Sviluppo di un modello formativo per l'integrazione degli approcci educativo-animativi nelle strutture residenziali per persone anziane

Elisa Bruni, Elena Luppi, Aurora Ricci*

Abstract:

The ageing of the population represents a critical challenge for healthcare and social care systems, necessitating a rethinking of care practices and professional training. The frailty of older individuals, particularly within residential settings, underscores the need for multidisciplinary approaches that transcend the traditional medical-care model. This study, conducted as part of a doctoral research project, investigates the competencies required to enhance the quality of care in residential care homes for the older people (Case Residenza per Anziani, CRA). Employing a mixed-methods methodology, the research identified the training needs of care staff and implemented an educational model aimed at strengthening professional competencies. The integration of personalised and multidimensional training pathways proved essential in promoting active ageing and the overall well-being of older people. The findings highlight the need for updated training policies, oriented towards personalised care and the reduction of restrictive practices.

Keywords: Dementia; Educational Approach; Learning Pathways; Older Adults; Residential Care Facilities

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione costituisce una tendenza globale che sta trasformando profondamente le dinamiche sociali, sanitarie ed economiche.

Grazie ai progressi scientifici e ai miglioramenti nelle condizioni di vita, la vita media si è notevolmente allungata, portando, parallelamente, con sé nuove sfide, in particolare in relazione alla condizione di fragilità delle persone anziane

* Il contributo è il risultato del lavoro congiunto delle autrici. Per la stesura sono da attribuire a Elena Luppi il paragrafo 1, a Elisa Bruni i paragrafi 2 e 3, a Aurora Ricci il paragrafo 4.

Elisa Bruni, University of Bologna, Italy, elisa.bruni11@unibo.it, 0009-0001-4405-7530
Elena Luppi, University of Bologna, Italy, elena.luppi@unibo.it, 0000-0001-5488-2430
Aurora Ricci, University of Bologna, Italy, aurora.ricci@unibo.it, 0000-0002-2924-4688

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)
FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Elisa Bruni, Elena Luppi, Aurora Ricci, *Sviluppo di un modello formativo per l'integrazione degli approcci educativo-animativi nelle strutture residenziali per persone anziane*, © Author(s), CC BY 4.0, DOI 10.36253/979-12-215-0744-7.47, in Vanna Boffo, Michele Bertani, Donatella Bramanti, Rabih Chattat, Laura Formenti (edited by), *Accompagnare la longevità. Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo*, pp. 389-399, 2025, published by Firenze University Press, ISBN 979-12-215-0744-7, DOI 10.36253/979-12-215-0744-7

(UN DESA 2023)[1]. La popolazione con più di 65 anni, infatti, ha ormai superato quella dei bambini sotto i 5 anni (UN DESA 2022), con una crescente incidenza di disturbi cognitivi e demenze, tra cui l'Alzheimer, che colpiscono milioni di persone a livello globale (Livingston et al. 2024). In Italia, oltre un milione di persone over 65 presenta una forma di demenza, con numeri destinati ad aumentare nei prossimi decenni (Istituto Superiore di Sanità 2024).

La pandemia di Covid-19 ha ulteriormente evidenziato la vulnerabilità di questa fascia di popolazione, creando nuove difficoltà per i sistemi sanitari e assistenziali, e dimostrando quanto sia urgente ripensare i modelli di cura e assistenza. Le persone anziane, in particolare quelle che presentano condizioni di fragilità, presentano vulnerabilità fisiche, psicologiche e sociali che necessitano di un intervento attento, globale e personalizzato (Eurostat 2020). In questo contesto, il concetto di fragilità assume una centralità crescente, definendo uno stato di vulnerabilità aumentata che predispone a una serie di problematiche, come la perdita parziale o totale dell'autosufficienza, l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione (Pilotto e Ferrucci 2011).

Di fronte a tali sfide, emerge l'importanza di rivedere i modelli di cura e supporto per le persone anziane fragili. Non è più sufficiente limitarsi a un intervento medico tradizionale.

Oggi, è ampiamente riconosciuta l'importanza di superare la visione della persona anziana come un 'paziente' da assistere esclusivamente sul piano medico-sanitario (Hill et al. 2011). Questo cambiamento di prospettiva implica, prima di tutto, una trasformazione culturale riguardo l'anzianità, superando la visione adultocentrica che non solo influisce sulla percezione della fragilità, ma determina anche la rappresentazione sociale di tutte le persone anziane, indipendentemente dal loro livello di autonomia (Tramma 2017).

I servizi di presa in carico stanno progressivamente adottando un approccio psicosociale, promuovendo piani di cura multidisciplinari che non si limitano più al soddisfacimento dei soli bisogni sanitari, segnando di fatto il distacco dal tradizionale modello medico-assistenziale. Si fa spazio un approccio orientato alla persona, che valorizza la sua individualità all'interno di un contesto in cui si riconosce l'importanza di prospettive multidimensionali e interdisciplinari (Morganti 2022). Tali approcci integrano il supporto formale e tradizionalmente farmacologico, creando continuità nei percorsi di cura e valorizzando i bisogni e le storie di vita uniche di ciascun individuo (Mortari 2006). Emerge un approccio globale e multidisciplinare che riconosce e valorizza le dimensioni affettive, relazionali e comunicative dell'individuo.

L'evoluzione dei modelli di cura ha trovato espressione in approcci che ridefiniscono la cura stessa e la relazione con le persone anziane, spostando l'attenzione non solo dai bisogni fisici, ma anche da quelli psicologici, sociali ed emotivi (Feil 1993; Kitwood 1997; Jones 1999; Cornelison 2016). In tale con-

[1] United Nation Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). <https://www.un.org/en/desa> (2025-06-15).

testo, le pratiche educative rivestono un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere, attraverso interventi che stimolino l'autorealizzazione, favoriscano la partecipazione sociale e l'autonomia, la crescita personale e l'espressione delle capacità personali, permettendo a ciascuno di soddisfare i propri bisogni e raggiungere i propri obiettivi (Dewey 1933; Freire e Bimbi 1971). Gli interventi educativi si rivelano particolarmente efficaci nel migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili, integrando il supporto psicologico e sociale con l'assistenza medica (Cohen-Mansfield 2013).

Tuttavia, permane un divario tra le competenze necessarie per realizzare pienamente il cambiamento sopracitato e quelle effettivamente possedute dai professionisti del settore sanitario e socioassistenziale (WHO 2017). Per una cura più integrata, è necessario adottare una visione multidimensionale centrata sulla persona, ma molte organizzazioni, legate a modelli sanitari tradizionali, faticano a implementarla. Ciò richiede un'innovazione nella formazione per riqualificare i servizi residenziali, in linea con la legge delega sulla non autosufficienza (Galeotti 2020; Ranci et al. 2024).

Pertanto, è necessario un aggiornamento continuo delle competenze degli operatori, che devono essere in grado di rispondere in modo integrato e sensibile ai bisogni complessi delle persone anziane. Le competenze trasversali sono essenziali, poiché oltre alle conoscenze specifiche, è fondamentale che gli operatori sviluppino abilità relazionali, comunicative e di gestione delle dinamiche interpersonali in contesti complessi (Dzomeku, Van Wyk e Lori 2019; Galeotti 2020). Inoltre, la pandemia ha reso ancor più evidente quanto sia fondamentale la capacità di adattarsi a nuove situazioni e di gestire le emozioni e i bisogni psicosociali delle persone anziane (Altieri e Santangelo 2021).

In sintesi, il concetto di invecchiamento attivo richiede un cambiamento di paradigma che investe sia le politiche sanitarie sia la formazione degli operatori. L'adozione di pratiche educative e lo sviluppo di competenze trasversali sono essenziali per affrontare le sfide legate alla fragilità e promuovere un invecchiamento dignitoso, autonomo e inclusivo. Proprio a partire da queste premesse si inserisce il lavoro di ricerca qui presentato, volto ad approfondire la tematica e a individuare strategie efficaci per innovare i modelli di formazione e di cura.

2. Ricerca dottorale

Negli ultimi anni, il settore della cura delle persone anziane fragili ha vissuto trasformazioni profonde, accelerando riflessioni già in atto e portando in primo piano l'urgenza di ripensare i modelli formativi per i professionisti del settore. La pandemia da Covid-19 ha agito come una lente d'ingrandimento, evidenziando la necessità di una formazione più strutturata, capace di integrare competenze tecniche con abilità trasversali, relazionali ed educative (Altieri e Santangelo 2021).

Il presente progetto di ricerca di dottorato si è proposto di esplorare i bisogni formativi delle figure professionali coinvolte nella cura delle persone anziane fragili e di progettare un modello formativo innovativo, capace di potenziare

le competenze e di valorizzare le *life skills*. L'obiettivo è stato duplice: da un lato, comprendere a fondo le sfide quotidiane che gli operatori affrontano nelle strutture residenziali; dall'altro, sviluppare strategie formative che rispondano in modo efficace alle esigenze emergenti, garantendo un'assistenza che tenga conto non solo dei bisogni sanitari, ma anche di quelli psicologici e sociali delle persone anziane.

A partire dall'autunno precedente alla pandemia di Covid-19, le residenze per anziani hanno affrontato sfide complesse, aggravate dalla crisi del Sistema Sanitario Nazionale e dalla carenza di personale, in particolare infermieri e OSS (Fosti, Notarnicola e Perobelli 2024). Questa situazione deriva da diversi fattori, tra cui decisioni politiche, dinamiche demografiche, pensionamenti, impatti della pandemia e caratteristiche del sistema universitario italiano. Tali condizioni hanno influenzato le scelte metodologiche della ricerca, rendendo necessario un adattamento alle specificità del contesto per garantire la validità e l'attendibilità dei risultati (Braun e Clarke 2013).

La ricerca si colloca all'interno della prospettiva metodologica dei *mixed methods* (Trinchero e Robasto 2019), che combina approcci qualitativi e quantitativi per restituire una visione complessa e articolata del fenomeno studiato. Questo approccio consente di evitare la rigidità di una sola metodologia, permettendo di analizzare i dati con maggiore flessibilità e profondità (Amaturo e Punziano 2016). Il disegno della ricerca (Fig. 1) si articola in: uno studio esplorativo (studio1) con fasi sequenziali (qualitativa e quantitativa); un disegno pre-sperimentale a gruppo solo con pre-test e post-test (studio 2) (Gay, Mills e Airasian 2009).

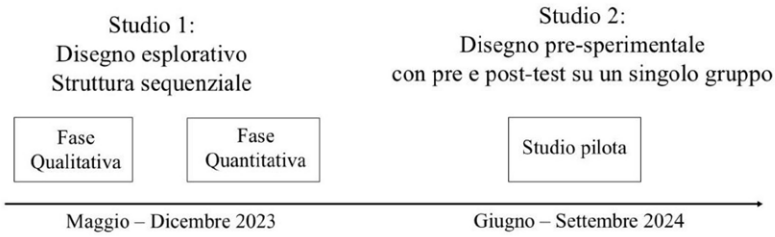

Figura 1 – Rappresentazione grafica del disegno della ricerca.

La prima fase della ricerca (studio 1) ha avuto l'obiettivo di comprendere l'esperienza e i bisogni formativi dei professionisti che operano nelle Case Residenza per Anziani (CRA). Sei strutture residenziali sono state selezionate per raccogliere dati attraverso interviste semi-strutturate e mini *focus group* con coordinatori, educatori, animatori, responsabili assistenziali (RAA) e operatori sociosanitari (OSS). L'analisi dei dati ha rivelato aspetti critici e aree di miglioramento, evidenziando in particolare una significativa sovrapposizione tra le competenze messe in luce dai professionisti e le aree del *framework LifeComp* (Sala

et al. 2020). Le dimensioni della competenza personale, sociale e dell'apprendimento riflessivo si sono rivelate centrali nelle pratiche di cura, sottolineando l'importanza di un rafforzamento di queste competenze nei percorsi formativi. Tali risultati hanno fornito la base per la costruzione di strumenti quantitativi nella fase successiva (Trinchero e Robasto 2019).

Sulla base dei bisogni rilevati, è stato sviluppato un questionario somministrato durante l'evento formativo "Il Ben-Essere degli operatori per la qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate". Questo strumento ha permesso di raccogliere dati sulle percezioni e le necessità degli operatori, rafforzando il dialogo tra ricerca e pratica (Mantovani e Gattico 2000; Corbetta 2016).

I risultati preliminari della fase qualitativa della ricerca di dottorato hanno rappresentato un punto di svolta, portando all'inserimento del lavoro all'interno delle attività del Gruppo di Lavoro Multiprofessionale (GLAM), coordinato dall'Unità Operativa Governo Clinico Sistema Qualità e dalla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna. Questo gruppo, che riunisce professionisti provenienti da diverse discipline e ambiti operativi, ha il compito di sviluppare azioni formative mirate all'aggiornamento e al potenziamento delle competenze degli operatori e delle operatrici delle strutture residenziali per anziani fragili e non autosufficienti. L'integrazione della ricerca di dottorato nel lavoro del GLAM ha consolidato ufficialmente la collaborazione tra il gruppo di ricerca dell'Università di Bologna e i professionisti dell'Azienda sanitaria, creando un ponte tra ricerca e pratica.

Uno dei primi esiti concreti di questa sinergia è stato il riavvio del percorso volto al superamento della contenzione meccanica nelle Case Residenze Anziani (CRA). Si tratta della ripresa di un'iniziativa avviata nel 2015 con l'Audit "Contenzione[2] nelle Case Residenze Anziani", promosso dall'Azienda USL di Bologna. Tra il 2015 e il 2019, il percorso aveva già prodotto esiti significativi, contribuendo alla riduzione delle misure di contenzione nelle strutture e al rafforzamento delle competenze degli operatori. Tuttavia, con la pandemia da Covid-19, l'attenzione si è spostata sulla gestione dell'emergenza sanitaria, sospendendo temporaneamente il progetto.

La ripresa dell'iniziativa non si è limitata a una mera prosecuzione del progetto originario, ma ha richiesto una ridefinizione metodologica e contenutistica, considerando le trasformazioni intervenute nel periodo successivo. Il percorso formativo sviluppato con lo studio 2, co-progettato con il GLAM, è stato testato attraverso un disegno pre-sperimentale con pre-test e post-test su un gruppo singolo, utilizzando strumenti quantitativi e qualitativi per valutarne l'efficacia (Gay, Mills e Airasian 2009). L'intervento si è posto l'obiettivo di promuovere un modello orientato alla personalizzazione e all'appropriatezza della cura, ri-

[2] La contenzione è un intervento sanitario-assistenziale che prevede l'uso di mezzi fisici, chimici o ambientali per limitare i movimenti di una persona. È una misura straordinaria, da adottare solo in assenza di alternative efficaci (Cester e Gumirato 1997).

ducendo progressivamente il ricorso alla contenzione meccanica attraverso il potenziamento delle competenze degli operatori. L'approccio adottato ha previsto un'integrazione tra formazione teorica e dimensione esperienziale *on work*.

Il percorso formativo si è articolato in due fasi (10 ore in aula e 10 ore *on work*) e si è svolto tra giugno e settembre 2024 (Fig. 2). I partecipanti hanno lavorato alla progettazione di interventi personalizzati per alcuni ospiti (da 1 a 3) delle proprie strutture, applicando le competenze acquisite in un'ottica di multidisciplinarietà e innovazione. Per valutare l'efficacia dell'intervento, sono stati utilizzati un questionario somministrato *ex ante* ed *ex post* e una scheda progettuale per documentare le applicazioni pratiche delle metodologie apprese (Braun e Clarke 2022).

La fase in aula ha previsto sessioni teoriche e pratiche, strutturate per fornire un aggiornamento sulle procedure tecniche di applicazione delle misure di contenzione, con particolare attenzione agli aspetti normativi e deontologici. In questa fase, i partecipanti hanno analizzato casi studio, affrontando situazioni complesse legate alla gestione della contenzione nelle strutture residenziali e approfondendo strategie alternative per la riduzione del ricorso a tali pratiche. Il confronto tra i diversi professionisti coinvolti ha rappresentato un elemento chiave, consentendo di mettere in discussione approcci consolidati e favorire una maggiore consapevolezza sugli strumenti operativi disponibili.

Nella fase *on work*, i partecipanti hanno applicato le conoscenze acquisite all'interno delle proprie strutture, coinvolgendo attivamente le *équipe* multidisciplinari nella sperimentazione di metodologie innovative per l'assistenza agli ospiti e sviluppando interventi personalizzati. In particolare, ciascuna *équipe* ha progettato e implementato strategie alternative alla contenzione meccanica per almeno tre ospiti della propria struttura. Il lavoro è stato condotto attraverso un approccio multidisciplinare, favorendo la collaborazione tra tutti i professionisti in campo. Questa fase ha rappresentato un'opportunità di sperimentazione pratica, stimolando una riflessione sulle pratiche quotidiane e sulle possibili strategie di miglioramento, con l'obiettivo di consolidare un modello di cura orientato alla personalizzazione e alla riduzione delle misure contenitive.

Per valutare l'efficacia dell'intervento, sono stati utilizzati strumenti quantitativi e qualitativi: un questionario somministrato *ex ante* ed *ex post* per misurare il cambiamento nelle conoscenze e nelle percezioni dei partecipanti, e una scheda progettuale finalizzata a documentare l'applicazione pratica delle metodologie apprese e su cui si tenterà di svolgere una riflessione nel paragrafo successivo della presente trattazione (Braun e Clarke 2022).

Figura 2 – Rappresentazione grafica dell'intervento formativo.

3. Discussione dei dati raccolti

Durante la fase *on work*, i partecipanti hanno progettato un intervento su un numero variabile di ospiti (da 1 a 3) con il supporto della scheda progettuale. Questo strumento non solo ha guidato la pianificazione delle attività, ma ha anche rappresentato un'opportunità per coinvolgere l'intera *équipe* nella riflessione e nell'applicazione condivisa delle strategie apprese.

La scheda progettuale, co-progettata all'interno del gruppo di lavoro multiprofessionale, è stata concepita come uno strumento operativo per guidare l'applicazione delle conoscenze acquisite nel percorso formativo e per documentare le strategie adottate nelle strutture di appartenenza.

La prima sezione, 'Fotografia delle contenzioni in atto', fornisce un quadro iniziale della situazione nella struttura, riportando il numero complessivo di ospiti e distinguendo quelli sottoposti a contenzione fisica, con o senza l'uso esclusivo di sponde letto[3] (dette «spondine»). Questa rilevazione è stata richiesta dall'Azienda USL per ottenere una mappatura aggiornata delle pratiche di contenzione nelle strutture coinvolte.

La seconda sezione, 'Progetto di intervento', documenta il lavoro svolto dalle *équipe* multidisciplinari, che hanno analizzato il profilo di almeno tre ospiti individuati all'interno della propria struttura. Per ciascun caso, sono stati raccolti dati anagrafici e clinici rilevanti, informazioni sullo stato cognitivo e funzionale, la motivazione alla base dell'uso della contenzione e un'analisi del rischio di caduta o della presenza di disturbi del comportamento. A partire da questa valutazione, i gruppi di lavoro hanno elaborato strategie di intervento personalizzate, indicando gli obiettivi specifici e le attività messe in atto per raggiungerli.

[3] Le spondine del letto, pur essendo considerate una misura di protezione, rientrano nella definizione di contenzione fisica quando impediscono all'ospite di alzarsi autonomamente e ne limitano i movimenti (Gallinagh et al. 2002).

La terza sezione, 'Valutazione di fine progetto', ha lo scopo di esaminare gli esiti delle azioni implementate, verificando l'eventuale riduzione o eliminazione delle misure di contenzione e analizzando i fattori facilitanti e gli ostacoli incontrati. I partecipanti hanno inoltre fornito un'opinione sull'utilità del progetto e suggerimenti per migliorare future iniziative.

Infine, per garantire la tracciabilità dell'intervento ai fini dell'erogazione dei crediti ECM, la scheda include un'area dedicata alla raccolta delle firme di tutti i componenti dell'*équipe* coinvolta nel progetto.

L'analisi descrittiva dei dati evidenzia la partecipazione di 166 professionisti appartenenti a 53 strutture, con un totale di 153 schede progettuali compilate. Il campione comprende diverse figure sanitarie e socioassistenziali (Tab. 1).

Attraverso l'analisi delle schede, è possibile evidenziare come i professionisti abbiano declinato nella pratica le competenze oggetto della formazione, con particolare riferimento alle aree individuate dal *framework LifeComp* (Sala et al. 2020).

Tabella 1 – Ruoli professionali partecipanti.

Ruolo professionale	N	%
Infermiera/Infermiere	33	20
OSS	20	12
RAA	26	16
Medico	7	4
Animatrice/Animatore	14	8
Fisioterapista	41	25
Coordinatrice/Coordinatore	7	4
RAS	14	8
Altro	4	2

Dall'analisi è possibile evidenziare la ricaduta positiva del corso sulle pratiche di cura in questo campione di professionisti e professioniste. In particolare, il corso sembra aver contribuito al potenziamento delle competenze *LifeComp*, con un impatto significativo in diverse aree (Sala et al. 2020).

Le attività svolte nella fase *on work* hanno contribuito a rafforzare aree come l'*autoregulation* e il *wellbeing*. Gli operatori hanno utilizzato strategie mirate per ridurre l'ansia e l'agitazione degli ospiti, come l'uso di stimolazioni sensoriali personalizzate, che contribuendo a promuovere strategie di *self-regulation* degli operatori stessi, specialmente nella gestione delle manifestazioni comportamentali. Queste pratiche hanno avuto un impatto positivo sul benessere psicologico degli ospiti, riducendo la contenzione e valorizzando i loro interessi personali.

In parallelo, le competenze legate all'area sociale sono state fortemente enfatizzate. Gli operatori hanno mostrato una grande empatia cercando di comprendere gli ospiti oltre la loro condizione patologica. È stata essenziale una comunicazione efficace tra gli operatori e con i familiari per coordinare l'in-

tervento e rispondere prontamente ai bisogni degli ospiti. Un esempio pratico di questa dinamica è il coinvolgimento dei familiari all'interno degli interventi, permettendo così agli ospiti di riconnettersi con la loro storia e migliorare la qualità delle interazioni con gli operatori e le operatrici.

Inoltre, dagli interventi progettati emergono elementi volti a rafforzare le aree legate all'affrontare il cambiamento, con riferimento all'area *learning to learn*. Gli operatori hanno dimostrato grande flessibilità adattando l'intervento e le strategie messe in atto in base all'ospite e modificando continuamente le azioni e l'ambiente per adattarle alle esigenze specifiche. Inoltre, il pensiero critico è stato applicato nella gestione delle manifestazioni comportamentali, dove gli operatori hanno cercato di analizzare le cause degli stati agitativi degli ospiti e di trovare soluzioni alternative alla contenzione: come l'integrazione di attività occupazionali, che hanno stimolato cognitivamente gli ospiti e migliorato il senso di autonomia.

L'integrazione di queste aree ha avuto un effetto positivo nell'implementazione pratica degli interventi, suggerendo che il corso ha effettivamente supportato i professionisti nel migliorare le loro pratiche quotidiane, con benefici per la qualità della cura offerta agli ospiti.

4. Conclusioni

I risultati di questa ricerca hanno evidenziato che l'aggiornamento e il potenziamento delle competenze dei professionisti, può favorire un cambiamento culturale nella formazione degli operatori. La cura non può più essere intesa solo come assistenza sanitaria, ma come un processo che valorizza le relazioni, l'autodeterminazione e il benessere complessivo delle persone anziane fragili.

L'integrazione tra competenze tecnico-assistenziali e *life skills* è emersa come un elemento chiave. La capacità di comunicare efficacemente, di gestire situazioni complesse e di lavorare in team multidisciplinari si è rivelata essenziale per migliorare la qualità della vita degli anziani e rafforzare la resilienza degli operatori, cercando di prevenire il rischio di *burnout* e favorendo un maggiore senso di *empowerment* professionale.

In definitiva, questa ricerca ha cercato di offrire un contributo all'evoluzione del sistema di cura, mettendo in evidenza l'importanza di un'educazione continua e multidimensionale, capace di rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione. Il modello formativo sviluppato non è stato concepito come una soluzione rigida e definitiva, ma come un punto di partenza per future implementazioni, da adattare e arricchire nel tempo, in un'ottica di apprendimento continuo e innovazione nelle pratiche di cura.

Riferimenti bibliografici

Altieri, M., e G. Santangelo. 2021. "The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Caregivers of People With Dementia." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 29 (1): 27-34. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.009.

Amaturo, E., e G. Punziano. 2016. *I mixed methods nella ricerca sociale*. Roma: Carocci.

Braun, V., e V. Clarke. 2013. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London-Thousand Oaks-New Dehli-Singapore: SAGE.

Braun, V., e V. Clarke. 2022. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. London-Thousand Oaks-New Dehli-Singapore: SAGE.

Cester, A., e G. Gumirato. 1997. *I percorsi della contenzione: Dal caos al metodo*. Milano: Vega.

Cohen-Mansfield, J. 2013. "Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia." *Current Treatment Options in Neurology* 15 (6): 765-85. https://doi.org/10.1007/s11940-013-0257-2.

Corbetta, P. 2016. *La ricerca sociale: Metodologia e tecniche IV. L'analisi dei dati*. Bologna: Il Mulino.

Cornelison, L. 2016. "The Culture Change Movement in Long-Term Care: Is Person-Centered Care a Possibility for the Looming Age Wave?" *NAELA J.* 12: 121-30. <https://shorturl.at/dv2He> (2025-06-15).

Dzomeku, V., Van Wyk, B., e J. Lori. 2019. "An Integrative Literature Review of Interventions Addressing Knowledge, Attitudes, and Skills of Health Team to Achieve Best Maternal Outcomes." *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 7 (4): 1858-67. https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.38235.1425.

Eurostat. 2020. *Ageing Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU : 2020 Edition.* Luxembourg: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105> (2025-06-15).

Feil, N. 1993. *The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with "Alzheimer's-type dementia"*. Baltimore: Health Professions Press.

Fosti, G., Notarnicola, E., e E. Perobelli. 2024. *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. 6° Rapporto osservatorio Long Term Care*. Milano: EGEA. <https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oltc_> (2025-06-15).

Galeotti, G. 2020. *Educazione ed innovazione sociale: L'apprendimento trasformativo nella formazione continua*. Firenze: Firenze University Press.

Gallinagh, R., Slevin, E., e B. McCormack. 2002. "Side Rails as Physical Restraints in the Care of Older People: A Management Issue." *Journal of Nursing Management* 10 (5): 299-306. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00319.x.

Gay, L.R., Mills, G.E., e P.W. Airasian. 2009. *Educational Research: Competencies for Analysis and Applications* (9th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson.

Hill, N.L., Kolanowski, A.M., Milone-Nuzzo, P., e A. Yevchak. 2011. "Culture Change Models and Resident Health Outcomes in Long-term Care." *Journal of Nursing Scholarship* 43 (1): 30-40. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x.

Istituto Superiore di Sanità. 2024. *Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze: Le attività dell'osservatorio demenze dell'Istituto Superiore di Sanità. Anni 2021-2023*. <https://www.demenze.it/documenti/schede/report_nazionale.pdf> (2025-06-15).

Jones, M. 1999. *Gentlecare. Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Vancouver: Hartley & Marks.

Kitwood, T.M. 1997. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. London: Open University Press.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K.Y., Costafreda, S.G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N.C., Ferri, C.P., Gitlin, L.N., Howard, R., Kales, H.C., Kivimäki, M., Larson, E.B., Nakasujja, N., Rockwood, K., S. Quincy,

e N. Mukadam. 2024. "Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2024 Report of the Lancet Standing Commission." *The Lancet* 404 (10452): 572-628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

Mantovani, S., e E. Gattico. 2000. *La ricerca sul campo in educazione: I metodi quantitativi* (2a ed.). Milano: Mondadori.

Morganti, F. 2022. *Psicologia dell'invecchiamento e qualità della vita: Salute, fragilità, demenze*. Roma: Carocci.

Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Pearson Italia Spa.

Pilotto, A., e L. Ferrucci. 2011. "Verso una definizione clinica della fragilità: Utilità dell'approccio multidimensionale." *Giornale di Gerontologia* 59 (3): 125-29. <https://www.sigg.it/assets/gdg/2011/gdg-03-giugno-2011-LIX.pdf> (2025-06-15).

Ranci, C., Audino, F., Mazzaferro, C., e M. Morciano. 2024. "Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: Valutazioni ex-ante di una proposta di riforma." *DAStU WORKING PAPERS*.

Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., e M. Cabrera. 2020. *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2760/302967.

Tramma, S. 2017. *Pedagogia dell'invecchiare: Vivere (bene) la tarda età*. Milano: FrancoAngeli.

Trinchero, R., e D. Robasto. 2019. *I mixed methods nella ricerca educativa*. Milano: Mondadori Università.

UN DESA. 2022. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: United Nations.

UN DESA. 2023. *World Population Ageing 2023*. New York: United Nations. <https://shorturl.at/SlPuO> (2025-06-15).

WHO. 2017. *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.