

I.4

Gli approcci educativo-animativi nelle strutture residenziali per anziani: una risposta non farmacologica Socio-Educational approaches in Long-term care for the elderly: a non-pharmacological response

Elisa Bruni

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Dipartimento di Scienze dell'Educazione "G.M. Bertin"
elisa.bruni11@unibo.it*

Il progetto di ricerca qui presentato si propone promuovere un cambiamento nella cultura della cura e integrare gli approcci educativo-animativi nella pratica quotidiana, per migliorare la qualità della vita, attraverso la messa a punto di un modello formativo rivolto ai professionisti di strutture residenziali per anziani fragili e non autosufficienti.

L'aumento della popolazione anziana e dei loro specifici bisogni di cura ha spinto il sistema di assistenza a evolversi verso modelli bio-psyco-sociali, prevedendo piani multidisciplinari attenti ai bisogni sanitari, assistenziali e psicosociali delle persone anziane con demenza (Palestini et al., 2012). Gli approcci educativo-animativi, detti "non farmacologici", giocano un ruolo fondamentale nella presa in carico di queste persone; concentrandosi sulla personalizzazione della cura e utilizzando metodologie basate sulla cultura educativa e pedagogica (Feil, 1991; Kitwood, 1997). È sempre più cruciale fornire una formazione ai professionisti che si dedicano alla cura di anziani fragili e non autosufficienti, che comprenda competenze relative agli approcci e alle metodologie educativo-animative.

Il disegno di ricerca presenta uno studio esplorativo con fasi sequenziali, in prospettiva *mixed methods* (Trincherò & Robasto, 2019). La fase qualitativa prevede lo svolgimento di interviste semi-strutturate e focus group ai professionisti nelle strutture residenziali. L'analisi del contenuto permetterà di effettuare un'analisi dello stato dell'arte e del fabbisogno formativo rispetto agli approcci educativo-animativi nella cura quotidiana, anche alla luce dell'emergenza pandemica. Successivamente, sulla base dei bisogni individuati viene sviluppato un modello di intervento formativo, da proporre ad un piccolo campione di strutture, per valutarne l'efficacia attraverso misure di rilevazione quantitativa, ex-ante, in itinere, ex-post.

Parole chiave: approcci animativo-educativi, demenza, formazione, terza età, strutture residenziali.

The research project presented here aims to promote a change in the culture of care and to integrate socio-educational approaches into daily practice, in order to improve the quality of life through the development of a training model aimed at professionals of residential facilities for frail and non-independent elderly people.

The increase in the elderly population and their specific care needs have led the care system to evolve towards bio-psycho-social models that provide multidisciplinary plans adapted to the health, care and psychosocial needs of

elderly persons with dementia (Palestini et al., 2012). Socio-educational, so-called 'non-pharmacological' approaches, play a key role in the care of these people; focusing on personalised care and using methodologies based on educational and pedagogical culture (Feil, 1991; Kitwood, 1997). The training of professionals involved in the care of frail and dependent elderly people is becoming increasingly important. This includes skills related to socio-educational approaches and methodologies.

The research design presents an exploratory study with sequential phases, in a mixed-methods perspective (Trincherò & Robasto, 2019). In the qualitative phase, semi-structured interviews and focus groups will be conducted with professionals in residential facilities. The content analysis will allow for an analysis of the state of the art and training needs in relation to socio-educational approaches in daily care, also in the light of the pandemic emergency. Subsequently, based on the needs identified, a training intervention model will be developed and proposed to a small sample of facilities to assess its effectiveness using quantitative, ex-ante, in itinere, ex-post survey measures.

Keywords: dementia, elderly, long-term care, non-pharmacological approaches, training.

1. Quadro teorico di riferimento

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno consolidato e riconosciuto come uno dei più significativi degli ultimi secoli.

Divenuto consistente su scala globale verso la metà del XX secolo e destinato ad intensificarsi nei decenni a venire, il World Social Report 2023 (2023) stima che tra il 2021 e il 2050, la quota globale della popolazione anziana, definita come "persone di 65 anni o più", aumenterà da meno del 10 a circa il 17% (Wilmoth et al., 2023). Nello stesso periodo, il numero di anziani dovrebbe più che raddoppiare, passando da 761 milioni a 1,6 miliardi (Wilmoth et al., 2023).

Parallelamente, si assiste all'ampliamento di quella fascia di persone anziane in condizione di riduzione delle proprie risorse e di perdita parziale o totale dell'autosufficienza (Orsi et al., 2012). I dati del Global Action Plan 2017-2025 (2017) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che nel 2015 la demenza ha interessato 47 milioni di persone in tutto il mondo; si stima che tale cifra raggiungerà i 75 milioni entro il 2030 e i 132 milioni entro il 2050, con un incremento di circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno. Secondo i dati del Ministero della Salute (2017), in Italia, il numero di persone con demenza è stimato essere oltre 1 milione, di cui circa 600.000 presentano demenza di Alzheimer. Questa condizione coinvolge direttamente o indirettamente circa 3 milioni di persone nella loro assistenza, con conseguenze rilevanti sia a livello economico che organizzativo (Ministero della Salute, 2017).

Di fronte al crescente numero di individui che presentano specifici bisogni di cura, i servizi di assistenza hanno intrapreso percorsi atti a riconsiderare i propri modelli di intervento e le proprie pratiche (Brune, K. B., 1995; Coons

& Mase, 1996; Kitwood, 1997). Di conseguenza, il sistema di presa in carico della persona anziana è andato orientandosi sempre più nella direzione di modelli bio-psico-sociali (Minguzzi, 2003), integrando e sviluppando la valutazione multidimensionale dell'anziano e dell'anziana fragile: in particolare, predisponendo piani multidisciplinari che rispondono ai bisogni sanitari, assistenziali e psicosociali della persona con demenza (Palestini et al., 2012).

1.1 *Fragilità nella persona anziana*

Introdotta per la prima volta nel 1974 durante il Federal Council on Aging (FCA), il concetto di fragilità nella persona anziana si è sempre più diffuso per descrivere la condizione di coloro che devono affrontare significative limitazioni delle proprie capacità psicofisiche, trovandosi a dover riorientare il proprio stile di vita e preservare, il più a lungo possibile, anche un minimo livello di autosufficienza (Federal Council of Aging, 1974).

La fragilità si caratterizza per una notevole variabilità individuale e dipende principalmente dalla presenza di molteplici patologie, dalla complessità delle cure mediche e sanitarie richieste, e dalla predisposizione alla fragilità stessa, ovvero la vulnerabilità. Risultato di un intricato insieme di variabili, qualsiasi intervento rivolto alle anziane e agli anziani fragili deve tenere in considerazione tutti gli aspetti che possono costituire fattori di rischio, elementi di criticità, e, conseguentemente, ambiti di intervento (Orsi et al., 2012).

La demenza costituisce uno dei principali fattori di fragilità nell'anziano e nell'anziana. Rappresenta un termine ombrello per un gruppo di sindromi cliniche che colpiscono molteplici aspetti delle funzioni cognitive della persona (Mitchell & Agnelli, 2015). Le varie forme di demenza si contraddistinguono per il progressivo deterioramento delle funzioni cognitive, accompagnato da una compromissione funzionale e dall'insorgenza concomitante di comportamenti problematici e complessi. Quando si parla di “disturbo comportamentale” e “comportamento problema” – in letteratura “*Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia*” (BPSD) – si fa riferimento ad uno spettro eterogeneo di sintomi non-cognitivi che possono presentarsi nelle persone affette da una qualsiasi forma di demenza, e che vanno a interferire con le normali attività di vita quotidiana della persona stessa (De Beni & Borella, 2015).

Tipicamente, l'evoluzione della demenza è caratterizzata da una progressione lenta e non è sempre immediatamente evidente nelle prime fasi della patologia. Inoltre, si osserva una notevole eterogeneità sia nell'insorgenza che nella severità dei sintomi, la quale varia da individuo a individuo (De Beni & Borella, 2015).

1.2 Nuovi orientamenti e modelli nella cultura della cura

La molteplicità di approcci e servizi di assistenza rivolti a persone anziane in condizioni di fragilità, si configura come il risultato del cambiamento nella cultura della cura. Tale processo ha permesso il superamento della visione puramente medico-assistenzialistica e adultocentrica della terza età (Palestini et al., 2012).

Pertanto, appare cruciale individuare alcuni punti di riferimento che hanno segnato detta evoluzione culturale e che si configurano come fondanti un'idea di prendersi cura autenticamente orientata a promuovere la qualità della vita e il benessere delle persone anziane, così come delle persone coinvolte nell'assistenza.

In contrapposizione ai modelli gestionali delle strutture residenziali degli anni Sessanta, il *Culture change movement* nasce negli Stati Uniti durante la transizione delle strutture dedicate alla cura della terza età da un modello medico e manageriale a un modello sociale-umanistico, diffondendosi poi in varie forme e declinazioni in tutto il mondo (Brune, 1995; Rahnam & Schnelle, 2008).

I principi e le pratiche di cui il *Culture change movement*, nel corso degli anni, si è fatto portatore, sono frutto della condivisione di comuni interrogativi riguardo la valutazione e la qualità della cura offerta nelle strutture residenziali a lungo termine (Koren, 2010). Molteplici sono, infatti, i modelli in cui tale approccio è andato declinandosi nel corso del tempo.

Tuttavia, alcuni elementi accomunano le varie direttrici intraprese dal movimento. In primo luogo, la promozione della libertà di scelta da parte degli individui, sulla base dei propri interessi e necessità (ad esempio, cosa mangiare o cosa indossare). In secondo luogo, rendere le strutture e le pratiche di cura più accoglienti; il favorire lo svilupparsi di relazioni strette tra gli operatori della cura, i residenti e la comunità, in cui la struttura è inserita. Infine, la volontà di riorganizzare il lavoro in base ai bisogni e ai desideri dei residenti, mettendo in atto azioni di empowerment per le figure professionali che si occupano della cura, all'interno di un processo sistematico di miglioramento della qualità della vita e della struttura stessa (Koren, 2010).

I profondi cambiamenti portati avanti dal movimento presuppongono un cambiamento culturale importante che coinvolga le strutture, i ruoli e i processi di cura, ponendo al centro la persona (Cornelison, 2016).

Il pensiero di Tom Kitwood (1997) ridisegna non solo il modo in cui viene concepita la cura, ma anche lo stesso approccio ai bisogni ad essa correlati all'interno dei servizi.

Partendo dalla critica della prospettiva medica con cui tradizionalmente viene concepita la demenza, Kitwood (1997) riapre il dibattito e indirizza la riflessione verso un approccio più umano e ottimistico. La maggior parte delle ricerche sulla demenza fino ad allora portate avanti, infatti, considerano la demenza alla luce dell'approccio medico-assistenziale, concentrandosi principal-

mente sui deficit e sulla sintomatologia, tralasciando gli aspetti evolutivi, strettamente connessi alle esperienze e al vissuto della persona (Kitwood, 1997). Inoltre, l'approccio tradizionale contribuisce a porre una distanza tra chi si prende cura e la persona che riceve quelle stesse cure (Raineri & Cabiati, 2016).

Con il Person-centered approach, Kitwood (1997) sviluppa un approccio che mette al centro la persona con demenza, non la sua patologia, inserendola in una relazione di cura che promuove "l'Essere Persona". In questa prospettiva, il compito di chi fornisce assistenza è quello di mantenere e valorizzare la personalità dell'individuo, ponendolo al centro del proprio percorso di cura, indipendentemente dalla diagnosi (Mitchell & Agnelli, 2015).

Pertanto, il pensiero di Kitwood (1997) contribuisce a disegnare un nuovo modo di pensare la cura, suggerendo di concentrare le pratiche non tanto sul "cosa", ma sul "come" vengono messe in atto; una prospettiva, in cui i caregiver, in particolare quelli operanti nelle strutture assistenziali, sviluppano un proprio modo di agire che sostiene e promuove l'unicità e i bisogni della persona con demenza (Fazio et al., 2018).

Un altro elemento chiave all'interno del cambiamento nella cultura della cura è rappresentato dal contributo di Naomi Feil (1991).

Elaborato tra il 1963 e il 1980, con l'obiettivo di assistere gli anziani affetti da compromissione delle funzioni cognitive, il metodo *Validation* si basa sulla teoria di Erik Erikson (1986) sulle fasi della vita e sottolinea la stretta dipendenza tra aspetti biologici, cognitivi e psico-sociali della vita (Neal et al., 1996). Questo approccio pone le sue fondamenta sull'accettazione della realtà e della verità personale delle esperienze altrui, integrando una serie di tecniche relazionali specifiche e riconoscendo che ogni azione dell'individuo, specialmente la più problematica, rappresenta un modo per manifestare i propri bisogni (Feil, 1992).

1.3 *Gli approcci educativo-animativi*

Gli approcci educativo-animativi si caratterizzano per la centralità riservata alle risorse della persona, con l'obiettivo di perseguire il mantenimento o la riabilitazione psicosociale, attraverso metodologie personalizzate proprie della cultura educativa e pedagogica (Feil, 1991; Jones, 1999; Kitwood, 1997): orientate, da un lato, alla stimolazione sensoriale, cognitiva, motoria e all'espressione del sé; dall'altro, all'utilizzo di approcci ludici, basati su strumenti e linguaggi artistici (Taddia, 2012).

L'analisi sistematica della letteratura ha permesso di evidenziare l'impatto degli interventi educativo-animativi rivolti a persone anziane con demenza e gli effetti in coloro che se ne prendono cura, anche alla luce dell'emergenza pandemica (Bruni et al., 2022). Nel rispetto delle indicazioni del *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis* (PRISMA) (Liberati et

al., 2009), la rassegna ha preso in esame le pubblicazioni presenti nelle principali banche dati online, attraverso specifici criteri di ricerca e ammissibilità coerenti con la domanda di ricerca. Per la consultazione, sono state impiegate diverse strategie, privilegiando soprattutto i documenti contenenti evidenze relative a interventi educativo-animativi indirizzati ad anziani con demenza e ai loro caregiver, sia formali che informali (Bruni et al., 2022).

L'analisi sistematica ha messo in evidenza la centralità attribuita principalmente al concetto di Persona, come delineato da Kitwood (1997). La Persona è vista come un individuo unico, con bisogni specifici e personali, indipendentemente dalla prospettiva considerata: sia che l'attenzione sia rivolta alla persona affetta da demenza, sia che si concentri sui professionisti della cura, sia che si focalizzi sulla relazione tra i due (Chenoweth et al., 2009; Graff et al., 2006).

Inoltre, nei numerosi studi che valutano l'efficacia degli interventi educativo-animativi, emerge un interesse, da una parte, verso la gestione delle manifestazioni comportamentali e, dall'altra, verso il rallentamento del declino cognitivo (D'Amico et al., 2015; Graessel et al., 2011). Questi studi confermano che tali interventi sono efficaci non solo nel mantenere risultati stabili, ma anche nel limitare il deterioramento delle condizioni generali della persona.

Parallelamente a ciò, poiché gli effetti delle demenze non riguardano solamente le persone direttamente colpite dalla malattia, la letteratura dedica ampio spazio a chi si prende cura della persona, mettendo in evidenza la complessità dei ruoli e dei compiti che tali figure sono chiamate a svolgere e a sostenere nel percorso di cura (Belle et al., 2006). Ciò si riflette nella molteplicità di interventi a loro rivolti: da un lato, concentrati sulla gestione del sovraccarico psicologico e dei sintomi correlati (stress, depressione, perdita di fiducia nelle proprie capacità, ecc.); dall'altro, sulla formazione nei diversi contesti di cura, che siano residenziali, semi-residenziali o presso l'abitazione della persona con demenza (Chenoweth et al., 2009; Si et al. 2009; Gitlin et al., 2010; Graff et al., 2006).

Per analizzare l'impatto degli interventi educativo-animativi alla luce dell'emergenza pandemica, è stata realizzata un'analisi della letteratura recente, allo scopo di mettere in luce alcuni elementi ricorrenti negli studi presi in esame, seppure relativamente a un arco temporale ristretto.

In primo luogo, emergono con forza gli effetti negativi legati all'emergenza. È ormai consolidato che le misure di contenimento del contagio hanno avuto effetti dannosi per le persone con demenza: perdita di abilità pregresse, perdita di contatti sociali, solitudine e declino cognitivo (Quail et al., 2021). Non sorprende che le misure di distanziamento e autoisolamento, durante la fase emergenziale della pandemia, abbiano aumentato i problemi legati all'isolamento sociale, sia per le persone con demenza sia per i caregiver, che hanno dovuto ridurre le interazioni con l'esterno e la partecipazione alle consuete attività sociali, comprese quelle ricreative di gruppo o riabilitative (Aledeh & Adam, 2020; Tsa-

panou et al., 2020b). Parallelamente, per quanto riguarda le strutture residenziali, si evidenzia l'aumento del “peso” del *caregiving*: riconducibile, da un lato, alla riduzione, e in alcuni casi di sospensione, delle attività e delle visite ai familiari, e all'insufficienza del personale, aggravato dall'elevato turnover; dall'altro, alla necessità di seguire politiche e procedure percepite come dannose per i residenti con demenza e l'assenza di linee guida condivise rispetto agli approcci educativo-animativi (Dourado et al., 2020b; Hoel et al., 2022). Complessivamente, si osserva che l'aumento dei livelli di stress sul lavoro ha avuto un impatto negativo sul benessere dei professionisti dell'assistenza: evidenze preliminari che suggeriscono che sia fattori individuali che quelli legati al sistema possono intensificare questo effetto negativo (Haslam-Larmer et al., 2022).

In secondo luogo, è possibile porre in luce gli aspetti positivi in relazione all'emergenza pandemica. In particolare, la letteratura presa in esame apre alla riflessione sul contributo positivo degli strumenti digitali per far fronte alla complessità dovuta alle misure restrittive e di contenimento del contagio, che hanno limitato e interrotto le attività quotidiane e le relazioni sociali (Hoel et al., 2022; Quail et al. 2021).

Il contributo offerto dagli approcci educativo-animativi, integrati nell'organizzazione e nella cura quotidiana, attraverso il coinvolgimento di tutta l'équipe, è sempre più parte integrante della presa in carico della persona con demenza; tantoché, in ambito sanitario sono detti “non-farmacologici” (Orsi et al., 2012). Si rende, quindi, sempre più necessaria una formazione dei professionisti che si occupano della cura degli anziani fragili e non-autosufficienti che includa le competenze legate agli approcci e alle metodologie educativo-animative. Queste competenze appaiono ancora più importanti in seguito alla pandemia, che ha imposto misure restrittive di distanziamento, riduzione e spesso sospensione delle attività di qualsiasi tipo, esponendo le persone con demenza e i professionisti che se ne occupavano a condizioni estremamente problematiche e complesse (Simonetti et al., 2022b).

Si rende necessario, in particolare in questo momento, riconsiderare la progettazione e gli interventi educativo-animativi dal punto di vista metodologico, innalzare le competenze del personale per promuovere questi approcci dando risposta ai nuovi bisogni, tenendo anche in considerazione gli elementi innovativi sviluppati in tali contesti durante l'emergenza.

2. Obiettivi e interrogativi/ipotesi della ricerca

La ricerca ha cercato di chiarire l'oggetto di indagine, rispondendo al seguente interrogativo: in che modo la formazione di tutte le figure professionali rispetto all'integrazione degli approcci educativo-animativi nella quotidianità delle strutture residenziali favorisce la qualità nella presa in carico e nella cura?

Partendo dall'ipotesi che una formazione sugli approcci educativo-anima-

tivi possa incidere sulla qualità delle strutture, l'obiettivo della ricerca è quello di mettere a punto un modello di intervento formativo rivolto al personale delle strutture residenziali per persone anziane fragili e non autosufficienti, che possa promuovere un cambiamento nella cultura della cura e che permetta l'inserimento degli approcci educativo-animativi come pratica quotidiana, per l'innalzamento della qualità della vita nelle strutture stesse.

3. Scelte metodologiche e procedurali

La struttura del disegno di ricerca appartiene alla prospettiva metodologica dei *mixed methods* (Trincherò & Robasto, 2019). Tale prospettiva, non limitandosi alla somma di vari approcci e metodi d'analisi, ma alla loro vera e propria integrazione, negli ultimi anni ha assunto lo status di un vero e proprio approccio alla ricerca, ponendosi all'interno delle scienze sociali come possibile "terza via" rispetto alla dicotomia qualità-quantità (Amaturo & Punziano, 2016). Anziché stabilire a priori un quadro metodologico rigido, il principio sostanziale consiste nell'impiegare, di volta in volta, lo strumento più idoneo per esaminare ciascun singolo aspetto dell'oggetto di ricerca. Ciò permette di considerare i modelli procedurali proposti per i disegni *mixed methods* (Ponce & Pagán-Maldonado, 2015) come un punto di partenza per la creazione di un piano di ricerca che possa essere ulteriormente arricchito e adattato in strategie più complesse (Creswell & Creswell, 2017; Trincherò & Robasto, 2019).

Il presente disegno è strutturato seguendo un piano esplorativo ad architettura sequenziale, che prevede una fase esplorativa in cui viene privilegiato l'utilizzo di strumenti qualitativi, al fine di strutturare adeguatamente la fase successiva, di tipo confermativo, all'interno della quale dare priorità a strumenti quantitativi (Amaturo & Punziano, 2016; Ponce & Pagán-Maldonado, 2015).

La prima fase di tipo qualitativo è finalizzata alla ricostruzione dell'esperienza e dei bisogni formativi dei soggetti coinvolti, al fine di analizzare lo stato dell'arte e del fabbisogno formativo rispetto agli approcci educativo-animativi nelle strutture residenziali, anche alla luce dell'emergenza pandemica. L'analisi dei dati raccolti permette l'elaborazione di costrutti e definizioni atte alla strutturazione di strumenti quantitativi previsti per la fase successiva di tipo quantitativo (Trincherò & Robasto, 2019).

In accordo con la direzione delle Attività Socio Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna (DASS), sono state selezionate tramite campionamento di non probabilistico (Coggi & Ricchiardi, 2005) alcune strutture residenziali, in cui effettuare interviste semi-strutturate ad osservatori privilegiati (Corbetta, 2014). In questa fase si è dato maggior risalto alle figure professionali che attraverso la propria esperienza sul campo potessero offrire un contributo rispetto al tema in oggetto: coordinat*, educat*, animat*, responsabile attività assistenziali (Raa), operat* socio-sanitari (Oss). Come anticipato, la finalità è stata

quella di indagare quali fossero i bisogni formativi rispetto all'integrazione degli approcci educativo-animativi all'interno del percorso di cura di persone anziane fragili e non autosufficienti all'interno delle strutture.

Per garantire la possibilità di raccogliere e analizzare opinioni, pensieri, stati d'animo, ma anche comportamenti e pratiche utilizzate durante il quotidiano lavoro di cura della persona anziana, in fase di preparazione delle interviste semi-strutturate si è privilegiato l'impostazione a schema circolare per quanto riguarda i nuclei tematici da cui partire per la definizione delle domande durante gli incontri, garantendo elasticità nella conduzione degli stessi (Milani & Pegoraro, 2011). Tale schema, infatti, consente non solo di raccogliere il flusso delle informazioni fornite dagli intervistati, ma anche di identificare elementi che non erano stati contemplati inizialmente (Gianturco, 2005).

Sulla base dei bisogni individuati attraverso l'analisi dei dati raccolti con le interviste semi-strutturate, si prevede la messa a punto di un modello di intervento formativo che sarà proposto a un piccolo campione di strutture, nella fase confermativo-quantitativa della ricerca. Per verificare l'efficacia di tale modello si prevede la costruzione di uno o più strumenti quantitativi, che facciano riferimento a variabili standardizzate (Coggi & Ricchiardi, 2005), da sottoporre ai partecipanti ex-ante, in-itinere ed ex-post: a titolo esemplificativo, è stata predisposta la costruzione di un questionario e/o di scale di misura degli atteggiamenti (Gattico & Mantovani, 1998).

4. Discussione dei dati raccolti (o dello stato dell'arte della ricerca, se dottorandi del II anno)

In accordo con la direzione delle Attività Socio Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna (DASS), sono state selezionate e coinvolte nella fase esplorativo-qualitativa della ricerca, 6 strutture residenziali per anziani (Case Residenze Anziani) del Comune di Bologna.

Al fine di indagare i bisogni formativi e lo stato attuale rispetto all'integrazione degli approcci educativo-animativi all'interno del lavoro di cura quotidiano nelle strutture, sono state effettuate: 3 interviste semi-strutturate e 5 focus-group. Per un totale di 25 figure professionali coinvolte, di cui: 1 Psicologa, 1 operatrice socio-sanitaria (OSS), 6 Animat*, 8 responsabili attività assistenziali (RAA), 5 Coordinatrici, 4 Fisioterapist*.

Come anticipato, gli strumenti qualitativi utilizzati sono stati costruiti seguendo uno schema circolare, che, come affermato da Gianturco (2005), ha garantito elasticità nella conduzione degli incontri, attraverso un insieme di nuclei tematici. Tenendo ben presente, anche solo in linea generale, tale logica circolare, il ricercatore evita di proporre una rigida sequenza predeterminata

di domande, assicurandosi una serie di tematiche da affrontare durante gli incontri (Milani & Pegoraro, 2011).

Per quanto riguarda l'analisi qualitativa dei contenuti delle interviste e dei focus-group si è scelto di utilizzare la *thematic analysis*, al fine di identificare e analizzare le tematiche che possano contribuire a una comprensione più ampia del contesto in cui sono stati raccolti e dell'oggetto di indagine (Clarke & Braun, 2021). Questa metodologia permette al ricercatore di orientarsi tra le varie fasi dell'analisi in un continuo e flessibile movimento avanti e indietro, al fine di individuare all'interno dei dati, pattern ripetuti di significato (Clarke & Braun, 2006). Per evitare di adattare i dati a schemi di codifica preesistenti (Semeraro, 2011), l'analisi segue un approccio induttivo, attraverso un processo di codifica che è interamente guidato dai dati stessi (Frith & Gleeson, 2004).

Dopo la fase di familiarizzazione con i dati (Clarke & Braun, 2021), l'analisi ha preso in esame il livello semantico dei contenuti, grazie al quale, attraverso codici atti a cogliere i significati superficiali ed evidenti (Clarke & Braun, 2021), è stato possibile ricostruire le esperienze, le concezioni e i vissuti percepiti dai partecipanti, in relazione al lavoro di cura. Sono emerse tre tematiche principali, relative a concezioni ed esperienze percepite rispetto: alla cura, alla formazione, all'emergenza pandemica all'interno della struttura di appartenenza.

Alla luce degli obiettivi della ricerca, si ritiene importante mettere in luce alcuni elementi. Innanzitutto, uno degli elementi messo in luce dai partecipanti è la percezione che hanno rispetto alla popolazione ospite nelle strutture: affermano di essere di fronte un cambiamento in termini di eterogeneità per età e patologie. Emergono, poi, aspetti rilevanti riguardo la relazione. Da un lato, si nota un mancato riconoscimento dell'importanza della componente educativa rispetto a quella sanitaria tra le figure professionali coinvolte nella cura. Dall'altro lato, si sottolinea la necessità di creare reti e collaborare con enti pubblici, privati e figure professionali di diverse strutture residenziali. Riguardo alla formazione, si evidenzia la richiesta di aggiornamenti nei corsi di base per alcune figure professionali e la necessità di estendere la formazione agli approcci educativo-animativi per tutte le figure coinvolte, non solo limitate a quelle considerate "educative".

Procedendo deduttivamente nell'analisi, per una comprensione più profonda e strutturata delle dimensioni qualitative emerse (Clarke & Braun, 2006), si è approfondito il livello latente dei contenuti, concentrandosi su un livello di significato più profondo e implicito (Clarke & Braun, 2021). L'analisi del significato latente ha permesso la costruzione di *researcher-directed code* (Clarke & Braun, 2021), che riflettendo l'interpretazione e le conoscenze teoriche di chi conduce la ricerca, ha consentito di individuare ulteriori tematiche sottese all'interno dei contenuti analizzati. Pertanto, alla luce del *Framework Lifecomp* (Sala et al. 2020) sulle competenze trasversali, i contenuti sono stati codificati sulla base delle tre aree tematiche e rispettive competenze del quadro

di riferimento fornito dalla Commissione Europea: 1) area personale, declinata in autoregolazione, flessibilità e benessere; 2) area sociale, declinata in empatia, comunicazione e collaborazione; e infine 3) l'area relativa all' "imparare ad imparare", declinata in *growth mindset*, pensiero critico e gestione dell'apprendimento. Sulla base dei risultati emersi e in accordo con l'Azienda Sanitaria Locale, è stato creato un questionario rivolto a un campione più ampio di operatori/trici di strutture residenziali per persone anziane fragili di Bologna e finalizzato ad una comprensione più ampia dei bisogni formativi degli operatori di questi servizi. L'analisi dei risultati, attualmente in corso, contribuirà: da un lato, a fornire una rappresentazione più completa e rappresentativa delle dinamiche coinvolte, arricchendo così la comprensione complessiva del contesto in esame; dall'altro, svolgerà un ruolo fondamentale nella progettazione del modello formativo previsto nella successiva fase quantitativa della ricerca.

5. Punti di forza e di criticità della ricerca (anche in relazione a possibili ricadute sui contesti educativi e didattici)

Svolgere attività di ricerca empirica all'interno di strutture residenziali per anziani si configura come un'attività complessa, sia dal punto di vista della tematica, sia dal punto di vista della possibilità di accesso al campo, in particolare, a causa della situazione pandemica ancora in corso al momento della negoziazione dell'accesso al campo durante la fase esplorativo-qualitativa.

La ricerca si concentra su un fenomeno di grande rilevanza sociale in continua evoluzione, tentando di offrire un contributo al miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei professionisti della cura nelle strutture residenziali. Per questo si è scelto di utilizzare un approccio metodologico misto, al fine di giungere ad una visione completa e dettagliata dell'oggetto di studio (Trincherò & Robasto, 2019). In particolare, gli strumenti utilizzati nella fase qualitativa, permettono di delineare in modo approfondito i bisogni formativi, cogliendo sfumature e relazioni complesse tra i vari fattori (Milani & Pegoraro, 2011). Tuttavia, è importante garantire il criterio di rigore dell'analisi qualitativa del contenuto delle interviste e dei focus-group, considerando l'utilizzo di tecniche di triangolazione al fine di confermare i risultati ottenuti (Amaturo & Punziano, 2016; Zammuner, 1996).

La selezione delle strutture residenziali tramite campionamento non probabilistico è supportata dal contesto specifico della ricerca (Coggi & Ricchiardi, 2005) e permette di coinvolgere figure professionali con una significativa esperienza sul campo, contribuendo alla validità esterna dei risultati. Tuttavia, la scelta del tipo di campionamento e le sue dimensioni non permettono la generalizzabilità dei risultati (Viganò, 2002).

La seconda parte della ricerca, la fase quantitativa, prevede la progettazione di un intervento formativo in alcune strutture residenziali, scelte in accordo con la direzione delle Attività Socio Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna (DASS). Al fine di misurare l'efficacia di tale modello verranno costruiti uno o più strumenti quantitativi, da sottoporre ai partecipanti ex-ante, in-itineris ed ex-post. Tali strumenti, seppur apparentemente rigidi (Gattico & Mantovani, 1998), consentiranno di conferire maggiore validità interna ed esterna alla ricerca (Viganò, 2002).

Infine, la scelta di prediligere un approccio *mixed methods*, seppur nei limiti in termini di riproducibilità (Milani & Pegoraro, 2011), consente di orientarsi verso un approccio metodologico integrato, che mira a ottenere una comprensione più accurata e adeguata del mondo sociale, auspicabilmente avvicinandosi a quella che Cordaz (2011) definisce “conciliazione sistemica”, nel tentativo di superamento delle dicotomie esistenti che caratterizzano frequentemente l'analisi sociale (Amaturo & Punziano, 2016). Malgrado l'innovatività intrinseca dell'approccio scelto, è fondamentale evidenziare che la sua efficacia deve essere adeguatamente testata e validata su una scala più ampia. I risultati ottenuti finora suggeriscono prospettive promettenti; tuttavia, è essenziale condurre ulteriori studi su vasta scala per stabilire un contributo di rilevanza e applicabilità generalizzabile nel campo della ricerca.

Riferimenti bibliografici

- Aledeh, M., & Adam, P. H. (2020). Caring for dementia caregivers in times of the COVID-19 crisis: A systematic review. *American Journal of Nursing Research*, 8(5), 552-561. <https://doi.org/10.12691/ajnr-8-5-8>
- Amaturo, E., & Punziano, G. (2016). *I mixed methods nella ricerca sociale*. Carocci editore.
- Belle, S. H., Burgio, L. D., Burns, R., Coon, D. W., Czaja, S. J., Gallagher Thompson, D., Gitlin, L. N., Klinger, J., Koepke, K. M., Lee, C. C., Martindale Adams, J., Nichols, L. O., Schulz, R., Stahl, S. M., Stevens, A., De Winter, L., & Zhang, S. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727-738. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005>
- Brune, K. B. (1995). *Eden alternative certification, pilot group*. New Berlin.
- Bruni, E., Luppi, E., & Ricci, A. (2022). Prendersi cura degli anziani fragili e non autosufficienti: Una rassegna sistematica sull'efficacia delle strategie educativo-animative per la qualità della vita delle persone con demenza e dei caregiver. *MeTis-Mondi Educativi. Temi Indagini Suggerzioni*, 12(1), 196-218. <https://doi.org/10.30557/mt00213>
- Chenoweth, L., King, M., Jeon, Y., Brodaty, H., Stein Parbury, J., Norman, R., Haas, M., & Luscombe, G. (2009). Caring for aged dementia care resident study (CA-DRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia:

- A cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- Clarke, V., & Braun, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications Ltd.
- Coggi, C., & Ricchiardi, P. (2005). *Progettare la ricerca empirica in educazione*. Carrocci.
- Coons, D., & Mace, N. (1996). *Quality of life in long-term care*. Hawthorn.
- Corbetta, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Il Mulino.
- Cordaz, D. (2011). *Dati e processi: Sull'integrazione tra metodi quantitativi e metodi qualitativi nelle scienze sociali*. Franco Angeli.
- Cornelison, L. (2016). The culture change movement in long-term care: Is person-centered care a possibility for the looming age wave? *National Academy of Elder Law Attorneys*, 12(2), 122–132.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- D'Amico, F., Rehill, A., Knapp, M., Aguirre, E., Donovan, H., Hoare, Z., Hoe, J., Russell, I., Spector, A., Streater, A., Whitaker, C. J., Woods, B., & Orrell, M. (2015). Maintenance cognitive stimulation therapy: An economic evaluation within a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(1), 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.020>
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Il Mulino.
- Dourado, M. C. N., Belfort, T., Monteiro, A., De Lucena, A. T., Lacerda, I. B., Gaigher, J., Baptista, M. a. T., Brandt, M., Kimura, N., De Souza, N., Gasparini, P., Rangel, R., & Marinho, V. (2020). COVID-19: Challenges for dementia care and research. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 340-344. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-040002>
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. WW Norton & Company.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), 10-19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Feil, N. (1991). Validation therapy. *Serving the elderly*. Routledge.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129-133. [https://doi.org/10.1016/s0197-4572\(07\)81021-4](https://doi.org/10.1016/s0197-4572(07)81021-4)
- Frith, H., & Gleeson, K. (2004). Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 40-48. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.40>
- Gattico, E., & Mantovani, S. (1998). *La ricerca sul campo in educazione*. Pearson Italia.
- Gianturco, G. (2005). *L'intervista qualitativa: Dal discorso al testo scritto*. Guerini scientifica.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1465-1474. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x>
- Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., & Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy

- in patients with degenerative dementia: A 12-month randomized, controlled trial. *BMC Medicine*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-129>
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7580), 1196. <https://doi.org/10.1136/bmj.39001.688843.BE>
- Haslam Larmer, L., Grigorovich, A., Quirt, H., Engel, K., Stewart, S., Rodrigues, K., Kontos, P., Astell, A., McMurray, J., Levy, A., Bingham, K., Flint, A. J., Maxwell, C. J., & Iaboni, A. (2022). Prevalence, causes, and consequences of moral distress in healthcare providers caring for people living with dementia in long-term care during a pandemic. *Dementia*, 22(1), 5-27. <https://doi.org/10.1177-14713012221124995>
- Hoel, V., Seibert, K., Domhoff, D., Preuß, B., Heinze, F., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2022). Social health among german nursing home residents with dementia during the COVID-19 pandemic, and the role of technology to promote social participation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1956. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041956>
- Jones, M. (1999). GENTLECARE: The prosthetic life care approach to providing dementia care at home or in institutions. *Dementias: Biological bases and clinical approach to treatment* (pp. 273-285). Springer.
- Kitwood, T. (2011). Dementia reconsidered: The person comes first. Bradford: Hawker. Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), W-94. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136>
- Milani, P., & Pegoraro, E. (2011). *L'intervista nei contesti socio educativi: Una guida pratica*. Carocci.
- Minguzzi, P. (2003). *Anziani e servizi, la prospettiva europea e la dimensione nazionale*. Franco Angeli.
- Ministero della Salute. (2017). Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze.
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50.
- Neal, M., Barton Wright, P., & Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. (1996). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001394>
- Orsi, W., D'Anastasio, C., & Ciarrocchi, R. A. (2012). *Animazione e demenze: Memorie, emozioni e buone pratiche sociali*. Maggioli.
- Palestini, L., Anzivino, F., & Nicoli, M. A. (2012). La valutazione multidimensionale del paziente anziano: Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. *Dossier Regione Emilia Romagna*, 218, 13-20.
- Ponce, O. A., & Pagán-Maldonado, N. (2015). Mixed methods research in education: Capturing the complexity of the profession. *International Journal of Educational Excellence*, 1(1), 111-135.

- Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, *48*(2), 142-148. <https://doi.org/10.1093/geront/48.2.142>
- Raineri, M. L., & Cabiati, E. (2016). Kitwood's thought and relational social work. *European Journal of Social Work*, *19*(6), 1004-1020. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1074549>
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*, *58*(suppl_1), S88-S102.
- Semeraro, R. (2011). L'analisi qualitativa dei dati di ricerca in educazione. *Italian Journal of Educational Research*, *7*(1), 97-106.
- Si, G., Ferri, C. P., Mikhaylova, N. M., Sokolova, O., Banerjee, S., & Prince, M. (2009). Helping carers to care—the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, *24*(4), 347-354. <https://doi.org/10.1002/gps.2126>
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Simonetti, A., Pais, C., Jones, M. B., Cipriani, M. C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R., & Sani, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: Definition, treatment, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 579842. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842>
- Taddia, F. (2012). *Laboratori di animazione per la terza età. percorsi socio-educativi*. Erickson.
- Trincherò, R., & Robasto, D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Mondadori Education.
- Tsapanou, A., Papatrifiantayllou, J., Yiannopoulou, K. G., Sali, D., Kalligerou, F., Ntanasi, E., Zoi, P., Margioti, E., Kamtsadeli, V., Hatzopoulou, M., Koustimpi, M., Zagka, A., Papageorgiou, S. G., & Sakka, P. (2020). The impact of COVID 19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *36*(4), 583-587. <https://doi.org/10.1002/gps.5457>
- Viganò, R. (2002). *Pedagogia e sperimentazione: Metodi e strumenti per la ricerca educativa*. Vita e Pensiero.
- Wilmoth, J. R., Bas, D., Mukherjee, S., & Hanif, N. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. UN.
- World Health Organization (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.
- Zammuner, V. (1996). *Tecniche dell'intervista e del questionario. processi psicologici e qualità dei dati*. Borla.