

Analyzing training needs of those working in the care of frail elderly: results of a preliminary exploratory research

Analizzare bisogni formativi di chi opera nella cura di anziani fragili: gli esiti di una prima ricerca esplorativa

Elisa Bruni^a, Aurora Ricci^b, Elena Luppi^{c,1}

^a *Università di Bologna*, elisa.bruni11@unibo.it

^b *Università di Bologna*, aurora.ricci@unibo.it

^c *Università di Bologna*, elena.luppi@unibo.it

Abstract

The literature highlights the need for innovation in the training of senior care professionals to enable them to respond to emerging challenges and provide services oriented towards the quality of life of older adults. The aim of the research is to explore the training needs of professionals in the care of frail older people, particularly in light of the Covid-19 experience, using an exploratory qualitative research design. Interviews and mini focus groups were conducted with 25 participants, and the data were analyzed using thematic analysis. The results suggest the need to promote caregivers' social-emotional competencies and adopt person-centred approaches to ensure the professional well-being and quality of life of older persons.

Keywords: older adult care; adult continuing education; soft skills; training innovation; thematic analysis.

Sintesi

La letteratura sottolinea la necessità di innovare la formazione dei professionisti della cura della terza età, affinché siano in grado di rispondere alle sfide emergenti e fornire servizi orientati alla qualità della vita degli anziani. L'obiettivo della ricerca è quello di esplorare i bisogni formativi delle figure professionali della cura delle persone anziane fragili, anche alla luce dell'esperienza del Covid-19, adottando un disegno di ricerca qualitativo di tipo esplorativo. Sono state condotte interviste e mini focus group con 25 partecipanti e i dati sono stati analizzati con l'analisi tematica. I risultati suggeriscono la necessità di promuovere le competenze socio-emotive dei caregiver e di adottare approcci centrati sulla persona per garantire il benessere professionale e la qualità della vita degli anziani.

Parole chiave: cura delle persone anziane; educazione continua degli adulti; soft skills; innovazione formativa; analisi tematica.

¹ Il contributo rappresenta il risultato di un lavoro di progettazione condivisa fra le tre autrici; nello specifico EB ha redatto i paragrafi 1.2 e 3, AR i paragrafi 1.3 e 2, 2.1, 2.2, 2.3, EL i paragrafi 1.1 e 4. Le autrici ringraziano la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, Azienda USL Bologna, per la collaborazione e la facilitazione durante la ricerca.

1. Breve quadro teorico sulla formazione nella cura delle persone anziane

1.1. Invecchiamento della popolazione e nuove prospettive nella cura

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che la popolazione ultraottantenne triplicherà tra il 2020 e il 2050, raggiungendo i 426 milioni (WHO, 2021a). A partire da queste premesse, che confermano la ormai consolidata rivoluzione demografica che sta radicalmente modificando le caratteristiche della popolazione mondiale, è stato proclamato il periodo 2021-2030 come Decennio dell'invecchiamento in buona salute (Decade of Healthy Ageing), con l'intenzione di promuovere la cooperazione fra attori locali e internazionali nel comune obiettivo di migliorare la vita delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità.

L'Italia rappresenta, nello scenario globale, un Paese particolarmente segnato dall'invecchiamento della popolazione. La speranza di vita alla nascita, dopo il decremento del 2020, è tornata a livelli pre-pandemici: 80.5 anni per gli uomini e di 84.8 per le donne nel 2022. Continua, quindi, ad aumentare l'indice di vecchiaia nel nostro Paese, raggiungendo quota 187.6 anziani ogni cento giovani: l'Italia si conferma uno dei Paesi più *anziani* dell'Unione Europea (Istat, 2023). Per il 2021 si stimava che gli anziani non autosufficienti fossero pari a 28.4% degli over 65; mentre gli utenti in carico a servizi socio-sanitari di tipo residenziale rappresentavano il 24.09% (Notarnicola & Perobelli, 2024).

L'invecchiamento della popolazione porta con sé un numero crescente di sfide trasformative per le professionalità e le organizzazioni che si occupano di fornire risposte ai bisogni degli anziani fragili e non autosufficienti. Tutte le figure professionali coinvolte nella presa in carico di questo target che cresce in numero, diversità nei percorsi e nelle necessità, sono chiamate a innovare i propri saperi e riformulare gli interventi seguendo percorsi e strategie sempre più integrati e orientati da prospettive bio-psico-sociali (Luppi, 2018). Non è più pensabile una cura o presa in carico che dia risposte unicamente sanitarie trascurando i bisogni psicosociali complessi. Ai contesti e alle professioni della cura della terza età si richiede di mettere in atto le condizioni per garantire qualità della vita anche nella non autosufficienza, ponendo al centro la persona e non la sua patologia (Luppi, 2015).

Affinché i servizi per la terza età riescano a offrirsi come luoghi di benessere, libertà e autonomia nella costruzione delle scelte e nella gestione della quotidianità per le persone anziane, per le loro famiglie, per i caregiver formali e non, occorre uscire da una prospettiva adultocentrica, che considera l'anziano come un adulto invecchiato e analizza le sue condizioni e i suoi bisogni in funzione di una *perduta adultità*. L'assunzione dell'età adulta come standard per definire la qualità della vita nella terza età e, conseguentemente, dei servizi per questo target di popolazione, ha alla base l'adesione a visioni ageiste. L'ageismo si riferisce agli stereotipi e alle discriminazioni rivolti alle persone sulla base della loro età e può essere istituzionale, interpersonale o autodiretto. L'ageismo istituzionale si concretizza in leggi, regole, norme sociali, politiche e pratiche delle istituzioni che limitano ingiustamente le opportunità e svantaggiano sistematicamente gli individui a causa della loro età (WHO, 2021b).

La terza età è una fase della vita in continuità con le precedenti, ma anche con caratteristiche proprie; nell'approcciarsi agli anziani occorre spostare il focus dell'attenzione sull'unicità dei loro vissuti e sui bisogni di cui ciascuna persona che invecchia è portatrice. I servizi e gli interventi per gli anziani fragili sono sempre più orientati all'assunzione di prospettive multidimensionali, interdisciplinari e integrate, in un'ottica di continuità della cura tra

formale e informale. Si tratta di un approccio che ormai attribuisce lo stesso grado di importanza alla risposta ai bisogni medico-sanitari e a quelli psicosociali (Ferrucci e Marchionni, 2001) promuovendo, allo stesso tempo, qualità della vita per le persone anziane e per i professionisti che se ne prendono cura.

1.2. Innovare la formazione per i professionisti della cura della terza età

La transizione verso un approccio più olistico nella cura di persone anziane fragili si integra perfettamente con l'adozione degli approcci educativo-animativi. Tali pratiche, non solo mirano a migliorare la qualità della vita degli anziani attraverso l'attivazione di risorse cognitive ed emotive, ma contribuiscono anche a restituire senso e significato all'operare dei professionisti (Luppi, Ricci, Bruni, & D'Alessandro, 2023). L'integrazione dei saperi dei professionisti della cura con visioni multidimensionali e centrate sulla persona, nonché con competenze legate ai metodi educativo-animativi, sono condizioni necessarie per promuovere la tanto auspicata transizione delle strutture per anziani fragili e non autosufficienti verso modelli di intervento autenticamente attenti ai bisogni e alla promozione del benessere, nella direzione di una sempre maggiore umanizzazione della cura (Bruni, Luppi, & Ricci, 2022). D'altro canto, queste organizzazioni, storicamente guidate da modelli di intervento sanitario, spesso faticano nell'adottare tali cambiamenti di paradigma. Si rende necessaria, pertanto, un'innovazione nella formazione dei professionisti della cura, in vista della riqualificazione dei servizi residenziali, riguardo alla dotazione di personale e alle competenze, come previsto dalla recente legge delega per la non autosufficienza (Ranci, Audino, Mazzaferro, & Morciano, 2024). Esigenza che va ad inserirsi in contesti che incontrano difficoltà nel ridefinire presupposti, modalità operative e obiettivi per adeguarsi al cambiamento (Galeotti, 2020).

Le teorie legate alla promozione della qualità della vita e della salute degli ultimi decenni incoraggiano il coinvolgimento delle comunità in tali processi di innovazione, nella convinzione che concentrarsi sull'adulto come partecipante, pensatore critico e agente di cambiamento, possa influenzare positivamente la salute stessa (Ledwith, 2001). La complessità dell'apprendimento degli adulti in ambito socio-sanitario si fa evidente quando si considerano i molteplici fattori coinvolti: dai comportamenti individuali, alle conoscenze e competenze necessarie per gli operatori, fino alle sfide intrinseche presentate dal sistema sanitario stesso – il quale talvolta erige barriere all'apprendimento (Higgs, Jones, Loftus & Christensen, 2008).

In questo scenario complesso, spesso le teorie della promozione della qualità della vita e della salute, sebbene efficaci nel delineare i fattori che la influenzano, mostrano lacune in termini di assunti teorici che integrino la dimensione sistematica dell'apprendimento degli adulti. Questo aspetto è cruciale, poiché è necessario comprendere, non solo cosa facilita il cambiamento, ma anche come avviene effettivamente il processo di apprendimento e cambiamento; a tal proposito, è fondamentale che le teorie sulla promozione della salute integrino una comprensione più profonda delle modalità specifiche con cui gli adulti imparano e cambiano (English & Mayo, 2012).

In questo senso, l'Adult Continuing Education si configura come risposta coerente, non solo per far fronte ai cambiamenti e alle necessità di sviluppo (Galeotti, 2020) nei contesti di cura della persona anziana fragile, ma per trasformare le condizioni e le prospettive educative di chi opera all'interno di queste organizzazioni. È proprio per la sua natura trasformativa, che la ricerca in Adult Continuing Education può offrire un contributo importante nel processo di arricchimento dei contesti di cura, influenzando positivamente i soggetti che li abitano e migliorando la consapevolezza riguardo le pratiche impiegate

(Federighi, 2019). L'apprendimento trasformativo implica una profonda riflessione critica sui presupposti che influenzano il modo in cui un individuo pensa, sente e agisce nel mondo (Mezirow, 2000); tale processo, facilitato e supportato da percorsi di empowerment delle figure professionali, può portare a una riorganizzazione degli approcci alla cura dell'anziano fragile, finalizzati a migliorare la qualità della vita e la struttura stessa (Koren, 2010). In parallelo, Brookfield (2012) definisce le sfide dell'apprendimento come l'atto di imparare a sfidare l'ideologia presente e a ricominciare da capo; i compiti di apprendimento sono, infatti, tesi a promuovere lo sviluppo di intuizioni per affrontare le disuguaglianze. Questo concetto richiama il ruolo cruciale dell'Adult Continuing Education nel fornire strumenti per sfidare le strutture di potere esistenti e promuovere un'equa distribuzione delle opportunità di crescita nella società; è il principio di equità che restituisce senso al progressivo miglioramento delle condizioni educative nel lavoro, nella cultura e nell'educazione (Federighi, 2019).

Poiché educare il pensiero al cambiamento implica sviluppare le competenze necessarie per cercare nuove soluzioni e, di conseguenza, generare trasformazioni sia interne che esterne al soggetto, nel contesto di riferimento (Dewey, 1910), l'atto interpretativo riveste un ruolo centrale nel processo di apprendimento, come elemento cardine per costruire nuove interpretazioni, rivedere quelle passate e guidare le azioni future (Mezirow, 2000). Nell'apprendimento degli adulti e, in particolare, nell'ambito delle professioni di cura, la componente riflessiva è universalmente riconosciuta come dimensione cruciale e metodo fondamentale nell'ambito dell'apprendimento e dello sviluppo professionale (Kinsella, 2000). Schön (1983) avanza l'idea che esista una forma di conoscenza peculiare, distinta dalla conoscenza codificata nei libri di testo e nei documenti scientifici: una conoscenza che risiede e si sviluppa all'interno della stessa pratica professionale. La pratica riflessiva si configura, quindi, come un processo mediante il quale i professionisti apprendono tramite la riflessione sulla propria esperienza, generando conoscenza dall'esperienza stessa; questo approccio consente di identificare la conoscenza che deriva dall'esperienza come fondamentale e offre uno strumento per affrontare le complesse sfide che caratterizzano la pratica professionale (Schön, 1994). Attraverso la pratica riflessiva chi opera in questi contesti si orienta verso un nuovo modo di pensare la cura: può concentrarsi sul "come", più che sul "cosa"; sviluppando un proprio modo di agire che sostiene e promuove l'unicità della persona che ha davanti (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018).

Alla luce dell'attuale aumento della fascia di popolazione anziana che necessita di servizi di cura (Flood & Clark, 2009; Gordon et al., 2014), sussistono criticità legate alle carenze formative dei professionisti (in termini di curricula, di conoscenza dei processi di invecchiamento e delle varie forme di demenza e fragilità) oltre a persistenti difficoltà nel reclutamento del personale (Andrew & Shea, 2010; Bardach & Rowles, 2012; Borrie et al., 2020; Fox et al., 2016; Hawkins, 2014).

1.3. Le competenze trasversali strategiche per le professioni di cura della terza età

Focalizzandosi sui saperi necessari a chi opera nei contesti della cura della terza età, alla luce di quanto sostenuto, appare centrale il tema delle competenze trasversali, intese come saperi e abilità che sono riconosciuti come necessari o strategici per un agire efficace in qualsiasi tipo di lavoro, processo di apprendimento o attività della vita. Sono definite come "trasversali" in quanto non riguardano esclusivamente un contesto particolare e sono quindi sviluppiabili nell'ambito di un'occupazione, dello studio di una disciplina, attraverso l'impegno civico o comunitario, all'interno di un settore o di gruppi di settori occupazionali, etc. (Hart, Noack, Plaimauer, & Bjørnåvold, 2021). In tema di competenze

trasversali, la Commissione Europea (EC) ha mantenuto un impegno costante nella promozione delle stesse e, dal 2006, con l'introduzione dello *European Reference Framework of Key Competences for Lifelong Learning* (EC, 2019), ha progressivamente investito in questa direzione sviluppando vari framework per la definizione delle competenze trasversali: DigComp (Ferrari, 2012), EntreComp (Bacigalupo, Kampylis, Punie & Van den Brande, 2016), GreenComp (Bianchi, Pisiotis & Carbera Giraldez, 2022), LifeComp (Sala, Punie, Garkov & Cabrera Giraldez, 2020). Quest'ultimo appare particolarmente rilevante all'interno di questo lavoro di ricerca. In particolare, LifeComp (ibidem) è un framework nato durante lo scoppio della pandemia da Covid-19 che mira, non a caso, a valorizzare la resilienza e la capacità di adattamento ai cambiamenti, concentrandosi su tre aree di competenza declinate in tre sotto-competenze ciascuna. Le aree di competenza che caratterizzano LifeComp (Figura 1) sono le seguenti:

- competenze personali, che includono autoregolazione, flessibilità e benessere;
- competenze sociali, che comprendono empatia, comunicazione e collaborazione;
- competenze relative all'imparare ad imparare, che coinvolgono il *growth mindset*, il pensiero critico e la gestione dell'apprendimento.

Come suggerito da Sala e colleghi (ibidem), tali competenze possono essere sviluppate attraverso esperienze agite in una grande varietà di contesti educativi, inclusi quelli formali, non formali e informali, nonché nei contesti di lavoro.



Figura 1. Framework LifeComp nella sua versione grafica (Sala et al., 2020).

Il framework pone una certa attenzione alle competenze socio-emotive, in virtù del fatto che esse hanno un impatto significativo sulle traiettorie sia professionali che personali. Le abilità socio-emotive sono senz'altro necessarie per affrontare le carriere in costante evoluzione e incertezza, poiché i mutamenti rapidi nei modelli di lavoro richiedono flessibilità e capacità di adattamento sempre maggiori (Brunello & Schlotter, 2011; Gutman & Schoon, 2013). Infine, il pensiero critico e la risoluzione dei problemi, insieme all'adattabilità, alla comunicazione efficace e alla gestione di interazioni sociali complesse, sono stati identificati come attributi fondamentali per l'apprendimento continuo, l'istruzione e il lavoro (OECD, 2018).

Anche lo studio delle competenze trasversali in ambito sanitario, della cura e della riabilitazione raccoglie l'esperienza dell'educazione degli adulti e dell'apprendimento continuo, esplorando gli interventi per operatori sanitari volti a migliorare i comportamenti

clinici per migliorare i livelli di salute dei pazienti. Ad esempio, Sanders, e Mazzucchelli (2013) evidenziano come i fisioterapisti, mediante un training focalizzato sui bisogni bio-psico-sociali dei pazienti, riescano ad acquisire competenze comunicative fondamentali per fronteggiare le convinzioni e le preoccupazioni dei pazienti stessi. Inoltre, in merito alle metodologie didattiche, una rassegna di Dzomeku e colleghi (2019) sulla promozione delle soft skills nei team che lavorano nella salute, osserva come i metodi educativi dovrebbero andare oltre il trasferimento passivo delle informazioni e includere tecniche interattive come simulazioni e studi di caso (Crofts et al., 2007). Tale studio mette in luce l'efficacia dell'apprendimento autodiretto per gli adulti in formazione, purché basato su strategie coinvolgenti. L'apprendimento basato sui problemi emerge come il più adatto a coinvolgere gli adulti nell'apprendimento. Poiché l'esposizione ripetuta e i programmi di rinforzo risultano cruciali per lo sviluppo delle competenze, i contesti formativi dovrebbero richiamare il più possibile ambienti di lavoro reali per promuovere un apprendimento efficace. Infine, la valutazione continua viene riconosciuta come elemento imprescindibile per il miglioramento dell'assistenza centrata sul paziente.

2. Metodologia

Questo lavoro di ricerca si è posto l'obiettivo di esplorare i bisogni formativi delle figure professionali della cura delle persone anziane fragili, anche alla luce dell'esperienza del Covid-19.

Si è adottato un disegno di ricerca qualitativo di tipo esplorativo (Lankshear, 1993; Lumbelli, 2006; Morgan, 1996). In particolare, coerentemente con letteratura scientifica (Creswell, 2003; Nassar-McMillan & Borders, 1999), tale scelta risulta motivata dalla necessità di definizione delle variabili da considerare o delle categorie di osservazione da selezionare. L'approccio esplorativo-descrittivo adottato è teso a individuare e analizzare le caratteristiche di un problema per il quale sono disponibili limitate informazioni (Nassar-McMillan & Borders, 2002). Una successiva ricerca quantitativa vedrà la somministrazione di un questionario ad un più ampio target, configurando, quindi, un approccio misto. Questo lavoro assume la struttura metodologica di un disegno misto esplorativo di tipo sequenziale, in cui, a una fase iniziale di natura qualitativa, ne segue una di carattere confermativo, in cui si privilegia l'utilizzo di strumenti quantitativi (Amaturo & Punziano, 2016; Ponce & Pagán-Maldonado, 2015; Trincherò & Robasto, 2019). A tal proposito, nella fase qualitativa della ricerca si intendono ricostruire le esperienze e i bisogni formativi dei partecipanti, per esaminare lo stato dell'arte e il fabbisogno formativo relativamente agli approcci educativi e ricreativi all'interno delle strutture residenziali. Così, l'analisi dei dati raccolti in questa fase consente la definizione di costrutti e concetti utili alla progettazione degli strumenti quantitativi previsti per la fase successiva.

2.1. Contesto e partecipanti

Il contesto in cui si è realizzato il presente studio è rappresentato da alcune strutture residenziali per anziani individuate in accordo con la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna (DASS). È stata effettuata una selezione attraverso un campionamento non probabilistico (Corbetta, 2014) di sei Case Residenze Anziani e volto a individuare osservatori privilegiati all'interno di tali strutture. L'attenzione è stata rivolta soprattutto verso quelle figure professionali con maggiore esperienza e visione di insieme rispetto alla pratica professionale propria e del resto dell'equipe: figure di

coordinamento, educatori/trici, animatori/trici, responsabili delle attività assistenziali (RAA) e operatori/trici socio-sanitari/e (OSS), in grado di offrire un contributo significativo al tema trattato.

Dall'autunno precedente lo scoppio della pandemia, le residenze assistenziali per anziani si trovano ad affrontare sfide senza precedenti, all'interno di un Sistema Sanitario Nazionale in grave crisi e in carenza di personale, in primis infermieri/e e OSS, (Notarnicola, 2023) e che vede le cause in una combinazione di fattori che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas, 2022) individua nelle decisioni politiche riguardanti l'organizzazione dei servizi sanitari in termini di mix di figure professionali, le dinamiche demografiche e pensionistiche del personale, l'impatto della pandemia da Covid-19 e le caratteristiche del sistema universitario italiano.

I suddetti fattori hanno fortemente influenzato le decisioni metodologiche, al punto che, in alcuni casi, si è dovuto procedere con la riduzione del numero di partecipanti ai focus group. In particolare, si è scelto di seguire le linee guida per la ricerca qualitativa in contesti sanitari proposte da Clarke e Braun (2013), in quanto l'adattamento delle metodologie di ricerca in risposta alle esigenze del contesto è un aspetto fondamentale per garantire la validità e l'attendibilità dei risultati. Inoltre, sebbene la letteratura scientifica raccomandi generalmente un numero di almeno sei partecipanti per i focus group, vi sono evidenze che suggeriscono che le dimensioni del gruppo possono essere adattate alle circostanze specifiche, al fine di garantire una diversità di prospettive e una ricchezza di dati. Ad esempio, in virtù della presenza di persone con un elevato livello di competenza (Hague, 2002) si è scelto di effettuare mini focus group composti da due fino a cinque partecipanti (Kamberelis & Dimitriadis, 2005; Nyumba, Wilson, Derrick, & Mukherjee, 2018) o comunque da tre fino a sei (Stewart & Shamdasani, 2014). Alcuni studi hanno messo in evidenza che, in situazioni in cui le risorse sono limitate o il personale è sottodimensionato, la partecipazione a focus group più ridotti può comunque generare risultati significativi e approfonditi (Wilkinson et al., 2018). Considerando tali prospettive, abbiamo ritenuto che condurre focus group con un numero limitato di partecipanti consentisse un coinvolgimento più diretto e profondo del personale delle residenze assistenziali, permettendo loro di esprimere le proprie esperienze e opinioni in un ambiente più intimo e confortevole, e venendo incontro alla richiesta di svolgerli all'interno dell'orario lavorativo. Questo approccio non solo ha favorito la partecipazione attiva e la condivisione aperta di informazioni, ma ha anche consentito una gestione più efficiente delle limitate risorse umane, riducendo al minimo l'impatto sul carico di lavoro già elevato del personale.

Rispetto ai partecipanti, una persona è stata coinvolta nelle interviste mentre in 24 hanno partecipato ai focus group. Inoltre, riguardo ai ruoli professionali ricoperti dai partecipanti della ricerca, il 28% erano animatori/trici, un altro 28% RAA, il 20% erano coordinatori/trici, il 16% fisioterapisti/e e un restante 4% OSS e psicologi/ghc (4%).

2.2. Strumenti e procedura

In linea con il disegno di ricerca, si è optato per la scelta di due strumenti utili nel consentire l'acquisizione e l'analisi di atteggiamenti (opinioni, pensieri e stati d'animo) e comportamenti (le pratiche di cura) relativi al contesto della cura degli anziani, per far emergere i bisogni formativi corrispondenti. È stato così adottato un approccio metodologico basato su interviste semi-strutturate e focus group.

Come già specificato precedentemente, la somministrazione degli strumenti e la relativa procedura è stata fortemente influenzata dalle esigenze del contesto. È stata condotta

un'intervista semi-strutturata rivolta a un'unica figura socio-assistenziale (OSS); in fase di preparazione dell'intervista si è optato per un'organizzazione delle domande a schema circolare per la definizione dei temi principali. Questo approccio offre flessibilità nella conduzione delle interviste (Milani & Pegoraro, 2011), iniziando da nuclei tematici e consentendo di esplorare informazioni non previste inizialmente. Tale metodologia, oltre a permettere di raccogliere il flusso delle informazioni fornite dagli intervistati, consente anche di individuare elementi non considerati inizialmente (Gianturco, 2005). Esempi di domande sottoposte durante l'intervista sono: "In che modo gli approcci non farmacologici sono presenti all'interno della cultura organizzativa della struttura?"; "Ritiene che ci siano delle difficoltà nell'utilizzo delle terapie non farmacologiche?"; "In base alla sua esperienza, qual è quella che funziona di più?"; "Che tipo di formazione servirebbe in questa struttura per implementare/supportare le terapie non farmacologiche?".

Sette focus group della durata di un'ora e mezza circa sono stati condotti successivamente all'intervista da una ricercatrice, che ne ha moderato e quindi monitorato l'andamento (Bloor, 2001). Come ricordato da Gill e Baillie (2018), i focus group vengono impiegati sempre più in ambito sanitario per la loro efficacia nell'indagare punti di vista collettivi, atteggiamenti, comportamenti ed esperienze e per la loro potenzialità di mettere in luce sia aree di consenso che discrepanze all'interno; inoltre, la loro natura interattiva favorisce discussioni dinamiche che agevolando la raccolta di dati sfumati e significativi. La dimensione dei focus group è variata da due a sei partecipanti. Le domande stimolo di ciascun focus group sono state le medesime dell'intervista. Sia l'intervista che i focus group sono stati audio-registrati.

2.3. Analisi dei dati

L'intervista e i focus group sono stati trascritti parola per parola e i dati sono stati analizzati mediante analisi tematica attraverso la quale si è andata a ricostruire la struttura delle tematiche, sotto-tematiche e codici emersi dall'intervista e dai focus group e a organizzarli sui livelli semantico e latente (Braun & Clarke, 2021). In particolare, si è prima proceduto con un'analisi dei dati sul livello semantico², finalizzato a cogliere i significati superficiali ed evidenti dei contenuti e, in un secondo step, al fine di far emergere significati più profondi e impliciti (Braun & Clarke, 2006), si è proceduto con l'analisi sul livello latente (Braun & Clarke, 2021).

3. Risultati

L'analisi dei dati sul livello semantico ha permesso di ricostruire le esperienze, le concezioni e i vissuti percepiti dai partecipanti, in relazione al lavoro di cura; sono emerse due tematiche principali, articolate in due sotto-tematiche e venti codici descrittivi (Figura 2), e una terza tematica trasversale alle due principali, avente tre sotto-tematiche.

La prima tematica concerne la "cura" all'interno delle strutture residenziali ed è descritta da due sotto-tematiche. La prima è riconducibile alle "convinzioni", intese come gli elementi percepiti come fondamentali e parte integrante del lavoro e della vita all'interno di ogni struttura: "Perché comunque i lavori di cura prevedono per forza contemplano per forza, diciamo, la crescita personale, oltre che professionale" (Coordinatore4). La seconda

² In questa sede non verrà presentata la distribuzione percentuale della tematica *Covid-19*.

sotto-tematica è relativa alle “esperienze” rispetto alla cura, in riferimento ai contenuti esperienziali e agli elementi più specificamente descrittivi riguardanti la propria struttura di appartenenza e le persone anziane di cui i partecipanti si prendono cura: “Tutti i nuovi ingressi ci riuniamo in equipe con il familiare per cercare di recuperare il maggior numero di informazioni a seconda del settore dove lavoriamo” (Animatore7).

Tematica	Sotto-tematica	Codice
1. Cura	1.1 Convinzioni	1.1.1 Approccio non farmacologico
		1.1.2 Umanizzazione dei contesti
		1.1.3 Routine/comportamenti dell'ospite
		1.1.4 Personalizzazione degli interventi
		1.1.5 Professionalità
		1.1.6 Qualità della cura
		1.1.7 Stigma
		1.1.8 Conoscenza delle Demenze
		1.1.9 Tecnologia
	1.2 Esperienza	1.2.1 Età degli ospiti
		1.2.2 Patologie degli ospiti
		1.2.3 Familiari
		1.2.4 Ingressi nuovi ospiti
		1.2.5 Collaborazione con enti esterni
1.2.6 Contenzioni fisiche/meccaniche		
2. Formazione	2.1 Convinzioni	2.1.1 Occasione per aprire la mente
		2.1.2 Imparare nuove competenze
		2.1.3 Aggiornamento
		2.1.4 Opportunità di confronto con i colleghi
	2.2 Esperienza	2.2.1 Formazione ricevuta
3. Covid-19	1. Cambiamenti percepiti durante l'emergenza	
	2. Cambiamenti percepiti dopo l'emergenza	
	3. Elementi percepiti come costanti/invariati	

Figura 2. Quadro concettuale con le principali tematiche, sotto-tematiche e codici descrittivi del livello semantico.

La seconda tematica emergente sul livello semantico è quella della “formazione”, anche in questo caso organizzata secondo due sotto-tematiche. Le “convinzioni” rispetto ad essa, intese come gli elementi che la rendono importante e necessaria all'interno del lavoro di cura del professionista, da un lato: “una certa esperienza l'ho messa insieme. Però ritengo di aver sempre qualcosa di nuovo da imparare” (Fisioterapista³). Le “esperienze”, dall'altro, tutto ciò che riguarda il percepito in relazione alla esperienza formativa individuale: “come struttura accreditata facciamo 30 ore all'anno di formazione più la formazione obbligatoria” (Coordinatore1).

Vi è poi una terza tematica trasversale a quelle appena illustrate, relativa al “Covid-19”. Nella fase di costruzione delle tematiche dei focus group e delle interviste semi-strutturate, si è scelto di non fare direttamente riferimento all'esperienza vissuta durante l'emergenza pandemica da Covid-19 attraverso quesiti specifici sul tema, con l'obiettivo di osservare e cercare di comprendere come l'esperienza vissuta emergesse spontaneamente da parte dei partecipanti³. In seguito, al momento dell'analisi dei dati raccolti, si è reso evidente che la

³ Nel caso in cui la tematica non fosse spontaneamente emersa, il ricercatore l'avrebbe affrontata in modo diretto.

tematica relativa al vissuto e al percepito durante l'emergenza pandemica era presente in modo trasversale all'interno dei focus group; è stato possibile organizzare i contenuti in tre sotto-tematiche: cambiamenti percepiti durante l'emergenza, cambiamenti percepiti dopo l'emergenza, e elementi percepiti come costanti/invariati (Figura 2). Come già anticipato, per una comprensione più profonda e strutturata dei contenuti (Clarke & Braun, 2006), si è concentrata l'analisi sul livello latente, con l'obiettivo di far emergere significati più profondi e impliciti (Braun & Clarke, 2021). Tale approfondimento ha permesso di individuare ulteriori temi sottostanti ai contenuti analizzati, con la creazione di *researcher-directed code* (ibidem).

Per quanto riguarda il livello semantico, si osserva che la tematica maggiormente affrontata dai partecipanti durante i focus group e le interviste semi-strutturate è quella della "cura" (84.11%), mentre la "formazione" ha una frequenza inferiore (15.89%). Sono le "convinzioni", che emergono con maggior forza, come si osserva nelle distribuzioni di frequenza delle due sotto-tematiche: "convinzioni" 86.05% e "esperienze" 13.95%. Mentre le esperienze forniscono dati concreti e situazionali su cui basare le pratiche quotidiane, le convinzioni influenzano profondamente l'approccio generale dei professionisti e la percezione del proprio ruolo. Ciò potrebbe suggerire che le convinzioni ricorrano con maggiore frequenza rispetto alle esperienze poiché esse rappresentano una sintesi e un'interpretazione personale di vari input ricevuti, sia internamente che esternamente al contesto lavorativo.

I contenuti messi in luce dai partecipanti sottolineano l'importanza degli approcci non farmacologici all'interno del lavoro di cura (distribuzione percentuale 33.4%) soffermandosi spesso sugli elementi che percepiscono come fondamentali, all'interno dell'approccio utilizzato nel lavoro di cura quotidiano: "stiamo lavorando proprio in maniera che questa sia la casa e dove venga proprio valorizzato che loro (gli ospiti) sono in casa loro e noi dobbiamo cercare di dargli tutte le possibilità e tutti gli strumenti per viverci quello che gli resta della loro vita nel modo migliore" (RAA2). Inoltre, si approfondisce ciò che concerne la professionalità (distribuzione percentuale 26%) ricoperta personalmente e/o dagli altri all'interno del contesto delle strutture residenziali (Figura 3): "L'operatore è quello che nel momento che deve cambiare, vestire, svestire anche una persona che ha una demenza di un certo livello, di una certa importanza, sa come avvicinarsi, come toccarla, sa come comunicare" (RAA3).

Per quanto riguarda la sotto-tematica "esperienze", i contenuti esposti dai partecipanti si concentrano su quelle legate, da un lato, alle procedure e alla gestione dell'ingresso in struttura di un nuovo ospite, e dall'altro, per ciò che concerne l'aumento e l'eterogeneità delle patologie degli ospiti delle strutture residenziali di appartenenza: la distribuzione percentuale maggiore per quanto riguarda i codici descrittivi risulta essere "ingressi di nuovi ospiti" (29.2%), seguito da "patologie degli ospiti" (20.8%) (Figura 3).

I partecipanti riconoscono l'importanza dei percorsi formativi e di aggiornamento all'interno della vita professionale di ciascuno, come occasione di scambio con altri colleghi e opportunità per "aprire la mente" e aggiornare le proprie competenze: "[i corsi di formazione] sono sempre utili, anche perché comunque ti rinfrescano, ci danno la possibilità di pensare, di rivedere quello che fai, di rimettere in gioco" (OSS1). Ciò è osservabile nella distribuzione percentuale dei codici descrittivi della sotto-tematica "convinzioni" (Figura 3), dove, infatti, "Occasione per aprire la mente" presenta la frequenza maggiore (48.1%).

L'analisi del livello latente consente di osservare una sovrapposizione con le aree del framework LifeComp (Sala et al., 2020).

Tematica	Sotto-tematica	Codice	Frequenza
1. Cura	1.1 Convinzioni	Approccio non farmacologico	33.4%
		Umanizzazione dei contesti	1.7%
		Routine/comportamenti dell'ospite	11.1%
		Personalizzazione degli interventi	6.8%
		Professionalità	26.0%
		Qualità della cura	14.5%
		Stigma	2.0%
	1.2 Esperienza	Conoscenza delle Demenze	3.4%
		Tecnologia	1.0%
		Età degli ospiti	16.7%
		Patologie degli ospiti	20.8%
		Familiari	18.2%
		Ingressi nuovi ospiti	29.2%
		Collaborazione con enti esterni	10.4%
2. Formazione	2.1 Convinzioni	Contenzioni fisiche/meccaniche	4.2%
		Occasione per aprire la mente	13.0%
		Imparare nuove competenze	18.5%
		Aggiornamento	20.4%
		Opportunità di confronto con i colleghi	48.1%

Figura 3. Sintesi dei codici descrittivi delle sotto-tematiche “convinzioni” ed “esperienze” rispetto alla “cura” e della sotto-tematica “convinzioni” rispetto alla “formazione” (livello semantico).

In particolare, gli elementi messi in luce dai partecipanti all'interno degli incontri evidenziano che il potenziamento di competenze legate all'area “Imparare a imparare”, che ricorre con maggior frequenza all'interno dei casi in analisi (45.2%), contribuisce a formare professionisti della cura, resilienti e pronti a sostenere lo stress, gestendo anche creativamente la realtà mutevole all'interno della quale svolgono la propria professione (Caruana & Damilakis, 2022). Inoltre, i partecipanti osservano ed evidenziano l'importanza all'interno del lavoro di cura quotidiano dello sviluppo di competenze legate alla comunicazione e alla collaborazione, che attivino empatia e ascolto attivo dell'Altro (De Santi & Geiger, 2018): l'area “sociale” presenta una distribuzione di frequenza di 33.2%; in particolare, è interessante osservare che nella sotto-tematica “competenze”, i codici descrittivi che presentano maggior frequenza percentuale sono “growth mindset” (34.6%) e “collaborazione” (19.2%) (Figura 4).

Tematica	Frequenza	Sotto-tematica	Frequenza
Area Personale	21.6%	Autoregolazione	13.5%
		Flessibilità	5.3%
		Benessere	2.9%
Area Sociale	33.2%	Empatia	13.5%
		Comunicazione	.5%
		Collaborazione	19.2%
Area Imparare ad imparare	45.2%	<i>Growth mindset</i>	34.6%
		Pensiero critico	5.8%
		Gestione dell'apprendimento	4.8%

Figura 4. Sintesi della distribuzione delle frequenze delle tematiche e sotto-tematiche del livello latente.

Prendendo in esame la distribuzione percentuale delle frequenze delle tematiche e delle sotto-tematiche rispetto ai professionisti che hanno partecipato ai focus group e alle

interviste semi-strutturate, si osservano alcuni elementi (Figura 5).

Per quanto riguarda le tematiche, l'area "sociale" presenta frequenze maggiori in relazione a figure professionali il cui ruolo è di maggiore prossimità rispetto all'ospite: "animatori/trici" (52.9%), "fisioterapisti/e" (57.9%) e "OSS" (75%). Mentre l'area "imparare a imparare", presenta frequenze maggiori per quanto riguarda professionisti che ricoprono ruoli organizzativi e gestionali: "coordinatori/trici" (53.4%) e "RAA" (50%). Ciò potrebbe suggerire, da un lato, una propensione per l'area "sociale" da parte delle figure più "vicine" a livello relazionale alla persona di cui si prendono cura; dall'altro, una maggiore tendenza all'area "imparare ad imparare" da parte delle figure professionali che si occupano dell'organizzazione e gestione globale dei percorsi di cura, comprendendo in essi le persone che ricevono le cure e il personale che opera all'interno della struttura stessa.

	Animatore/ animatrice	Coordinatore/ coordinatrice	Fisioterapista	OSS	RAA
Area Personale	17,6%	23,3%	15,8%	,0%	24,4%
Area Sociale	52,9%	23,3%	57,9%	75,0%	25,6%
Area Imparare a imparare	29,4%	53,4%	26,3%	25,0%	50,0%

Figura 5. Sintesi della distribuzione percentuale delle frequenze delle tematiche (area) rispetto ai professionisti (ruolo).

Tale distribuzione si conferma e approfondisce nell'analisi della distribuzione delle frequenze in base al ruolo, per quanto riguarda le sotto-tematiche (Figura 6).

	Animatore/ animatrice	Coordinatore/ coordinatrice	Fisioterapista	OSS	RAA
Autoregolazione	11.8%	16.4%	15.8%	.0%	11.5%
Flessibilità	5.9%	5.5%	.0%	.0%	6.4%
Benessere	.0%	1.4%	.0%	.0%	6.4%
Empatia	.0%	12.3%	10.5%	50.0%	19.2%
Comunicazione	.0%	1.4%	.0%	.0%	.0%
Collaborazione	52.9%	9.6%	47.3%	25.0%	6.4%
<i>Growth mindset</i>	23.5%	45.2%	26.3%	25.0%	32.1%
Pensiero critico	5.9%	6.8%	.0%	.0%	6.4%
Imparare imparare ^a	.0%	1.4%	.0%	.0%	11.5%

Figura 6. Sintesi della distribuzione percentuale delle frequenze delle sotto-tematiche (competenza) rispetto ai professionisti (ruolo).

Si osserva, infatti, che i professionisti il cui ruolo è di maggiore prossimità rispetto all'ospite presentano maggiori frequenze nelle competenze relative all'area "sociale". Ad esempio, "animatori/trici" e "fisioterapisti/e" presentano una frequenza percentuale maggiore nella competenza "collaborazione", rispettivamente 52.9% e 47.4%, suggerendo e sottolineando l'importanza di una comprensione e gestione condivisa dei problemi quotidiani all'interno dei percorsi di cura, attraverso la comunicazione e la conoscenza reciproca (Moon & Adams, 2013): "Però certo la collaborazione è e deve essere massima tra tutte le figure professionali; perché siamo una catena, trasmettiamo le emozioni, l'attenzione e tutto quanto" (Animatore5).

Mentre per quanto riguarda "coordinatori/trici" e "RAA", i dati mostrano una maggior frequenza percentuale nella competenza "growth mindset", rispettivamente 45.2% e 32.1%: "È necessario un attimino cercare anche di cambiare un po' gli schemi a cui siamo

sempre stati abituati, [...] non è sempre facile. Però è una cosa realmente necessaria se si vuole raggiungere veramente quell'obiettivo e comunque ridare valorizzazione a quel concetto che un po' si è perso nelle nostre strutture, che è l'umanità." (Coordinatore2).

4. Conclusioni

La ricerca qui presentata, condotta all'interno delle strutture residenziali per persone anziane fragili e non autosufficienti, ha permesso di gettare luce e approfondire le percezioni e le esperienze dei professionisti riguardo alla cura e alla formazione durante un periodo complesso e in continua evoluzione, caratterizzato dalla presenza della pandemia da Covid-19.

I risultati emersi evidenziano l'importanza cruciale della cura all'interno delle strutture residenziali, ponendo particolare enfasi, da un lato, sulle convinzioni dei partecipanti rispetto agli approcci non farmacologici e agli elementi caratterizzanti le professionalità all'interno del lavoro quotidiano, dall'altro, sulle esperienze rispetto alla quotidianità dei percorsi di cura, in particolare, quello che riguarda la gestione delle complessità legate agli ospiti. Inoltre, anche la formazione appare ricoprire un importante ruolo per il miglioramento delle pratiche di cura e il benessere delle persone anziane ospiti delle strutture coinvolte: considerata occasione e opportunità di crescita professionale, il cui aggiornamento risulta fondamentale per lo sviluppo professionale.

Chiamati a rispondere alle complessità della cura, il personale socio-sanitario, che si occupa in particolare di persone anziane in condizione di fragilità e non autosufficienza, necessita di competenze per affrontare i cambiamenti inaspettati che sono intrinseci al sistema sanitario stesso; pertanto, è importante mettere in luce le competenze chiave percepite come necessarie per una gestione resiliente delle persone e dei loro percorsi di cura, in un'ottica che vada al di là delle abilità e le conoscenze specifiche del settore professionale di appartenenza (Low, Nash, Butler-Henderson & Lloyd, 2021).

Calando l'analisi ad un livello più profondo e latente, i dati suggeriscono che le convinzioni dei partecipanti rispetto alle competenze variano rispetto al ruolo professionale rivestito. Se da un lato, figure professionali che rivestono ruoli organizzativo-gestionali pongono maggiore enfasi su competenze legate all'"imparare ad imparare"; dall'altro, figure che nella quotidianità della cura sono più a stretto contatto con la persona anziana, evidenziano l'importanza di competenze legate all'area "sociale".

Condurre attività di ricerca empirica all'interno di strutture residenziali per persone anziane rappresenta un compito intrinsecamente complesso, sia per la vastità delle tematiche coinvolte, sia per le sfide nell'accesso al campo, particolarmente accentuate dalla persistente situazione pandemica durante le fasi preliminari di negoziazione dell'accesso.

In aggiunta ai risultati presentati, occorre sottolineare che il presente lavoro presenta alcuni limiti. Innanzitutto, la complessità delle dinamiche e le esigenze interne al contesto hanno reso necessario un adattamento delle scelte metodologiche e degli strumenti utilizzati, al fine di garantire l'attendibilità e la validità dei dati (Braun & Clarke, 2013). Pertanto, è opportuno tenere in considerazione l'eventuale utilizzo di tecniche di triangolazione per garantire il rigore dell'analisi qualitativa dei dati raccolti e confermare i risultati ottenuti. Inoltre, sebbene il contesto specifico della ricerca abbia guidato la selezione delle strutture partecipanti attraverso campionamento non probabilistico, permettendo il coinvolgimento di professionisti della cura la cui esperienza e competenza all'interno del contesto ha

consentito di raggiungere una più ampia e complessa comprensione dello stesso, è da tenere presente che la tipologia e le dimensioni del campione non consentono la generalizzabilità dei risultati.

I risultati fin qui messi in luce suggeriscono la necessità di implementare le competenze socio-emotive dei professionisti della cura, al fine di migliorare la qualità della vita degli anziani e promuovere il benessere professionale dei caregiver stessi. Le evidenze raccolte pongono le basi per la costruzione di un modello atto a promuovere e supportare le competenze dei professionisti della cura, in un'ottica che pone al centro le competenze trasversali, in particolare il framework LifeComp (Sala et al., 2020); nonché a trasformare le condizioni e le prospettive educative di chi opera nel contesto attraverso la formazione (Federighi, 2019).

L'attenzione ai processi e ai contesti, l'assunzione di una prospettiva che supera l'ageismo adultocentrico e considera come fondamentali gli approcci centrati sulla persona e sui suoi bisogni, riconsidera la cura in una multidimensionalità che guarda alla relazione e alla qualità della stessa. Lavorare in quest'ottica e formare a questo tipo di approcci rappresenta una scelta necessaria per dare risposte all'altezza dei bisogni complessi della popolazione che invecchia e per costruire contesti di benessere professionale e di senso per le professioni della cura.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2022). *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*. Agenas, Roma.
- Amaturo, E., & Punziano, G. (2016). *I Mixed Methods nella ricerca sociale*. Roma: Carocci.
- Andrew, M. H., & Shea, C. (2010). Geriatric psychiatry education in Canada: The pathway to subspecialty recognition. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 919–926.
- Bacigalupo, M., Kamylyis, P., Punie, Y., & Van den Brande, G. (2016). *EntreComp: The entrepreneurship competence framework*. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 10, 593884.
- Bardach, S. H., & Rowles, G. D. (2012). Geriatric education in the health professions: Are we making progress?. *The Gerontologist*, 52(5), 607–618. <https://doi.org/10.1093/geront/gns006> (ver. 30.06.2024).
- Bianchi, G., Pisiotis, U., & Cabrera Giraldez, M. (2022). *GreenComp The European sustainability competence framework* (No. JRC128040). Joint Research Centre (Seville site).
- Bloor, M. (Ed.). (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.
- Borrie, M. J., Cooper, T., Basu, M., Kay, K., Prorok, J. C., & Seitz, D. (2020). Ontario geriatric specialist physician resources 2018. *Canadian Geriatrics Journal*, 23(3), 219–227. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.448> (ver. 30.06.2024).
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A Practical Guide*. London: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brookfield, S. (2012). Teaching for the health professions. In L. English (Ed.), *Adult*

education and health (pp. 143-159). Toronto: University of Toronto Press.

- Brunello, G., & Schlotter, M. (2011). Non-cognitive skills and personality traits: Labour market relevance and their development in education & training systems. *IZA Discussion Papers*, 5743. <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201106013933> (ver. 30.06.2024).
- 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 Suggestioni*, 12(1), 196–218.
- Caruana, C. J., & Damilakis, J. (2022). Being an excellent scientist is not enough to succeed! Soft skills for medical physicists. *European Journal of Radiology*, 155, 1–3.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist*, 26(2), 120-123.
- Corbetta, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale* (II ed.). Il Mulino.
- Creswell, J. V. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, London: Sage.
- Crofts, J., Ellis, D., Draycott, T., Winter, C., Hunt, L., & Akande, V. (2007). Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: A randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(12), 1534–1541.
- De Santi, A. M., & Geiger, G. (2018). *100 domande sul Coaching in sanità*. Torino: SEEd.
- Dewey, J. (1910). *How we think*. Boston: D.C. Heath and Company.
- Dzomeku, V. M., Van Wyk, B. E., & Lori J. R. (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), 1858–1867. https://jmrh.mums.ac.ir/article_13477.html (ver. 30.06.2024).
- EC. European Commission (2019). *Key competences for lifelong learning*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2766/569540> (ver. 30.06.2024).
- English, L. M., & Mayo, P. (2012). Adult Health Education. In L. M. English & P. Mayo (Eds.), *Learning with Adults* (pp. 197-206). Amsterdam: Brill.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122> (ver. 30.06.2024).
- Federighi, P. (2019). Research methodology in adult learning and education. *Revista De Științe Ale Educației*, 39(1), 58–73. <https://doi.org/10.35923/jes.2019.1.05> (ver. 30.06.2024).
- Ferrari, A. (2012). *Digital competence in practice: An analysis of frameworks* (Vol. 10, p. 82116). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferrucci, L. & Marchionni, N. (2001). Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Giornale di*

Gerontologia, 49,1-76.

- Flood, M. T., & Clark, R. B. (2009). Exploring knowledge and attitudes toward aging among nursing and nonnursing students. *Educational Gerontology*, 35(7), 587–595.
- Fox, M. T., Butler, J. I., Persaud, M., Tregunno, D., Sidani, S., & McCague, H. (2016). A multi-method study of the geriatric learning needs of acute care hospital nurses in Ontario, Canada. *Research in Nursing & Health*, 39(1), 66–76.
- Galeotti, G. (2020). *Educazione ed innovazione sociale: l'apprendimento trasformativo nella formazione continua*. Firenze: Firenze University Press.
- Gianturco, G. (2005). L'intervista qualitativa. Dal discorso al testo scritto. Nuova edizione riveduta e ampliata. In G. Gianturco (Ed.), *L'intervista qualitativa. Dal discorso al testo scritto. Nuova edizione riveduta e ampliata* (pp. 1-206). Milano: Guerini e Associati.
- Gill, P., & Baillie, J. (2018). Interviews and focus groups in qualitative research: An update for the digital age. *British Dental Journal. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.815> (ver. 30.06.2024).
- Gordon, A. L., Blundell, A., Dhesi, J., Forrester-Paton, C., Forrester-Paton, J., Mitchell, H. E., Bracewell, N., Mjojo, J., Masud, T., & Gladman, J. (2013). UK medical teaching about ageing is improving but there is still work to be done: the Second National Survey of Undergraduate Teaching in Ageing and Geriatric Medicine. *Age and Ageing*, 43(2), 293–297. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft207> (ver. 30.06.2024).
- Gutman, L. M., & Schoon, I. (2013). *The impact of non-cognitive skills on outcomes for young people. A literature review*. London: Education Endowment Foundation.
- Hague, P. (2002). *Market research (3rd ed.)*. London: Kogan Page.
- Hart, J., Noack, M., Plaimauer, C., & Bjørnåvold, J. (2021). 3rd report to ESCO member states working group on a terminology for transversal skills and competences (TSCs) 02 June 2021. In European Commission – CEDEFOP, *Towards a structured and consistent terminology on transversal skills and competences*. <https://esco.ec.europa.eu/uk/publication/towards-structured-and-consistent-terminology-transversal-skills-and-competences> (ver. 30.06.2024).
- Hawkins, S. A. (2014). *A formative evaluation of the Geriatric Assessment and Intervention Network (GAIN)*. Central East Regional Specialized Geriatric Services.
- Higgs, J., Jones, M. A., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences.
- Istat. Istituto nazionale di statistica (2023). *Noi Italia: 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo: 2023*. Istituto centrale di statistica.
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2005). Focus groups: Strategic articulations of pedagogy, politics, and inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 887–907). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kinsella, E. A. (2000). *Professional development and reflective practice: Strategies for*

learning through professional experience. Ottawa: CAOT Publications.

- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312–317.
- Lankshear, A. J. (1993). The use of focus groups in a study of attitudes to student nurse assessment. *Journal of advanced nursing*, 18(12), 1986–1989.
- Ledwith, M. (2001). Community work as critical pedagogy: Re-envisaging Freire and Gramsci. *Community Development Journal*, 36(3), 171–182.
- Low, S., Nash, R., Butler-Henderson, K., & Lloyd, S. (2021). Transversal competency development in healthcare professionals: A scoping literature review to identify effective educational paradigms, principles and strategies. *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 18(8), 05. <https://doi.org/10.53761/1.18.8.5> (ver. 30.06.2024).
- Lumbelli, L. (2006). Costruzione dell'ipotesi e astrazione nella Pedagogia Sperimentale. In A. Bondioli (Ed.), *Fare ricerca in pedagogia. Saggi per Egle Becchi* (pp. 25-60). Milano: FrancoAngeli.
- Luppi, E. (2015). *Prendersi cura della terza età. Valutare e innovare i servizi per anziani fragili e non sufficienti*. Milano: FrancoAngeli.
- Luppi, E. (2018). La valutazione nell'area degli anziani fragili e non autosufficienti. In F. Crisafulli (Ed.), *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale* (pp. 107-121). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Luppi, E., Ricci, A., Bruni, E., & D'Alessandro, M. G. (2023). Promuovere le competenze educative nei contesti di cura della terza età: un percorso di formazione interprofessionale. *Epale Journal*, 13, 131–140.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Milani, P., & Pegoraro, E. (2011). *L'intervista nei contesti socio educativi: una guida pratica*. Carocci.
- Moon, H., & Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia*, 12(6), 821–839.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nassar-McMillan, S. C., & Borders, L. D. (2002). Use of focus groups in survey item development. *The Qualitative Report*, 7(1), 1-12.
- Nassar-McMillan, S. C., & Borders, L. D. (1999). A work behavior analysis of volunteers in social service agencies. *Journal of Social Service Research*, 24(3-4), 39–66.
- Notarnicola, E. (2023). Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore. In G. Fosti, E. Notarnicola & E. Perobelli (Eds.), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (pp. 1-143). Milano: Egea.
- Notarnicola, E., & Perobelli, E. (2024). Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, “badantato”, posizionamento strategico dei

- gestori. In G. Fosti, E. Notarnicola & E. Perobelli (Eds.), *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo: 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (pp. 13-34). Milano: Egea.
- Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 20–32.
- OECD. Organization of Economic Co-operation and Development (2018). The future of education and skills: education 2030. *OECD Education Working Papers*, 23.
- 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.
- Ranci, C., Audino, F., Mazzaferro, C., & Morciano, M. (2024). Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma. *DASU Working Papers*, 01/2024, 1–49.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020), *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*, EUR 30246 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC120911> (ver. 30.06.2024).
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical child and family psychology review*, 16, 1–17.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York, NY: Basic Books.
- Schön, D. (1994). *Frame reflection: Towards the resolution of intractable policy controversies*. New York, NY: Basic Books.
- Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2001). *Linee guida per la Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile*. *Giornale di Gerontologia*, (Suppl. 11).
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2014). *Focus groups: Theory and practice* (Vol. 20). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Trincherò, R., & Robasto, D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Milano: Mondadori Education.
- WHO. World Health Organization (2021a). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. Geneva: WHO.
- WHO. World Health Organization (2021b). *Global report on ageism*. Geneva: WHO.
- Wilkinson, M., Sansone, S.A., Schultes, E., Doorn, P., Olavo Bonino da Silva Santos, L., & Dumontier, M. (2018). A design framework and exemplar metrics for FAIRness. *Scientific Data*, 5, 180118. <https://doi.org/10.1038/sdata.2018.118> (ver. 30.06.2024).