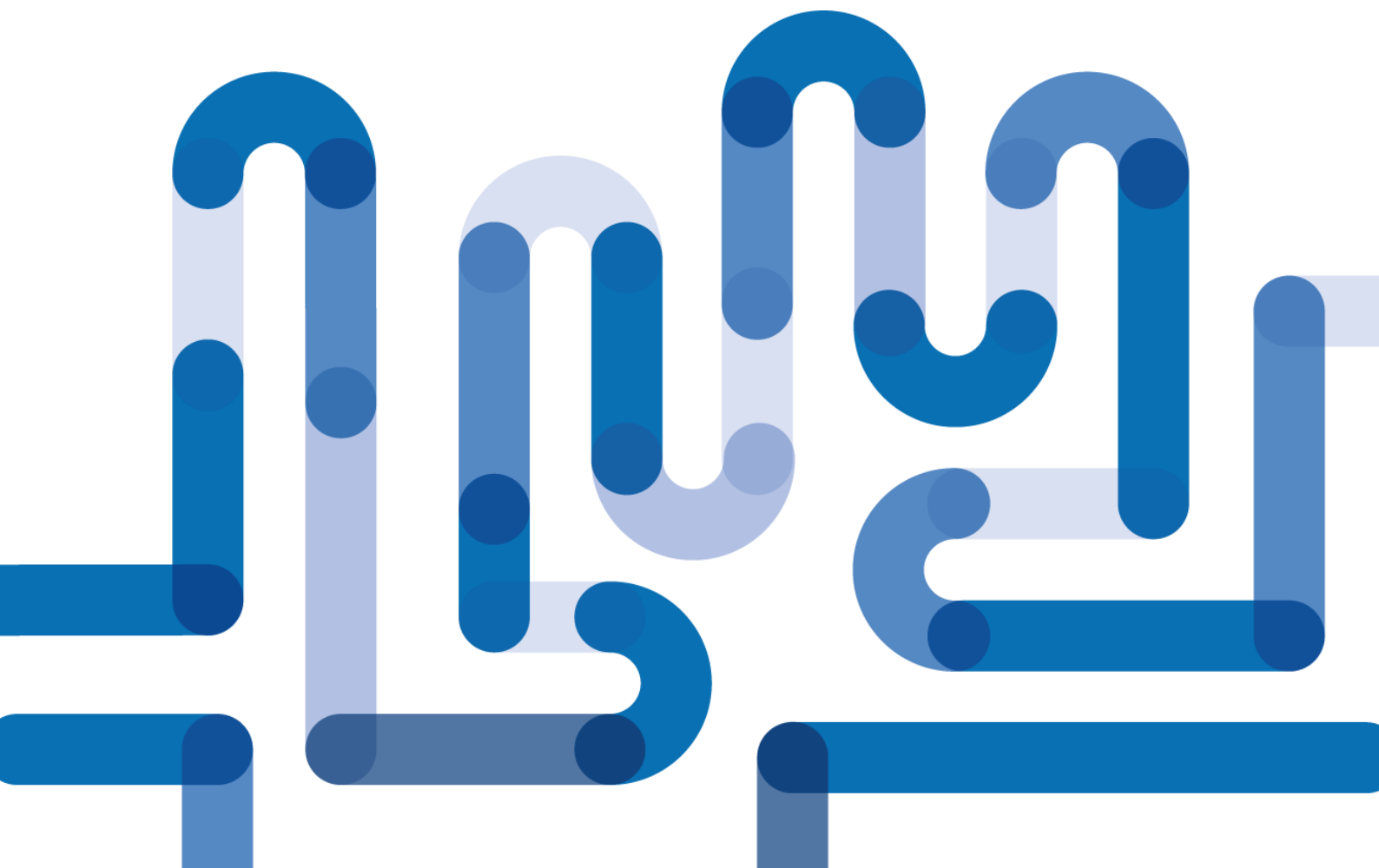


PROGETTO CROSSCARE 2.0

Linee guida del modello CrossCare®



LINEE GUIDA DEL MODELLO CROSSCARE®

PROGETTO CROSSCARE 2.0

SKUPNE INTEGRIRANE STRATEGIJE ZA KAPITALIZACIJO CROSSCARE
MODEL/ STRATEGIE INTEGRATE E CONDIVISE PER LA CAPITALIZZAZIONE
DEL MODELLO CROSSCARE/ JOINT INTEGRATED STRATEGIES FOR
CAPITALISING ON THE CROSSCARE MODEL

INTERREG VI-A ITALIA-SLOVENIA 2021-2027

Bando di capitalizzazione n. 01/2022 del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenija

**Obiettivo strategico: ISO 1 - Una migliore governance della
cooperazione;**

Obiettivo specifico: ISO 1.(b)

ID: CROSSCARE 2.0_ITA-SI0100007

Le linee guida transfrontaliere sono state predisposte nell'ambito del progetto CrossCare 2.0. Il progetto è cofinanziato dall'Unione Europea all'interno del Programma INTERREG VI-A ITALIA-SLOVENIA 2021-2027. Il progetto è realizzato nell'ambito del Bando di Capitalizzazione n. 01/2022; ISO 1 - Migliore gestione della cooperazione; ISO 1.(b); ID: CROSSCARE 2.0_ITA-SI0100007.

Partner del progetto:

- Cooperativa Itaca società cooperativa sociale onlus
- Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ITIS
- IPAB Residenza per Anziani Giuseppe Francescon
- DEOS, celostna oskrba starostnikov, d.o.o.
- Dom starejših občanov Grosuplje
- Azienda Speciale Don Moschetta

Partner responsabile del coordinamento della preparazione del documento:

DEOS, d.o.o., Gmajna 7, 1357 Notranje Gorice <https://www.deos.si/>
Ufficio progetti DEOS, tel. št. 08 2002 436, projektnapisarna@deos.si

La pubblicazione è disponibile in formato elettronico su sito web del progetto <https://www.ita-slo.eu/crosscare-20> ed è stata realizzata nell'ambito del Programma di cooperazione Interreg V-A Italia - Slovenia 2021-2027, cofinanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale.

Contenuti

INTRODUZIONE.....	5
PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	6
PRESENTAZIONE DEI PARTNER DEL PROGETTO	7
Cooperativa Itaca società cooperativa sociale onlus	7
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ITIS	8
IPAB Residenza per Anziani Giuseppe Francescon	9
DEOS, celostna oskrba starostnikov, d.o.o.....	10
Dom starejših občanov Grosuplje	11
Azienda Speciale Don Moschetta.....	12
MODELLO CROSSCARE 2.0®	13
Figura professionale del Care Manager (ruoli e funzioni).....	13
Strumenti di misurazione dei bisogni dell'utente utilizzati dal Care Manager nell'implementazione e nella valutazione del modello.....	14
Criteri di valutazione multiprofessionale nell'assistenza agli anziani (arco terapeutico, schema polare).....	14
ARCO TERAPEUTICO E SCHEMA POLARE	14
Misure esistenti e innovative per la cura e l'assistenza dell'anziano e della sua famiglia	19
METODO GENTLECARE®	19
METODO VALIDATION®	23
DEMENTIA	27
Corsi di formazione transfrontalieri per operatori socio-sanitari - scambio di approcci e competenze.....	32
PROTOCOLLO MOTO-COGNITIVO E ABITUDINI QUOTIDIANE.....	32
La figura professionale dell'operatore di comunità.....	37
CARE MANAGER/OPERATORE DI COMUNITÀ - PATTI DI COMUNITÀ.....	37
CONCLUSIONI	39

INTRODUZIONE

Caro lettore!

Di fronte a te c'è un documento, le linee guida transfrontaliere, che contiene riferimenti per ciascuna componente del modello CrossCare® e serve come strumento di informazioni per la trasferibilità del modello. Le linee guida transfrontaliere contengono anche informazioni elaborate durante corsi di formazione destinati agli operatori socio-sanitari e ad un pubblico più ampio al fine di trasferire informazioni sul modello e contenuti utili dalla formazione transfrontaliera.

I contenuti delle linee guida si articolano in contenuti chiave del modello CrossCare®, quali: l'istituzione della figura professionale del Care Manager (ruoli e funzioni); strumenti di misurazione dei bisogni dell'utente utilizzati dal Care Manager nell'implementazione e nella valutazione del modello; criteri per la valutazione multiprofessionale nella cura dell'anziano (arco terapeutico, schema polare); misure esistenti e innovative per la cura e l'assistenza degli anziani e delle loro famiglie (Gentlecare, Validation); revisione dei percorsi formativi transfrontalieri per operatori socio sanitari e della figura professionale del coordinatore nella comunità.

Ogni set contiene anche le conoscenze e le istruzioni del programma educativo, che hanno facilitato l'integrazione del modello CrossCare® e l'implementazione delle attività del progetto. Abbiamo anche rafforzato le conoscenze e i contenuti professionali con esempi pratici. Gli esempi sono presentati in modo descrittivo e grafico sotto forma di fumetto, in modo che ognuno possa facilmente padroneggiare gli approcci e le istruzioni.

Attraverso il documento vorremmo presentare al grande pubblico ulteriori conoscenze derivanti dalla formazione transfrontaliera, nel quadro del progetto CrossCare® 2.0, sul modello rafforzato e su altri aspetti dell'assistenza a lungo termine e dell'assistenza domiciliare agli anziani. Tali conoscenze sono in particolare rivolte agli anziani, ai loro parenti e ad altre persone che operano nel campo dell'assistenza agli anziani nell'area transfrontaliera, con l'obiettivo di fornire conoscenze di qualità per l'attuazione del modello di assistenza integrata agli anziani. In questo modo vogliamo consentire agli anziani e alle altre parti interessate di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per garantire una migliore qualità della vita e una maggiore indipendenza in età avanzata, e di ottenere indicazioni su chi contattare per avere informazioni o aiuto quando ne hanno bisogno.

Le conoscenze sono finalizzate ad approfondire le competenze che ciascun individuo può utilizzare nel proprio lavoro quotidiano, per fornire una migliore assistenza agli anziani o per convivere con loro. I contenuti possono essere adattati in base alle mutate esigenze degli utenti.

Oltre ai singoli set di contenuti del modello CrossCare® abbiamo anche messo a disposizione una bibliografia tematica in formato codice QR che possa essere utile agli anziani, agli operatori sanitari e ad altre parti interessate per ottenere ulteriori informazioni, e letteratura su ciascun singolo argomento.

Lo scopo di questo documento - linee guida - è trasferire conoscenze agli operatori e agli stakeholder, a coloro che si occupano del settore, agli anziani e ai loro familiari, sui temi dell'invecchiamento attivo, sugli approcci innovativi nel campo della demenza, dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza sociale. Vogliamo rafforzare l'uso e l'implementazione del modello CrossCare® anche tra gli altri fornitori di servizi di assistenza sociale. Vogliamo consolidare l'obiettivo comune di sostenere gli anziani e rafforzare il lavoro di assistenza per questo gruppo target. Con le linee guida vogliamo anche incoraggiare e irrobustire il lavoro dei professionisti della comunità e favorire la cooperazione tra diverse istituzioni per attuare un approccio integrato alla cura degli anziani.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto CrossCare 2.0 - Strategie integrate e condivise per la capitalizzazione del Modello CrossCare, mira a costruire una risposta adeguata al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, sfida comune dell'Area Programma che a medio termine avrà un impatto significativo sulle politiche sanitarie e di inclusione sociale. CrossCare 2.0 è cofinanziato dall'Unione Europea nell'ambito del Programma Interreg VI-A Italia-Slovenia, tramite il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale.

Obiettivi

- L'obiettivo generale è rafforzare la cooperazione e la governance dei processi decisionali pubblico-privati tra istituzioni e operatori chiave dei servizi sociosanitari per la cura dell'anziano nell'Area di Programma.
- Attraverso la capitalizzazione e il rafforzamento del Modello CrossCare®, di sviluppare strategie condivise in risposta alla sfida comune dell'invecchiamento e potenziare il coordinamento dei servizi esistenti dell'area transfrontaliera.
- L'approccio innovativo del progetto prevede la realizzazione sperimentale di Patti di Comunità transfrontalieri a livello locale, per sostenere un modello di presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano e della sua famiglia, in sinergia tra servizi pubblici e privati e grazie alla collaborazione con la società civile e tutte le realtà formali e informali attive sul territorio.

Output

- Rafforzamento delle competenze dei PP (partner), PA (partner associati) e degli operatori del settore grazie alla partecipazione a corsi di formazione congiunti sui metodi e gli approcci Crosscare®;
- Consolidamento del Modello e della collaborazione transfrontaliera tramite la realizzazione di Patti di Comunità per un approccio innovativo nella cura dell'anziano;
- Miglioramento dei servizi per un invecchiamento attivo grazie all'implementazione delle strategie di comunità con l'esperienza pilota del Modello CrossCare 2.0 con almeno 50 utenti.



PRESENTAZIONE DEI PARTNER DEL PROGETTO

CrossCare 2.0 coinvolge sei partner di progetto dall'Italia e dalla Slovenia e nove partner associati.

Cooperativa Itaca società cooperativa sociale onlus

Cooperativa sociale Itaca: storia e missione

Fondata il 29 giugno 1992 a Pordenone, Itaca è una Cooperativa Sociale di tipo "A" che opera nei campi dell'impegno sociale, sanitario ed educativo, gestendo servizi suddivisi in sei aree produttive: Domiciliare Anziani, Residenziale Anziani, Disabilità, Salute Mentale, Minori Età Evolutiva, Politiche Giovanili e Sviluppo di Comunità. Itaca agisce in una vasta area territoriale che comprende il Friuli Venezia Giulia, le province venete di Treviso, Venezia e Belluno e la provincia autonoma di Bolzano.

Dalla costituzione Itaca aderisce alla Lega Nazionale delle Cooperative e Mutue come all'associazione di settore Legacoopsociali, oltre che ai corrispondenti organismi territoriali della regione Friuli Venezia Giulia, del Veneto e della provincia autonoma di Bolzano.

La Mission della Cooperativa Itaca è stata esplicitata fin dalla nascita nello Statuto Sociale:

"La Cooperativa, senza fini di lucro, ha lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e alla integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari educativi orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, alla risposta dei bisogni di persone in condizioni di svantaggio fisico, psichico e sociale, anziani e minori. La Cooperativa, nello svolgimento della propria attività, si avvale prevalentemente delle prestazioni lavorative dei soci. Lo scopo mutualistico che i soci lavoratori della Cooperativa intendono perseguire è quello di ottenere, tramite la gestione in forma associata, continuità di occupazione lavorativa e le migliori condizioni sociali, professionali ed economiche".

Servizi per gli anziani:

L'Area anziani di Itaca offre servizi territoriali e residenziali accomunati da un obiettivo: il miglioramento del benessere e la permanenza al domicilio, il più a lungo possibile, delle persone ultracinquantenni con un grado di disabilità variabile.

I PRINCIPI FONDANTI nella realizzazione dei servizi dell'Area sono:

- mission focalizzata sui valori della Cooperativa e sulla forte centralità dell'utente e dei suoi familiari;
- la famiglia, di cui l'utente fa parte e nel cui tessuto è inserito, è il perno attivo attorno a cui ruota il servizio, articolato in spazi, programmi e operatori, per le famiglie e le loro esigenze;
- una filosofia di intervento che si basa sui principi del rispetto e dell'accoglienza della persona, individualizzazione e personalizzazione del servizio, promozione dell'autodeterminazione e mantenimento dell'autonomia dell'utente, il rispetto della privacy e la professionalità degli operatori.

Gli utenti seguiti dall'Area Anziani sono 2.670 al 31/12 con un dato composito derivante da tutti i servizi tradizionali, compresi il servizio di consegna pasti, rivolti a persone sole, fragili e privi di reti di sostegno, e l'utenza dei centri sociali. La tipologia dell'utenza seguita è rappresentata prevalentemente da anziani over 85.

Contatti: mail: itaca@itaca.coopsoc.it ; tel: +390434504000

Sito web: <https://itaca.coop/>

Network sociali: <https://www.facebook.com/CooperativaItaca>
<https://www.instagram.com/cooperativasocialeitaca/>



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ITIS

A.S.P. ITIS: L'azienda pubblica per i servizi alla persona ITIS è nata dalla trasformazione dell'Istituto Triestino per gli Interventi Sociali, un ente pubblico di assistenza e beneficenza, avvenuta a seguito della LR 11 dicembre 2003, n. 19, e ha origini storiche dall'Istituto Generale dei Poveri, istituito il 12 dicembre 1818 e ribattezzato Istituto Triestino per gli Interventi Sociali il 20 settembre 1976.

L'Azienda opera nel campo dei servizi alla persona e il suo scopo principale, ma non esclusivo, è l'assistenza agli anziani, attraverso piani individualizzati e nel pieno rispetto della dignità e della personalità degli utenti. A tal fine, implementa servizi e realizza interventi volti alla prevenzione, cura e riabilitazione della non autosufficienza, offrendo di prendersi cura delle esigenze in contesto domiciliare, semi-residenziale e residenziale e una serie di risposte flessibili e articolate, sviluppando la funzione di centro servizi per la terza età.

ITIS ha la sua sede principale in via Pascoli 31, al piano terra ci sono gli uffici amministrativi e le aree comuni del bar, l'auditorium, le sale polivalenti e la palestra. All'esterno c'è un ampio giardino, mentre le residenze sono situate ai piani superiori.

L'azienda pubblica per i servizi alla persona ITIS è autorizzata a operare pienamente, come parte del processo di riclassificazione (Titolo con una capacità di 411 posti letto suddivisi in 17 nuclei di tipologia N3).

L'azienda fornisce anche vari altri servizi nel campo delle cure a lungo termine come l'assistenza domiciliare, l'assistenza presso strutture di residenza assistita, centri diurni, ecc.

Contatti: tel.: +39 0403736210

Sito web: www.itis.it

Network sociali: <https://www.facebook.com/aspitis>



IPAB Residenza per Anziani Giuseppe Francescon

La Residenza per Anziani Giuseppe Francescon, attiva fin dai primi del '900 a Portogruaro, è un moderno centro di servizi per la terza età, noto per la qualità dell'assistenza. Dispone di 138 posti letto per anziani non autosufficienti, 4 per autosufficienti e un centro diurno con 4 posti. La struttura, situata vicino al centro storico e ben collegata, offre camere singole e doppie con servizi igienici privati e spazi comuni come giardino, sale ricreative, biblioteca e cappella.

La filosofia di cura si basa sull'umanizzazione dell'assistenza e la promozione della qualità della vita, rispettando la dignità e l'autonomia di ogni ospite. La residenza si impegna nell'assistenza sanitaria e affettivo-relazionale, promuovendo relazioni personali e familiari in un ambiente sereno.

Approccio alla Demenza

La Residenza per Anziani Giuseppe Francescon dedica particolare attenzione agli ospiti affetti da demenza, offrendo un nucleo protetto e attività di riabilitazione cognitiva e funzionale supervisionate da psicologi. Il progetto SFERA supporta e forma i familiari di persone con decadimento cognitivo.

Integrata con il territorio, la Residenza collabora con l'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale, il Comune di Portogruaro e associazioni locali per rispondere ai bisogni delle famiglie. Iniziative come il Caffè Alzheimer offrono incontri per familiari di persone con demenza, mentre i "Gruppi di cammino" promuovono l'invecchiamento attivo e la socializzazione.

Eventi come "Giochi senza Barriere" coinvolgono ospiti e altri centri in attività ludico-motorie, e i progetti intergenerazionali facilitano incontri tra giovani e anziani, arricchendo la vita degli ospiti e rafforzando i legami con la comunità.

Contatti: mail: scrivi@residenzafrancescon.it ; tel. +39 0421 71329

Sito web: <https://www.residenzafrancescon.it/>



DEOS, celostna oskrba starostnikov, d.o.o.

DEOS, Integrated Care for the Elderly, d.o.o. è una società privata. È stata fondata nel 1995. Le attività principali dell'azienda comprendono l'assistenza istituzionale agli anziani in nove Centri DEOS per anziani in tutta la Slovenia, la fornitura di servizi di assistenza sociale in strutture di vita assistita e la fornitura di assistenza domiciliare e servizi sociali nei dintorni dei Centri. Oggi DEOS ha dieci Centri per anziani in tutta la Slovenia, impiega più di 900 dipendenti e fornisce assistenza a più di 2000 persone anziane.

La mission è creare una casa per gli anziani in cui le persone abbiano l'opportunità di crescere e vivere una vita di qualità. Attraverso le attività, DEOS fornisce un'ampia gamma di servizi su misura per le esigenze degli anziani, consentendo loro di condurre una vita di qualità, indipendente e varia. Sia che un individuo scelga di vivere nella propria casa o in una casa di riposo, viene creato un ambiente stimolante in cui tutti si sentono accettati e inclusi. I servizi sono incentrati sulla persona e si basano sui suoi bisogni e desideri. Attraverso lo sviluppo di processi e conoscenze, viene garantita l'alta qualità dei servizi per consentire alle persone di invecchiare con cura e svolgendo attività.

DEOS sviluppa processi e know-how in modo da poter fornire sempre l'assistenza più appropriata e migliore a tutti i residenti. Attraverso un'ampia gamma di attività, i residenti vengono incoraggiati costantemente a vivere una vita il più possibile attiva e indipendente. Particolare attenzione, inoltre, viene prestata ai parenti dei residenti, affinché possano ottenere le informazioni di cui hanno bisogno in qualsiasi momento.

La vision è quella di portare il sorriso sul volto di ogni persona anziana. Contribuendo attivamente allo sviluppo del sistema di assistenza a lungo termine e di nuove competenze e approcci, DEOS è impegnata per aumentare la qualità dei servizi di assistenza agli anziani in Slovenia. Attraverso lo sviluppo di nuovi servizi per gli anziani, l'obiettivo è che ogni individuo possa accedere facilmente al servizio più adatto alle sue esigenze e preferenze.

DEOS è attivamente coinvolto nello sviluppo di servizi per l'assistenza a lungo termine degli anziani attraverso il proprio team di ricerca registrato presso l'Agenzia pubblica slovena per la ricerca. L'organizzazione è attivamente coinvolta nella formazione dei giovani attraverso la collaborazione con diversi istituti di istruzione, offrendo loro borse di studio e stage.

DEOS collabora inoltre con partner in patria e all'estero attraverso una serie di progetti nazionali ed europei che affrontano questioni chiave nel campo dell'assistenza a lungo termine per gli anziani. Tra i progetti più importanti figurano lo sviluppo di un nuovo servizio di assistenza sociale - soggiorni in fattoria per anziani (<https://www.deos.si/bivanje-starejsih-na-kmetiji/>), lo sviluppo di un moderno centro per persone affette da demenza, Poppy World (<https://www.deos.si/makov-svet/>), e il progetto di una nuova piattaforma per l'assistenza domiciliare e il sostegno agli anziani, Heroes at Home (<http://junaknadamu.si/>).

Contatti: mail: projektnapisarna@deos.si ; tel.: 080 2737 o tel. all'ufficio progetti 082002436

Sito web: <https://www.deos.si/>

Network sociali: <https://www.facebook.com/deoscentri/>



Dom starejših občanov Grosuplje

Casa di Riposo per Anziani Grosuplje

Grosuplje è un insediamento relativamente giovane, a soli 15 minuti di auto da Lubiana, sull'autostrada verso Zagabria. Geograficamente, quasi tutta l'area del comune è coperta dal Bacino di Grosuplje, circondato dalle colline circostanti, caratterizzate da numerose piccole valli e campi carsici. La vicinanza a Lubiana e i buoni collegamenti stradali e ferroviari hanno contribuito alla rapida crescita demografica e, di conseguenza, allo sviluppo economico accelerato del comune.

La Casa di Riposo per Anziani Grosuplje ha aperto le sue porte ai primi residenti il 24 febbraio 1984. Si trova ai margini della città, in una posizione tranquilla, vicino a un bosco. Ospita 183 anziani che, a causa dell'età o di altre circostanze, non sono in grado o non vogliono vivere da soli o con la famiglia. È desiderio e preoccupazione della Casa che i residenti vivano una vita il più possibile indipendente e sicura in strutture ben attrezzate e adatte.

Vision della Casa di Riposo per Anziani Grosuplje

L'obiettivo è costruire una casa accogliente, con una reputazione professionale e altamente affidabile per i residenti e i loro parenti. Il compito principale è permettere ai residenti di trascorrere la vecchiaia in modo qualitativo.

Il desiderio è quello di offrire una vasta gamma di servizi di qualità ai residenti. L'obiettivo è far sentire gli anziani a proprio agio in presenza di uno staff amichevole e comprensivo, che si occuperà di rispettare i desideri e bisogni individuali. È cura e desiderio del personale della Casa che i residenti vivano il più possibile in modo indipendente e sicuro, ovviamente nei limiti delle loro capacità psico-fisiche. Con la partecipazione dei residenti, di tutto il personale, dei parenti e del pubblico interessato, la prospettiva è creare una casa su misura per le esigenze delle persone anziane. Per fare ciò non mancherà l'impegno ad informare, supportare e collaborare con i familiari degli anziani residenti. Il personale, inoltre, si impegna a condividere le proprie conoscenze ed esperienze con altri soggetti interessati e contribuire a una vecchiaia di qualità sia per i residenti che per gli altri cittadini.

Contatti: tel.: 01/7810-700

Sito web: <https://www.dso-grosuplje.si/>



Azienda Speciale Don Moschetta

La Casa di Riposo Don Moschetta è attiva dal 1977 nella cura degli anziani. Nel corso degli anni, si è progressivamente specializzata nell'assistenza ai suoi residenti, con l'obiettivo di garantire il loro benessere e rispettare la loro identità e ruolo sociale attraverso un lavoro quotidiano basato sulle relazioni interpersonali.

La "Don Moschetta" Azienda Speciale è un ente pubblico istituito nel 2011, sostituendo così la precedente "istituzione", esclusivamente per la gestione dell'omonima Casa di Riposo.

Dal 1° gennaio 2017, si occupa anche della gestione del Campeggio Comunale "Santa Margherita", degli abbonamenti per il parcheggio in zona blu per il Comune di Caorle, della manutenzione delle aree verdi pubbliche e dell'organizzazione del personale impiegato presso il Mercato Ittico Comunale.

Servizi gestiti dall'Azienda Speciale Don Moschetta:

- **Gestione della Casa di Riposo:** La Casa di Riposo Don Moschetta dispone di 76 posti letto ed è circondata da un ampio giardino.
- **Parcheggi Comunali, Zone Blu:** L'Azienda Speciale Don Moschetta gestisce il rilascio degli abbonamenti per il parcheggio in zona blu nell'area di Caorle. Da quest'anno, la procedura è interamente online.
- **Servizio di Assistenza Domiciliare e Consegna Pasti:** L'Azienda Speciale Don Moschetta si occupa della preparazione, distribuzione e consegna dei pasti a domicilio.
- **Mercato Ittico Comunale:** Il Mercato Ittico Comunale, ora gestito dall'Azienda Speciale Don Moschetta, è uno dei luoghi simbolo della storia di Caorle.
- **Mensa Scolastica:** Il servizio mensa scolastica fornisce pasti a tutti gli studenti delle scuole dell'infanzia e primarie del Comune di Caorle.

L'Azienda Speciale Don Moschetta si è evoluta negli anni per fornire una vasta gamma di servizi, tra cui la cura degli anziani, la gestione dei parcheggi, la consegna dei pasti a domicilio e i servizi di mensa scolastica. Con la sua vasta esperienza e impegno verso la comunità, l'azienda assicura un servizio di alta qualità in vari settori.

Informazioni utili su queste attività possono essere trovate sui siti dedicati: "www.casadiriposodonmoschetta.it" e "www.campingcaorle.it".

Contatti: mail: segreteria@donmoschetta.it ; tel.: +39 0421219411

Sito web: www.donmoschetta.it



MODELLO CROSSCARE 2.0®

Il progetto Crosscare 2.0 mira a rafforzare e valorizzare il Modello CrossCare®, per sviluppare strategie condivise che affrontino la sfida comune dell'invecchiamento della popolazione e migliorare il coordinamento dei servizi esistenti nell'area transfrontaliera. L'approccio innovativo del progetto risiede nell'azione pilota che stabilisce Patti Comunitari transfrontalieri a livello locale per sostenere un modello di assistenza integrata e incentrata sulla persona per gli anziani e i loro caregiver, in sinergia tra servizi pubblici e privati, grazie a una partnership con la società civile e tutti i gruppi formali e informali attivi nella comunità.

L'idea è quindi di valorizzare il Modello CrossCare® attraverso tre principali risultati:

1. **Rafforzamento delle competenze di PP, PA e professionisti** tramite la partecipazione a corsi di formazione congiunti sui metodi e approcci CrossCare®.
2. **Consolidamento del Modello e collaborazione transfrontaliera** attraverso l'attuazione di Patti Comunitari per un approccio innovativo nella cura degli anziani.
3. **Miglioramento dei servizi per l'invecchiamento attivo** grazie all'attuazione di strategie comunitarie basate sul progetto pilota per il Modello CrossCare 2.0, con almeno 50 utenti.

Attraverso l'approccio transfrontaliero, i partner del progetto saranno in grado di potenziare le loro competenze e sviluppare una strategia integrata comune per affrontare le esigenze della popolazione anziana, nonché co-progettare e implementare azioni di welfare generativo. L'obiettivo del modello di assistenza integrata e personalizzata per gli anziani è quello di contribuire a migliorare la qualità della vita e l'indipendenza degli anziani coinvolti nella sperimentazione e, successivamente, delle persone che ricevono assistenza e servizi.

Figura professionale del Care Manager (ruoli e funzioni)

Un aspetto fondamentale del progetto è il ruolo del Care Manager. Il Care Manager assicura che l'anziano riceva i servizi in base alle sue reali esigenze e preferenze. Allo stesso tempo, assicura che i servizi siano forniti in un unico luogo. Nel farlo, riunisce diversi professionisti all'interno dell'istituto (équipe multidisciplinare) e fornitori esterni provenienti da altre organizzazioni del territorio attraverso l'uso di patti di comunità. Il Care Manager agisce quindi come coordinatore dell'assistenza all'anziano per garantire che riceva servizi della massima qualità nel modo più rapido possibile. Accompagna l'anziano nel tempo e adatta i servizi in base alle prove e alle mutevoli esigenze dell'individuo.

Il lavoro del coordinatore assistenziale ("care manager") consiste quindi nel coordinare un'équipe multidisciplinare, nel ricevere le richieste di partecipazione al progetto da parte delle persone anziane, nel fornire informazioni sui servizi esistenti nel setting e nel coordinare la fornitura di servizi da parte dei diversi servizi del setting per l'utente. La sua funzione più importante è quella di monitorare le esigenze dell'individuo e l'impatto dei diversi servizi sul miglioramento della qualità della vita dell'anziano e della sua indipendenza.

Guarda un video sul modello CrossCare® su VIDEO (video del 1° progetto)



Strumenti di misurazione dei bisogni dell'utente utilizzati dal Care Manager nell'implementazione e nella valutazione del modello

Il processo di fornitura di assistenza integrata e personalizzata agli anziani inizia con la creazione di centri di servizi gerontologici. La cura degli anziani è affidata a un coordinatore dell'assistenza ("care manager"). Il coinvolgimento dell'utente nella cura inizia quando l'anziano chiede aiuto, sostegno o informazioni. Il coordinatore dell'assistenza (care manager) incontra l'anziano e fornisce informazioni e assistenza all'interno della propria organizzazione o lo indirizza ad altri servizi, se necessario. Il ruolo del care manager è quello di aiutare l'anziano a ottenere le informazioni o l'aiuto di cui ha bisogno e tutti i servizi in un unico luogo. Sulla base della storia di vita dell'utente e del piano individuale, vengono evidenziati i bisogni della persona anziana, i suoi desideri e le sue aspettative. Può essere utilizzato anche un questionario di valutazione dei bisogni per aiutare il professionista nel suo lavoro.

Il modello si basa su una valutazione effettuata su diversi aspetti della vita dell'individuo (modello di valutazione multidimensionale dei bisogni). In base alle esigenze misurate ed espresse dall'individuo, possiamo fornirgli assistenza o servizi adeguati (personalizzati). L'impatto dei servizi sull'individuo e sulla sua vita viene monitorato utilizzando il modello e i test.

Criteri di valutazione multiprofessionale nell'assistenza agli anziani (arco terapeutico, schema polare)

I bisogni dell'individuo e l'efficacia dei servizi non sono solo implementati ma anche valutati attraverso il punto di vista di un'équipe multidisciplinare. L'équipe multidisciplinare e il coordinatore assistenziale forniscono supporto all'anziano fragile, ai suoi familiari e agli eventuali accompagnatori, monitorando le necessità dell'individuo in tutti gli aspetti della sua vita. Per poter valutare tutti i bisogni dell'anziano, è necessario lavorare insieme in modo multidisciplinare e valutare l'individuo dal punto di vista delle diverse esigenze.

Nel loro lavoro, i professionisti utilizzano una serie di tecniche e competenze necessarie per fornire efficacemente assistenza e supporto personalizzato all'individuo attraverso la somministrazione di una serie di test e valutano i servizi più adeguati per migliorare l'autonomia dell'anziano in diverse aree.

ARCO TERAPEUTICO E SCHEMA POLARE

Schema polare

La valutazione utilizzata in questo progetto comprende una valutazione sulla salute fisica e mentale e dello stato funzionale e sociale della persona anziana. Lo schema polare è un nuovo metodo ideato da un'équipe multidisciplinare (Vergani et al., 2004) per rappresentare la condizione della persona utente, attraverso il cosiddetto "diagramma polare" o "schema polare" (Fig. 1).

Lo schema polare è coerente con l'ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Salute (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001) e mostra i punteggi del soggetto attraverso delle scale di valutazione (disposte radialmente all'interno dell'area circolare) nel corso della cura realizzata in tempi diversi (Vecchiato, 2004a; Pilati et al., 2023). I bordi esterni della figura indicano la condizione ottimale. In questo modo è possibile identificare facilmente i divari tra la condizione ottimale e i punteggi effettivamente misurati. Questo strumento può essere utilizzato per monitorare le condizioni dell'anziano e per valutare i cambiamenti negli esiti. Supporta inoltre le decisioni e le responsabilità nell'implementazione del processo di cura e nelle risorse per raggiungere i risultati attesi.

In CrossCare 2.0 è stato costruito uno schema polare costituito da un cerchio diviso in tre settori. Ogni settore rappresenta i principali domini considerati nella valutazione iniziale:

- il dominio cognitivo e comportamentale (strutture e funzioni cognitive)
- il dominio fisico e funzionale (funzioni e attività corporee)
- il dominio socio-ambientale (fattori ambientali e interpersonali).

All'interno di ciascun dominio sono presenti dei "raggi" che rappresentano i punteggi delle scale. Questi possono variare a seconda della persona al centro dell'attenzione. La parte esterna del cerchio mostra le condizioni migliori per la persona. Il centro indica le condizioni peggiori per la persona.

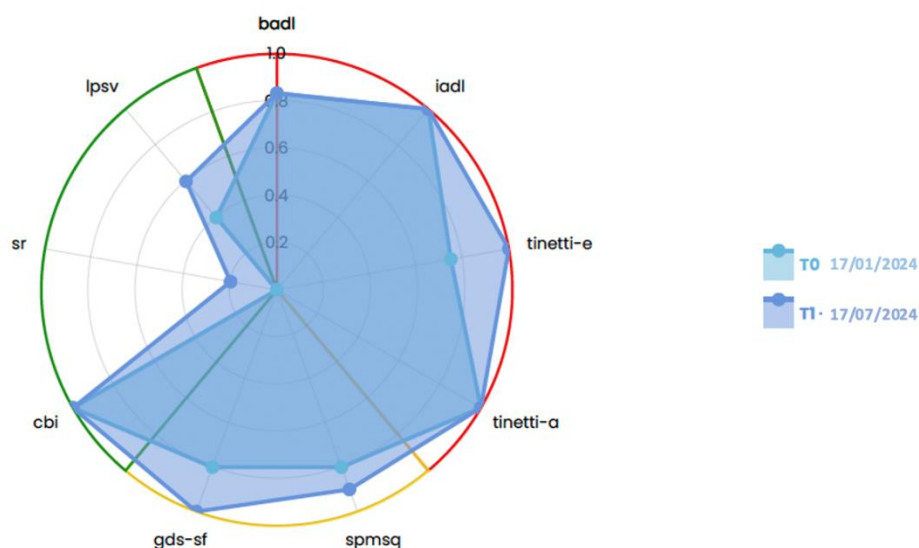
Il dominio cognitivo e comportamentale comprende lo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) e la *Geriatric Depression Scale - Short Form* (GDS-SF). Il dominio fisico e funzionale comprende la scala delle attività della vita quotidiana (ADL), la scala delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e la *Tinetti balance and Gait Scale* (TINETTI-EA). Il dominio socio-ambientale considera il Caregiver Burden Inventory (CBI), la Scala delle Responsabilità (SR) e il Livello di protezione nello spazio di vita (LPSV).

Le diverse sezioni del diagramma indicano diverse misurazioni nel tempo. I colori delle scale indicano le tre aree di osservazione e misurazione per la valutazione dei risultati:

- strutture e funzioni cognitive,
- funzioni e attività corporee,
- fattori ambientali e interpersonali.

I diversi valori rappresentati nello schema polare possono facilitare la valutazione integrata e le scelte dei professionisti coinvolti nel percorso di cura insieme all'anziano e a chi lo assiste.

Fig. 1 - Lo schema polare in 2 diversi tempi (T0 e T1)



L'utilizzo dello schema polare può essere meglio descritto utilizzando un caso di studio. Si tratta di una donna di 73 anni di nome Maria. Il percorso di cura ha preso in considerazione il suo sviluppo in 3 momenti diversi. Il caso di studio è adattato da Vecchiato (Vecchiato, 2004).

Caso di studio: Maria

Maria è una donna di 73 anni. È in pensione (lavorava in una fabbrica) ed è giunta all'attenzione del servizio nell'ottobre 2021. Negli ultimi due anni ha avuto problemi di memoria e cambiamenti comportamentali, con conseguente perdita di autonomia nella vita quotidiana.

Ha gravi problemi di mobilità che la portano a cadute e incidenti e non riesce a mangiare senza aiuto (ADL: 1/6; IADL: 0/8; Tinetti 13/24).

A seguito di un esame clinico, le viene diagnosticata una demenza vascolare e le vengono prescritti farmaci per trattare i problemi comportamentali associati (SPMSQ: 7/10). Maria vive a casa con la figlia, che lavora a tempo pieno durante il giorno. Per la maggior parte del giorno è sola in casa. Questo è motivo di preoccupazione per la figlia, il cui rendimento lavorativo e le cui relazioni sono state compromesse (CBI: 65/96). I servizi sociali vengono contattati per valutare il reddito della famiglia e studiare la possibilità di un sostegno diverso.

A gennaio 2022, Maria mostra un miglioramento della capacità di attenzione. Anche il suo comportamento è migliorato. La figlia riferisce una riduzione del numero di episodi di confusione e Maria dorme tutta la notte. Gli aspetti della disabilità di Maria persistono, ma ci sono miglioramenti nel mangiare senza assistenza, grazie agli interventi di socializzazione (ADL: 2/6; IADL: 0/8). I suoi problemi di mobilità permangono, ma non ha avuto cadute (Tinetti 18/24) dall'inizio del processo e ci sono stati miglioramenti nelle attività di vita quotidiana e nei fattori ambientali. Anche la figlia esprime un miglioramento della qualità di vita (CBI: 56/96).

A luglio 2022, Maria fa ulteriori progressi (SPMSQ: 4/10). I suoi cambiamenti comportamentali sono scomparsi, anche se permane la perdita di autonomia (ADL: 2/6, IADL: 0/8, Tinetti: 18/24). La figlia si sente meno stressata (CBI: 37/96). Grazie a un'assistenza completa e integrata che combina diverse dimensioni, la situazione di Maria è notevolmente migliorata.

Il modello ARCO

Lo schema polare rientra in una strategia più ampia chiamata 'ARCO' (Vecchiato, 2015; 2022).

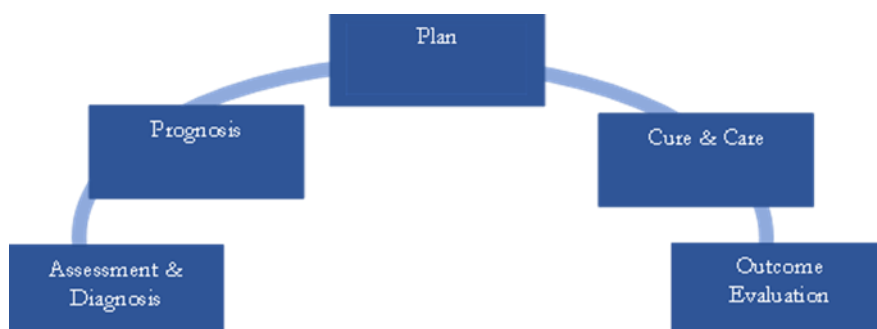
L'idea di un "arco" serve a collegare le diverse fasi del care pathway ed esprime il modo con cui è stato affrontato il problema dalla domanda espressa dalla persona. In architettura l'arco è stato introdotto per gestire in modo convergente e unitario le forze di ogni pietra. In questo modo l'arco può reggere forze molto grandi. Anche l'arco terapeutico è composto da pietre, si tratta di pietre cliniche, competenze professionali che vanno composti in modo unitario. Servono dei criteri di ordinamento e posizionamento clinico che aiutino a rendere misurabili gli esiti, sostenibilità e quindi anche "standardizzazione e personalizzazione". La standardizzazione viene dalla struttura dell'arco terapeutico e la personalizzazione viene dalla gestione personalizzata, dinamica e sartoriale delle varie componenti necessarie per il raggiungimento dell'outcome atteso.

La struttura dell'arco terapeutico è organizzata in 5 componenti: Assessment & Diagnosis, Prognosis, Plan (Responsiveness), Cure & Care, Outcome Evaluation (fig. 2). Sono cinque dimensioni che descrivono e rappresentano i passaggi professionali e organizzativi necessari per collegare la diagnosi alla prognosi, il curare al prendersi cura, i fattori produttivi agli esiti attesi e misurati. Sono componenti elementari, intuitive ma che non vanno banalizzate, anzi è necessario gestirle con il massimo livello di appropriatezza professionale.

Questo framework aiuta gli operatori ad evitare pratiche "prestazionistiche", basate sul rapporto diagnosi-prescrizione che, tecnicamente, non percorre tutto l'arco. In questo modo il care pathway si impoverisce, diventa scomposto, depotenziato, non più tecnicamente in grado di garantire esiti apprezzabili. Il framework

aiuta inoltre le persone anziane o i loro familiari a condividere il percorso e ad impegnarsi nel raggiungimento degli esiti attesi.

Fig. 2 – ARCO



Vir: Vecchiato (2015)

Le componenti dell'ARCO

Assessment & Diagnosis

'Assessment' è inteso come raccolta di elementi quantitativi e qualitativi (fragilità e potenzialità, capacità su scala personale, relazionale e comunitaria). La 'diagnosi' è una sintesi dell'analisi emersa dalla raccolta degli elementi, che consente di individuare i bisogni e le capacità sulle quali incidere e definire i risultati attesi.

Prognosis

Prefigurazione di 'traguardi' da raggiungere descritti in termini di esiti attesi, entrambi associati alle capacità e responsabilità necessarie nel percorso di aiuto. La 'prognosi' consente di identificare gli impegni reciproci (del servizio e della persona) e di articularli nel successivo piano, da realizzare in tempi definiti e concordati, anche con la persona.

Plan

Il piano è la sintesi delle fasi precedenti (dalla definizione del problema e delle capacità, sintetizzata nella diagnosi e trasformata con la prognosi nella prefigurazione degli esiti attesi). È una visione unitaria (sintesi) dei fattori che definiscono il problema, le capacità e le soluzioni da adottare. Nella struttura dell'arco è l'elemento necessario per la messa in equilibrio delle forze che concorrono.

Le scelte vengono trasformate in un sistema di responsabilità (professionali e non professionali, dell'operatore e della persona) finalizzate a risultati ed esiti misurabili.

Cure & Care

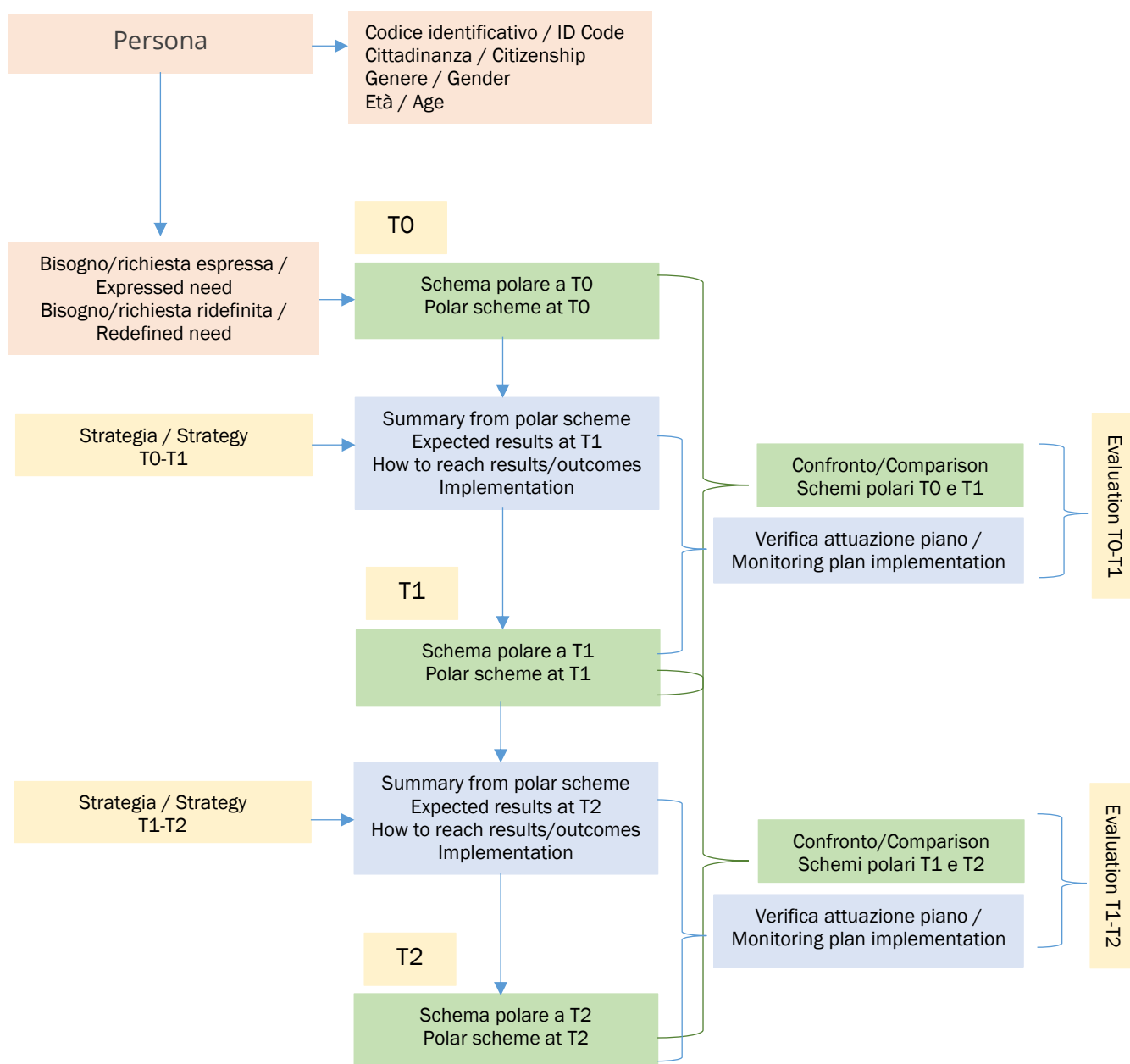
È la fase di attuazione del piano. Per facilitare l'effettivo esercizio delle responsabilità (professionista, persona, altri componenti del suo spazio di vita, ...) il percorso condiviso nelle fasi 1, 2 e 3 viene realizzato e monitorato con indicatori osservabili.

Outcome evaluation

La valutazione di efficacia si articola in due fasi. La verifica (misura) che considera se tutto quello che è stato previsto e concordato è stato fatto, cioè il contenuto del piano.

La valutazione (giudizio professionale) entra nel merito delle condizioni di riuscita e raggiungimento degli esiti attesi. Si avvale degli indici misurati nella verifica e aiuta a identificarli, a meglio riconoscerli, a capire cosa li ha determinati (Canali, 2015).

Fig. 3 – Il flusso congiunto schema polare e ARCO



Letteratura:

Misure esistenti e innovative per la cura e l'assistenza dell'anziano e della sua famiglia

Nel loro lavoro con le persone anziane, i professionisti utilizzano una varietà di metodi di lavoro per potenziare l'individuo e le sue capacità nella terza fase della vita.

I coordinatori assistenziali si avvalgono di diversi metodi e approcci per lavorare con le persone. Il modello CrossCare® incoraggia anche l'uso di tecniche differenti per lavorare con le persone affette da demenza, nonché l'uso di conoscenze ed esperienze a cui attingere. Ecco alcune competenze e linee guida su metodi, tecniche e approcci che ogni individuo può utilizzare quando lavora e/o vive con familiari affetti da demenza. Oltre a ciascun argomento, abbiamo fornito anche letteratura utile ed esempi pratici, presentati in modo descrittivo e grafico.

METODO GENTLECARE®

Il modello Gentlecare®: origini e sviluppo, un approfondimento

Il sistema di cura Gentlecare®, ideato dalla terapeuta occupazionale Moyra Jones, è un approccio globale e protesico, mirato al benessere della persona con demenza a partire dalla comprensione della specificità della malattia, dalla conoscenza della persona e dalla valorizzazione delle sue capacità esistenti e potenziali.

Le demenze non sono solo malattie, ma diventano nuovi modi di stare al mondo, condizioni di vita caratterizzate da perdite “funzionali, cognitive, comportamentali” che modificando la personalità di chi ne è affetto, interferendo nelle sue relazioni con l'ambiente e i caregivers.

Il compito di tutti coloro che partecipano al processo di cura consiste nel compensare questo deficit attraverso la messa in atto di Protesi ossia di un Progetto Individuale costituito da tre elementi in relazione dinamica tra loro: l'ambiente fisico, le persone, i programmi e le attività.

L'Ambiente è inteso come luogo di vita del malato e quindi mirato a garantire spazi di pensiero, di parola e di attività; deve essere modellato adattandosi al cambiamento dei bisogni della persona in difficoltà, siano essi bisogni primari che di socializzazione.

Le Attività perseguono l'obiettivo di stimolare le capacità di ciascuno, di costruire ruoli sociali adeguati e rispondere in questo modo al bisogno di sentirsi utili e competenti.

Le Persone (e le relazioni che costruiscono insieme) saranno messe nella condizione di partecipare ad un processo che, partendo dall'accoglienza del nucleo familiare e dalla costruzione di un'alleanza assistenziale, pone le basi di fiducia e affidamento, per costruire un progetto comune, sano e mirato al benessere dell'intero sistema di cura.

Le persone (caregiver formali e informali) saranno preparate, motivate, gratificate e organizzate in modo da favorire una risposta pronta e soddisfacente alle necessità d'assistenza della persona fragile. Capaci di sentirsi parte di un elemento organizzativo unico.

Nelle realtà di assistenza e cura residenziale e semi-residenziale, i programmi sono flessibili, brevi e fatti da semplici attività che ogni membro dello staff deve sapere svolgere per ridare dignità e vita alla persona ammalata e alla sua famiglia, gli spazi sono familiari, confortevoli, sicuri e attentamente studiati per stimolare e rilassare.

Nell'assistenza territoriale gli interventi sono modulati e mirati, oltre che nella gestione dello spazio, del tempo e della relazione con la persona fragile, anche a sostenere e informare le persone di riferimento e cura, allo scopo di innescare un circolo virtuoso mirato al benessere dell'anziano nella realtà in cui vive.

Questo comporta una progettazione e la gestione dei servizi supportati da un'alta professionalità e da una forte interdisciplinarietà, quindi un cambiamento culturale prima ancora che organizzativo. Un modo di porsi nei confronti della malattia, della persona fragile e dei propri colleghi e collaboratori che prevede il superamento della visione settoriale dell'organizzazione, sostituita dalla costruzione di un sistema comunitario e circolare.

Il Metodo Gentlecare propone strumenti affinché questo sia realizzabile, ciascuno diventi consapevole che il proprio agire ha conseguenze su tutta l'organizzazione, diventando poi parte di un lavoro quotidiano, di un linguaggio comune e, come tale, trasmissibile.

Il Gruppo Ottima Senior propone il modello Gentlecare come principale filosofia di riferimento per la gestione di servizi per persone con demenza e fragilità in generale. Un modello applicabile nei diversi contesti è realizzabile con modalità diversificate secondo le risorse. Si basa su fondamenti semplici, come il benessere della persona che viene affidata, l'importanza della qualità della vita della loro esistenza passata e quotidiana e l'attenzione alle loro famiglie.

I principali obiettivi del metodo Gentlecare di cura sono:

- promozione del benessere della persona, identificando con benessere il "miglior livello funzionale possibile in assenza di condizioni di stress"
- risoluzione o riduzione della gravità dei principali disturbi comportamentali;
- riduzione dello stress di chi assiste sia esso caregiver formale o informale;
- riduzione dell'utilizzo di mezzi di contenzione fisica e/o farmacologica.

Esempi pratici e soluzioni alle situazioni

- Anziana ipovedente, con buona deambulazione e particolare fatica ad accettare l'aiuto altrui (ha sempre lavorato come perpetua; carattere molto direttivo e poco incline a farsi assistere). Mal tollerava tutti i tentativi di essere accompagnata da un ambiente all'altro della Struttura.

Gli operatori hanno deciso di sostenere questa sua necessità di mantenimento dell'autonomia, aiutandola attraverso una striscia di tessuto particolarmente morbida e "pelosa" a orientarsi negli ambienti della Casa di Riposo (in particolare sul corridoio e sul percorso che la conduceva alla sua stanza).

- Anziano ex sindacalista; presentava un disturbo comportamentale che lo portava a battere continuamente la mano sopra tavoli o superfici che si trovava davanti. Questa attività, oltre a infastidire gli altri ospiti, gli faceva rischiare costanti traumi e ferite.

Pertanto, per dare un senso operativo a questo continuo battere, gli è stata affidata una macchina da scrivere, sui cui tasti poteva battere a ripetizione senza rischiare di farsi male. E in generale, ogni superficie a sua disposizione veniva ricoperta di un materiale morbido, capace di attutire il rumore del battere e diminuire il rischio del farsi male.

- Anziano disorientato che faceva pipì in tutti i contenitori del bagno (lavandino, bidet, doccia) tranne che nel wc.

Partendo dalla sua esperienza di lavoro in fabbrica all'estero, gli operatori hanno pensato dapprima di sistemare delle immagini sopra il wc, poi hanno sistemato una scritta sia in italiano che in altre lingue che la

pipì andava fatta seduti e dentro il water. Lui, caratterialmente molto perfettino e ligio al dovere, ha seguito scrupolosamente le indicazioni scritte e dunque superato la difficoltà.

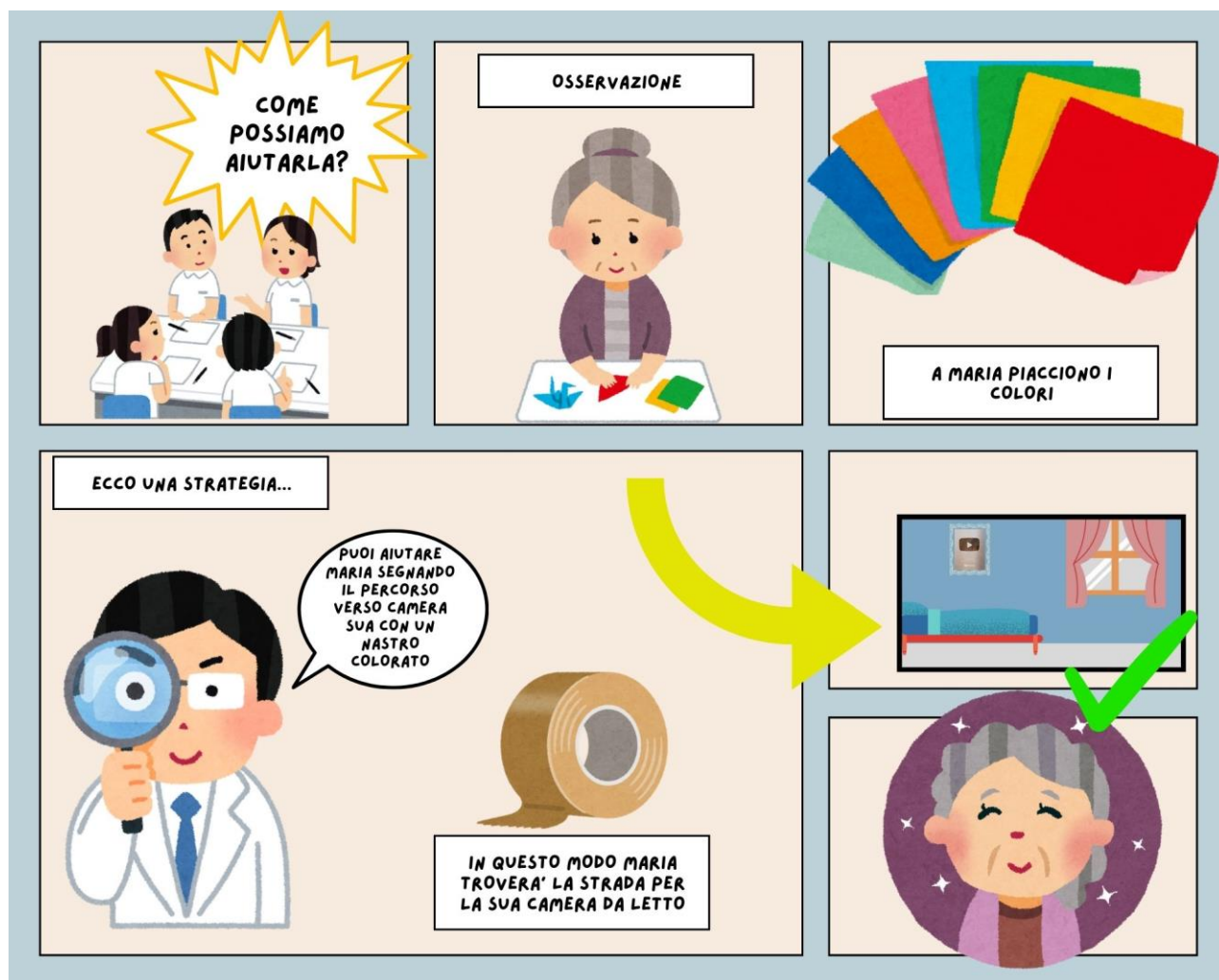
- Anziana che non trova mai la sua stanza in Casa di Riposo; ottima deambulazione e partecipazione alle attività. Il non trovare la sua stanza, la mandava in sofferenza; inoltre non riusciva a spiegarsi nel momento della tensione e questo aumentava la sua agitazione.

Gli operatori sapevano quanto fosse sensibile ai colori, per cui hanno pensato di mettere una striscia colorata (gialla), per permetterle di essere "guidata" da questo colore privilegiato verso la sua stanza.

METODO GENTLE CARE®

LA SIGNORA MAIA HA DIFFICOLTÀ A TROVARE LA SUA STANZA...





In generale, la radice che anima tutte le soluzioni protesiche del metodo Gentlecare® è quella della scelta di attività diverse, che partano sempre dall'essere motivate, iniziate col chiedere all'anziano il suo aiuto per risolvere una questione, e terminate col il ringraziare l'anziano per il suo apporto prezioso.

Anche la *Doll therapy* risponde a questa strategia: "calmare" attraverso le bambole e la richiesta del prendersene cura occasioni di particolare tensione o desiderio di fuga. La scelta dei momenti in cui affidare la bambola, parte da una analisi osservativa dell'anziano e dei suoi comportamenti, per capire quando attivarsi con questo strumento. Di solito i momenti della giornata più critici sono la mezza mattina, il pomeriggio e l'imbrunire.

In Casa di Riposo, la doll therapy era stata usata con buon riscontro in particolare con un anziano che si era sempre occupato dei nipoti, quindi la possibilità di prendersi cura di piccolini, gli restituiva il ricordo della sua attività di cura ripetuta nel tempo passato e lo rasserenava.



Letteratura:

METODO VALIDATION®

Il metodo Validation® - un modo per comunicare nella demenza

Il Metodo Validation, ideato negli anni '70 e '80 dalla gerontologa Naomi Feil[i], è per definizione una tecnica di comunicazione che aiuta a gestire la difficile relazione con un paziente anziano affetto da demenza con disturbi comportamentali. Feil si rese conto, nel prendersi cura degli anziani compromessi, che l'accettazione empatica del loro mondo interiore avrebbe avuto un impatto positivo su molti fattori della vita quotidiana, e in particolare osservò per esperienza diretta che l'ascolto delle emozioni poteva rappresentare un'importante alternativa rispetto alla comunicazione spontanea. Nonostante le buone intenzioni, quest'ultimo ci porta spesso a distrarre, far ragionare, infantilizzare e molto altro; modalità, queste, che spesso innescano circoli viziosi che aumentano, anziché diminuire, i disturbi comportamentali.

Gli obiettivi che la validazione si propone di raggiungere sono molteplici e possono essere tutti contenuti nel miglioramento della qualità della vita quotidiana: recuperare l'autostima, migliorare la comunicazione verbale e non verbale, ridurre l'ansia, prevenire l'isolamento e il ritiro, sentire il valore di una vita vissuta, migliorare il portamento e il benessere fisico, ridurre la necessità di contenimento fisico e chimico, promuovere l'assunzione di ruoli e migliorare l'umore. Validation è anche una teoria dello sviluppo dell'età anziana, che ne descrive le lotte finali: Le persone molto anziane cambiano il loro comportamento non solo a causa del declino cognitivo. Intervengono molti altri fattori, come il bisogno di portare a termine le questioni rimaste in sospeso, di "risolvere a modo loro i compiti irrisolti della vita".

In effetti, uno dei presupposti teorici che hanno motivato Feil a sviluppare questo metodo è la teoria dei compiti esistenziali di E. Erikson[ii]. Egli apponeva l'integrità come obiettivo da raggiungere nella vecchiaia, intendendo con ciò che possiamo permetterci (anche cognitivamente) di guardare indietro alla nostra vita passata e farne un bilancio. Naomi Feil aggiunge lo stadio della risoluzione dei compiti esistenziali o dei conflitti rimasti irrisolti, e con questo intende il "risolvere a modo loro", la necessità di fare le valigie per l'ultimo viaggio, là dove non sono logica coerenza a caratterizzare il comportamento.

L'enorme fardello di emozioni, spesso repressi per lunghi anni, trova il modo di manifestarsi attraverso comportamenti bizzarri. Le persone anziane con deficit cognitivo tornano indietro nel tempo e soddisfano molti bisogni. Validation legge questi disturbi comportamentali come un modo legittimo per sopravvivere, in periodo estremamente difficile da affrontare a causa della quantità di perdite fisiche, emotive e sociali, per la grave privazione sensoriale e affettiva che spesso si associa all'età avanzata, soprattutto per coloro che vivono in Strutture Socio-sanitarie. Questi anziani hanno bisogno di qualcuno che li ascolti con empatia, che li sappia accettare, che li sostenga ed affianchi in questa lotta. Se nessuno lo fa, l'anziano diventerà gradualmente sempre più chiuso in se stesso e intraprenderà un percorso di decadimento che lo condurrà a una fase vegetativa della vita.

Validation non richiede che l'anziano cambi (per fare questo sarebbero necessarie capacità cognitive integre), non richiede uno sforzo da parte sua e non lo "rimprovera amorevolmente" per un comportamento non socialmente corretto. Validation accetta e accoglie. Uno dei principi fondamentali del metodo afferma che c'è sempre una ragione dietro ogni comportamento e sostiene che la realtà interiore delle persone anziane, che sono disorientate per questo motivo, dovrebbe essere accettata e riconosciuta. "To validate" significa dare valore. Questo metodo, con specifici percorsi formativi, è applicabile sia individualmente che in gruppo. È una strategia, uno strumento che, utilizzando specifiche tecniche verbali e non verbali, permette l'espressione emozionale, l'ascolto empatico e l'accettazione rispettosa di un mondo che non corrisponde al nostro, ma che esiste.

Nei percorsi formativi si impara con la pratica a osservare, ad essere autentici, a usare il contatto visivo, il tocco, ad uniformarsi al ritmo, a rispecchiare i movimenti. L'operatore Validation può stabilire un rapporto di fiducia senza giudicare ciò che l'anziano dice, anche se non corrisponde alla realtà. La fiducia contribuisce a rafforzare i sentimenti di sicurezza, autostima e dignità, che portano a una riduzione della tensione e, di conseguenza, a una riduzione dei comportamenti negativi e disturbanti.

Concludendo, non vorremmo tralasciare una riflessione importante riguardo al carico dell'accettazione emozionale. Spesso, siamo spaventati dal fatto che l'accettazione degli equilibri emotivi degli altri possa colpirci, possa farci male. Questa paura è giustificata, validare ci rende vulnerabili. Ma c'è una grande differenza tra l'essere sopraffatti e l'essere empatici. Validation ci allena anche in questo campo. Strumenti, esercizi, tecniche ci insegnano non solo a non farci male, ma addirittura a godere di una vita professionale e personale migliore proprio perché arricchita dall'empatia. Una vera opportunità.

Esempi pratici e soluzioni alle situazioni

1. Abbiamo il caso di un signore che si occupa della sua cacca. La fa, poi la impacchetta e la mette nell'armadio. Cosa possiamo fare?

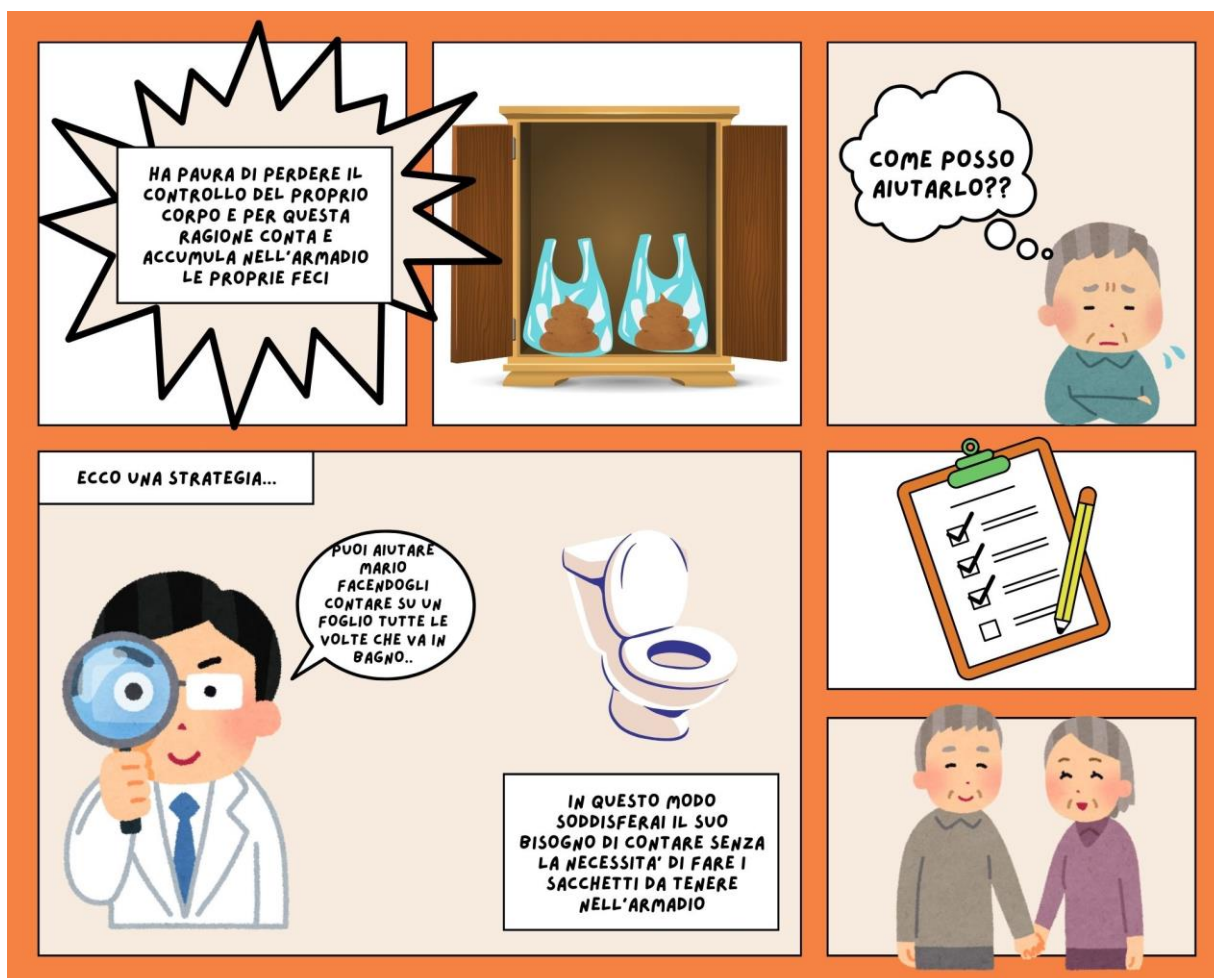
Lavorare con la cacca è legato a un certo grado di autonomia. Il signore ha paura di perdere il controllo del proprio corpo. Una volta capito questo, dobbiamo dargli un compito facile che gli permetta di avere il controllo. Perché sta perdendo il controllo. Di conseguenza, dobbiamo metterlo in grado di soddisfare il suo bisogno di controllo.

METODO VALIDATION®

IL SIGNOR MARIO, CHE QUANDO LAVORAVA FACEVA IL CONTABILE
ULTIMAMENTE SI STA COMPORTANDO IN MODO STRANO...

The comic strip consists of six panels:

- Panel 1:** A woman is talking on a phone, looking distressed. Text: "LA MOGLIE DEL SIGNOR MARIO E' MOLTO PREOCCUPATA." (Mrs. Mario is very worried.)
- Panel 2:** The woman is still on the phone. Text: "COSA STA COMBINANDO?" (What is he doing?)
- Panel 3:** Mr. Mario is standing next to a large wardrobe, looking concerned.
- Panel 4:** Three plastic bags filled with brown material (representing feces) are shown. Text: "ULTIMAMENTE MARIO METTE LA SUA CACCA IN TANTI SACCHETTI E METTE TUTTO DENTRO L'ARMADIO" (Recently Mario puts his feces in many bags and puts everything inside the wardrobe).
- Panel 5:** Mr. Mario is sitting at a desk, looking thoughtful. Text: "COME POSSO RISOLVERE QUESTO PROBLEMA ???" (How can I solve this problem ???)
- Panel 6:** A man in a suit (representing a professional) is talking to Mr. Mario. Text: "IL MESTIERE DI MARIO ERA FARE I CONTI IN UFFICIO E CONTARE E ACCUMULARE FACEVA PARTE DELLA SUA QUOTIDIANITA'" (Mario's job was to do accounts in the office and counting and accumulating was part of his daily life).
- Panel 7:** Mr. Mario is sitting at a desk, looking confused. Text: "OGGI CHE MARIO HA L'ALZHEIMER ED E' MOLTO CONFUSO..." (Today Mario has Alzheimer and is very confused...)



2. Domanda: abbiamo un esempio di una signora che usa una sedia come deambulatore per spostarsi nella stanza. Si aggrappa saldamente ai braccioli della sedia e non permette a nessuno di avvicinarsi alla “sua sedia”. La signora diventa aggressiva se cerchiamo di toglierle la sedia. Non sappiamo come comportarci. Quale può essere la causa di questo comportamento?

Prima di tutto, dobbiamo conoscere la storia della persona, la sua biografia, le sue perdite e ciò che ha dovuto affrontare nella sua vita. Da quello che mi dice su di lei, capisco che non è mai stata in grado di costruire una propria vita sentimentale. Ha sempre dovuto occuparsi dei suoi genitori. Il suo comportamento è sempre stato maschile, mentre lei era una donna. Da quello che mi dice, devo concludere che forse non è mai stata in grado di esprimere pienamente la sua sessualità. Era un'epoca in cui le persone erano meno libere di oggi. C'erano più tabù. Freud e Jung hanno scoperto che le persone usano i simboli. E Naomi Feil ha preso queste teorie e le ha tradotte per persone anziane disorientate. Forse ora le donne cercano di esprimere al meglio le loro parti maschili prima di morire. E lo fanno a modo loro, usando qualcosa di duro, resistente, finto. La donna cerca di sopravvivere.

3. Caso di studio

La signora Lucia è una signora che si trova tra la prima e la seconda fase: usa ancora il linguaggio, ma spesso si trova a «vivere nel passato», un passato in cui rimpiange la sua famiglia di origine; sappiamo dalla biografia che il suo matrimonio non è stato felice e non è riuscita ad avere figli. Una seduta con la signora Lucia avviene in un giorno in cui la signora è agitata perché, come capita frequentemente anche ad altri anziani, cerca

disperatamente il suo anello d'oro, regalo di suo padre, e accusa il personale di averglielo rubato. In realtà tutti sanno che la signora non ha più da tempo quell'anello, che i suoi familiari hanno riportato a casa, sostituendolo con uno di minor valore. Tuttavia, anziché ricorrere a spiegazioni razionali, l'operatore ha preferito «convalidare» l'emozione della signora, la sua disperazione, usando frasi come: «Ti manca tanto il tuo anello! Un dono così bello, di tuo padre... Doveva volerti proprio bene... tuo padre...». La signora incomincia a parlare del padre, di come era buono e di quanto le voleva bene. Man mano la tensione per l'oggetto si dirada, perché la signora e l'operatrice riescono a parlare di ciò che veramente è perduto: gli affetti, i cari, la famiglia e che spesso in queste situazioni l'oggetto non è altro che uno strumento per elaborare le proprie perdite. Un contatto sul piano emozionale, affettivo, non concentrato sulla realtà.

Letteratura:



DEMENZA

La memoria è la capacità di immagazzinare, elaborare e conservare le informazioni e di richiamarle in un secondo momento, quando ne abbiamo bisogno. Un prerequisito per il buon funzionamento della memoria è l'attenzione e la capacità di elaborare le informazioni in modo efficiente. Le informazioni immagazzinate nella memoria sono importanti anche per generalizzare, formulare giudizi, prevedere e pianificare il futuro. La memoria svolge un ruolo molto importante nella nostra vita quotidiana, anche se non è solo legata al recupero delle informazioni memorizzate (Kejžar e Jenko, 2020, p. 56). L'attenzione svolge un ruolo molto importante nella memoria. L'attenzione potrebbe essere paragonata a un regolatore che fa entrare nel nostro cervello, nella nostra coscienza, alcune informazioni, alcuni stimoli, mentre lascia “passare” altre informazioni irrilevanti. Questo impedisce al nostro cervello di essere sovraccaricato di informazioni.

Secondo il National Institute of Public Health (n.d.), nel 2018 c'erano già 50 milioni di persone affette da demenza in tutto il mondo, ed entro il 2050 si stima che questo numero sarà più che triplicato, fino a 152 milioni di persone affette da demenza.

La demenza è una malattia cronica progressiva causata da alterazioni delle cellule cerebrali (Lukič Zlobec et al., 2017, p. 13). “È definita nella 10^a Classificazione Internazionale come una sindrome causata da una malattia del cervello, solitamente di natura cronica e progressiva. Comporta la compromissione di molte attività neurali, come la memoria, l'apprendimento, la capacità di esprimersi verbalmente o di esprimere giudizi” (Mali, Mešl e Rihter, 2011, pp. 14-15). I primi segni di demenza sono: “perdita graduale della memoria, difficoltà a parlare e a trovare le parole giuste, cambiamenti personali e comportamentali, declino delle capacità intellettuali, incapacità di giudicare e di orientarsi, difficoltà nelle attività quotidiane, nel trovare, perdere e spostare gli oggetti, difficoltà a localizzarsi e a orientarsi nel tempo e nel luogo, ripetizione infinita delle stesse domande, cambiamenti nelle emozioni e nell'umore, ritiro in se stessi ed evitamento della società” (Lukič Zlobec et al, 2017, pp. 18-21).

La demenza non è una parte naturale dell'invecchiamento. Tuttavia, la possibilità di ammalarsi di demenza aumenta con l'età (Lukič Zlobec et al., 2017, p. 14). La demenza è causata principalmente da problemi di memoria a breve termine, il che significa che una persona dimentica eventi accaduti nel tempo recente. La persona con demenza, tuttavia, ricorda eventi accaduti nel passato (Lukič Zlobec et al., 2017, p. 18). Esistono molti tipi di demenza, con caratteristiche, decorso della malattia, frequenza di insorgenza e opzioni di trattamento diverse. La demenza di Alzheimer è la più comune e la sua caratteristica principale è il deterioramento della memoria. La demenza di Alzheimer è anche la più conosciuta. Esistono anche la demenza a corpi di Lewy, la demenza vascolare, la demenza frontotemporale e molte altre (Mali, Mešl e Rihter, 2011, pp. 15-16). Ogni tipo di demenza ha le sue caratteristiche e il modo in cui la malattia progredisce dipende da ciascun tipo. La dimenticanza è ancora il primo segno più riconosciuto nella società, ma in alcuni tipi non è nemmeno uno dei primi a comparire.

Per molto tempo si è creduto che le persone affette da demenza avessero maggiore difficoltà a comunicare. Oggi sappiamo che queste persone necessitano di più tempo per comunicare, utilizzano un minor numero di parole e spesso descrivono i concetti con le parole, usandole in un ordine insolito. In breve, il loro modo di comunicare verbalmente si basa su principi diversi dai nostri. Invece di usare singole parole che indicano un oggetto, preferiscono descrivere l'oggetto o la sua funzionalità. A volte, sostituiscono le parole dimenticate con nuove, che non sono necessariamente collegate in modo significativo a quelle mancanti, rendendo così più difficile comprendere il loro linguaggio. (Mali, Mešl e Rihter, 2011).

Un aspetto fondamentale di cui tenere conto è considerare le persone affette da demenza come interlocutori alla pari, combinare la comunicazione verbale con gesti ed espressioni facciali, e soprattutto essere flessibili e pieni di risorse. Per le persone affette da demenza, i sentimenti che provano a contatto con noi sono più

importanti delle parole. Cerchiamo di creare un'atmosfera in cui la persona con demenza si senta accettata, si senta sicura e sia al centro del rapporto di comunicazione. L'assistente sociale e la persona con demenza possono parlare con parole proprie, a modo loro, ma è importante che siano in contatto, perché è così che si conoscono. È improbabile che la persona con demenza ricordi il vostro nome, il vostro ruolo professionale o lo scopo della vostra visita, ma ricorderà le emozioni che ha provato parlando con voi. Le emozioni piacevoli saranno una assicurazione per il vostro futuro lavoro con la persona con demenza (Mali, Mešl e Rihter, 2011).

I problemi di comunicazione più comuni possono manifestarsi come:

- problemi di linguaggio interiore (difficoltà a formare le idee, con conseguente disorganizzazione e impulsività);
- scarsa comprensione del contesto della conversazione (la correttezza grammaticale del discorso può essere mantenuta o i problemi possono sorgere in seguito);
- difficoltà a concentrarsi sull'argomento della conversazione, con conseguente cambio casuale di argomento;
- lentezza dell'eloquio (può anche verificarsi a causa della ricerca di singole parole);
- pause più ampie tra le parole;
- ripetizione delle stesse domande o delle stesse informazioni nella narrazione;
- parlare in modo esagerato del passato, ripetendo le stesse storie di gioventù;
- dimenticare i nomi di persone, luoghi e oggetti;
- perdita del filo rosso durante una conversazione (la persona con demenza inizia a parlare di qualcosa e nel mezzo dimentica di cosa stava parlando);
- parlare in modo confuso (la persona può dire cose senza senso sul suo lavoro e sulla sua vita) (Kejžar e Jenko, 2020, p. 56).

La prevenzione della demenza e i fattori importanti per mantenersi in salute includono (Kejžar e Jenko, 2020):

- Attività (fisiche e mentali).
- Rete sociale.
- Sonno di qualità.
- Dieta sana.
- No a zucchero, alcol e fumo.

Attività fisica

Una delle principali attività che riducono il rischio di demenza. L'attività fisica aiuta a irrorare il nostro cervello e stimola l'intero sistema corporeo. È importante muoversi ogni giorno e, se possibile, scegliere l'esercizio fisico o una passeggiata nella natura per rendere l'attività ancora più benefica per la nostra salute. L'attività fisica può ritardare lo sviluppo della demenza e consentire l'indipendenza più a lungo. Gli esercizi di equilibrio e coordinazione sono molto importanti per gli anziani. Questo perché gli anziani hanno maggiori probabilità di cadere, il che è un fattore comune di lesioni gravi, di ricovero in ospedale e talvolta anche di immobilità.

Attività mentale

L'attività mentale rafforza le connessioni tra i neuroni e ne crea di nuove; è stato dimostrato che le persone che stimolano l'attività cerebrale per tutta la vita hanno un rischio minore di demenza. Per mantenere il nostro cervello attivo, è importante evitare la routine e trovare nuovi modi per svolgere le attività quotidiane. Questo può essere fatto preparando nuovi piatti, camminando su sentieri sconosciuti, frequentando un corso di lingua, leggendo libri più impegnativi... Varie attività mentali: disegnare, dipingere, cantare, giocare a giochi da tavolo, ecc.

Rete sociale

Anche la nostra rete sociale ha un'influenza importante sulla nostra salute. Le persone che hanno contatti regolari con amici, vicini e familiari hanno un atteggiamento più positivo e riescono ad affrontare meglio i problemi quotidiani. Le attività sociali che hanno un impatto positivo sulla prevenzione della demenza sono: l'iscrizione a un club o a un gruppo, contatti settimanali regolari, visite a musei/chiese/cinema, volontariato, socializzazione con gli amici, ecc.

Qualità del sonno

Il sonno e il riposo sono fondamentali per mantenersi in salute. È confermato che esiste un legame tra un sonno insufficiente e lo sviluppo della demenza. I consigli per migliorare la qualità del sonno sono

- Attività durante il giorno.
- Orari di sonno regolari (svegliarsi e andare a letto alla stessa ora).
- Fattori che favoriscono un sonno migliore (buio, suoni).
- Evitare la televisione in camera da letto.

Dieta sana

L'eccesso di peso può essere un fattore di rischio per lo sviluppo della demenza. Si raccomanda una dieta mediterranea, che si ritiene inibisca l'insorgenza della demenza. Dovrebbe essere composta da molte verdure, legumi, pesce, olio d'oliva e prodotti integrali. Almeno due volte alla settimana si consiglia di consumare proteine, che si trovano nei legumi, nei fagioli, nel pesce, nelle uova e nella carne. Anche i grassi sono importanti nella dieta e bisogna fare attenzione alla quantità e alla qualità. È importante mangiare quanta più frutta e verdura possibile, poiché la frutta e la verdura ci forniscono antiossidanti e vitamine protettive. È consigliabile consumare anche verdure verdi come cavoli, cavolini, lattuga, spinaci, broccoli o peperoni. Tra i frutti ad alto contenuto di antiossidanti ci sono i melograni, i mirtilli e l'uva rossa. Si consigliano anche cipolle e aglio, che agiscono come antibiotici naturali, inibendo le infiammazioni dell'organismo.

Un piatto equilibrato significa 2/5 di contorni, 2/5 di verdure, 1/5 di carne.

Esempi pratici e soluzioni alle situazioni

1. In un negozio incontrate una signora anziana che sembra cercare qualcosa, guarda gli scaffali ma non prende nulla, si comporta in modo confuso. Che cosa fate?

Avvicinatevi con calma, stabilite un contatto visivo frontale e chiedete con calma se ha bisogno di aiuto. Se non risponde, guardiamoci intorno per vedere se c'è una commessa e se può portarci un bicchiere d'acqua. Chiediamo anche se la signora è conosciuta. Cerchiamo di calmare la signora, controlliamo se ha qualche numero di telefono, un braccialetto/catena con un pulsante SOS. Proviamo a chiamare i parenti. Se non è possibile, cerchiamo di capire se la persona sa dove si trova e cosa ci fa qui. Se la signora si sente ancora persa, chiamate la polizia. Non lasciate la signora da sola, siate cordiali e parlatele sempre.

2. Davanti a noi, in coda al negozio, c'è un signore che deve pagare. Guarda il portafoglio ma non sa quale banconota scegliere per pagare l'importo. Che cosa fate?

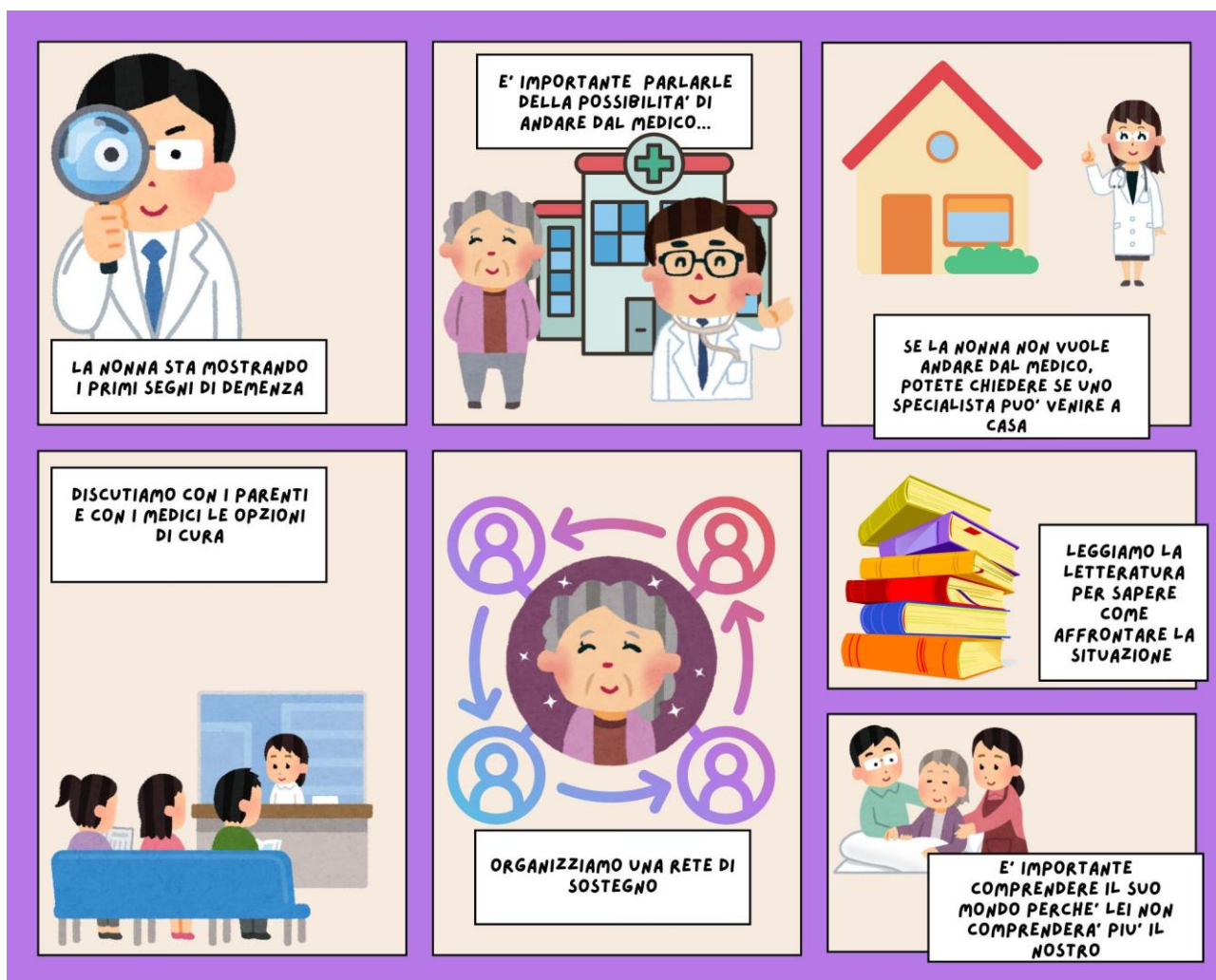
Ci avviciniamo al signore e gli chiediamo con calma se ha bisogno di aiuto. Se ci dà il permesso, scegliamo la cifra giusta e paghiamo. Se si sente male perché è confuso, cerchiamo di calmarlo. Controlliamo anche che sappia dove si trova la sua abitazione.

3. Durante una visita alla nonna, notiamo che qualcosa di recente è cambiato. Troviamo un libro nel frigorifero, sale al posto dello zucchero nei biscotti che ha preparato lei stessa. Ci dice che qualcuno le ha rubato il telefono e quindi non può mettersi in contatto con noi. Che cosa facciamo?

La nonna sta mostrando i primi segni di demenza. È importante parlarle della possibilità di andare dal medico per un controllo. Se la nonna non vuole andare dal medico, chiedete se uno psichiatra o un neurologo della vostra zona può venire a casa vostra. Discutiamo le nostre osservazioni con altri parenti e organizziamo una rete di sostegno. Cerchiamo un'organizzazione di assistenza domiciliare nella zona e discutiamo le opzioni di assistenza. Leggiamo la letteratura per sapere come affrontare la situazione. Non dobbiamo mai dimenticare che la nonna non fa le cose di proposito, non certo perché voglia infastidire. Lo fa perché non può fare altrimenti. È importante immedesimarsi nel suo mondo, perché lei non sarà più in grado di immedesimarsi nel nostro.

APPROCCIO ALLA DEMENZA: COSA FARE SE...





Per ulteriori esempi con soluzioni e letteratura, vedere:



Per migliorare il lavoro dei professionisti, dei parenti e degli altri stakeholder, è necessaria anche un'ulteriore istruzione e formazione per rafforzare le loro capacità e competenze nel lavoro con gli utenti, gli anziani e i parenti.

Corsi di formazione transfrontalieri per operatori socio-sanitari - scambio di approcci e competenze

Il rafforzamento delle competenze dei care manager e di altri operatori viene promosso attraverso una formazione congiunta sui metodi e gli approcci CrossCare®. I corsi di formazione transfrontalieri servono quindi non solo a scambiare opinioni e nuovi modi di lavorare con gli anziani, ma anche a formare i diversi profili professionali che accompagnano e lavorano con l'utente anziano. Per monitorare efficacemente i bisogni dell'individuo, è necessario lo scambio di conoscenze e la cooperazione tra professionisti di profili diversi.

Per questo motivo abbiamo introdotto nuovi test e competenze per lavorare con gli anziani nel Modello CrossCare®. Abbiamo svolto corsi di formazione sui metodi di lavoro Gentlecare® e Validation®, sul ruolo potenziato del Care Manager con conoscenza dei patti comunitari, sull'arco terapeutico e lo schema polare, sulla demenza e sugli esercizi neuromotori. Tutti i corsi sono stati rivolti sia ai professionisti, sotto forma di formazione transfrontaliera, sia al pubblico in generale (altri operatori socio-sanitari, anziani e familiari) sotto forma di workshop. Le formazioni hanno incluso anche contenuti aggiuntivi, che sono stati identificati come necessari dagli operatori per il lavoro degli anziani, in base alle esigenze percepite dagli anziani stessi.

Uno di questi è la conoscenza delle abilità neuro-motorie, utile per gli operatori nella fornitura di servizi per gli anziani per migliorare l'autonomia dell'individuo. Le conoscenze acquisite sono state anche testate dai professionisti attraverso un progetto pilota del modello con i servizi per gli anziani. Così, oltre ai test dello schema polare, il modello CrossCare ha incluso anche test ed esercizi per monitorare le capacità neuromotorie degli anziani coinvolti nel test pilota del modello. Le conoscenze vengono testate anche nella parte sperimentale pilota di CrossCare 2.0 con utenti anziani.

PROTOCOLLO MOTO-COGNITIVO E ABITUDINI QUOTIDIANE

Sensibilizzazione territoriale per le persone con fragilità e gli anziani, comprese le persone affette da Alzheimer e demenza

All'interno della sensibilizzazione territoriale rivolta alle persone con fragilità e agli anziani in generale, e a coloro che sono affetti da Alzheimer e Demenza, si ritiene di fondamentale importanza creare una cultura di consapevolezza e di prevenzione, con lo scopo di creare strumenti collettivi e individuali volti a garantire una gestione migliorativa dell'invecchiamento. In questo senso, infatti, si è rilevata la necessità di accompagnare le persone alla comprensione del proprio deterioramento fisico e neurologico, nell'ottica di prevenire e affrontare con più risorse possibili il decorrere dell'età. Per questo motivo si intende creare un momento di crescita e di acquisizione tecnico-scientifica attraverso la possibilità di sperimentare in modo pratico delle strategie di prevenzione e di poter godere della presenza di una figura esperta che sviluppi in modo funzionale le attività pratiche e preventive.

Obiettivi diretti: Il principale obiettivo si configura attraverso la formulazione di una serie di incontri che prevedono tre fasi di intervento, a partire da uno screening motorio delle persone partecipanti, per poi arrivare ad una formulazione pratica e personalizzata di attività benefiche e funzionali alle peculiarità personali e cliniche di ogni soggetto. Ogni incontro vedrà la presenza del personal trainer esperto in *neuromotor control* e *daily habits*, che avrà il compito di seguire i partecipanti durante l'arco progettuale. Questo progetto, oltre ad offrire opportunità di apprendimento e sperimentazione motori, offrirà anche la possibilità di condividere momenti di socializzazione intergenerazionale.

Obiettivi indiretti: In termini concettuali, questo progetto propone la possibilità di costruire un percorso di consapevolezza personale e di condivisione sociale, nell'ottica di supportare in modo funzionale le persone

che affrontano il proprio invecchiamento. Le lezioni avranno come tematica fondante la consapevolezza del proprio corpo, delle proprie difficoltà neuromotorie e delle proprie strategie compensative. Gli strumenti da poter mettere in campo per questo progetto possono essere così sintetizzati:

- strumenti fisici, per fare riferimento all'utilizzo di materiali, spazi e risorse.
- relazionali, per fare riferimento alle interazioni tra i partecipanti del gruppo, oltre che tra questi ultimi e il personal trainer da cui verranno seguiti nel corso del progetto. Le lezioni verranno svolte attraverso la somministrazione di alcuni test iniziali (screening neuromotorio), a partire dai quali verranno strutturate diverse tipologie di esercizi e ginnastiche, a seconda di quelle che saranno le potenzialità e i limiti dei soggetti partecipanti. Il progetto si svolgerà indicativamente attraverso la formulazione di 6 lezioni della durata di 1 ora ciascuno.

Gli incontri si svolgeranno attraverso le seguenti modalità:

- **1° incontro:** l'attività prevederà un momento in cui fare una sintesi degli obiettivi del percorso e focalizzare l'attenzione sugli aspetti pratici e preventivi dello stesso. In questa occasione il personal trainer prevederà una prima fase di test neuromotori da effettuare.
- **2° incontro:** sulla base dei risultati ottenuti durante il primo incontro, verranno strutturate delle valutazioni individuali finalizzate a creare una scheda di esercizi specifici e adatti al quadro neuromotorio della persona in questione.
- **dal 3° al 5° incontro:** i successivi incontri vedranno il beneficiario esercitarsi e scambiarsi strategie sulla base di quanto appreso e di quanto indicato nella propria scheda tecnica.
- **6° incontro:** l'ultimo incontro avrà come obiettivo quello di fare una valutazione delle conoscenze apprese e dei miglioramenti acquisiti nel corso delle varie lezioni, oltre che a consolidare in modo definitivo la ginnastica adeguata per ogni partecipante.

Destinatari: persone di età superiore ai 65 anni che vogliono sperimentare nuove metodologie di prevenzione e cura del proprio benessere neuromotorio, con un massimo di 40 partecipanti.

In linea con la sperimentazione CrossCare2.0, risultati generali:

- Avvicinamento alle pratiche di prevenzione e di cura verso il decadimento neuromotorio della persona.
- Sensibilizzazione alle difficoltà connesse al frangente dell'invecchiamento e, in particolare, nei termini delle fragilità motorie e cognitive.
- Attività di ricerca di benessere e competenze individuali psicomotorie.

Risultati immateriali: Attraverso lo sviluppo di questo progetto si vuole dare la possibilità ad un gruppo di persone anziane di sperimentarsi attraverso nuove modalità di coordinamento motorio, con lo scopo di raggiungere una maggiore consapevolezza personale per rispondere alle esigenze legate all'invecchiamento e al deterioramento delle funzioni neuromotorie.

Risultati materiali: Il presente progetto vuole definirsi come un'opportunità che permetta lo sviluppo di strategie pratiche per la prevenzione e la presa in carico di situazioni neuromotorie in cui la persona sente di avere il bisogno di un supporto e di apprendere nuove competenze.

Presentazione progetto:

- **Dispositivi per analisi T0 - T2 (60 giorni) - T4 (120 giorni), BIA-ACC:** <https://www.bioteckna.com/BIA-ACC-Analisi-composizione-corporea>

Dati di interesse per il progetto:

- **TBW:** acqua totale del corpo
- **ECW-ICW:** distribuzione idrica tra intra ed extra cellulare
- **ECMatrix:** matrice extra-cellulare o tessuto miofasciale
- **HPA Axis Index:** indice dell'andamento circadiano dell'espressione degli ormoni dello stress
- **FFM:** massa magra in particolar modo (T-score e S-Score)
- **FM:** massa grassa in particolar modo (IMAT)
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36615884/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28742506/>
- **PPG Stress-Flow:**
- <https://www.biitekna.com/PPG-Stress-Flow>

Dati di interesse per il progetto:

- **SDNN:** indice sintetico della HRV
- **ANS Balance:** rappresentazione della relazione fra attivazione SNS e PNS
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35355570/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35028916/>

OSO-Test:

- <https://www.biitekna.com/OSO-Test>
- Test che rappresenta e mette in relazione tutti i parametri sopra descritti dando un quadro generale della situazione dell'individuo.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30935031/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947099/>

ANS Control::

- <https://itstore.melcalin.com/product/starter-pack-biitekna-plus-mobile/>
- Dispositivo per analisi intermedie T1 (30 giorni) – T3 (90 giorni)

Device per uso personale con 2 funzionalità:

- Misurazione a distanza dei valori SDNN, RMSSD e ANS Balance
- Utilizzo del modulo gestione compiti tramite App IOS/Android, per biofeedback, stroop task, questionari MUS, NQ, NRS pain.

NEUROMOTRICITÀ

Il cervello, il nostro sistema nervoso centrale, è l'organo da cui parte ogni movimento del corpo. In primo luogo, si crea un'idea e una motivazione per il movimento, seguita dalla selezione di un programma di movimento appropriato (più o meno automatizzato) con il coordinamento simultaneo di tutte le informazioni che arrivano al cervello dall'ambiente interno ed esterno attraverso una moltitudine di sensi. Quindi l'esatta sequenza di comandi viene inviata agli organi responsabili dell'esecuzione del movimento: i muscoli. In questo modo, vediamo che il movimento e l'attività mentale (cognitiva) sono fortemente intrecciati e collegati. In questo modo, molti movimenti (ad esempio camminare) possono essere eseguiti con un controllo mentale minimo, che ci permette di reindirizzare contemporaneamente una parte più o meno grande della nostra attenzione ad altre attività più complesse.

Le capacità motorie e cognitive di una persona si riducono con l'età. Con un esercizio fisico e cognitivo regolare e appropriato, questo declino può essere ridotto in larga misura o addirittura prevenuto, a patto di non incorrere in determinate condizioni mediche. Un'attività fisica regolare in età adulta riduce il rischio di molte conseguenze negative associate all'invecchiamento, in particolare quelle associate a un moderno stile di vita sedentario. È noto che il rischio di cadute, che sono la principale causa di morte per infortunio negli ultrasessantacinquenni, aumenta con l'età, in quanto sono solitamente associate a conseguenze gravi come fratture e altre lesioni. Le cause più comuni delle cadute sono i problemi di deambulazione e di equilibrio, legati a problemi neurologici e muscoloscheletrici, a disturbi del pensiero e della memoria, alla vista e ai rischi ambientali. Inoltre, con uno stile di vita sedentario, un'attività fisica irregolare e anche i normali processi fisiologici dell'invecchiamento, gli anziani perdono tono muscolare, diminuiscono la forza muscolare, perdono massa ossea e flessibilità, il che aumenta ulteriormente il rischio di cadute. Il problema è complesso e i fattori possono essere fisiologici, biologici, comportamentali, fisici e socioeconomici.

Il protocollo moto-cognitivo proposto consiste in biofeedback, neuro training e ginnastica cognitiva. Il protocollo mira ad agire sul lobo frontale, a sua volta suddiviso in tre regioni: corteccia prefrontale, lobo sensoriale e lobo motorio.

Il percorso funziona attraverso la scelta di alcune routine quotidiane che comprendono protocolli studiati di allenamento respiratorio, lavoro cognitivo e attentivo, protocolli di allenamento HIIT con movimenti corporei attivanti e afferenti, nonché attività disattivanti, con l'obiettivo di influenzare gli stimoli e gli impulsi, e via via sempre più in profondità verso le funzioni esecutive e il loro substrato ancestrale (funzioni della PFC alta). Il nostro obiettivo principale è quello di valutare le abilità in 4 aree chiave: mobilità, stabilità ed equilibrio, propiocezione e controllo neuromotorio (introcezione). Inoltre, identificheremo un profilo personale con la valutazione delle capacità o dei deficit. Insieme creeremo una routine di attività volte a migliorare i deficit e a consolidare e rendere efficienti le capacità.

L'allenamento è suddiviso in 5 diverse dimensioni:

1. esercizi di mobilità
2. esercizi di stabilità ed equilibrio
3. esercizi di propiocezione
4. esercizi di controllo neuro motorio e di commutazione degli emisferi,
5. esercizi di forza.

Per ogni dimensione ci sono 3 esercizi che si possono fare facilmente a casa. Esempi di esercizi:

- **ESERCIZI PER LA FLESSIBILITÀ:**

Inginocchiatevi su una gamba sola. Tenetevi a una sedia o a qualsiasi altro oggetto per mantenere l'equilibrio. Poi spingete il bacino avanti e indietro per allungare i flessori dell'anca. Ripetete per 10-20 volte.

- **ESERCIZI DI FORZA:**

Esercizio 1: Alzatevi e sollevatevi sulle punte dei piedi. Ripetete l'esercizio per un totale di dieci volte.

Esercizio 2: Rimanete in piedi. Sollevate una gamba piegata. Eseguite l'esercizio dieci volte, quindi ripetete con l'altra gamba per altre dieci volte.

Letteratura:



La figura professionale dell'operatore di comunità

Con il modello CrossCare® aggiornato, al care manager viene attribuito il ruolo aggiuntivo di operatore di comunità. Il suo ruolo di coordinatore dell'assistenza all'individuo è ulteriormente rafforzato dalla componente di collaborazione comunitaria con altre organizzazioni e fornitori di assistenza, attraverso l'attuazione dei Patti di Comunità. L'obiettivo è migliorare la qualità dei servizi per l'individuo, implementare iniziative congiunte nella comunità per migliorare la situazione degli anziani e fornire servizi personalizzati rivolti agli anziani in un unico luogo in base alle loro esigenze e preferenze.

Il coordinatore dell'assistenza ("care manager") può ottenere una serie di informazioni da incontri e approfondimenti con la persona e i suoi familiari. Da tutte queste informazioni, il professionista può ottenere una migliore visione della vita dell'individuo e può offrire le informazioni e i servizi di cui l'individuo ha più bisogno, in base alle sue esigenze nell'ambiente locale.

Se alcuni servizi non possono essere forniti dall'istituto stesso, il coordinatore dell'assistenza contatta altri soggetti locali che offrono tali servizi. In questo modo si crea una rete di supporto, che viene attuata attraverso i "patti di comunità", che sono accordi tra diverse organizzazioni, fornitori di servizi e operatori interessati, con l'obiettivo comune di migliorare la vita e le condizioni di vita degli anziani nell'area locale. Attraverso questi patti di comunità, viene quindi creata una rete con l'obiettivo di attuare iniziative comuni nella comunità per il benessere degli anziani.

CARE MANAGER/OPERATORE DI COMUNITÀ - PATTI DI COMUNITÀ

I patti di comunità sono uno strumento attraverso il quale pubbliche amministrazioni, associazioni, mondo del volontariato, cittadini ed enti del terzo settore sviluppano un modello integrato di presa in carico della comunità, su un argomento che coinvolge il territorio sociale in diversa misura, con lo scopo di migliorare il benessere della cittadinanza mediante azioni concrete. Il percorso che porta alla nascita dei patti di comunità si esprime attraverso differenti offerte giuridiche con lo scopo di creare strategie diverse a seconda del progetto di ciascun territorio.

La definizione di "patto di comunità" sintetizza e sancisce una azione di consapevolezza del territorio, nelle sue forme più differenti, che viene portato avanti dagli interlocutori coinvolti.

Nelle prime fasi di sviluppo dei patti di comunità sarà dunque di fondamentale importanza rendere visibili i molti volti e anime che sono alla base del contesto locale, mettendoli ex novo o nuovamente in comunicazione tra loro, in modo che svolgano la loro azione consapevolmente, coinvolgendo e stimolando le differenti realtà individuali della comunità, portatrice di valore; questo percorso, facilitato da un agente esterno che si prenderà cura del processo, avverrà attraverso una mappatura geografica e sociale aggiornata delle realtà del territorio.

L'obiettivo dei PATTI DI COMUNITÀ' sarà quello di avviare un percorso condiviso fra le parti coinvolte, che abbia alcune tappe di conferma e un esito finale, tra le prime fasi del percorso possiamo individuare le seguenti:

- Osservare le dinamiche che regolano il contesto
- Rilevare il fabbisogno dei singoli attori individualmente e in relazione tra loro.
- Restituire ai soggetti coinvolti il risultato della rilevazione nelle forme più adeguate rispetto al contesto.
- Sollecitare la comunità alla riflessione, alla condivisione dei problemi e alla ricerca delle soluzioni più aderenti al contesto, ai bisogni dei singoli attori e ai bisogni della comunità portatrice di valore.

- Verificare che le premesse e le conseguenze siano in linea con gli obiettivi rilevati dalla comunità coinvolta nell'azione.

Al momento della verifica sarà il gruppo (facilitato eventualmente da un mediatore) a rilevare se le azioni stabilite in forma collegiale portino alla soddisfazione dei bisogni percepiti/rilevati ed abbiano raggiunto gli obiettivi necessari ovvero, nel caso queste attività si dimostrino non efficaci per lo scopo, il gruppo avrà maturato la consapevolezza necessaria per apportare le necessarie modifiche o variazioni di intenzione e di direzione.

Conclusione, al raggiungimento degli obiettivi stabiliti in forma collegiale e socializzati dalla comunità, questo procedimento sarà dunque in certa misura scalabile in un contesto di narrazione di buone pratiche.

Selezionare lo strumento legale più appropriato per la redazione dei PATTI DI COMUNITÀ

Nello specifico, l'obiettivo della sua operatività all'interno del progetto CrossCare 2.0 si traduce nelle seguenti finalità:

- Rafforzare e diffondere un modello di presa in carico integrata e personalizzata dell'anziano fragile, in modo tale che quest'ultimo non sia un semplice beneficiario passivo di prestazioni preconfezionate, ma centro di una rete organizzata sulla base dei suoi bisogni, desideri e diritti.
- Rafforzare il coinvolgimento della comunità e delle reti territoriali per garantire la permanenza della persona anziana il più a lungo possibile presso la propria abitazione in una dinamica di benessere.
- Proporre un approccio sistemico e innovativo di un welfare generativo, che permetta il passaggio da un'ottica di "raccolta e distribuzione delle risorse" ad una rigenerazione della comunità, frutto di coesione sociale e di una progettazione partecipata.



CONCLUSIONI

Le linee guida presentate in questo documento, rappresentano un passo fondamentale verso il miglioramento dell'assistenza a lungo termine per gli anziani a livello transfrontaliero. Il modello CrossCare® offre un approccio integrato basato su competenze, metodi innovativi ed esperienza pratica, ed è rivolto sia ai professionisti che al pubblico in generale. L'inclusione di contenuti educativi, adattati alle esigenze specifiche degli utenti, facilita il trasferimento di conoscenze e strumenti nella pratica, portando a una migliore assistenza per gli anziani.

Il nostro obiettivo con questo approccio olistico è quello di migliorare la qualità della vita degli anziani, aumentare il loro coinvolgimento nella comunità e fornire un supporto su misura per le loro esigenze specifiche. Promuovendo la collaborazione tra istituzioni e professionisti e introducendo metodi innovativi come Gentlecare® e Validation®, puntiamo a creare un'assistenza sostenibile e reattiva per gli anziani, che consenta di migliorare le condizioni per un invecchiamento attivo e dignitoso.

Il progetto CrossCare 2.0 ha gettato le basi per un cambiamento importante nell'assistenza a lungo termine rivolta agli anziani. Attraverso la definizione di approcci integrati e centrati sulla persona, abbiamo contribuito a migliorare il coordinamento dei servizi esistenti, a rafforzare le competenze dei fornitori e a creare accordi comunitari che sostengano l'assistenza integrata. Riteniamo che questo approccio possa contribuire ad aumentare l'indipendenza e l'autonomia delle persone anziane, rafforzando al contempo i legami comunitari.

Con l'attuazione di queste Linee guida, ci proponiamo di contribuire a soluzioni migliori per l'invecchiamento attivo, che consentano agli anziani di ricevere un'assistenza di qualità incentrata sulla loro indipendenza e dignità. Il documento ambisce a servire come strumento per sviluppare e diffondere ulteriormente il modello CrossCare® e come ispirazione per rafforzare gli sforzi nel sostenere gli anziani nella comunità.