

E.CA.R.E. - Elderly home CAre Residential Engagement

Modello di formazione dei trainers per la realizzazione di corsi
sull'healthy aging



Licenza e copyright

Il contenuto non rispecchia le opinioni ufficiali dell'Unione Europea. La responsabilità sulle informazioni e considerazioni espresse nel documento spetta agli autori.

Il documento Toolkit per la creazione di un modello di formazione sullo stile di vita salutare è prodotto nell'ambito del progetto Elderly home CAre Residential Engagement (E.CA.R.E..) finanziato dal programma 2014 - 2020 INTERREG V-A Italy - Austria.



1. ABSTRACT	4
2. ECARE OVERVIEW	5
3. INTRODUZIONE	7
3.1. Obiettivi	7
3.2. Quadro teorico	7
4. MODELLO DI FORMAZIONE PER IL CAMBIAMENTO COMPORTAMENTALE E LA CREAZIONE DI UNO STILE DI VITA SALUTARE: IL <i>TRAIN THE TRAINERS</i>	12
4.1. Reclutamento dei trainers	12
4.2. Persone e materiali	13
4.3. Struttura	13
BIBLIOGRAFIA	15

1. Abstract

Questo documento ha lo scopo di fornire un modello di formazione dei trainers per la realizzazione di corsi sull'healthy aging e il cambiamento comportamentale. In particolare, sarà definito il modello teorico di riferimento per promozione dei cambiamenti comportamentali orientati all'acquisizione di stili di vita salutari e sarà elaborata una metodologia di training per formare i trainers (professioni di area socio sanitaria) a gestire interventi formativi a favore di anziani inerenti il loro invecchiamento salutare e la prevenzione.

2. ECARE overview

Titolo del progetto: Elderly home CAre Residential Engagement

Sito web del progetto: www.ecareproject.eu

Durata del progetto: 31 mesi

Fonte di finanziamento: Interreg V-A Italia-Austria - Bando 2017

Partner principali:

Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza Anziani (I.S.R.A.A.)

A.S.P. UMBERTO I

SER.S.A. Servizi Sociali Assistenziali

Universität Klagenfurt

Il Progetto E.CA.R.E. si rivolge ad anziani (65 anni e oltre) in situazioni di vita indipendente, coinvolgendo tre diversi territori corrispondenti all'ubicazione dei Partner del progetto in Italia.

Questi territori differiscono l'uno dall'altro in termini di popolazione, tipologia (urbana, rurale, montana), densità di popolazione, politica dei servizi sanitari.

È stata elaborata una procedura standard per identificare e reclutare i beneficiari del progetto, le cui specifiche sono incluse nel pacchetto di lavoro del progetto 3. Sono stati elaborati questionari che esaminano più dimensioni (correlati alla salute, correlati alla società, correlati alle ICT) e un profilo utente "standard" è stato redatto per tale obiettivo.

Diversi professionisti sono coinvolti nel progetto, principalmente responsabili della progettazione di strumenti e procedure di implementazione del progetto e della guida delle operazioni pratiche sui siti pilota.

Project manager, infermieri, assistenti sociali, psicologi, specialisti IT contribuiscono tutti al progetto E.CA.R.E., impegnandosi nell'elaborazione di uno standard di intervento ripetibile e applicando strategie specifiche per ottimizzare il potenziale dei territori locali.

Le parti interessate - decisori politici, responsabili della salute, responsabili dei servizi sociali, associazioni di volontariato - svolgono anch'essi un ruolo fondamentale nel sostenere gli sforzi del consorzio, monitorando l'impatto dell'intervento, fornendo soluzioni aggiuntive per l'attuazione del progetto.

Il progetto E.CA.R.E. richiede la mobilitazione della comunità, con l'obiettivo di rafforzare le reti per combattere l'esclusione sociale. Un'unità operativa praticabile è stata identificata all'interno del quartiere, dove la prossimità geografica e le relazioni preesistenti rappresentano una base fertile per l'intervento.

All'interno della comunità, i volontari svolgono un ruolo fondamentale, pertanto sono fornite linee guida e strumenti per identificare il profilo del volontario, implementare il reclutamento, delineare compiti e responsabilità (particolarmente rilevanti anche per l'aspetto tecnologico del progetto). Il progetto include attrezzature tecnologiche, composte da tablet, smartwatch, app per dispositivi mobili (per utente). All'interno di E.C.A.R.E. le ICT di sistema sono strumenti a supporto degli obiettivi principali del progetto. Pertanto, la progettazione e l'uso di dispositivi e terminali devono rispecchiare le aree di intervento: ridurre l'esclusione sociale, ridurre le difficoltà psicologiche e fisiche, promuovendo così uno stile di vita più sano e inclusivo.

3. Introduzione

L'intervento basato sulla comunità consente al target di E.C.A.R.E. (anziani oltre i 65 anni e care givers formali e informali) di migliorare partecipando a eventi pubblici e corsi di formazione sugli stili di vita salutari e sulla gestione della salute. In questo modo possono rimanere in contatto con professionisti dell'assistenza e volontari in un quadro basato sull'impegno sociale. Gli anziani potrebbero esaminare le loro condizioni e partecipare al corso di formazione per misurare la loro attitudine a cambiare il loro stile di vita.

3.1. Obiettivi

Gli obiettivi di questo documento sono:

- ✓ definire la metodologia di formazione per l'adozione di comportamenti riguardanti gli stili di vita salutari da implementare in ciascun sito pilota per innescare cambiamenti comportamentali tra la popolazione coinvolta;
- ✓ creare il programma di formazione (operatori sanitari e sociali altamente qualificati supportati da volontari) per formare i professionisti dell'assistenza nei siti pilota.

3.2. Quadro teorico

I comportamenti a rischio per la salute sono comportamenti non salutari che le persone possono cambiare. Quattro di questi comportamenti a rischio per la salute - mancanza di esercizio fisico o attività fisica, alimentazione poco corretta, consumo di tabacco e consumo eccessivo di alcol – sono alla base di molte delle malattie, sofferenze, morti precoci e condizioni croniche. La salute e il benessere sono una combinazione di fattori biologici (come avere una condizione o condizioni di salute a lungo termine), fattori psicologici (come stress e depressione) e fattori sociali (come isolamento, denaro e impiego) e ciascuno di questi fattori ha un impatto sugli altri. Per le persone con patologie a lungo termine, questa definizione più ampia è fondamentale: le persone hanno bisogno di diversi tipi di supporto per mantenere questi diversi aspetti della loro vita in equilibrio e per vivere bene con le loro condizioni. Questo modello di stile di vita sano consiste in un modello integrativo di salute basato sull'approccio salutogenico, sull'approccio centrato sulla persona, sulla psicologia positiva, sulla teoria del cambiamento comportamentale, sulla consapevolezza e sull'assistenza sanitaria. In effetti, diversi fattori giocano un ruolo nelle scelte di stili di vita sani, come le relazioni, i comportamenti riguardanti lo stile di vita, le prospettive emotive, l'ambiente positivo, la connessione mente-corpo e l'uso della tecnologia. Possono aiutare ogni persona a raggiungere la pienezza della vita, vitalità e prosperità che caratterizza un alto livello di benessere.

3.2.1. Approccio salutogenico

La salutogenesi è il processo inverso alla patogenesi, ovvero il processo della malattia e della sua generazione. Si tratta di un vero e proprio approccio centrato sui processi di guarigione e creazione della salute.

L'idea è di concentrarsi sulle risorse delle persone e sulla capacità di creare salute piuttosto che concentrarsi sui rischi, sulla cattiva salute e sulle malattie (Antonovsky, 1979). L'essenza di questo approccio può essere riassunta in questi punti:

- In contrasto con la classificazione dicotomica IN SALUTE O NON IN SALUTE, la salutogenesi concettualizza un continuum sano / a disagio
- In contrasto con i fattori di rischio della patogenesi, la salutogenesi illumina i fattori protettivi che promuovono attivamente la salute
- Contrariamente a concentrarsi su una "particolare patologia, disabilità o caratteristica" di una persona, la salutogenesi potrebbe funzionare con l'intera comunità delle persone e "deve riguardare tutti gli aspetti della persona"

La salutogenesi potrebbe essere definita semplicemente come un processo in cui le risorse delle persone e delle comunità sono impegnate a migliorare la salute e il benessere individuali e collettivi. Una prospettiva salutogenica ridurrà il costo oneroso dei servizi e trattamenti sanitari.

3.2.2. Approccio centrato sulla persona

L'approccio centrato sulla persona (PCC) è un approccio in cui le persone che utilizzano i servizi sanitari e sociali, sono considerate protagoniste e partners alla pari nella pianificazione, sviluppo e monitoraggio dell'assistenza per assicurarsi che soddisfino i loro bisogni. Con tale approccio si mira a considerare i desideri, i valori, le situazioni familiari, le circostanze sociali e gli stili di vita delle persone; vedere la persona come individuo e lavorare insieme per sviluppare soluzioni appropriate (Kitwood, 1997). Essere compassionevoli, pensare ai problemi dal punto di vista della persona ed essere rispettosi, sono tutti aspetti importanti. La ricerca ha scoperto che il PCC può avere un grande impatto sulla qualità dell'assistenza.

Può:

- Migliorare l'esperienza di cura che le persone hanno e aiutare a sentirsi più soddisfatti
- Incoraggiare le persone a condurre uno stile di vita più sano, come fare attività fisica o mangiare in modo salutare
- Incoraggiare le persone ad essere maggiormente coinvolte nelle decisioni relative alle loro cure in modo da ottenere servizi e supporto adeguati alle loro esigenze
- Avere un impatto positivo sui risultati riguardanti la salute delle persone, come la loro pressione sanguigna
- Ridurre la frequenza con cui le persone utilizzano i servizi. Ciò può a sua volta ridurre il costo complessivo delle cure, ma non ci sono molte prove a riguardo
- Migliorare la percezione di fiducia e soddisfazione dei professionisti nei confronti delle cure fornite

Per essere centrati sulla persona, i servizi dovrebbero cambiare, essere più flessibili, soddisfare le esigenze delle persone nel modo migliore per loro. Ciò implica lavorare con le persone e le loro famiglie per trovare il modo più adatto per fornire loro le cure. Questo lavoro di collaborazione può avvenire su base individuale, in cui le singole persone prendono parte a decisioni sulla loro salute e sulla loro cura, o su base collettiva in cui i pazienti sono coinvolti nelle decisioni relative alla progettazione e alla fornitura dei servizi.

3.2.3. Psicologia positiva

La psicologia positiva è una scienza che si concentra sulla "buona vita". L'obiettivo è sostenere le persone a prosperare e ad assumere la consapevolezza che vivere vuol dire avere una vita che abbia significato e scopo, emozioni positive, relazioni positive e realizzazione (Seligman, 2012). La psicologia positiva non è la stessa cosa del pensiero positivo. Si definisce il pensiero sano come un pensiero equilibrato perché non frammenta i nostri pensieri e li ignora ma li integra in una forma olistica che ci permette di vedere i fatti in modo più realistico, con un atteggiamento sano e positivo. Il quadro psicologico positivo per il benessere si chiama PERMA.

PERMA ha cinque elementi e nessuno di questi definisce il benessere. Tutti gli elementi sono misurabili e tutti sono importanti allo stesso modo.

Questi elementi sono:

1. Emozioni positive
2. Impegno: i più alti punti di forza vengono impiegati per affrontare le sfide più impegnative
3. Rapporti
4. Significato - in qualcosa di più grande di se stessi
5. Realizzazione

3.2.4. Teoria del cambiamento del comportamento

Esistono diverse teorie sul cambiamento del comportamento, ma quella più ampiamente applicata e testata nell'ambito della salute è il Modello Transteorico (TTM) (Prochaska & DiClemente, 1980). Esso presume che in qualsiasi momento una persona si trovi in una delle cinque fasi di cambiamento:

- Precontemplazione: non ancora si riconosce l'esistenza del problema che deve essere risolto;
- Contemplazione: si riconosce che c'è un problema ma non si è ancora pronti o sicuri di voler fare un cambiamento;
- Preparazione: prepararsi a cambiare;
- Azione: modifica del comportamento;
- Mantenimento: mantenimento del nuovo comportamento o della nuova condizione acquisita

L'idea è che le persone passino da uno stadio all'altro. Ogni fase ha bisogno di strategie diverse ed è una preparazione per quella seguente, quindi affrettarsi o saltare le fasi non è utile e rischia di provocare battute d'arresto.

3.2.5. Mindfulness

La mindfulness è definita come "la consapevolezza che emerge attraverso il prestare attenzione al momento presente, momento dopo momento, e in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1990). In altre parole, la consapevolezza implica l'attenzione verso l'esperienza nel momento presente e un'osservazione non valutativa di quell'esperienza. La ricerca ha costantemente dimostrato che la consapevolezza è un importante fattore predittivo di benessere. Per esempio, l'essere presenti nel qui e ora è stato associato a livelli più alti di soddisfazione nella vita, a una sfera affettiva più positiva, a maggiore soddisfazione di vita e senso di autonomia e competenza. È stato anche riscontrato che livelli più elevati di consapevolezza sono associati a vari esiti psicologici positivi, come livelli più bassi di nevrosi, minor depressione e ansia, nonché livelli più elevati di autostima, vitalità e autenticità. L'allenamento sulla consapevolezza ha avuto un impatto positivo su: dolore cronico, stress, benessere generale, memoria, risposta immunitaria, autocontrollo, attenzione, recupero dalla dipendenza, resilienza emotiva, relazioni. Vi è un numero crescente di prove che supportano l'idea che praticare la gratitudine, la meditazione attraverso la consapevolezza e riformulare i pensieri negativi in affermazioni positive agiscano tutti per cambiare fisicamente il cervello e rafforzare gli stati mentali positivi. Aiutare le persone a comprendere i benefici di tali pratiche sulla salute e sulla prosperità ha importanti implicazioni per il livello di benessere.

3.2.6. Coaching sulla salute

La Federazione internazionale di Coaching (ICF), definisce il coaching come una partnership tra clienti in un processo stimolante e creativo che li ispira a massimizzare il loro potenziale personale e professionale. L'attenzione del coaching non è su ciò che è negativo nel cliente e sulla correzione di ciò che è sbagliato, ma prima di tutto sui punti di forza, su ciò che c'è di positivo in lui e sulla capacità di massimizzare tali buoni aspetti. L'obiettivo del coaching è aiutare le persone ad avvicinarsi al risultato e all'obiettivo desiderato. Le competenze chiave del coaching sono: co-creare le relazioni, comunicare in modo efficace e facilitare l'apprendimento e i risultati. In questo contesto, l'health coaching è un processo incentrato sulla persona basato sulla teoria del cambiamento comportamentale, che prevede che le persone stabiliscano obiettivi autodeterminati. È uno dei molti modi per supportare l'autogestione. Il modello di coaching più provato e testato è il modello GROW.

GROW è un acronimo la cui traduzione sta per:

- Obiettivo.
- Realtà attuale.
- Opzioni.
- Volontà.

Il modello GROW è un insieme di domande utilizzate nel coaching per aiutare le persone a raggiungere i propri obiettivi, ponendo una serie di domande per spostare il loro pensiero in una direzione positiva. Questa è una delle tecniche più famosa per la determinazione dei propri obiettivi.

4. Modello di formazione per il cambiamento comportamentale e la creazione di uno stile di vita salutare: il *train the trainers*

L'obiettivo del Train the trainers (TT) è di fornire ai nuovi formatori le conoscenze di base, le competenze e l'esperienza pratica per promuovere un programma centrato sugli stili di vita salutari agli anziani. I formatori sono responsabili di creare tale programma. L'obiettivo del TT è preparare un gruppo di formatori in grado di organizzare e fornire una formazione di qualità.

Alla fine del TT il formatore sarà in grado di:

- Spiegare l'obiettivo del programma sugli stili di vita salutari
- Dimostrare i passi necessari per sviluppare un programma di vita salutare
- Spiegare come gli adulti apprendono e adottano un approccio sistematico per fornire sessioni di formazione che soddisfino le esigenze dei partecipanti.

Cornice teorica	Il ruolo di responsabilità dei trainers	Programma sugli stili di vita salutari
Approccio salutogenico	Preparare l'ambiente di lavoro	Allenare mente e corpo per il benessere
Approccio centrato sulla persona	Organizzazione del setting	Abitudini salutari
Psicologia positiva	Benvenuto ai partecipanti	Mentalità sana
Teoria sul cambiamento del comportamento	Ruolo dei trainers	Alimentazione sana
Mindfulness	Struttura dei moduli del training	Attività fisica salutare
Coaching della salute	Esercizi	Relazioni salutari
	Mindfulness practices	Vivere bene con la condizione cronica
	Autovalutazione del trainer	

Tabella 1: Schema del modello di formazione per il cambiamento comportamentale e la creazione di uno stile di vita salutare: il train the trainers.

4.1. Reclutamento dei trainers

La fase di reclutamento mira a scegliere i formatori giusti in grado di fornire formazione a volontari e cittadini. Impareranno come impostare e pianificare una sessione di formazione, come fornire una sessione di formazione, come fornire la formazione per i volontari, come fornire la formazione per i cittadini, come organizzare un "World café" e/o un "laboratorio della salute" e come coinvolgere la comunità a supporto.

Questo è il motivo per cui sono tenuti ad avere una serie di particolari competenze:

- Comunicazione: ascolto, domande, spiegazione, feedback

- Interpersonali: costruzione di relazioni, sensibilità, gestione dei conflitti
- Assertività: fiducia, sfida e supporto, negoziazione
- Flessibilità: reattivo, creativo, adattabile, saper gestire i cambiamenti
- Esperienza: competente, esperto, perspicace, aggiornato
- Lavoro di gruppo: solidale, affidabile, collaborativo
- Autogestione: gestione dello stress, tempo e lavoro, autoaccensione, apprendimento
- Influenza: supporto vincente al cambiamento

I formatori dovrebbero avere standard di professionalità adeguati. Dovrebbero conoscere il contenuto della formazione familiarizzando con il programma sugli stili di vita che stanno per fornire.

I formatori sono modelli di comportamento e sono responsabili di: allestire la sede; preparare l'ordine del giorno della formazione; assicurare che tutti i materiali necessari siano disponibili; occuparsi della gestione complessiva dei tirocinanti durante la formazione.

4.2. Persone e materiali

I formatori del training sono professionisti della salute di ISRAA Treviso e UK, Klagenfurt. Il training è condotto in lingua italiana e dura 3 giorni. La stanza sarà silenziosa e confortevole con spazio sufficiente per la pratica di mindfulness, lavagna a fogli mobili e videoproiettore.

4.3. Struttura

Il programma riguardante gli stili di vita si struttura in due giorni, condotti dal team ISRAA e dal team dell'università di Klagenfurt e gli argomenti sono i seguenti:

1) Il primo giorno è dedicato all'accoglienza e alla presentazione e alla panoramica del programma: viene spiegato il quadro teorico e la struttura del programma sugli stili di vita salutari. Durante questo giorno, l'attenzione si concentrerà sui contenuti generali di cura di sé, attitudini, consapevolezza, compassione, modello del cambiamento delle abitudini e le principali pratiche di mindfulness saranno introdotte;

2) Il secondo è incentrato sulla spiegazione del programma sugli stili di vita nel dettaglio e che sarà oggetto di una parte della formazione agli anziani. In particolare, i temi sono alimentazione sana, attività fisica sana, relazioni sane, uso della tecnologia e laboratorio e tecnologia salutari. La teoria sarà mescolata con suggerimenti di pratiche consapevoli e giochi di ruolo o esercizi pratici di coaching.

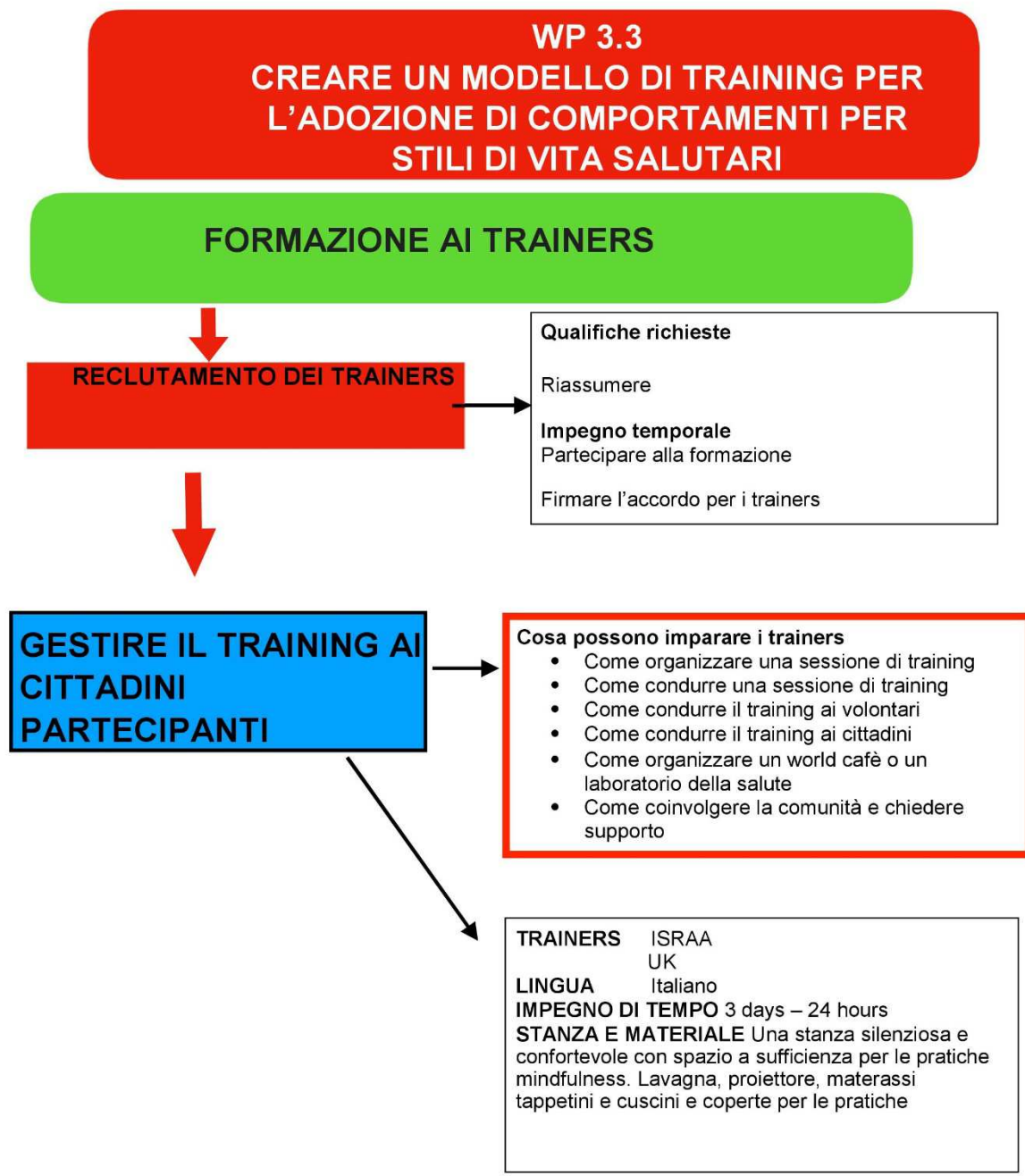


Immagine 1: Train the trainers flowchart

Bibliografia

Alberts, H.J.E.M. (2013) *Positive Psychology Coaching; Manuals for Coach and Client*.

Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco CA: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health-How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. 1st ed. Worth Publishers.

Bartholomew Eldredge, L. K, (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 4 edition. Jossey-Bass.

Bartholomew, R. (2014) *Mindful eating: Stop mindless eating and learn to nourish body and soul*. 1st ed. CICO.

Csikszentmihályi, M. (2011) *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper USA.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.

Duckworth, A. (2016) *Grit. The power of passion and perseverance*. Scribner.

Duhigg, C. (2013) *The Power of Habit: Why We Do What We Do, and How to Change*. New York: Random House.

Dweck, C.S. (2006) *The New Psychology of Success*. New York: Random House.

Fishbein, M., & Ajzen, S. (2015) *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*, 1 ed. Psychology Press.

Fletcher, B. (2012) *Flex: Do Something Different*. Hatfield: University of Hertfordshire Press

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.

Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Rethinking Ageing)*, Open University Press; 1 edition

