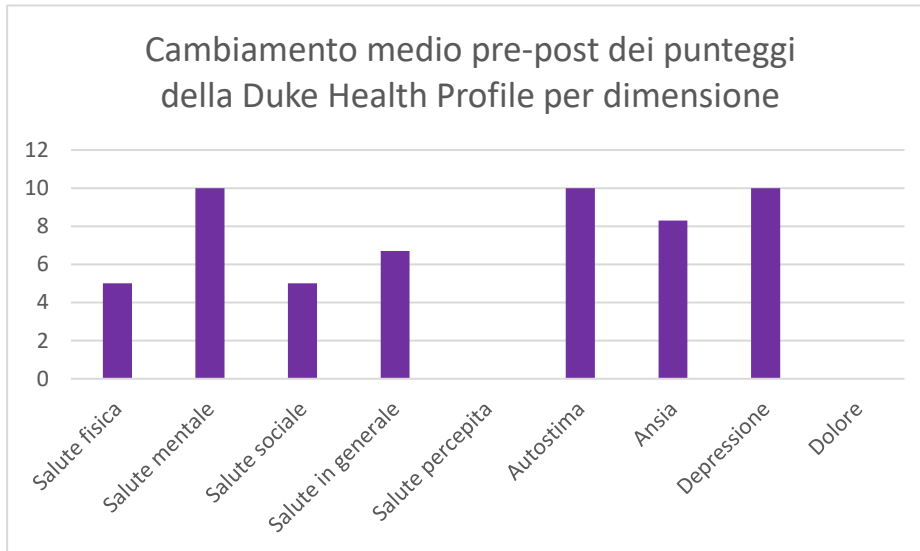
I test sono stati somministrati ai partecipanti in due tempi (prima e dopo l'intervento di 12 settimane). Le analisi sono state realizzate calcolando la differenza pre-post dei test di abilità fisica e dei punteggi della scala sulle condizioni di salute.

**Risultati.** Dall'analisi emerge un incremento del punteggio nella scala Duke (the Duke Health Profile) per quasi tutte le dimensioni analizzate (Fig. 1) eccetto per la salute percepita e il dolore che non registrano variazione pre-post. In media, la differenza pre-post per l'intera scala è di +6 punti, indicando un miglioramento nella salute e qualità di vita dichiarata. Le dimensioni che hanno visto un maggior incremento del punteggio (implicando un miglioramento della salute) sono la salute mentale, depressione e l'autostima con un incremento di 10 punti percentuali ciascuno, seguiti da ansia (+8,3 punti nella differenza pre-post) e salute in generale (+6,7 punti). Si è registrato un incremento anche se inferiore della salute sociale e fisica (entrambe +5 punti). Possibili spiegazioni del minor cambiamento di queste ultime due dimensioni sono da rintracciare nel ritardo dell'effetto sulla salute fisica legato all'avvio di una pratica sportiva in soggetti non abituati (considerando che più del 50% dei partecipanti non erano attivi prima dell'intervento), mentre sulla salute sociale probabilmente perché il punteggio iniziale (pre-intervento) era già molto alto nel campione (punteggio medio pre-intervento per la salute



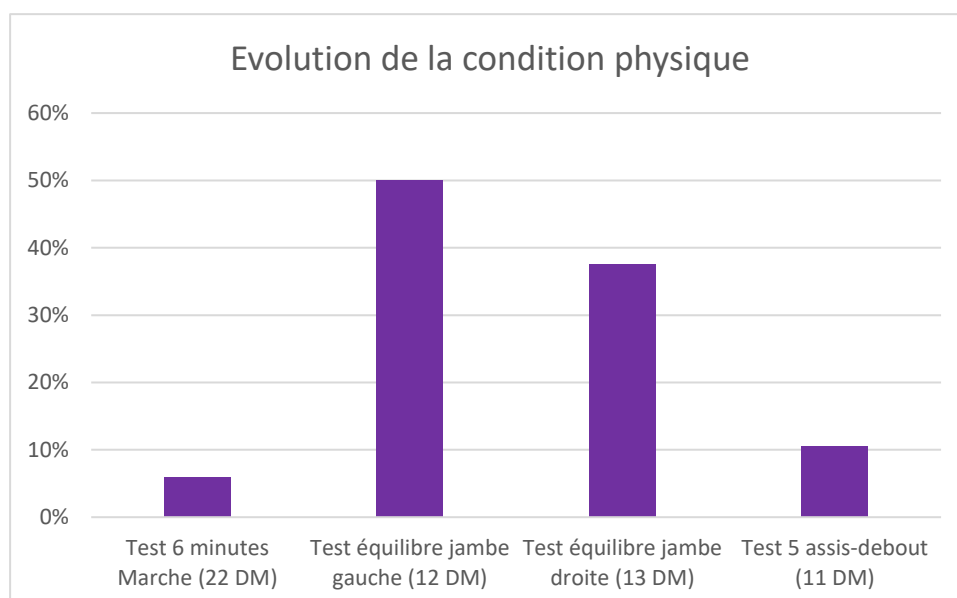
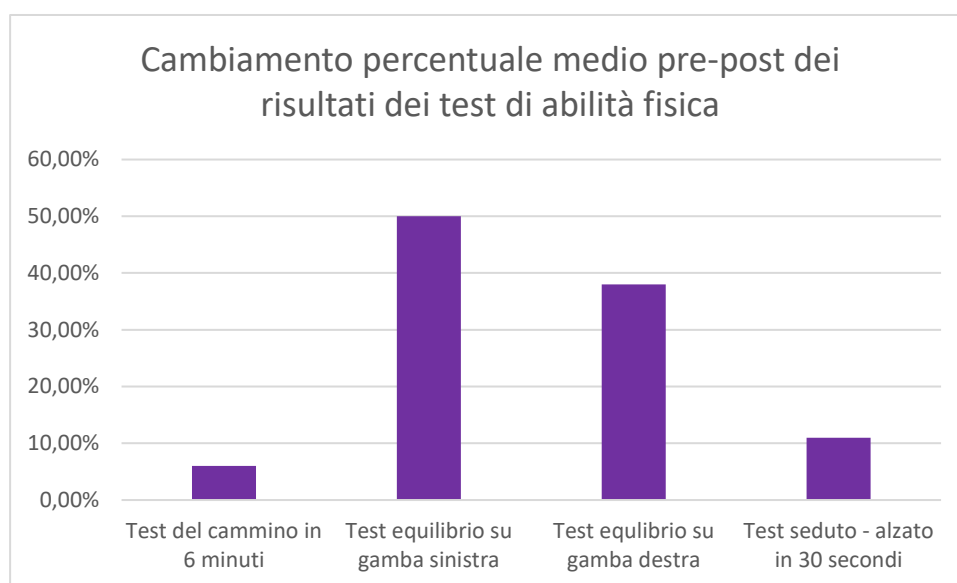
sociale di 70/100). Il cambiamento, anche se con stima positiva indicando un miglioramento, non è tuttavia significativo.

Figura 1 Punteggi medi pre-post della scala Duke Health Profile per dimensione osservata



Per quanto riguarda le abilità funzionali misurate con test di capacità fisica, anche qui si osserva un miglioramento su tutti i test in seguito alla partecipazione al programma Sport Santé, con un miglioramento importante sull'aumento del tempo medio in equilibrio su una gamba (+50% di variazione percentuale pre-post e +38% rispettivamente per la gamba sinistra e destra e corrispondenti a un incremento di 12 e 13 secondi), un incremento medio dell'11% del numero di riprese sul test seduto – alzato in 30 secondi (un incremento medio di 11 riprese) e, seppur di poco, un aumento medio del 6% della distanza in metri percorsi in 6 minuti dai partecipanti (corrispondente ad una media di 22 metri in più) (Fig. 2).

Figura 2 Cambiamento percentuale medio pre-post-intervento sui risultati dei test di abilità fisica



Non vi sono ancora dati su partecipanti che hanno mantenuto la pratica avviando un'attività fisica regolare, ma alcune associazioni e club sportivi stanno programmando l'offerta di attività fisica adatta agli anziani, indicatore che l'intervento ha avviato un processo virtuoso sia agendo sulla popolazione sia sull'offerta dei servizi.

## 5.4 La valutazione qualitativa: metodi e risultati

---

### 5.4.1 Sperimentazione di strumenti di coordinamento digitale: L'azione Dôme di Provence Alpes Agglomération nell'Alta Provenza

---

Le informazioni riportate di seguito sono state raccolte dal rapporto intermedio del partner PAA rispetto all'azione (circa 6 mesi dall'inizio della sperimentazione).

**Caratteristiche dei partecipanti.** Tra gli anziani che hanno partecipato al progetto, vi sono stati quelli che sono stati fin da subito disposti a prendere parte a un progetto innovativo e coloro che, almeno inizialmente, hanno espresso una certa riluttanza ma che alla fine sono stati convinti da chi li circonda, caregiver e/o supervisor strutture.

Tra chi ha rifiutato, emerge come motivazione la difficoltà a gestire uno strumento digitale nel proprio ambiente domestico, sentito come un elemento di cambiamento non positivo del loro ambiente abituale piuttosto che come oggetto delicato che avrebbe potuto rompersi, o essere smarrito o rubato. Questo generava ansia che ha spinto al rifiuto.

Alla fine della sperimentazione, circa 8 beneficiari hanno usato il tablet in modo autonomo, 7 lo hanno usato con l'aiuto dei familiari o degli assistenti domiciliari, per i partecipanti restanti il tablet è stato usato totalmente dalla famiglia e dagli operatori domiciliari.

#### **Alcuni risultati emersi a 12 mesi dall'inizio dell'intervento.**

Effetti sulla popolazione target:

- 1) Il dispositivo ha permesso di creare legami con la popolazione target attraverso la diffusione di video e musica offerti sul tablet messo a loro disposizione.
- 2) Il dispositivo ha permesso una comunicazione diretta tra famiglie, assistito, operatori a domicilio e altri professionisti.
- 3) Il dispositivo ha consentito alla popolazione target di utilizzare Internet gratuitamente oltre a giocare, ascoltare la radio, leggere l'ora e la data del giorno o persino andare su Youtube. Vi sono pertanto potenzialità circa l'inserimento di esercizi di stimolazione cognitiva, con l'obiettivo di rallentare il declino della memoria.
- 4) Per alcuni il dispositivo a casa è stato fonte di stress e preoccupazione, per mancanza di conoscenza degli strumenti digitali o perché non ne sentivano il bisogno. Inoltre, la base di altoparlanti lasciata collegata è sentita da alcuni, fonte di aumento dei consumi di energia elettrica, altro motivo di preoccupazione.

- 5) I giorni di ricovero ospedaliero nel gruppo di partecipanti è pari a 597, 3 sono deceduti, 7 ricoverati in residenze specializzate (di cui 2 decessi), mentre in un gruppo di controllo si sono registrati 718 giorni di ricovero, 5 decessi e 4 ricoveri in residenze specializzate<sup>26</sup>.

Effetti sugli operatori coinvolti dalla sperimentazione e il servizio offerto:

- 1) È stato possibile migliorare le condizioni di lavoro di alcuni operatori a domicilio che hanno segnalato a ADMR le criticità riscontrate negli ambienti domestici in cui operavano attraverso lo strumento.
- 2) I professionisti hanno potuto comunicare tra loro e con altri professionisti (es. paramedici soccorritori), *rafforzando il lavoro di rete* anche con i partner istituzionali (CLIC, SSIAD, PTA, CCAS, Hôpital, Accueils de jour, CMP, Maisons de Santé)
- 3) Professionisti e utenti hanno potuto condividere le agende / calendario supportando il lavoro di rete.

**Punti di forza dell'azione e limiti dello strumento.** Lo strumento ha permesso agli operatori coinvolti di condividere informazioni e opinioni circa l'attività svolta e gli attori coinvolti, avere dei promemoria circa gli appuntamenti, scambiarsi consulenze e anticipare in qualche modo le situazioni difficili (utilizzo di griglie per la registrazione dei limiti) e sapere quale altro operatore è intervenuto con l'assistito. Inoltre, ha permesso a caregiver e familiari di essere maggiormente coinvolti nella cura dell'assistito, andando direttamente a verificare orari e giorni delle visite e comunicando direttamente con gli operatori che lavorano a casa tramite messaggistica.

Tuttavia alcuni professionisti hanno mostrato riluttanza circa il suo utilizzo, con conseguenze sui reali benefici che questo strumento avrebbe potuto apportare (es. la scarsa disponibilità di alcuni professionisti a programmare incontri, dubbi sul reale interesse in termini di coordinamento dell'utilizzo di uno strumento digitale, timori anche per i propri pazienti come una reale volontà di utilizzare questo tipo di strumento, l'eccessivo tempo richiesto per inserire le informazioni, l'abitudine a fare segnalazioni di persona).

---

<sup>26</sup> I dati sono stati estratti dal report finale di valutazione ALCOTRA PROSOL SENIOR a cura di ADMR 04 dedicato al progetto: Provence Alpes Agglomération Fédération ADMR 04 ALCOTRA PROSOL SENIOR. Rapport d'évaluation final: Expérimentation d'un outil numérique de coordination « Dôme » au domicile de 35 bénéficiaires de l'ADMR 04, Juillet 2022. IRES Piemonte non ha avuto maggiori informazioni sul disegno dello studio in termini di randomizzazione, numerosità campionaria, caratteristiche dei due gruppi a confronto, metodo di reclutamento e della raccolta delle informazioni.

Non solo da parte dei professionisti, ma anche i pazienti hanno avuto la loro parte: infatti, sebbene gran parte degli operatori fossero interessati ad usarlo, pochi pazienti sono risultati interessati a partecipare al progetto ostacolando di fatto il suo utilizzo anche per il professionista.

**Punti di forza e limiti dell'azione dell'intervento.** Un primo punto di forza emerso tra gli i vari attori coinvolti è che il progetto ha consentito all'ADMR di creare e rafforzare legami con molteplici stakeholder e professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, delegati di tutela, ecc.) nonché con partner istituzionali (CLIC, SSIAD, PTA, CCAS, Ospedale, Centri diurni, CMP, Centri sanitari).

L'applicazione permette ai famigliari e agli assistenti domiciliari di essere *attori* nella rete assistenziale all'anziano non autosufficiente, al fine di migliorare l'assistenza e la qualità di vita e lavorativa di tutti i soggetti coinvolti.

Tuttavia, il fatto che l'intervento non prevedesse visite per monitorare il progetto e la capacità o reale utilizzo del tablet da parte dell'anziano coinvolto.

**Anomalie e limiti tecnici dello strumento:**

- Compatibilità del software: il software di progettazione degli altoparlanti utilizzati dagli utenti non era compatibile con lo strumento. È stato possibile renderli compatibili a condizione di contattare il supporto del software professionale in modo che i suoi sviluppatori contattassero a loro volta gli sviluppatori Dôme (tempi molto lunghi e difficili da implementare vista la durata dell'esperimento).
- Anomalia con i telefoni dei risponditori ADMR che ha richiesto un intervento tecnico.
- Preoccupazioni in merito alla protezione dei dati e alla necessaria riservatezza, scadenze e procedure amministrative specifiche
- I problemi di rete di alcune località coinvolte ha scoraggiato il suo utilizzo (Bras d'Asse e La Javie),

**5.4.2 L'azione "Evolu'Dom. Adaptation du logement" di ADMR05 Hautes-Alpes (a cura di Eclectica)**

**Metodi.** Al fine di una valutazione qualitativa dell'azione, sono state condotte 4 interviste semi-strutturate secondo una traccia di intervista riportata nell'Allegato 3. I soggetti intervistati sono stati individuati dal partner responsabile dell'azione. Sono stati coinvolti gli operatori professionisti chiamati

ad intervenire per ADMR05 Hautes-Alpes, un tecnico che si occupa della valutazione iniziale dei lavori per un'organizzazione partner del programma, un consulente per l'autonomia<sup>27</sup> e un caregiver.

Per ragioni organizzative dovute alla pandemia, le interviste sono state condotte su supporto informatico tramite piattaforma Zoom nel periodo novembre 2021- luglio 2022. Le interviste sono state registrate, a seguito di consenso dell'intervistato. L'analisi delle interviste è resa in maniera anonima.

La traccia di intervista, suddivisa in due parti, ha voluto rendere conto del coinvolgimento nell'azione e delle esperienze pregresse degli intervistati, ma anche e soprattutto della rappresentazione della problematica e dell'intervento individuati dall'azione, insieme agli scenari futuri secondo i diversi profili professionali coinvolti. La situazione pandemica non è stata oggetto di una sezione specifica ma si è tenuto conto del suo impatto in alcune sotto-domande. La traccia è stata utilizzata in maniera flessibile a seconda del profilo dell'intervistato.

**La genesi e le caratteristiche dell'azione Evolu'Dom.** L'azione Evolu'Dom è stata realizzata a partire dalla volontà di ADMR05 di sfruttare la propria esperienza di assistenza a domicilio e la propria rete di collaboratori, professionisti e volontari, per supportare e accompagnare gli utenti nel percorso di richiesta di finanziamento e lavori di adattamento del proprio domicilio. L'azione si inserisce nel contesto legislativo francese delle "Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement"<sup>28</sup> e "Loi Grand Age et Autonomie: Objectif national de prévention du maintien à Domicile"<sup>29</sup> che mirano alla prevenzione del mantenimento a domicilio delle persone anziane *over 60*, una tematica che il governo francese ha determinato come prioritaria, in particolar modo a seguito della pandemia<sup>30</sup>.

Evolu'Dom ha preso avvio nel 2019 ma ha subito una battuta d'arresto nel 2020, a causa della pandemia e dell'impossibilità di effettuare le visite a domicilio e, di conseguenza, di intraprendere i lavori con ditte specializzate. A seguito dell'allentamento delle misure restrittive, l'azione è stata rilanciata a giugno 2021, grazie anche alla sua diffusione nei territori del Dipartimento attraverso alcuni spot radiofonici.

Vista l'esperienza pregressa, ADMR05 ha potuto fare leva sulla conoscenza individualizzata di ciascun utente, del suo stile di vita e del suo *entourage*, facilitando così la costruzione di una relazione di fiducia

---

<sup>27</sup> Il consulente per l'autonomia lavora direttamente con i professionisti dei settori sociale, medico-sociale, medico e paramedico. Presta il proprio servizio presso gli uffici del dipartimento e visita le persone a casa.

<sup>28</sup> Legge di adattamento della società all'invecchiamento.

<sup>29</sup> Legge età avanzata e autonomia: obiettivo nazionale di prevenzione del mantenimento a domicilio.

<sup>30</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-a-domicile-et-en?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab20005d9077f9ce41ef4fedd288f8f84dc16384fd6894d903b41bcd0447bcb561b56c08c866a1ea1430006ef71cf5ae706aed303b8cc9cb0e6aed43b95236d80cba5fd5740a24ec3d26dd3207a8e43d191719124b19124a1ba974](https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-a-domicile-et-en?TSPD_101_R0=087dc22938ab20005d9077f9ce41ef4fedd288f8f84dc16384fd6894d903b41bcd0447bcb561b56c08c866a1ea1430006ef71cf5ae706aed303b8cc9cb0e6aed43b95236d80cba5fd5740a24ec3d26dd3207a8e43d191719124b19124a1ba974).

che ha permesso ai professionisti coinvolti di realizzare dei progetti personalizzati che rispondessero ai bisogni, alle aspettative e ai desideri delle persone accompagnate, dei loro caregiver e dei loro parenti.

Uno dei punti di partenza dell'iniziativa è legata al fatto che, ad oggi, secondo gli intervistati, l'unica possibilità che hanno gli anziani non più in condizione di rimanere presso il proprio domicilio che presenta deficit strutturali o barriere architettoniche, è quella di entrare in casa di cura.

*In Francia non ci sono alternative alle EHPAD per le persone che non possono più rimanere nella propria casa. Non fossimo venuti a conoscenza di Evolu'Dom sono certo che mia mamma, dopo il suo AVC<sup>31</sup>, sarebbe finita in una casa di riposo e ora non sarebbe più qui. (Intervista 3)*

*Da noi (in Francia) non ci sono alternative... le persone se ne rendono conto. Ci sono persone che decidono di andare in una casa di cura ed è spesso perché la casa non è più adatta e inoltre perché siamo in un dipartimento isolato. Allora accettano di andarci ma il freno è che la casa di cura è vista come un luogo dal quale si sa che non si uscirà più. Lo shock è ancora maggiore perché spesso sono costrette ad andarci dopo un trauma (Intervista 2).*

In questo senso, un progetto come quello di Evolu'Dom si pone innanzitutto come alternativa: infatti, la maggior parte delle volte, la scelta di una casa di cura avviene in situazioni di emergenza, a seguito di incidenti o di problemi fisici che comportano una scelta vincolante e irreversibile, mentre Evolu'Dom mette in luce l'importanza di anticipare gli interventi di adattamento il più possibile, al fine di evitare situazioni emergenziali. Per questo la sensibilizzazione e la comunicazione sono quindi un asset fondamentale delle azioni rivolte all'adattamento delle abitazioni al fine di attuare la legge sopracitata.

**I bisogni segnalati dagli intervistati.** Alla base della nascita dell'azione Evolu'Dom vi è il bisogno, espresso dagli operatori specializzati nell'autonomia della persona, di incrementare la conoscenza degli strumenti di finanziamento disponibili e degli interventi attuabili nelle abitazioni da parte dei possibili beneficiari e dei loro parenti e caregiver e, successivamente, di semplificare l'accesso alle richieste di intervento.

Strettamente connesso alla sensibilizzazione, un altro bisogno segnalato riguarda l'accesso dei beneficiari ai finanziamenti prima di entrare in una situazione di dipendenza (GIR 4-6), ossia la messa in pratica di azioni preventive, così come indicato dalla Legge "Grand Age et Autonomie : Objectif national de prévention du maintien à Domicile".

*Vediamo che molte persone attendono l'ultimo momento. I lavori sono fatti quando per esempio c'è stata una caduta e si è passato un periodo in ospedale, per questo vengono*

---

<sup>31</sup> Accident vasculaire cerebral (infarto cerebrale).

*fatti in urgenza e per questo non sono così accettati dall'anziano. Diventa problematico perché c'è meno tempo per riflettere, non ci si può appropriare dei lavori. Nell'urgenza, inoltre, non possiamo mobilitare tutti gli enti che potrebbero finanziare, e ciò mette ancora più in difficoltà le persone in quanto qui (nel Dipartimento Hautes-Alpes) le pensioni sono basse perché sono legate all'agricoltura, non è facile quindi pensare di investire i propri risparmi in tali lavori. (Intervista 1)*

Evolu'Dom dovrebbe rispondere, a detta degli intervistati, alla necessità di accrescere sul territorio la coscienza sull'importanza dell'adattamento dell'abitazione, in particolar modo proprio attraverso i caregiver, i quali sono i primi che possono individuare le necessità nella vita di tutti i giorni dalla persona anziana nella propria abitazione ma ai quali *“Sembra insormontabile l'intraprendere una domanda di finanziamento, a causa delle scarse conoscenze in materia e della burocrazia” (Intervista 4).*

Infatti, proprio il bisogno di informazione e di assistenza burocratica viene sottolineato dai caregiver e dai parenti del possibile beneficiario, i quali ammettono che, senza la sensibilizzazione attuata dall'azione in questione, non sarebbero venuti a conoscenza delle possibilità di finanziamento e degli interventi necessari.

Gli operatori hanno manifestato, inoltre, l'esigenza di facilitare l'accesso alle richieste di finanziamento attraverso un unico servizio che prenda in carico la domanda del beneficiario in tutte le fasi richieste (dalla consulenza burocratica, alle valutazioni sul rischio nelle abitazioni da parte di un tecnico o di un ergonomo, all'avvio dei lavori attraverso le imprese artigiane). Per tale ragione, ADMR05 ha da subito creato una rete tra i diversi professionisti e organizzazioni del territorio, in modo da creare un servizio integrato.

**L'analisi SWOT.** Le interviste realizzate con gli operatori dell'azione Evolu'Dom hanno messo in luce punti di forza e criticità che sono state sintetizzate a posteriori in un'analisi SWOT, individuando anche le opportunità e le minacce che derivano dal contesto esterno al progetto.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- creazione di una rete tra enti e associazioni che si occupano del diritto alla casa, professionisti della salute e imprese</li> <li>- accompagnamento lungo tutto il percorso di adattamento della casa (dalla valutazione iniziale a quella finale passando per la richiesta di finanziamento)</li> <li>- accorciamento dei tempi che intercorrono tra la decisione del beneficiario di avviare una domanda di</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- azione rivolta esclusivamente ai beneficiari di ADMR05</li> <li>- la burocrazia e i tempi di attesa per ottenere i finanziamenti</li> <li>- molte domande avvengono in situazione di emergenza (a seguito di una caduta dell'anziano)</li> <li>- scarsa conoscenza da parte dell'entourage dell'anziano degli strumenti a disposizione per ottenere un'agevolazione economica</li> </ul>



Punti di forza	Punti di debolezza
<p>sovvenzione e i lavori, grazie all'opera di intermediazione di Admr05 e la messa in rete con gli altri attori territoriali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza delle imprese artigiane come vettore di sensibilizzazione</li> <li>- firma della Charte "Engagement-qualité" che vigila sulla buona riuscita dei lavori e sull'impegno delle aziende artigiane.</li> <li>- opere di ristrutturazione o di adattamento rivolte anche ai caregiver (doppio target dell'azione)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi fatti in situazioni di emergenza per cui i lavori che l'utente decide di intraprendere non sono spesso finanziati o sono finanziati in percentuale inferiore alle possibilità offerte dagli enti finanziatori, per mancanza di tempo nell'attesa delle domande</li> </ul>
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> <li>- estensione dell'azione a un pubblico di over 60 più vasto (oltre ADMR05)</li> <li>- ampliamento del target rivolgendosi anche a fasce di età più giovani (operazione di prevenzione)</li> <li>- comunicazione corale sull'importanza di anticipare l'adattamento dell'abitazione in vista dell'invecchiamento (si vedano i workshop conoscitivi del Dipartimento 05 e il Forum previsto in autunno)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i finanziamenti di alcuni enti (quali le casse pensionistiche) che vanno a discapito dei GIR di autonomia inferiore</li> <li>- presenza di abitazioni rurali dove difficilmente è possibile intervenire strutturalmente</li> <li>- difficoltà culturale e sociale degli utenti ad accettare l'invecchiamento</li> <li>- problemi economici degli utenti che non permettono di intraprendere i lavori, anche se finanziati in parte variabile</li> </ul>

## 5.4.1 Sport e Salute nelle Alpi Marittime e nell'Alta Provenza

### 5.4.1.1 Sport Santé nelle Alpi Marittime

**MNCA Sport Santé** Alcune riflessioni emerse da chi si è occupato dell'intervento e della sua valutazione riguardano l'impatto a livello comunitario dell'intervento Senior nei comuni della val Vesubia. In conseguenza all'epidemia da COVID-19 e alle politiche di distanziamento sociale, emerge tra i partecipanti un bisogno di relazioni sociali a cui in parte il programma ha contribuito a rispondere. Il bisogno di ritrovare spazi di socializzazione è stato anche sopperito grazie alle opportunità offerte dal programma. Ma non solo. Senior è stato anche uno stimolo per riavviare la comunità dopo le prime fasi di emergenza pandemica: agli organizzatori, è stato riconosciuto dalle comunità il coinvolgimento delle associazioni locali e degli attori che offrono servizi di attività fisica adatta, proponendo sul territorio un servizio che potesse rispondere a più dimensioni della salute di una popolazione, quella fisica ma anche

quella psicologica e sociale. Questo ha creato sinergie e collaborazioni con gli enti locali che, in prima linea, hanno contribuito finanziariamente o attraverso la concessione di spazi e infrastrutture, alla riuscita dell'intervento.

Un'altra riflessione riguarda la messa in rete degli attori principali e degli stakeholders affinché questo programma diventi una prassi e non rimanga una buona pratica contingente al finanziamento PITEM Pro.Sol. Per continuare si possono coinvolgere di versi attori, dai professionisti sanitari a quelli sociali passando per istruttori e professionisti dell'attività fisica, dai centri sanitari a quelli sportivi per l'individuazione dei contesti migliori in cui attivare l'intervento. Tuttavia, rimane fondamentale identificare una struttura di coordinamento in grado di gestire e mantenere l'intervento nel tempo, anche oltre il finanziamento europeo (sostenibilità nel tempo).

#### 5.4.1.2 Sport Santé nell'Alta Provenza: L'azione "Sport-santé" e il programma "Retour au sport" (a cura di Eclectica)

---

**Metodi.** Al fine di una valutazione qualitativa dell'azione, sono state condotte tre interviste semi-strutturate a operatori a contatto con il target, due facenti parte dell'azione Sport-Santé e del programma "Retour au sport" (il coordinatore, nonché referente della Casa di cura Irène Joliot Curie, e l'insegnante di educazione fisica adattata) e uno facente parte di un programma di sport su prescrizione, il programma "Progress", partner di "Retour au sport". A queste si è aggiunta un'intervista di gruppo a tre medici di medicina generale coinvolti nell'azione e restituita dagli intervistati in forma scritta. I soggetti intervistati sono stati individuati dal partner responsabile dell'azione.

Per ragioni organizzative dovute alla pandemia, le interviste sono state condotte sulla piattaforma zoom nel periodo luglio-settembre 2021, seguendo la traccia di intervista riportata nell'Allegato 3. Le interviste sono state registrate con il consenso dell'intervistato e l'analisi è resa in maniera anonima.

La traccia di intervista, suddivisa in due parti, ha voluto rendere conto del coinvolgimento nell'azione e delle esperienze pregresse degli intervistati, ma anche e soprattutto della rappresentazione della problematica e dell'intervento individuati dall'azione, insieme agli scenari futuri secondo i diversi profili professionali coinvolti. La situazione pandemica non è stata oggetto di una sezione specifica ma si è tenuto conto del suo impatto in alcune sotto-domande. La traccia è stata utilizzata in maniera flessibile a seconda del profilo dell'intervistato.

**La genesi e le caratteristiche dell'azione.** L'azione Sport-Santé è stata realizzata a partire dalla volontà di PAA di avviare un programma di "Sport-Santé" di lungo corso per sopperire ad alcune criticità riscontrate in programmi simili già in essere. Il primo step di realizzazione dell'azione ha previsto la partecipazione di PAA, insieme al CDOS-Comité Départemental Olympique Sportif e al Centre médico

sportif des Alpes-de-Haute-Provence, al bando nazionale del Ministère de la Solidarité et de la Santé al fine di ottenere il marchio “Maison Sport-Santé”. La necessità di ottenere il marchio Maison Sport-Santé è stata sostenuta, inoltre, dalla città di Digne-les-Bains, dai club sportivi e dalle associazioni sportive presenti sul territorio. Inoltre, la carenza di un’offerta strutturata di attività di educazione fisica adattata, proposta sia da strutture pubbliche che private, ha incentivato i medici a impegnarsi in prima persona.

Per la sua elaborazione è stata creata un’equipe *ad hoc* che comprende professionisti della salute e dello sport, in particolare gli insegnanti APA, e i medici di medicina generale operanti sul territorio. Occorre puntualizzare che in Francia, come spiegato dagli intervistati, si distinguono due tipi di attività fisica, sulla base della natura preventiva o terapeutica della stessa:

- Sport Santé Bien-être: le persone svolgono un’attività fisica per il proprio benessere anche se non hanno patologie. Le azioni sono quindi di natura preventiva. La persona che anima le sessioni è un insegnante APA ma non deve provvedere a una valutazione individuale di ciascun partecipante così come non è previsto l’adattamento dell’attività al singolo partecipante;
- Sport-Santé: l’attività è svolta a scopo terapeutico e a seguito di prescrizione medica. Si rivolge soprattutto ai malati cronici, ai quali viene suggerito di praticare sport come terapia e cura. Oltre all’impegno del proprio medico curante o di un medico specialista, è necessaria anche una valutazione iniziale di un insegnante APA. Quest’ultimo indirizza la persona verso le attività da svolgere. Le attività di sport-santé sono precluse alle persone con patologie che svolgono già attività sportiva così come a coloro che sono già iscritti a un’associazione sportiva.

L’azione di PAA si inserisce nel secondo gruppo di attività proposte, per questo è stato necessario individuare degli insegnanti APA che si occupassero della valutazione degli utenti insieme al medico curante o specialista. L’insegnante APA, come descritto da uno di loro:

*È un professionista che svolge attività su prescrizione medica, riceve le persone e fa una valutazione delle capacità fisiche e un’intervista motivazionale per conoscere i loro obiettivi. Introduce inoltre il programma. Le sedute possono essere di attività artistica o di danza come la zumba; basate su movimenti di coordinazione con ritmi accessibili e musica; o multisport, paddington, basket, marcia nordica... Un collega invece fa delle attività di rinforzo muscolare. Le attività sono svolte una volta a settimana e durano 1 ora, 1 ora e mezza a seconda dell’attività ma per esempio il nordic walking all’esterno dura di più. (Intervista 2)*

La reperibilità degli insegnanti APA sul territorio di PAA è stata una delle prime difficoltà riscontrate dagli organizzatori. La carenza di figure di questo tipo è considerata un’eccezionalità di quest’area, poiché in altre zone, anche rientranti nel Dipartimento 04, si constata un trend opposto, ossia un surplus di offerta rispetto alla domanda. Sul territorio di Digne-les-Bains, invece, vi era una sola persona qualificata. Per

tale ragione la ricerca di altri professionisti si è estesa oltre il territorio di PAA, riuscendo a coinvolgere tre insegnanti APA che operano attualmente nell'azione.

**I bisogni segnalati dagli operatori.** Gli operatori hanno segnalato che tra le motivazioni e i bisogni che sostengono l'iscrizione al programma "Retour au sport" da parte dei beneficiari vi sono, in generale:

- la volontà di migliorare la qualità della propria vita e la stima di sé,
- la necessità di socialità,
- la creazione di nuovi legami sociali, bruscamente interrotti dalle restrizioni per la pandemia.

La situazione di isolamento ha inoltre favorito il rinnovarsi dell'interesse per l'attività fisica nella popolazione con patologie che, in questo periodo, ha potuto iniziare o continuare l'attività anche durante il lockdown, perché era una delle attività che non ha subito restrizioni durante l'emergenza:

*Ci sono persone anche di 53-54 anni che non sono senior ma sono malati cronici. La maggior parte di questi ha fatto poca attività fisica nella vita mentre alcuni erano sportivi ma poi hanno abbandonato, allora si rimettono in forma, hanno scoperto con il lockdown che l'attività fisica fa bene. (Intervista 2)*

Questi aspetti trovano anche riscontro, secondo gli intervistati, nell'incremento evidente di prescrizioni di sport-santé da parte dei medici che le ritengono un forte incentivo per intraprendere un'attività di educazione fisica adattata:

*Le motivazioni per iniziare il programma non sono state le stesse alle quali si assisteva prima della pandemia. La persona con una prescrizione di sport-santé, inoltre, si assume un impegno ma non è ancora iscritta quindi ci vuole una piccola parte di motivazione e volontà. Dopo il programma gli utenti si rendono conto che è molto benefico e che hanno enormi benefici a fare un'attività fisica continuativa. (Intervista 2)*

Gli operatori hanno dichiarato che, a seguito dell'emergenza Covid-19, è emersa la necessità, segnalata dai medici stessi, di agire anche sul benessere psicologico dei pazienti, oltre che sul benessere fisico.

I beneficiari che hanno iniziato o portato a termine i cicli prescritti hanno manifestato, inoltre, la volontà di proseguire l'attività fisica e la necessità di essere indirizzati verso altre strutture che offrono sessioni di educazione fisica adattata.

Dal canto loro, invece, le associazioni sportive hanno manifestato il bisogno di essere accompagnate nell'adeguamento dei loro servizi all'offerta di sport-santé. A questo scopo, non è solo necessaria la presenza di un insegnante APA, ma gli altri operatori dovrebbero seguire una formazione specifica per poter proporre questo tipo di offerta, indirizzata agli utenti con bisogni specifici.

Alla luce dei bisogni individuati, gli operatori di PAA coinvolti nell'azione hanno dichiarato che la situazione pandemica, in questo caso, è risultata vantaggiosa allo sviluppo dell'azione.

Questo trova riscontro anche per i medici che sostengono che l'azione di PAA è stata considerata in modo positivo dai beneficiari secondo quanto emerso dal questionario di soddisfazione somministrato dal partner:

*Hanno dato riscontri positivi, rispetto alla "soddisfazione", su una scala da 0 a 10, siamo sopra il 9, quindi c'è stata una grande soddisfazione (Intervista 1).*

L'avvio del programma "Retour au sport" e, in generale, dell'azione "Sport-santé", ha permesso alle associazioni del territorio di potersi avvicinare a questa nuova offerta e utenza.

In questo senso, i medici di medicina generale sostengono l'importanza di poter fare affidamento su un progetto avviato di sport-santé e su una rete solida di strutture senza i quali non sarebbe possibile dar seguito alle prescrizioni. Allo stesso tempo, il progetto necessita ancora di una strutturazione maggiore per poter dare continuità all'offerta e entrare in modo stabile nel panorama delle offerte presenti sul territorio.

**La costruzione di una rete tra attori del territorio al fine di raggiungere l'obiettivo "territoire en pleine santé".** L'azione si inserisce nel quadro della strategia di sviluppo economico di PAA con la quale si è prefissati l'obiettivo di costituire, all'interno di un'area con un potenziale inespresso, un territorio "in piena salute" che risponderebbe sia alle aspettative del mercato sia ai principali target turistici. L'azione si prefigge l'obiettivo di sviluppare il comparto della Silver economy<sup>32</sup>, attorno agli assi "bien vieillir" e "termalismo", in modo:

- trasversale, a livello delle diverse competenze dell'agglomerato;
- condiviso tra i diversi attori economici e del mondo delle associazioni e gli abitanti. Quest'ultimi potrebbero divenire i primi beneficiari della Silver Economy, la quale è anche un vettore di attrattività residenziale (per le persone pensionate che decidono di insediarsi in un territorio con tale offerta, ma anche per le famiglie con persone in età da lavoro, nel contesto dei posti di lavoro che potrebbero essere creati) (Diagnostic ScoT, 2021, p. 208-209).

---

<sup>32</sup> Per il territorio, si tratta di assumere un approccio globale, di realizzare progetti, per i suoi abitanti e visitatori, intorno al benessere, al vivere meglio, alla prevenzione, allo sport e al rispetto dell'ambiente e di sé stessi.

Come sostenuto anche dagli intervistati, il territorio di PAA mostra una domanda crescente di sport-santé. Le difficoltà maggiori da superare, per lo sviluppo di un'offerta adeguata alla domanda, sono legate soprattutto alla morfologia del territorio che, seppur non eccessivamente esteso, è composto da diverse valli che rendono i tragitti lunghi per coloro che vogliono recarsi nel bacino dignois a svolgere le sessioni di educazione fisica adattata. La carenza di opportunità per partecipare ad attività sportive in generale è causata anche dalla mancanza di associazioni sportive che sono dislocate a macchia di leopardo sul territorio, con una concentrazione dell'offerta a Digne-les-Bains, realtà urbana dove vi sono gli impianti e le dotazioni sportive. La stessa creazione della Maison Sport-Santé è stata resa possibile dalla disponibilità del Comune di Digne-les-Bains e si appoggia alle sale o agli impianti sportivi comunali.

La volontà dei partner del progetto è quella di estendere l'esperienza, avviata grazie all'azione Sport-Santé all'interno del progetto Pitem PROSOL, a tutto il territorio attraverso la creazione di una rete di associazioni e di attori (si veda il dialogo avviato con le terme di Digne-les-Bains) che possano prendere in carico i beneficiari dopo il programma "Retour au sport" e operare autonomamente, implementando l'offerta di attività di sport-santé. Per tale ragione, la firma di una "carta" che attesti l'impegno e il coinvolgimento da parte degli enti è considerato un aspetto fondamentale per il proseguimento dell'iniziativa.

Tali impegni sono già stati assunti dal Programma "Progress" del Comité Régional de la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire<sup>33</sup> che, venuto a conoscenza dell'azione di PAA tramite la comunicazione svolta da quest'ultimo a mezzo stampa, si è messo in contatto con i referenti della Maison Sport-Santé al fine di avviare la presa in carico degli utenti coinvolti nel programma "Retour au sport".

Il programma "Progress" è già attivo da tre anni sul territorio di Digne-les-Bains e si occupa della presa in carico di persone con patologie croniche, proponendo loro tre attività settimanali (distribuite su un arco temporale di nove mesi da settembre a giugno) guidate da un insegnante APA, al termine delle quali l'utente può decidere di proseguire con il programma o essere indirizzato dagli insegnanti APA, e con il consulto del medico di medicina generale, verso un'associazione sportiva per lo svolgimento di attività fisica senza prescrizione medica. Le azioni si svolgono sia all'interno di strutture sportive (tra cui in piscina), sia all'esterno. Ad oggi, la partecipazione al programma ha un costo di adesione, grazie al quale è possibile sostenere i costi di affitto delle strutture dal Comune di Digne-les-Bains. L'adesione del Comité ha rappresentato un primo passo per mettere le basi per la continuità delle azioni proposte da PAA. Infatti, grazie al programma "Progress", i beneficiari di "Retour au sport" che desiderano proseguire l'attività, possono continuare a praticare sport secondo la propria preparazione fisica, anche

---

<sup>33</sup> <https://www.DignelesBains.fr/2020/09/progress-pour-garder-une-bonne-condition-physique/>

se necessitano di una nuova prescrizione medica e di sottoporsi di nuovo alla valutazione dell'insegnante APA di "Progress", che viene comparata con quella svolta dall'insegnante APA di "Retour au sport". Il vantaggio di questa partnership è la possibilità di monitorare la persona su un arco temporale lungo.

**L'analisi SWOT.** I punti di forza e le criticità emersi dalle interviste realizzate con gli operatori della Maison Sport-Santé, i medici e l'operatore del programma Progress, sono state sintetizzate nella tabella seguente grazie alla realizzazione di un'analisi SWOT, individuando anche le opportunità e le minacce che derivano dal contesto esterno al progetto.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azione inserita in una strategia sanitaria nazionale, per cui presenza di linee guida</li> <li>- Valutazione iniziale e finale del beneficiario, anche a distanza di mesi, con griglie di valutazione create <i>ad hoc</i></li> <li>- Interazione con il Comité Régional de la Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire a Volonne che offriva già un programma di lungo corso di Sport-Santé</li> <li>- Creazione di reti con altre realtà del territorio (si veda le Terme di Digne-les-bains)</li> <li>- La prescrizione del medico è un forte incentivo all'intraprendere l'attività fisica adattata da parte del target</li> <li>- Forte domanda di poter proseguire l'attività da parte dell'utenza al termine delle 12 settimane</li> <li>- Attività non destinata solo ai Senior ma aperta anche ad altre fasce di età</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessità di adeguamento delle associazioni sportive pubbliche e private per l'accoglienza di programmi di Sport-Santé</li> <li>- Carenza di insegnanti APA sul territorio dignois</li> <li>- Programmi di breve durata (tre settimane) e preclusione per il beneficiario di reitararli</li> <li>- Le valutazioni iniziali hanno richiesto molto più tempo del previsto</li> <li>- Difezioni lungo il programma di tre settimane con impossibilità di ammettere altri utenti <i>in fieri</i></li> <li>- L'offerta limitata al bacino dignois</li> <li>- I medici che hanno risposto operano su Digne-les-Bains</li> <li>- Gli insegnanti APA operano in libera professione e non sono dipendenti</li> </ul>
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di linee guida nazionali, racchiuse nel disciplinare delle Maison Sport-Santé, pubblicate ogni anno nel bando per la creazione di Maison Sport-Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impatto delle restrizioni e delle nuove misure di contenimento della pandemia sul numero di possibili beneficiari per ogni attività (a oggi otto</li> </ul>

<p>Possibilità di partecipare a bandi <i>ad hoc</i> per il sostegno delle attività della Maison Sport-Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilità di estendere l'azione ad altri beneficiari quali, ad esempio, le persone colpite da long-Covid e dalle sindromi post-Covid</li> <li>- Rinnovato interesse per l'attività fisica dopo i mesi di isolamento e di misure di contenimento della pandemia</li> <li>- Presenza di associazioni sportive che offrono programmi di Sport-Santé</li> <li>- Facilità di orientamento delle persone con malattie croniche verso un programma APA</li> <li>- Assicurazione di una presa in carico in sicurezza dei pazienti.</li> </ul>	<p>pazienti per le attività indoor e 12 per quelle outdoor)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paura del contagio da parte dei beneficiari</li> <li>- Chiusura per pandemia delle attività delle associazioni sportive</li> <li>- Mancanza di associazioni nei territori più marginali</li> <li>- Azione soggetta a finanziamenti esterni</li> <li>- Necessità di richiedere un cofinanziamento futuro da parte dell'utente</li> <li>- Territorio estremamente vasto per dare offerta su tutto territorio</li> <li>- Trasporti pubblici limitati al bacino d'ignois</li> </ul>
--	--

## 6. Le azioni transfrontaliere nel Progetto Senior

---

### 6.1 Azioni in comune tra i partner

Il progetto Senior è stato pianificato, come già citato nei capitoli introduttivi di questo report, sulla base di elementi comuni a tutti i territori partecipanti. Innanzitutto, la fascia d'età della popolazione a cui sono state dedicate le azioni progettuali, le caratteristiche di tale popolazione, in parte affetta da patologie croniche e/o degenerative, dotata di un grado di autonomia più o meno elevato e, laddove il grado di autonomia e indipendenza è elevato, vi è l'obiettivo di preservarlo; le condizioni di isolamento e distanza dai servizi; le caratteristiche dei territori stessi. Gli elementi comuni che caratterizzano la popolazione e i territori target fanno sì che anche i bisogni che insorgono da tali elementi siano molto somiglianti, se non esattamente coincidenti. Ed ecco quindi che i partner che collaborano nel progetto, guidati dal capofila Provence Alpes Agglomeration, hanno cercato di concertare soluzioni e risposte ai bisogni riconosciuti e analizzati. Ogni partner ha dovuto lavorare nel proprio specifico contesto locale, tenendo però sempre ben presente l'opportunità di confronto reciproco, fonte di stimoli, suggestioni, idee costruttive. Complessivamente, nonostante il maggior ostacolo da affrontare per la gran parte della durata del progetto, ovvero i due anni di pandemia da Covid 19 che hanno reso impossibile il confronto diretto, in presenza ed in tempo reale, per giungere a soluzioni congiunte transfrontaliere, i partner di Senior sono riusciti a realizzare degli ottimi e promettenti risultati.



Le azioni progettuali si delineavano infatti a partire non già dalla distinzione tra singoli territori, bensì da obiettivi comuni, raggiungibili attraverso la loro pianificazione a confronto. Di seguito vengono elencate in estrema sintesi:

WP3 A1: coordinamento degli attori/soggetti sociosanitari sul percorso dei pazienti/utenti

WP 3 A2: studio e sperimentazione di strumenti digitali

WP3 A3: formazione degli operatori e dei caregiver

WP4 A1: modelli organizzativi dedicati alla prevenzione

WP4 A2: adattamento delle abitazioni private di soggetti anziani a rischio non-autosufficienza

Le azioni progettuali, sebbene per motivi gestionali di progetto siano state suddivise in 2 workpackage apparentemente separati e distinti, si sono necessariamente integrate e reciprocamente contaminate in maniera costruttiva e stimolante. Lo scambio tra partner, nonostante tutte le difficoltà di incontro in presenza che, per quasi due anni, è stato precluso, è avvenuto innanzitutto attraverso le riunioni organizzate dall'ente coordinatore PAA (Co-Pil, Co-Tech), durante le quali gli enti partner hanno avuto l'opportunità di ascoltare reciprocamente le descrizioni dello svolgimento delle azioni locali, facendo tesoro degli spunti e delle suggestioni, per incrementare le proprie azioni con l'innesto di elementi innovativi. IRES Piemonte, nel proprio ruolo di monitoraggio, valutazione e supporto metodologico ha adottato una doppia modalità conoscitiva dei contesti e dei soggetti partecipanti a Senior, finalizzata poi al confronto transfrontaliero: dapprima è stato svolto uno studio 'teorico' dei contesti, attraverso fonti bibliografiche e istituzionali, riguardanti sia il sistema sociosanitario francese, in particolare delle regioni partecipanti a PRO-SOL, che quello italiano. Lo studio teorico dei contesti ha prodotto una descrizione dettagliata degli elementi demografici, sociali e sanitari di interesse del progetto (v. Report IRES-Eclectica Un "viaggio" sul confine Italia - Francia alla scoperta dei territori Senior: dati di contesto). Un secondo step conoscitivo si è sviluppato organizzando delle interviste ai soggetti chiave, protagonisti delle azioni progettuali appartenenti ai contesti geografici più distanti dall'area di riferimento del coordinamento centrale dell'intero PRO-SOL (Regione Piemonte), anche dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi coinvolti (regioni francesi e Regione Liguria). La barriera linguistica ha costituito talvolta un problema di comunicazione immediata, poi superato dalla presenza di un servizio di traduzione ad-hoc e dal miglioramento della conoscenza reciproca tra i professionisti partecipanti.

Seguendo indicativamente l'elenco degli argomenti dei WP di progetto è possibile leggere dei legami logici tra i singoli elementi: tutti i partner hanno curato delle attività per giungere all'obiettivo del coordinamento, innanzitutto tra professionisti sociosanitari, oppure appartenenti al terzo settore e all'associazionismo, per coadiuvare il coordinamento dei percorsi socioassistenziali da dedicare ai beneficiari finali. Il coordinamento tra professionisti, istituzioni e soggetti vicini ai beneficiari finali dell'azione fa sì che i beneficiari seguano e siano seguiti e supportati in percorsi di salute o di cura organici e continuativi, cercando di renderli sempre più partecipati e condivisi con tutti gli stakeholder coinvolti (o potenzialmente da coinvolgere per ottenerne una maggiore efficienza ed efficacia). Alcuni elementi cardine sono stati evidenziati come strumenti per il coordinamento degli attori sociosanitari con gli altri soggetti coinvolti: gli strumenti informatici e digitali costituiscono un elemento di contatto tra di loro che funziona attraverso l'uso condiviso e la comunicazione che tali strumenti implicano. Un tablet nell'azione Dome, nei territori di Digne-les-Bains, La Javie e la valle dell'Asse, ha permesso ai beneficiari di comunicare ai professionisti che intervengono al loro domicilio delle informazioni che riguardano la loro situazione di salute. Altri partner hanno adottato uno strumento digitale di telemedicina e monitoraggio a distanza di pazienti affetti da patologie croniche neurodegenerative, producendo automaticamente anche un miglioramento del coordinamento tra professionisti sanitari (area di Nizza, attraverso alcuni centri ospedalieri di zona, coordinati dal CHU). Anche la ASL CN2 del Piemonte ha dotato gli utenti partecipanti a Senior di uno strumento digitale per entrare in comunicazione remota da casa propria con gli operatori sociosanitari.

Parallelamente agli strumenti digitali che non sostituiscono ma supportano il lavoro dei professionisti, il coordinamento degli attori che interagiscono con i soggetti anziani presso il loro domicilio, o presso altri spazi dedicati è stato incentivato da incontri ad-hoc tra i professionisti stessi, su obiettivi del progetto PROSOL. Sul territorio della Regione Valle d'Aosta, per esempio, su spunto del progetto, si sono intensificate le relazioni già esistenti tra soggetti territoriali di diverse tipologie: le istituzioni sanitarie hanno incrementato le connessioni e i legami con le associazioni locali e con le famiglie ed i caregiver dei soggetti target (anche qui, come nell'area francese intorno a Nizza, si tratta di pazienti affetti da patologie neurodegenerative). Il risultato principale dell'azione di coordinamento degli attori si è concretizzato, nel caso di tutti i partner partecipanti, nella costituzione o rafforzamento di team multidisciplinari che, comunicando in maniera più intensiva tra loro, migliorano la continuità nella presa in carico dei pazienti in un percorso più solido e 'codificato'.

La formazione, indicata dall'organizzazione progettuale nel WP3 A3, ha costituito un elemento di scambio fondamentale. I partner di progetto hanno dibattuto spesso a proposito delle figure professionali in comune e delle figure differenti tra i territori partecipanti. Risulta ovvio che la

formazione dei professionisti sociosanitari avrà un'omogeneità nazionale, rendendo quindi evidenti le differenze tra ruoli professionali specifici dei due versanti, quello francese, e quello italiano. I partner si sono reciprocamente interessati ad approfondire i ruoli professionali potenzialmente 'esportabili' nei diversi contesti, in quanto riconosciuti come utili. Le competenze necessarie e imprescindibili che occorrono agli operatori socio-sanitari che concorrono al mantenimento di utenti/pazienti anziani al proprio domicilio sono sicuramente: la conoscenza dei rischi che corrono, sia i professionisti che intervengono a domicilio, sia gli utenti/pazienti, in merito agli spazi abitativi/lavorativi in cui si muovono; gli ambiti che compongono la condizione di fragilità nei soggetti anziani; le tematiche di prevenzione; la capacità di creare rapporti di fiducia con gli utenti finali; la volontà di collaborare in team professionali multidisciplinari.

Il secondo 'pacchetto progettuale' si è concentrato principalmente su azioni di prevenzione. Gli spazi fisici hanno costituito un elemento molto importante per far sì che i vari soggetti che agiscono lungo i percorsi dei beneficiari si siano potuti incontrare e abbiano potuto comunicare in maniera più diretta: le organizzazioni delle Case della Salute di Digne-Les-Bains (Provence Alps Agglomeration) e di Cortemilia (ASL CN2, distretto di Alba-Bra in Piemonte) e gli operatori che vi lavorano si sono confrontati direttamente fin dall'inizio del progetto, proprio in quanto le strutture contengono spazi dedicati ad attività e modelli confrontabili e replicabili. Gli 'appartamenti didattici' costituiscono una realtà attiva, aperta ed accogliente e creano una permeabilità continua tra l'interno e l'esterno, tra i cittadini e gli operatori, tra la cura e la prevenzione, tra prestazioni sanitarie e prestazioni di supporto sociale. Le attività che si svolgono nelle Case della Salute 'a confronto' hanno beneficiato dello scambio di esperienze, tanto è vero che l'allestimento dell'appartamento didattico nella Casa della Salute di Cortemilia ha tratto alcuni spunti dall'interlocuzione con gli operatori della Casa della Salute di Digne-Les-Bains, incontrati di persona nel 2019. Le reti territoriali create in Valle d'Aosta hanno garantito lo scambio tra professionisti, servizi, spazi, dai più prettamente 'clinici' (Centro Regionale di Diagnosi e Cura delle Demenze) a quelli più di interazione sociale tra i soggetti, coadiuvati dagli 'sportelli sociali' del territorio. Come già descritto in precedenza, gli spazi fisici 'simulati' (appartamenti didattici) replicano gli spazi fisici reali (abitazioni dei soggetti beneficiari) con la finalità di adattarli a tutti i canoni di sicurezza e prevenzione. I luoghi di prevenzione non sono soltanto quelli al chiuso, anzi: l'attività fisica, viene ribadito in Sport Santé, è uno degli elementi basilari della prevenzione e per preservare le condizioni di buona salute; quindi, il partner PAA e NMCA hanno dedicato l'intera azione al movimento fisico all'aria aperta. Per i soggetti con un livello di autonomia ridotto, la ASL CN2 a Cortemilia ha previsto l'attività fisica adattata, seguendo le evidenze scientifiche ormai consolidate in merito. La prevenzione non riguarda solo la salute fisica ma viene indirizzata anche al benessere mentale e all'ambito cognitivo. In PROSOL è stata inclusa sia la prevenzione primaria che quella secondaria, cercando di tenere come

filo conduttore la multidisciplinarietà degli ambiti coinvolti. In Valle d’Aosta la prevenzione riguarda il deterioramento cognitivo e l’utilizzo di attività culturali come strumento. Il welfare culturale costituisce un elemento di supporto al benessere psico-fisico delle persone di qualunque età e viene quindi proposto come strumento che concorre alla prevenzione, sia di un eventuale peggioramento di condizioni patologiche già conclamate, sia per preservare condizioni cognitive buone. La ASL della Valle d’Aosta ha condiviso e illustrato la buona pratica sul proprio territorio, suscitando molto interesse nei partner francesi, i quali prevedono di replicare le iniziative valdostane sui loro territori.

## **6.2 Scambi di conoscenze, idee e pratiche transfrontaliere**

---

Due tematiche molto attuali e dibattute in entrambi i paesi sono emerse lungo il percorso progettuale, tanto da aver dato voce ad altre importanti opportunità di scambio transfrontaliero: la figura del caregiver e, come già riportato, la telemedicina. Le opportunità di scambio su questi due punti cardine sono state offerte dai Workshop transfrontalieri organizzati dal progetto di coordinamento PROSOL CoorCom, in continua interazione con i progetti singoli del PITEM. Esperti di livello nazionale si sono confrontati con gli stakeholder dei contesti locali di realizzazione delle azioni progettuali sui temi del ‘supporto ai caregiver dei pazienti’ e sulla ‘telemedicina’. I workshop hanno permesso, grazie anche alla presenza di esperti e tecnici di livello nazionale, di avere a disposizione delle ‘guide’ alle politiche nazionali e dei focus sulle pratiche locali rispetto alle due tematiche trattate, permettendo di mettere in comune le problematiche e le idee di soluzione, superando il confine transfrontaliero tra Francia e Italia. Soffermandosi ancora sulla tematica della digitalizzazione di alcuni servizi sanitari (WP3 A2), i partner del progetto Senior hanno voluto approfondire il funzionamento della piattaforma di telemedicina sperimentata dal partner NMCA, messa in operatività direttamente dal suo soggetto attuatore, ovvero il CHU di Nizza (Centre Hospitalier Universitaire). Questo elemento ha raccolto l’interesse anche di alcuni partner degli altri progetti singoli del PITEM PRO-SOL, in quanto i soggetti/pazienti target che potrebbero beneficiare di un supporto ‘clinico’ a distanza, specialmente in un periodo particolare come quello pandemico, non sono soltanto gli anziani affetti da patologie croniche ma anche altri, appartenenti a fasce di popolazione più giovani. L’interesse all’approfondimento ha dato una maggiore spinta all’analisi e all’applicabilità tecnica della piattaforma del CHU in contesti differenti da quelli in cui è stata sperimentata: molti partner progettuali si sono dati diversi appuntamenti per confrontarsi direttamente in merito, tanto da voler realizzare un documento di potenziale trasferibilità della piattaforma stessa, redatto poi con il contributo di ognuno di loro, esprimendo bisogni, problematiche, possibili soluzioni e potenzialità future. La digitalizzazione e la formazione si fondono nella progettazione di corsi on-line di cui possono fruire sia professionisti e utenti francesi, che italiani. La piattaforma di telemedicina del CHU di Nizza mette a disposizione anche dei moduli di e-learning, allo stesso modo la AUSL della Valle d’Aosta mette a disposizione la pratica

formativa per pazienti e caregiver nell'ambito delle patologie croniche da cui è affetta la popolazione target di Senior nella relativa area geografica.

Per quanto riguarda la figura del caregiver, i bisogni espressi dai soggetti che si 'prendono cura' sono gli stessi sia nelle regioni francesi che in quelle italiane; pertanto, si è cercato di individuare soluzioni utili che vanno ben oltre le differenze normative, culturali e organizzative dei due contesti geografici.

La formazione in PROSOL Senior non è stata destinata soltanto ai professionisti del settore socio-sanitario ma anche i beneficiari finali delle azioni progettuali sono stati invitati a partecipare ad iniziative formative. I caregiver di pazienti affetti da patologie neurodegenerative ed i pazienti stessi, nella Regione Valle d'Aosta, per esempio, possono usufruire di corsi on-line (LINK WEB?) elaborati proprio nell'ambito del progetto Senior, come anche gli utenti dell'azione DOME, coordinata da ADMR 05 (LINK WEB?), e, ancora, gli utenti e caregiver dei pazienti seguiti dal soggetto attuatore CHU di Nizza (LINK WEB?)

Lo scambio ed il confronto tra partner ha dato luogo alla redazione di una 'guida di formazione' a cui tutti hanno contribuito descrivendo le proprie esperienze progettuali e mettendole in comune, traendo conclusioni utili per una potenziale sostenibilità o replicabilità di modalità formative. (Guida di Formazione degli stakeholder – Guide de formation des intervenants, PROSOL Senior, agosto 2022).

I partner si sono infine confrontati per la redazione di guide condivise, come prodotti di PROSOL:

- guida di prevenzione
- guida di formazione
- guida di trasferibilità di azioni e interventi.

### **6.3 Obiettivi comuni raggiunti**

---

Alcuni obiettivi comuni di progetto sono stati ampiamente raggiunti dai partner, superando ogni differenza geografica, organizzativa e culturale: tutti i partner hanno convenuto che la costituzione di team professionali multidisciplinari è un ottimo elemento per perseguire l'obiettivo del mantenimento al proprio domicilio delle persone anziane autosufficienti e hanno lavorato sperimentandone la composizione.

I partner di PROSOL Senior hanno confermato che la separazione tra l'ambito di assistenza/supporto sociale da quello sanitario è da evitare e hanno infatti sperimentato azioni ed attività che eliminano questa barriera.

Le reti di soggetti territoriali sono molto utili alle finalità del progetto: enti locali, sanitari, associazioni culturali, associazioni di pazienti e caregiver, cooperative, università si sono attivate e coordinate sui territori, costituendo nuove reti ad-hoc per PROSOL Senior che si sono consolidate e continueranno a cooperare anche dopo la fine del progetto. Le reti di soggetti attivi in PROSOL Senior hanno fatto sì che i beneficiari finali del progetto fossero coinvolti direttamente, ampliando la divulgazione rispetto alle azioni progettuali anche alle comunità locali. Questo collegamento con tutti i soggetti e beneficiari dei territori ha coadiuvato un avvicinamento dei servizi alle persone, e viceversa. Le attività di divulgazione sono state messe in campo da tutti i partner progettuali, ottenendo un'ottima risposta di partecipazione e conoscenza.

## Riferimenti bibliografici

---

ADMRO5 (2022), *Evolu'Dom. Bilan du dispositif 2019-2022. Situation au 21 juin 2022.*

Agence de Développement des Alpes de Haute-Provence (2018), Communauté d'agglomération Provence Alpes. Portrait de territoire. URL: <https://www.investinalpesdehauteprovence.com/les-alpes-de-haute-provence/les-8-territoires/provence-alpes-agglomeration/>

BPE: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3568656>

Code de la santé publique: *Chapitre II : Prescription d'activité physique.* URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031920541/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031920541/)

DIPARTIMENTO HAUTES-ALPES: <https://www.hautes-alpes.fr>; <https://www.hautes-alpes.net/fr/tourisme.html>

DRESS: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>

Florent Cholat F., Gwiazdzinski L., Thiriet L. (2020), *Vivre à la ville et à la montagne. Première approche d'un « habiter intermittent »*, in Gwiazdzinski L., Colleoni M., Cholat F., Daconto L.,

GOOGLE MAPS: <https://www.google.it/maps>

INSEE: [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Istat (2020) Geo-Demo Demografie in cifre, <https://demo.istat.it/> (ultimo accesso 17/05/2022)

Istat (2020) Popolazione e famiglie, <https://dati.istat.it> (ultimo accesso 26/01/2021)

Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (2022), *Grand âge: le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement. Synthèse.* URL: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_ehpad\\_2022\\_accessible.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ehpad_2022_accessible.pdf)

Ministère des solidarités et de la santé ministère des sports (2021), Appel à projets (aap) relatif aux « Maisons sport-santé ». URL: [https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/cahier\\_des\\_charges\\_mss.pdf](https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_mss.pdf).

Provence Alpes Agglomération (2021), Cadrage methodologique. Projet Sport-Santé (document de travail).

Provence Alpes Agglomération (2021), Diagnostic ScoT Provence Alpes Agglomération *Rapport de présentation. Document de travail-février 2021*. URL: [https://www.provencealpesagglo.fr/wp-content/uploads/2021/05/Rapport\\_presentation.pdf](https://www.provencealpesagglo.fr/wp-content/uploads/2021/05/Rapport_presentation.pdf).

Provence Alpes Agglomération (2021), Rapport intermediaire. experimentation sport-sante prosol senior wp4a1, Janvier-septembre 2021 (document de travail).

Provence Alpes Agglomération (2021), Rapport d'évaluation final: Expérimentation d'un outil numérique de coordination « Dôme » au domicile de 35 bénéficiaires de l'ADMR 04, Rapport d'évaluation final ALCOTRA PROSOL SENIOR – ADMR 04, Julliet 2022 (document de travail).

STATISS: [https://www.scoresante.org/fiches\\_statiss.aspx?id=124](https://www.scoresante.org/fiches_statiss.aspx?id=124)

Vivere la Montagna. Abitanti, attività e strategie, Franco Angeli, Milano, 2020 pp.50-58





## Allegato 1

---

### Questionario soddisfazione dei professionisti coinvolti in Senior

Gent.mo/a, in qualità di operatore dell'intervento svolto nell'ambito del progetto transfrontaliero Alcotra Italia-Francia PITEM Pro.Sol. Senior, le chiediamo un contributo compilando questo questionario di gradimento sul suo lavoro e sul progetto che richiederà 15 minuti del suo tempo. L'obiettivo è di raccogliere la sua opinione al fine di migliorare la programmazione futura di interventi simili. Ricordiamo che il questionario è anonimo e i dati raccolti saranno collezionati e trattati nel rispetto della privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016). La sua opinione è preziosissima, per questo le chiediamo di essere sincero.

Grazie ancora per la partecipazione,

A presto IRES Piemonte

#### **Informativa sull'utilizzo dei dati raccolti (art. 13 Reg UE 679/2016)**

I dati raccolti all'interno nell'ambito del progetto transfrontaliero Alcotra Italia-Francia PITEM Pro.Sol. Senior dall'IRES Piemonte in collaborazione con la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, saranno raccolti, conservati e trattati in forma anonima nel rispetto delle disposizioni del codice della privacy (D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 679/2016), e i risultati saranno presentati unicamente in forma aggregata.

I dati saranno archiviati presso l'IRES Piemonte e saranno accessibili dai ricercatori solo per scopi previsti nell'ambito del progetto PITEM Pro.Sol. I dati saranno raccolti e trattati in forma anonima e non saranno accessibili a terzi. Non saranno usati dati personali per prendere decisioni relative all'interessato (art. 105 c.1 D.Lgs. 196/2003), l'intervistato è stato informato degli scopi dello studio (art. 105 c.2 D.Lgs. 196/2003) e che la partecipazione è libera e volontaria. I Suoi dati saranno trattati sulla base del Suo espresso consenso (artt. 6, c.1 lett. "a" e 9, c.2, lett. "a" GDPR).

L'IRES Piemonte con sede legale in via Nizza 18 - 10125 Torino, rappresentata dal Direttore (e-mail: ferrero@ires.piemonte.it) è titolare del trattamento dei dati richiesti. Lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, qualora rimangano identificabili inviando una email all'IRES Piemonte all'indirizzo sopra riportato, o accedendo agli uffici. Il responsabile della protezione dei dati dell'IRES Piemonte è contattabile all'indirizzo INSERIRE INDIRIZZO, il responsabile scientifico dello studio è il dott. Renato Cugno dell'IRES Piemonte.

*1) Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016) e acconsento al trattamento dei dati personali come espresso in tale informativa*

1.  Sì (continua il questionario)
2.  No (termine del questionario)

## Caratteristiche sociodemografiche

2) Lei è?

1.  Donna
2.  Uomo
3.  Non dichiarato

3) In che anno è nato/a? \_\_\_\_\_

4) Qual è il suo titolo di studio?

1.  Licenza media
2.  Diploma di istruzione secondaria superiore
3.  Laurea di primo livello (triennale, dottore, laurea)
4.  Diploma di laurea (vecchio ordinamento)/laurea specialistica a ciclo unico (nuovo ordinamento)/laurea specialistica, magistrale (nuovo ordinamento)
5.  PhD
6.  Altro, specificare \_\_\_\_\_

5) Qual è la sua professione? \_\_\_\_\_

## Informazioni sul suo ruolo nel progetto Senior del PITEM Pro.Sol.

6) La sua attività per il progetto Senior è stata svolta in qualità di:

1.  Dipendente / operatore dei servizi
2.  Volontario
3.  Altro, specificare \_\_\_\_\_

7) Che tipo di compiti ha/ha avuto nel progetto Senior del PITEM Pro.Sol. nel quale è coinvolto? (possibilità di scegliere più risposte)

1.  Operativi
2.  Legati al coordinamento delle attività e degli operatori coinvolti
3.  Amministrativi
4.  Manageriali (pianificazione e gestione dell'intervento e degli operatori coinvolti)
5.  Relazioni esterne (mettere in comunicazione il progetto con aziende, istituzioni, cittadinanza, etc.)
6.  Altro, specificare \_\_\_\_\_

8) (Rispondere solo se indicato compiti operativi alla domanda 15), può brevemente descrivere i suoi compiti operativi nel progetto Senior del PITEM Pro.Sol.?

---

---

---

9) (Rispondere solo se indicato compiti operativi alla domanda 15) qual è indicativamente la fascia d'età della popolazione incontrata durante il suo lavoro nel progetto Senior (oppure della popolazione target a cui è rivolto il suo lavoro)? (è possibile più di una risposta)

1.  65 – 74 anni
2.  75 – 84 anni
3.  85 – 94 anni
4.  ≥95 anni
5.  tutte quelle sopra

10) L'ente per cui lavora o ha lavorato per il progetto Senior è:

1.  Ente promotore del Progetto (partner del PITEM Pro.Sol. Senior)
2.  Soggetto attuatore o fornitore di servizi per l'ente promotore
3.  Soggetto fornitore di servizi per altro ente attuatore
4.  Altro, specificare

11) In quali delle seguenti località lei ha operato per il del progetto Senior? (è possibile indicare più di una località)

1.  Alpes-de-Haute-Provence
2.  Digne-les-Bains (ville)
3.  Alpes-Maritimes
4.  Nice (ville)
5.  Hautes-Alpes
6.  Valle d'Aosta
7.  Cuneo (zona distretto ASL CN2 Alba)
8.  Imperia
9.  Altro, specificare \_\_\_\_\_

12) Ha mai partecipato alle riunioni con i partners Senior del progetto PITEM Pro.Sol. (esempio COPIL)?

1.  Sì
2.  No

**Soddisfazione per il suo lavoro nel progetto Senior del PITEM Pro.Sol.: per ciascuna delle seguenti affermazioni, indichi il suo grado di accordo**

13) Sono soddisfatto del lavoro che ho svolto / che sto svolgendo per il progetto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

14) Il compito affidatomi è adatto alle mie conoscenze e competenze professionali

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

15) Le infrastrutture messe a disposizione dal progetto (strutture e spazi, infrastrutture della comunicazione e per la registrazione e gestione dei dati, etc.) sono / erano adatte allo svolgimento del mio lavoro

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

16) Ho ricevuto tutti i materiali e mezzi che servivano per svolgere al meglio il lavoro

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

17) Penso che NON sia stata fatta una buona supervisione del mio lavoro

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

18) Il mio lavoro è stato gestito bene dai responsabili / coordinatori del progetto  
(rispondere se pertinente, ovvero se presente un responsabile)

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

19) Il rapporto con il mio responsabile / coordinatore del progetto è stato collaborativo  
(rispondere se pertinente, ovvero se presente un responsabile)

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

20) I colleghi con cui ho lavorato nel progetto NON erano collaborativi

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

21) Mi sono trovato bene con l'equipe con cui ho lavorato nel progetto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

22) Generalmente sono soddisfatto quando ho un riscontro positivo sul mio lavoro dalle persone / pazienti a cui rivolgo il mio servizio professionale (rispondere se pertinente al tipo di professione)

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

23) Il mio compenso è stato / è adatto al lavoro svolto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

**Soddisfazione per l'intervento del progetto Senior del PITEM Pro.Sol.: per ciascuna delle seguenti affermazioni, indichi il suo grado di accordo**

24) Penso che l'intervento effettuato nell'ambito del progetto Senior fosse coerente con gli obiettivi del progetto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

25) Penso che l'intervento effettuato nell'ambito del progetto Senior abbia risposto ad alcuni bisogni sociosanitari della popolazione anziana incontrata

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

26) Penso che l'intervento abbia buone potenzialità per promuovere il mantenimento a domicilio degli anziani incontrati

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

27) Penso che l'intervento abbia buone potenzialità per ridurre il rischio di perdita dell'autonomia tra la popolazione anziana incontrata

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

28) Penso che l'intervento NON abbia buone potenzialità per migliorare lo stato psico-fisico della popolazione target a cui è stato diretto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

29) Penso che l'intervento sia stato costo-efficace, ovvero un intervento che massimizza l'efficacia nel raggiungere i suoi obiettivi a parità di costi o minimizza i costi a parità di efficacia nel raggiungere i suoi obiettivi

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

30) Penso che l'intervento sia sostenibile nel tempo, ovvero l'intervento non avrà effetti desiderabili anche successivamente alla conclusione dell'intervento stesso

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

31) Penso che l'intervento riduca le diseguaglianze sociali (genere, classe e altre) e di salute

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

32) Penso che l'intervento sia facilmente trasferibile (ovvero con pochi adattamenti al contesto e alla popolazione target) in altri contesti

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

33) Penso che l'intervento abbia punti di forza legati alla sua organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

34) Penso che i punti di debolezza dell'intervento (relativi alla sua organizzazione interna) siano insormontabili

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

35) Penso che ci siano state barriere esterne che hanno impattato sulle potenzialità dell'intervento di raggiungere i suoi obiettivi

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

**Soddisfazione nei confronti della popolazione incontrata (rispondere solo se ha avuto anche compiti operativi a contatto con la popolazione target del progetto): per ciascuna delle seguenti affermazioni, indichi il suo grado di accordo**

36) Non ho avuto problemi di comunicazione con la popolazione target

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

37) Mi sono sentito rispettato dalla popolazione target per quello che facevo

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

38) Penso che il lavoro svolto nei confronti della popolazione incontrata sia soddisfacente

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

39) Penso che il lavoro svolto nei confronti della popolazione incontrata sia stato utile alla popolazione stessa

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

40) Penso che il lavoro svolto abbia avuto effetti positivi sulla salute fisica della popolazione incontrata

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

41) Penso che il lavoro svolto abbia avuto effetti positivi sul benessere generale della popolazione incontrata

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

42) Penso che il lavoro svolto abbia aumentato le occasioni di socializzazione della popolazione incontrata

COMPLEDAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------



43) Penso che abbiano partecipato all'intervento soggetti che già erano attivi nella comunità e propensi alla partecipazione ad eventi / interventi come questo

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

**Soddisfazione per il progetto Senior del PITEM Pro.Sol.: per ciascuna delle seguenti affermazioni, indichi il suo grado di accordo**

44) Penso che il progetto Senior abbia dato nuove opportunità ai servizi pubblici e privati di migliorare le condizioni sociali e di salute di una parte della popolazione locale

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

45) Penso che il progetto Senior abbia dato nuove opportunità per prevenire la perdita dell'autonomia dell'anziano

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

46) Penso che il progetto Senior abbia dato nuove opportunità / strumenti per prevenire lo spopolamento delle aree interessate dal progetto

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

47) Penso che il progetto Senior abbia favorito scambi di idee e pratiche tra i partner, con l'obiettivo di migliorare l'offerta di servizi sociosanitari in zone a rischio di spopolamento

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

48) Penso che l'azione a cui ho partecipato su Senior debba continuare dopo la fine del progetto europeo

COMPLETAMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	NON SAPREI	D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
--------------------------------	---------------	------------	-----------	----------------------------

## Allegato 2

---

### 2.1. Questionario soddisfazione degli utenti

Gent.mo/a,

Il servizio offerto nel programma di supporto al caregiver a cui ha partecipato rientra nell'ambito di un progetto transfrontaliero Italia-Francia in cui è coinvolta la Regione Valle d'Aosta (PITEM Pro.Sol. Senior – Alcotrà), che si pone l'obiettivo di supportare le aree rurali e montane lontane dai servizi attraverso il potenziamento di servizi sociosanitari forniti ad alcune fasce della popolazione. In questo caso gli anziani con problemi neurologici e chi li assiste.

In seguito alla sua partecipazione, le chiediamo un contributo compilando questo questionario di gradimento sull'intervento che richiederà 5 minuti del suo tempo.

L'obiettivo è di raccogliere la sua opinione al fine di migliorare la programmazione futura di interventi simili.

Ricordiamo che il questionario è anonimo e i dati raccolti saranno collezionati e trattati nel rispetto della privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016).

La sua opinione sull'evento è preziosissima, per questo ti chiediamo di essere sincero.

Grazie per la partecipazione,

A presto

Il team di ricerca dell'IRES Piemonte

---

#### Informativa sull'utilizzo dei dati raccolti (art. 13 Reg UE 679/2016)

I dati raccolti all'interno nell'ambito del progetto transfrontaliero Alcotra Italia-Francia PITEM Pro.Sol. Senior dall'IRES Piemonte in collaborazione con la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, saranno raccolti, conservati e trattati in forma anonima nel rispetto delle disposizioni del codice della privacy (D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 679/2016), e i risultati saranno presentati unicamente in forma aggregata.

I dati saranno archiviati presso l'IRES Piemonte e saranno accessibili dai ricercatori solo per scopi previsti

nell'ambito del progetto PITEM Pro.Sol. I dati saranno raccolti e trattati in forma anonima e non saranno

accessibili a terzi. Non saranno usati dati personali per prendere decisioni relative all'interessato (art. 105 c.1 D.Lgs. 196/2003), l'intervistato è stato informato degli scopi dello studio (art. 105 c.2 D.Lgs. 196/2003) e che la partecipazione è libera e volontaria. I Suoi dati saranno trattati sulla base del Suo espresso consenso (artt. 6, c.1 lett. "a" e 9, c.2, lett. "a" GDPR).

L'IRES Piemonte con sede legale in via Nizza 18 - 10125 Torino, rappresentata dal Direttore (e-mail: [ferrero@ires.piemonte.it](mailto:ferrero@ires.piemonte.it)) è titolare del trattamento dei dati richiesti. Lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai

dati personali che La riguardano, e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento

dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, qualora rimangano identificabili inviando una email all'IRES Piemonte all'indirizzo sopra riportato, o accedendo agli uffici. Il responsabile della protezione dei dati dell'IRES Piemonte è contattabile all'indirizzo [scalzotto@ires.piemonte.it](mailto:scalzotto@ires.piemonte.it). Il responsabile della rilevazione è il dott. Renato Cagno dell'IRES Piemonte.

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016) e acconsento al trattamento dei dati personali come espresso in tale informativa**

1.  Sì (Continua la compilazione)
2.  No (Fine del questionario)

**Per ciascuna delle seguenti affermazioni, indica il tuo grado di accordo**

- 1) Gli operatori dell'intervento sono stati fin da subito accoglienti, creando una relazione serena e di fiducia

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

- 2) Gli operatori dell'intervento hanno sempre ascoltato quello che avevo da dire, anche su argomenti non attinenti all'intervento

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

- 3) Durante l'intervento si è sviluppata una relazione di fiducia reciproca e rispetto che ha contribuito a creare un clima sereno e gradevole con gli operatori

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

- 4) Mi sono sempre sentito/a seguito/a e coinvolto/a nello svolgimento delle attività

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

- 5) Con la partecipazione all'intervento, ho percepito che i servizi si sono avvicinati a noi cittadini

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

- 6) L'intervento ha risposto ai bisogni che avevo quando ho aderito



7) Considerando orari, giorni e tempi, ho fatto fatica a partecipare all'intervento per altri impegni quotidiani (famigliari, lavorativi, di cura)



8) Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è durato eccessivamente



9) Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è stato stancante



10) Con l'intervento, ho percepito un miglioramento del mio stato di salute fisica in generale








11) Con l'intervento, ho percepito un miglioramento del mio benessere emotivo (es. mi sono sentito/a meglio, più allegro, vivace, con voglia di uscire, socializzare e impegnarmi in attività quotidiane o nuove)



12) Con l'intervento, mi sento maggiormente in grado di entrare in relazione con gli altri

				
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Non saprei	D'accordo	Completamente d'accordo

13) In generale, sei soddisfatto dell'intervento?

				
Per nulla	Poco	Dipende dalle volte	Abbastanza	Molto

14) Come valuti l'organizzazione dell'evento (appuntamenti, attività a domicilio e in sede, orari ecc.)?

1.  Ottima
2.  Discreta
3.  Buona
4.  Sufficiente
5.  Insufficiente

### Ultime domande

15) L'intervento è stato svolto a distanza (INTERNET) o di persona?

1.  A distanza (internet)
2.  Di persona
3.  In entrambi i modi

16) L'intervento è stato svolto in gruppo (con altri partecipanti come te) o individualmente con uno o più operatori?

1.  In gruppo / classe
2.  Individuale
3.  In entrambi i modi

17) Se ci fosse l'occasione, parteciperebbe di nuovo?

1.  Sì (Passare alla domanda numero 19)
2.  No

18) Cosa la porta a rispondere di no?

---

---

---

19) Ha qualche suggerimento per migliorare l'intervento in futuro?

---

---

---

20) Lei è?

1.  Donna
2.  Uomo
3.  Non dichiaro

21) In che anno è nato/a? \_\_\_\_\_

22) Lei soffre di qualche patologia cronica? (è possibile più di una risposta)

1.  Diabete
2.  Patologie cardiovascolari
3.  Patologie respiratorie
4.  Tumore
5.  Patologie neurodegenerative (es. sindrome Parkinson/ Alzheimer ) o altri tipi di disturbi cognitivi
6.  Altro,  
specificare \_\_\_\_\_

23) Ha difficoltà nei movimenti quotidiani (es. camminare, stare in piedi a lungo, salire le scale)?

1.  Sì
2.  No

24) Per svolgere le principali attività quotidiane (es. alzarsi dal letto, vestirsi, fare la doccia), ha normalmente bisogno di aiuto?

1.  Sì
2.  No

## 2.2. Questionario soddisfazione per i caregiver

Gent.mo/a,

Il servizio offerto al suo assistito/familiare/amico rientra nell'ambito di un progetto transfrontaliero Italia-Francia in cui è coinvolta la Regione Valle d'Aosta (PITEM Pro.Sol. Senior – Alcotrà), che si pone l'obiettivo di supportare le aree rurali e montane lontane dai servizi attraverso il potenziamento di servizi sociosanitari forniti ad alcune fasce della popolazione. In questo caso gli anziani con problemi neurologici e chi li assiste.

In seguito alla partecipazione del suo assistito/familiare/amico all'intervento "INSERIRE NOME DELL'INTERVENTO", le chiediamo un contributo compilando questo questionario di gradimento sull'intervento che richiederà 5 minuti del suo tempo.

L'obiettivo è di raccogliere la sua opinione al fine di migliorare la programmazione futura di interventi simili.

Ricordiamo che il questionario è anonimo e i dati raccolti saranno collezionati e trattati nel rispetto della privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016) dall'IRES Piemonte ([www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)).

La sua opinione sull'evento è preziosissima, per questo ti chiediamo di essere sincero.

Grazie per la partecipazione,

A presto

Il team di ricerca dell'IRES Piemonte

---

### Informativa sull'utilizzo dei dati raccolti (art. 13 Reg UE 679/2016)

I dati raccolti all'interno nell'ambito del progetto transfrontaliero Alcotra Italia-Francia PITEM Pro.Sol. Senior dall'IRES Piemonte in collaborazione con la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, saranno raccolti, conservati e trattati in forma anonima nel rispetto delle disposizioni del codice della privacy (D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 679/2016), e i risultati saranno presentati unicamente in forma aggregata.

I dati saranno archiviati presso l'IRES Piemonte e saranno accessibili dai ricercatori solo per scopi previsti nell'ambito del progetto PITEM Pro.Sol. I dati saranno raccolti e trattati in forma anonima e non saranno accessibili a terzi. Non saranno usati dati personali per prendere decisioni relative all'interessato (art. 105 c.1 D.Lgs. 196/2003), l'intervistato è stato informato degli scopi dello studio (art. 105 c.2 D.Lgs. 196/2003) e che la partecipazione è libera e volontaria. I Suoi dati saranno trattati sulla base del Suo espresso consenso (artt. 6, c.1 lett. "a" e 9, c.2, lett. "a" GDPR).

L'IRES Piemonte con sede legale in via Nizza 18 - 10125 Torino, rappresentata dal Direttore (e-mail: [ferrero@ires.piemonte.it](mailto:ferrero@ires.piemonte.it)) è titolare del trattamento dei dati richiesti. Lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali che La riguardano, e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, qualora rimangano identificabili inviando una email all'IRES Piemonte all'indirizzo sopra riportato, o accedendo agli uffici. Il responsabile della protezione dei dati dell'IRES Piemonte è contattabile all'indirizzo [scalzotto@ires.piemonte.it](mailto:scalzotto@ires.piemonte.it). Il responsabile della rilevazione è il dott. Renato Cogno dell'IRES Piemonte.

**Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy secondo D. Lgs. 196/2003 e GDPR (Regolamento UE 679/2016) e acconsento al trattamento dei dati personali come espresso in tale informativa**

1.  Sì (Continua la compilazione)



2.  No (Fine del questionario)

**Per ciascuna delle seguenti affermazioni, indica il tuo grado di accordo**

1) Gli operatori dell'intervento sono stati fin da subito accoglienti, creando una relazione serena e di fiducia



2) Gli operatori dell'intervento hanno sempre ascoltato quello che il mio assistito/familiare aveva da dire, anche su argomenti non attinenti all'intervento



3) Durante l'intervento si è sviluppata una relazione di fiducia reciproca e rispetto che ha contribuito a creare un clima sereno e gradevole con gli operatori



4) Il supporto ricevuto durante l'intervento è stato fondamentale per me che mi prendo cura di una persona



5) Il supporto ricevuto è stato fondamentale per la persona di cui mi prendo cura normalmente



6) Con l'intervento, ho percepito che i servizi si sono avvicinati a noi che ci occupiamo quotidianamente di persone non autosufficienti/con limitata autonomia



7) L'intervento ha risposto ai bisogni che avevamo quando abbiamo aderito



8) Considerando orari, giorni e tempi, ho trovato agevole/ facile accompagnare il mio assistito/familiare alle attività proposte



Non ho accompagnato il mio assistito alle attività

9) Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è durato eccessivamente



10) Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è stato stancante per me



11) Considerando la durata di una singola sessione/lezione/visita, l'intervento è stato stancante per la persona di cui mi prendo cura



12) Considerando la mia vita quotidiana prima dell'intervento, ho percepito un miglioramento delle mie capacità di prendermi cura del mio assistito (marito/moglie, padre/madre, figlio/figlia, amico/amica, parente che necessita assistenza)



13) Considerando la mia vita quotidiana prima dell'intervento, ho percepito un miglioramento per il mio benessere emotivo (es. mi sono sentito meglio, meno solo-a, ho sentito meno faticoso il carico di lavoro di cura)



14) Considerando la situazione prima dell'intervento, ho percepito un beneficio sulla sua salute (fisica, emotiva)



15) Considerando la situazione prima dell'intervento, ho percepito un miglioramento del benessere emotivo della persona di cui mi prendo cura (es. è sembrato più allegro, vivace, con voglia di parlare, stare in mezzo ad altri, ecc.)



16) Come valuta l'organizzazione dell'intervento?

1.  Ottima
2.  Discreta
3.  Buona
4.  Sufficiente
5.  Insufficiente

17) In generale, è soddisfatto dell'intervento?



### Ultime domande

18) L'intervento è stato svolto a distanza o di persona?

1.  A distanza
2.  Di persona
3.  In entrambi i modi

19) L'intervento è stato svolto in gruppo (con altri partecipanti come te) o individualmente con uno o più operatori?

1.  In gruppo / classe
2.  Individuale
3.  In entrambi i modi

20) Se ci fosse l'occasione, lei accetterebbe di ripetere l'esperienza?

1.  Sì (Passare alla domanda 22)
2.  No

21) Se non ripeterebbe l'esperienza, cosa la porta a rispondere negativamente?

---

---

---

---

22) Ha qualche suggerimento per migliorare l'intervento in futuro?

---

---

---

---

23) Lei è?

1.  Donna
2.  Uomo
3.  Non dichiaro

24) In che anno è nato/a? \_\_\_\_\_

25) Soffre di qualche patologia cronica? (è possibile più di una risposta)

1.  Diabete
2.  Patologie cardiovascolari
3.  Patologie respiratorie
4.  Tumore
5.  Patologie neurodegenerative

6.  Altro,  
specificare \_\_\_\_\_

### **Traccia di intervista per gli stakeholder Pitem Pro-Sol (progetti singoli We-Pro e Senior)**

Nome cognome

Professione

Partner di riferimento

Azione

(a cura dell'intervistatore)

Ruolo nell'azione del Pitem

(da chiedere all'inizio dell'intervista)

#### **Prima parte: coinvolgimento nell'azione, esperienze pregresse e rappresentazione della problematica**

1. Qual è/Qual è stato il suo coinvolgimento nell'azione del Pitem (specificare titolo progetto es. Dispositif Bien veillir)?
2. Ha contribuito all'ideazione dell'azione? Se sì, qual è stato il suo ruolo?
3. In quale momento è stata chiesta la sua partecipazione?
4. Precedentemente all'azione del Pitem, aveva già avuto modo di lavorare in progetti/azioni simili?
5. Precedentemente all'azione del Pitem, aveva già avuto modo di lavorare con lo stesso target di riferimento?
6. Rispetto alle problematiche affrontate dall'azione, qual è la sua visione del problema?
7. Rispetto alle problematiche affrontate dall'azione, ha notato cambiamenti legati alla situazione pandemica in corso?

#### **Seconda parte: rappresentazione dell'intervento e scenari futuri**

1. Quali sono i benefici emersi a seguito degli interventi apportati dall'azione? (fare anche riferimento alla situazione pandemica)
2. Quali sono le criticità incontrate? (fare anche riferimento alla situazione pandemica)

3. Quali difficoltà/ostacoli ha incontrato nello sviluppo del suo intervento?
4. Ritiene che gli interventi abbiano risposto ai bisogni dei beneficiari?
5. Vi sono bisogni emersi durante le azioni condotte che non erano stati prefigurati in fase di sviluppo dell'idea progettuale?
6. Nel caso il suo intervento sia stato condotto in collaborazione con altre figure professionali, quali sono stati i vantaggi di un intervento congiunto?
7. Nel caso il suo intervento sia stato condotto in collaborazione con altre figure professionali, quali sono stati gli svantaggi di un intervento congiunto?
8. In generale, vi sono state debolezze nell'azione? Se sì, quali?
9. In generale, gli interventi condotti da cosa potrebbero venire minacciati (es. nuovo confinamento)?
10. Cosa si sente di suggerire per altri interventi simili in futuro?
11. Cosa potrebbe essere migliorato?

### **Autori e revisori del presente report**

La redazione del report di Monitoraggio e Valutazione del progetto Pro.Sol. Senior è stata curata e coordinata da Valeria Romano, Silvia Caristia e Renato Cogno; tutti i partner e il Coordinatore del progetto Senior hanno contribuito alla redazione e, soprattutto, hanno messo a disposizione i dati relativi alle attività realizzate.

Il Gruppo HTAM (*Health Technology Assessment e Management*) dell'Area Salute e Sviluppo del Sistema Sanitario, di IRES Piemonte, ha effettuato la revisione del report.