

## Promoting educational and non-pharmacological dementia care: An empirical study on training in residential care homes

### Promuovere approcci educativi e non farmacologici nella cura delle persone anziane con demenza: una ricerca nelle CRA

---

Aurora Ricci<sup>a</sup>, Elisa Bruni<sup>b</sup>, Elena Luppi<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Università degli Studi di Bologna*, [aurora.ricci@unibo.it](mailto:aurora.ricci@unibo.it)

<sup>b</sup> *Università degli Studi di Bologna*, [elisa.bruni11@unibo.it](mailto:elisa.bruni11@unibo.it)

<sup>c</sup> *Università degli Studi di Bologna*, [elena.luppi@unibo.it](mailto:elena.luppi@unibo.it)

#### Abstract

---

Residential care facilities for older adults (CRA) are complex environments where care quality and staff training are closely interconnected. The study investigates the role of continuing education in promoting the integration of educational and non-pharmacological approaches into daily practice, comparing frontline staff (high resident contact) with middle-management roles (low contact). Within a mixed-methods design, 80 questionnaires administered to professionals in a Local Health Unit in Northern Italy were analyzed to assess attitudes toward dementia, job satisfaction, perceived technical skills, and training needs, with particular attention to transversal skills and innovative approaches. The findings indicate the relevance of multi-level training policies aimed at strengthening transversal skills and lifelong learning, as well as the central contribution of middle-management leadership to enhancing the quality, coherence, and sustainability of care practices in CRAs.

**Keywords:** Continuing education; Non-pharmacological approaches; Correlational study; Mixed-methods.

#### Sintesi

---

Le strutture residenziali per anziani (CRA) costituiscono contesti complessi in cui qualità della cura e formazione del personale sono interconnesse. Lo studio esplora il ruolo della formazione continua nel favorire l'integrazione di approcci educativi e non farmacologici nella pratica quotidiana, confrontando figure operative (alto contatto con gli ospiti) e di leadership intermedia (basso contatto). All'interno di un disegno mixed methods, sono stati analizzati 80 questionari somministrati a professionisti di un'Azienda Usl del Nord Italia, rilevando atteggiamenti verso le demenze, soddisfazione lavorativa, percezione delle competenze tecniche e bisogni formativi, con focus su competenze trasversali e approcci innovativi. Emerge l'importanza di politiche formative multilivello, volte a valorizzare competenze trasversali e lifelong learning, e il ruolo centrale delle leadership intermedie nel migliorare qualità, coerenza e sostenibilità delle pratiche assistenziali nelle CRA.

**Parole chiave:** formazione continua; approcci non farmacologici; studio correlazionale; competenze trasversali.

## 1. Introduzione

Le strutture residenziali per persone anziane (Case Residenze Anziani, CRA) rappresentano contesti complessi sia dal punto di vista della cura, sia della formazione del personale (OECD, 2025). La sostenibilità dei servizi di long-term care è sempre più connessa allo sviluppo professionale e al benessere del personale (OECD, 2022; Stone & Bryant, 2019). In Italia, i processi di professionalizzazione delle figure educative e sanitarie si confrontano con (Del Gobbo & Federighi, 2021):

1. la ridotta attrattività di alcune professioni;
2. la carenza di personale necessario a garantire continuità e qualità dei servizi;
3. l'aumento di ruoli dedicati alla formazione continua.

Dinamiche di questo tipo rispecchiano le tendenze osservate anche in altri sistemi di welfare europei e internazionali, dove la sostenibilità dei servizi di long-term care è sempre più connessa allo sviluppo professionale e al benessere del personale (Stone & Bryant, 2019; Lee et al., 2023).

Questa complessità si inserisce in un mercato del lavoro educativo e socio-sanitario in rapida evoluzione, caratterizzato da crescenti esigenze formative e da una domanda sempre più alta di figure capaci di progettare, gestire e valutare interventi educativi e formativi innovativi (OECD, 2022). La qualità della cura di persone anziane è strettamente connessa ai processi di apprendimento organizzativo e di formazione continua degli operatori (Manley et al., 2004). La transizione digitale, ambientale e demografica richiede competenze complesse e trasversali, in grado di integrare conoscenze tecnico-specialistiche con abilità relazionali e gestionali (Del Gobbo & Torlone, 2022).

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una tendenza globale sempre più rilevante (UNDESA, 2023). Grazie ai progressi medici e al miglioramento delle condizioni di vita, la popolazione over 65 ha superato quella dei bambini sotto i cinque anni. Tra gli over 65 cresce la quota di persone fragili, con perdita parziale o totale dell'autosufficienza, spesso affette da demenze: in Italia oltre un milione di persone over 65 presenta questa condizione, di cui circa 600.000 casi di Alzheimer (Lynch, 2020), con prospettive di ulteriore incremento nei prossimi decenni (Livingston et al., 2024). L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il numero di persone con demenze raddoppierà entro il 2050, rendendo prioritari gli investimenti in formazione e qualità dell'assistenza (WHO, 2021; Prince et al., 2015). La pandemia da COVID-19 ha amplificato la vulnerabilità di questa fascia di popolazione, ponendo nuove sfide ai sistemi sanitari e sociali (European Commission, 2020; Medici, 2021).

## 2. Bisogni formativi delle professioni di cura delle persone anziane

In questo contesto, la qualità della cura richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che vada oltre il modello medico-sanitario tradizionale e valorizzi le dimensioni sociali, relazionali ed emotive, promuovendo il benessere di anziani e professionisti (Kitwood, 1997; Mortari, 2006; Fox et al., 2015). Il tema della formazione e delle competenze trasversali del personale assume crescente centralità, all'interno di contesti in cui è indispensabile garantire la qualità dei servizi e supportare l'apprendimento continuo e la professionalizzazione del personale (Dzomeku et al., 2019; Altieri & Santangelo, 2020). È

dunque cruciale sviluppare percorsi formativi vicini agli ambienti di lavoro, che integrino scenari esperienziali e pratici, simulazioni e rinforzi continui per garantirne efficacia e sostenibilità (Crofts et al., 2007). Anche studi recenti in Italia evidenziano la necessità, nel personale dei contesti residenziali, di rafforzare le competenze tecnico-assistenziali integrate a quelle trasversali (Continisio et al., 2021).

Queste competenze risultano essenziali per rispondere ai bisogni delle persone anziane, nonché per gestire la complessità dei contesti, migliorare la qualità della vita degli ospiti e dei loro caregiver. Pertanto, risulta necessario lo sviluppo di interventi formativi mirati, atti a favorire non solo l'acquisizione di conoscenze, ma anche lo sviluppo di abilità pratiche, comunicative e relazionali, che stimolino la riflessione critica sulle proprie pratiche e promuovano un apprendimento continuo (Cohen-Mansfield, 2013; Kolanowski et al., 2010).

In questa prospettiva, il framework LifeComp (Sala et al., 2020), proposto dalla Commissione Europea, definisce un insieme di competenze chiave per il lifelong learning, che includono adattamento, consapevolezza di sé, collaborazione e pensiero critico. Tra queste, il *growth mindset* rappresenta una competenza cruciale: la convinzione che abilità e competenze possano essere sviluppate attraverso impegno e apprendimento continuo (Dweck, 2006). In tal senso, il ruolo delle figure di leadership intermedia nelle CRA può diventare strategico. Infatti, come evidenziato da Bourgeault e colleghi (2021), coordinatori, Responsabili delle Attività Assistenziali (RAA) e altre figure con responsabilità organizzativo-gestionali, non solo assicurano la continuità e la qualità dei servizi, ma agiscono come promotori dello sviluppo delle competenze trasversali del personale e facilitatori dei percorsi formativi, coniugando competenze tecniche e relazionali per favorire una gestione efficace del team e sostenere l'apprendimento continuo.

Il presente studio intende approfondire una parte dei risultati di una più ampia ricerca, relativi ai dati quantitativi raccolti allo scopo di indagare la percezione e le esigenze formative del personale delle CRA. Pur non riproponendo qui i dettagli delle analisi qualitative precedentemente pubblicate, è utile richiamare alcune evidenze emerse nella fase qualitativa, fornendo un contesto interpretativo per l'analisi quantitativa. In primis, l'analisi tematica dei focus group (Braun & Clarke, 2006) ha rilevato, a livello semantico, due tematiche principali – *cura e formazione* – ciascuna delle quali articolata in *convinzioni ed esperienze*, per un totale di venti codici descrittivi, oltre a una terza tematica trasversale relativa al *Covid-19*. Sintetizzando i codici, la Cura è rappresentata dai principi ritenuti fondamentali nel lavoro assistenziale e dai vissuti legati al contesto organizzativo e agli ospiti. La Formazione è rappresentata dalle convinzioni sulla sua rilevanza professionale e dalle esperienze soggettive dei percorsi formativi. In secondo luogo, l'analisi del livello latente ha evidenziato una corrispondenza con le dimensioni del framework LifeComp (Sala et al., 2020). Condotta con coordinatori, educatori, RAA e responsabili delle attività sanitarie (RAS), aveva evidenziato come i professionisti con ruoli di leadership intermedia mostrino una particolare attenzione allo sviluppo delle competenze trasversali legate all'apprendimento continuo (area *imparare a imparare*) e alla mentalità orientata alla crescita (competenza *growth mindset*) (Figura 1). In particolare, le frequenze più elevate di riferimento a questa competenza tra coordinatori e RAA suggeriscono una consapevolezza diffusa della sua rilevanza nel facilitare il cambiamento e nel migliorare l'efficacia dei percorsi assistenziali. Tale quadro offre un riferimento interpretativo per comprendere le risposte quantitative che verranno presentate nei paragrafi successivi.

	Animatore/ animatrice	Coordinatore/ coordinatrice	Fisioterapista	Operatore/ Operatrice Socio Sanitario/a	Responsabile Attività Assistenziali
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 a imparare	.0%	1.4%	.0%	.0%	11.5%

Figura 1. Sintesi della distribuzione percentuale delle frequenze delle sotto-tematiche (competenza) rispetto ai professionisti (ruolo) (Bruni et al.,2024).

### 3. Metodo

Il presente studio origina da un interrogativo: in che modo la formazione di tutte le figure professionali sull'integrazione degli approcci educativi nella quotidianità delle strutture per anziani favorisce la qualità nella presa in carico e nella cura? Esso mira a indagare in che modo la formazione rivolta a tutte le figure professionali delle strutture residenziali possa favorire l'integrazione di approcci educativi (non farmacologici) nella gestione quotidiana degli ospiti. A tal proposito, a seguito dello sviluppo e dell'implementazione di un modello d'intervento formativo, si vuole: analizzare le eventuali differenze nel ruolo giocato dalla formazione tra le figure professionali a seconda del grado di contatto con le persone anziane fragili (Obiettivo 1); utilizzare la triangolazione dei dati qualitativi e quantitativi per fornire una lettura integrata del fenomeno e individuare eventuali pattern emergenti (Obiettivo 2).

Il disegno di ricerca del presente studio si inserisce all'interno della prospettiva metodologica dei mixed methods (Trincherò & Robasto, 2019) e si è articolato in due studi distinti: uno studio esplorativo di tipo sequenziale (in parte oggetto del presente articolo), composto da una fase qualitativa e una quantitativa (Studio 1); un disegno pre-sperimentale con pre-test e post-test su un unico gruppo (Studio 2), che integra anch'esso metodologie di tipo quantitativo e qualitativo (Gay et al., 2009). Nel presente contributo verranno approfonditi alcuni dei risultati emersi nella fase quantitativa dello Studio 1.

#### 3.1. Partecipanti

Il target è stato selezionato in collaborazione con la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie di un'Azienda UsI del Nord Italia in occasione di un evento formativo creato ad hoc e quindi tramite campionamento non probabilistico (Corbetta, 2015). Esso è composto da 80 partecipanti: il 31.3% coordinatori, il 20% Operatori Socio-Sanitari (OSS), l'11.3% fisioterapisti, il 10% Responsabili delle Attività Assistenziali (RAA), il 7.5% infermieri, il 5% animatori, il 3.8% medici, il 3.8% Responsabili delle Attività Sanitarie (RAS) e il 7.5% altre figure (psicologi, TEGS, assistenti sociali) (Figura 2).

<b>Ruoli</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Animator*	4	5
Fisioterapista	9	11

Oss	16	20
Infermier*	6	8
Coordinat*	25	31
Medic*	3	4
Raa	8	10
Ras	3	4
Altro	6	8
Totale	80	100

Figura 2. Ruoli rispondenti al questionario.

### 3.2. Strumenti e procedura

Per valutare gli atteggiamenti e i bisogni formativi degli operatori coinvolti, è stato predisposto un questionario somministrato online al termine dell'evento formativo. Lo strumento, costruito in coerenza con il disegno di ricerca, ha compreso domande a risposta multipla su scala Likert a quattro punti ("Per niente", "Poco", "Abbastanza", "Molto"). Si sono utilizzati item singoli volti a rilevare i livelli di soddisfazione (lavorativa, relativa alla comunicazione interna interprofessionale, relativa alle competenze tecniche espresse dal ruolo) e i bisogni formativi (in relazione alla riduzione delle misure di contenzione, approcci non farmacologici e competenze trasversali).

È stata inclusa nel questionario una versione ridotta (5 item) e adattata della *Dementia Attitudes Scale* (O'Connor & McFadden, 2010), che valuta gli atteggiamenti verso le persone con demenza, in termini di conoscenze ("Possiamo fare molto per migliorare la qualità della vita delle persone di cui ci prendiamo cura"; "I disturbi del comportamento/comportamento problema possono essere una forma di comunicazione per le persone anziane") e livello di *comfort* ("È gratificante lavorare con persone anziane") degli operatori<sup>1</sup>. L'analisi dell'affidabilità ha richiesto l'esclusione degli item 4 ("Mi sento frustrat\* perché non so come aiutare le persone anziane") e 5 ("Mi sento rassegnat\* rispetto alle difficoltà del mio lavoro") e presenta così un eccellente coefficiente di Cronbach ( $\alpha=.91$ ).

### 3.3. Analisi dei dati

Sono state effettuate delle analisi del t-test per campioni indipendenti e analisi correlazionali per approfondire le eventuali differenze date dalla diversa natura della presa in carico dell'ospite.

## 4. Risultati

In accordo con la letteratura (Bourgeault et al., 2021; Bruni et al., 2024) sono stati creati due gruppi distinti per livello di contatto con gli ospiti e quindi di presa in carico:

1. ruoli operativi (con alto livello di contatto) costituito da OSS, animatori, fisioterapisti e infermieri (n=35);
2. ruoli di *leadership* intermedia (con basso livello di contatto) costituito da

---

<sup>1</sup> Quattro item sono tratti dalla scala originale e il quinto è stato aggiunto su richiesta dell'Azienda.

coordinatori, RAS, RAA e medici (n=39).

I restanti 6 rispondenti, appartenenti a categorie miste, sono stati esclusi dalle analisi. L'analisi del t-test per campioni indipendenti (Figura 3) non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi, sebbene siano emerse lievi tendenze relative alla soddisfazione lavorativa, con punteggi medi leggermente superiori per il gruppo con leadership intermedia e, al contrario, per il gruppo di operatori a contatto con persone anziane fragili, leggermente superiori per quanto riguarda i bisogni di aggiornamenti sulle tecniche di contenzione.

	<b>Ruolo</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>t(gl)</b>	<b>p</b>
Atteggiamenti verso la demenza	Contatto SI	6.02	1.26	-.24(72)	ns
	Contatto NO	6.09	1.40		
Soddisfazione lavorativa	Contatto SI	3.17	.57	-1.69(72)	ns
	Contatto NO	3.41	.64		
Soddisfazione comunicazione interprofessionale	Contatto SI	2.83	.45	-.74(72)	ns
	Contatto NO	2.92	.62		
Soddisfazione competenze tecniche ruolo	Contatto SI	2.94	.48	-1.39(72)	ns
	Contatto NO	3.10	.50		
Bisogni formativi riduzione contenzioni	Contatto SI	3.51	.66	1.85(72)	ns
	Contatto NO	3.21	.77		
Bisogni formativi approcci non farmacologici	Contatto SI	3.46	.66	-.03(72)	ns
	Contatto NO	3.46	.60		
Bisogni formativi integrazione competenze trasversali	Contatto SI	3.69	.53	1.11(72)	ns
	Contatto NO	3.54	.60		

Figura 3. Analisi descrittive e t-test nei due gruppi di contatto.

Andando ad approfondire nei diversi gruppi tramite analisi correlazionali, emergono pattern differenti a seconda del livello di contatto. In particolare, nel gruppo degli operatori maggiormente a contatto con le persone anziane fragili (n=35) mostrato nella Figura 4, si rileva una forte correlazione significativa tra la necessità di aggiornamento sulla riduzione delle contenzioni e quella sugli approcci non farmacologici ( $r=.80$ ,  $p < .001$ ).

Si apprezzano delle correlazioni moderate tra l'atteggiamento verso le demenze e cinque dimensioni: la soddisfazione lavorativa, ( $r=.38$ ,  $p < .05$ ), la soddisfazione per le competenze tecniche legate al ruolo ( $r=.37$ ,  $p < .05$ ), la necessità di aggiornamento sulla riduzione delle contenzioni ( $r=.38$ ,  $p < .05$ ), la necessità di aggiornamento sugli approcci non farmacologici ( $r=.39$ ,  $p < .05$ ) e la necessità di integrazione di competenze trasversali ( $r=.47$ ,  $p < .01$ ). Inoltre, correlazioni moderate si osservano tra la soddisfazione per le competenze tecniche legate al ruolo e la necessità di integrazione di competenze trasversali ( $r=.39$ ,  $p < .05$ ), così come una moderata correlazione è apprezzabile tra la soddisfazione per la comunicazione interprofessionale la necessità di aggiornamento sulla riduzione delle contenzioni ( $r=.50$ ,  $p=.01$ ), da un lato, e la necessità di aggiornamento sugli approcci non farmacologici, dall'altro ( $r=.37$ ,  $p < .05$ ). Infine, gli anni di servizio appaiono moderatamente correlati sia con la necessità di aggiornamento sugli approcci non farmacologici ( $r=.52$ ,  $p=.01$ , che con la soddisfazione per le competenze tecniche relative al proprio ruolo ( $r=.39$ ,  $p < .05$ ), che con la necessità di aggiornamento sulla riduzione delle contenzioni ( $r=.38$ ,  $p < .05$ ).

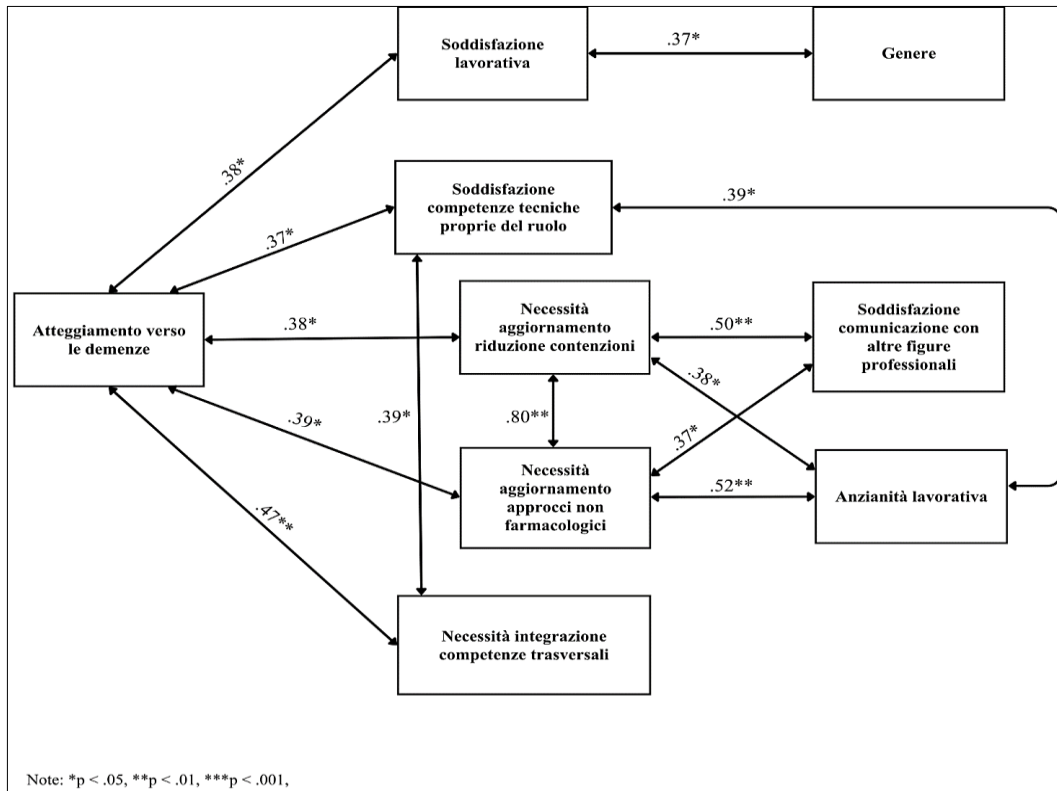


Figura 4. Pattern correlazionali gruppo ad alto contatto con gli ospiti.

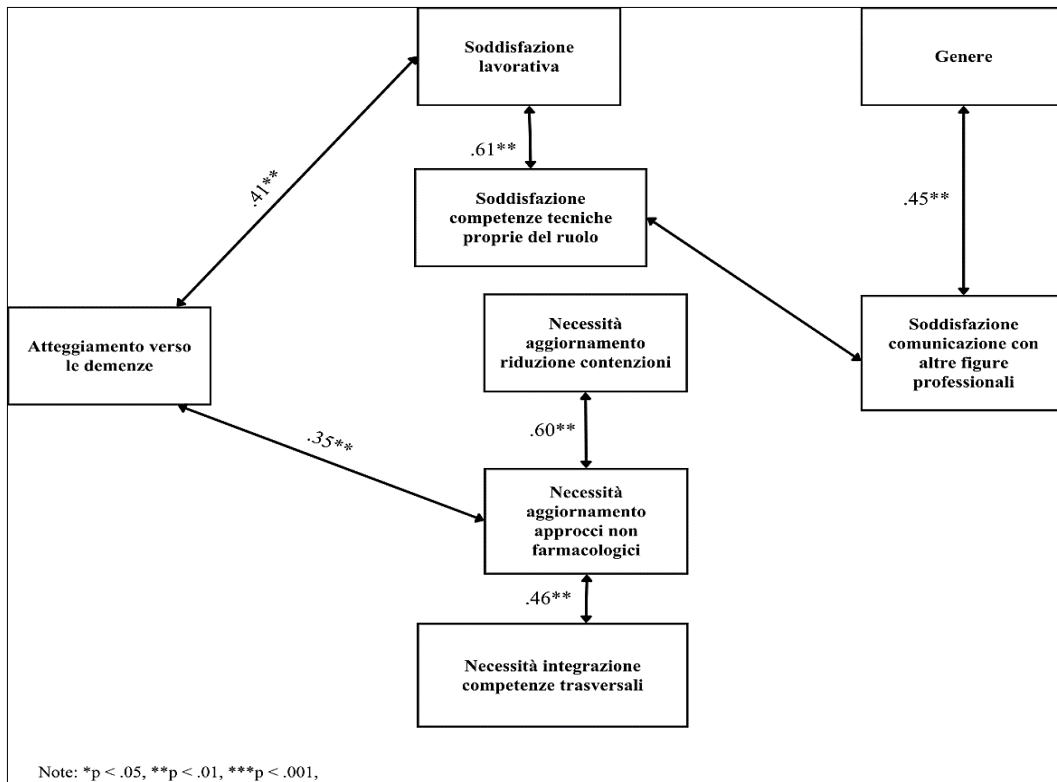


Figura 5. Pattern correlazionali gruppo a basso contatto con gli ospiti.

Come mostrato nella Figura 5, nel gruppo di professionisti non a stretto contatto con gli ospiti fragili (n=39), si osserva una moderata correlazione tra l'atteggiamento verso le demenze e la necessità di aggiornamento sugli approcci non farmacologici ( $r=.35$ ,  $p < .01$ ), così come la soddisfazione lavorativa ( $r=.41$ ,  $p < .01$ ).

Quest'ultima risulta fortemente correlata alla soddisfazione per le competenze tecniche legate al proprio ruolo ( $r=.61$ ,  $p < .001$ ) che, a sua volta, è moderatamente correlata alla soddisfazione nella comunicazione con altre figure professionali ( $r=.35$ ,  $p < .01$ ). Infine, emerge una correlazione positiva tra i bisogni di aggiornamento sugli approcci non farmacologici e quelli sulla riduzione delle contenzioni ( $r=.60$ ,  $p < .001$ ), indicando coerenza tra i bisogni formativi percepiti. I bisogni di aggiornamento sugli approcci non farmacologici risultano moderatamente correlati anche con i bisogni di integrazione con le competenze trasversali ( $r=.46$ ,  $p < .01$ ).

## 5. Discussione

Il primo obiettivo del presente studio è stato quello di analizzare le eventuali differenze nel ruolo giocato dalla formazione tra le figure professionali a seconda del grado di contatto con le persone anziane fragili. A tal proposito, i risultati delle analisi correlazionali mostrano come degli atteggiamenti più positivi nei confronti delle demenze si associno a livelli più elevati di soddisfazione professionale e a una maggiore consapevolezza dell'importanza della formazione continua. Tale convergenza tra dimensioni di natura attitudinale, professionale e formativa, suggerisce come la formazione non agisca solo sulla sfera delle conoscenze e competenze tecniche, ma possa anche contribuire a consolidare una cultura professionale orientata alla cura centrata sulla persona (Edvardsson et al., 2008; Surr et al., 2016), con un focus orientato anche sulle competenze trasversali e le competenze socio-educative.

Sebbene i due gruppi esposti a diverso contatto con l'ospite non mostrino differenze significative nelle medie, i due modelli correlazionali presentano configurazioni differenti. In particolare, nel gruppo di professionisti con ruoli di *leadership* intermedia, le correlazioni più forti si osservano in due nuclei:

1. la relazione tra la soddisfazione lavorativa e la soddisfazione per le competenze tecniche proprie del ruolo;
2. la relazione tra i bisogni di aggiornamento sugli approcci non farmacologici e quelli sulla riduzione delle contenzioni, così come quelli di integrazione con le competenze trasversali.

Questo pattern potrebbe suggerire che, in accordo con Bourgeault e colleghi (2021), per i ruoli di *leadership* intermedia, la percezione di competenza tecnica del proprio ruolo sia strettamente legata a una dimensione di benessere, così come i bisogni formativi vengano percepiti come un ambito unitario e integrato, in cui la conoscenza degli approcci non farmacologici, la gestione etica delle contenzioni e lo sviluppo di abilità relazionali e trasversali sono considerati elementi interconnessi della medesima competenza professionale complessa.

A differenza del primo gruppo, nel gruppo delle figure operative, maggiormente esposte al contatto con gli ospiti, si osserva una forte connessione tra i bisogni formativi, mostrando come, per gli operatori, rappresentino due aspetti inscindibili della pratica quotidiana. Gli atteggiamenti verso le demenze mostrano una rete più estesa di associazioni con le variabili relative ai bisogni formativi (aggiornamento sulla riduzione delle contenzioni, approcci non

farmacologici e competenze trasversali), oltre che con la soddisfazione lavorativa e l'anzianità di servizio. Tale quadro indica che, nelle figure a diretto contatto con le persone anziane fragili, l'atteggiamento verso le demenze si intreccia più strettamente con la pratica assistenziale quotidiana e con la percezione dei bisogni di crescita professionale. Inoltre, in accordo con Sanders e colleghi (2013), le correlazioni osservate tra la soddisfazione per le competenze tecniche e quelle trasversali, mostrano come, chi si percepisce competente, riconosce anche la necessità di sviluppare competenze relazionali. Infine, le correlazioni osservate tra anzianità di servizio e bisogni formativi suggeriscono che, l'esperienza maturata, anziché ridurre la necessità percepita di aggiornamento, aumenta la consapevolezza dei propri bisogni formativi e, in particolare, orienta la riflessione verso dimensioni relazionali della cura e centrate sulla persona, quali sono gli approcci non farmacologici. Ciò appare coerente con quanto emerso nelle ricerche di Surr e colleghi (2016), che hanno evidenziato l'impatto di percorsi formativi basati sulla cura centrata sulla persona sul lavoro dei professionisti sanitari nella gestione della demenza.

I due pattern correlazionali tracciano una diversa interpretazione della formazione. Infatti, è come se, il gruppo dei professionisti con *leadership* intermedia, interpretasse la formazione come leva di coerenza organizzativa, allineamento culturale e qualità del proprio ruolo, mentre il gruppo di operatori a contatto con l'ospite sembra interpretare la formazione come situata nella pratica, cioè come mezzo per affrontare problemi quotidiani concreti, migliorare l'approccio educativo e la gestione della complessità assistenziale. Ciò è coerente con Banks e colleghi (2013), secondo cui l'osservazione diretta della pratica e il confronto con situazioni reali stimolano la riflessione e motivano cambiamenti concreti nell'approccio professionale.

Alla luce di quanto osservato, in ragione del secondo obiettivo dello studio, è possibile tracciare una connessione tra i risultati della fase quantitativa della ricerca e quelli della fase qualitativa precedentemente analizzata (Bruni et al., 2024). In entrambe le fasi, la formazione appare percepita come un processo integrato di sviluppo professionale, che combina competenze tecniche, relazionali e riflessive. La riflessione emersa nella fase qualitativa, secondo cui le convinzioni rispetto al proprio lavoro rappresentano una sintesi dinamica di conoscenze, esperienze e valori maturati nel tempo, trova un riscontro nei risultati quantitativi. Le correlazioni osservate tra anzianità di servizio e bisogni formativi suggeriscono infatti che l'esperienza, lungi dal ridurre la necessità percepita di aggiornamento, contribuisce a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri bisogni formativi, in particolare nelle aree relazionali e di cura centrata sulla persona (Surr et al., 2016).

Inoltre, la fase qualitativa in cui emerge una sovrapposizione dei risultati con le aree e le competenze del *framework* europeo *Lifecomp* (Sala et al., 2020), mostra come le figure di *leadership* intermedia tendano a valorizzare l'area "imparare a imparare", mentre le figure a diretto contatto con gli ospiti enfatizzano l'area sociale, in particolare le competenze di empatia e collaborazione. Ciò sembra suggerire una coerenza tra le due fasi dello studio: le differenze nei *focus* di competenza emersi nella fase qualitativa si riflettono nei pattern correlazionali osservati nella fase quantitativa. In entrambi i casi, la *leadership* intermedia mostra un orientamento verso la crescita e l'apprendimento continuo, mentre le figure a contatto diretto con gli ospiti esprimono una prospettiva più relazionale e situata nella pratica, centrata sulla qualità delle interazioni e della cura (Banks et al., 2013; Bourgeault et al., 2021).

## 6. Conclusioni

Il presente studio si è posto l'obiettivo di indagare in che modo, la formazione rivolta a tutte le figure professionali delle strutture residenziali, possa favorire l'integrazione di approcci educativi (non farmacologici) nella gestione quotidiana degli ospiti. I risultati hanno evidenziato il ruolo giocato della formazione nel creare coesione e consapevolezza professionale, promuovendo una visione condivisa e integrata della cura.

Le evidenze emerse confermano che i processi di professionalizzazione nei contesti residenziali stanno evolvendo verso un modello integrato, in cui competenze tecniche e trasversali si sostengono reciprocamente per migliorare la qualità della cura e dell'assistenza (Del Gobbo & Federighi, 2021; Mortari, 2006; Kitwood, 1997). La combinazione di atteggiamento riflessivo e consapevolezza della necessità di aggiornamento continuo segnala un percorso di sviluppo professionale, fondato sull'apprendimento situato e sulla riflessività. In questo contesto, le figure di leadership intermedia – coordinatori, RAA e RAS – assumono un ruolo strategico non solo nel consolidare le competenze operative del personale, ma anche nel promuovere lo sviluppo di abilità trasversali e nella costruzione di pratiche formative efficaci, adattate ai bisogni emergenti del contesto (Del Gobbo & Federighi, 2021; Del Gobbo & Torlone, 2022). La loro funzione di mediatori tra livelli organizzativo e operativo favorisce la creazione di comunità professionali riflessive, in cui l'apprendimento continuo e l'innovazione diventano parte integrante della routine lavorativa. Infine, i risultati sottolineano l'importanza di politiche formative mirate a valorizzare le competenze trasversali e a sostenere il lifelong learning, coerenti con il *framework* europeo *LifeComp* (Sala et al., 2020). Investire nello sviluppo delle *leadership* intermedie rappresenta una leva decisiva per garantire la qualità e la sostenibilità dei servizi educativi e socio-sanitari, promuovendo un apprendimento organizzativo condiviso e duraturo.

Dal punto di vista delle implicazioni pratiche dello studio, i risultati emersi rafforzano l'importanza di strategie formative multilivello, in grado di coinvolgere simultaneamente le figure operative e di coordinamento, promuovendo un linguaggio comune e una coerenza negli obiettivi tra dimensione gestionale e pratica assistenziale. In quest'ottica, interventi formativi basati sull'apprendimento esperienziale, la riflessione interprofessionale e la supervisione continua, potrebbero amplificare quanto osservato nel presente studio, andando a promuovere così una cultura organizzativa orientata alla relazione e all'uso di approcci educativi integrati nella quotidianità delle strutture residenziali per persone anziane.

Alcuni dei limiti della ricerca sono stati generati dalla necessità di gestire la complessità delle esigenze interne al contesto che hanno richiesto un adattamento delle scelte metodologiche e degli strumenti utilizzati. In primis, l'uso della versione ridotta e parzialmente modificata della *Dementia Attitudes Scale*, che richiede cautela nell'interpretazione, limitando la possibilità di generalizzare i risultati (Corbetta, 2015). In secondo luogo, sebbene la letteratura non sia concorde a riguardo (Nunnally, 1978; Aaker & Bagozzi, 1979), si menziona il fatto di utilizzare scale ad item singolo per misurare un costrutto. Infine, la natura esplorativa del campione e l'assenza di analisi inferenziali non consentono di stabilire relazioni causali (Barbaranelli & D'Olimpio, 2007) tra atteggiamenti, ruoli professionali e variabili di contesto organizzativo.

## Reference list

- Aaker, D. A., & Bagozzi, R. P. (1979). Unobservable variables in structural equation models with an application in industrial selling. *Journal of Marketing Research*, 16(2), 147–158.
- Altieri, M., & Santangelo, G. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on caregivers of people with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.009>
- Banks, P., Waugh, A., Henderson, J., Sharp, B., Brown, M., Oliver, J., & Marland, G. (2013). Enriching the care of patients with dementia in acute settings? The Dementia Champions Programme in Scotland. *Dementia*, 13(6), 717–736.
- Barbaranelli, C., & D'Olimpio, F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS. Vol. 1: Le analisi di base* (1ª ed.). LED.
- Bourgeault, I. L., Daly, T., Aubrecht, C., Armstrong, P., Armstrong, H., & Braedley, S. (2021). Leadership for quality in long-term care. *Healthcare Management Forum*, 35(1), 5–10. <https://doi.org/10.1177/08404704211040747>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bruni, E., Ricci, A., & Luppi, E. (2024). 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. *Form@re - Open Journal per la formazione in rete*, 24(2), 161–178. <https://doi.org/10.36253/form-15999>
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765–785. <https://doi.org/10.1007/s11940-013-0257-2>
- Continasio, G. I., Serra, N., Guillari, A., Simeone, S., Lucchese, R., Gargiulo, G., Toscano, S., Capo, M., Capuano, A., Sarracino, F., Esposito, M. R., & Rea, T. (2021). Evaluation of soft skills among Italian healthcare rehabilitators: A cross sectional study. *Journal of Public Health Research*, 10(3). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2002>
- Corbetta, P. (2015). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Vol. 4: L'analisi dei dati* (2ª ed.). Il Mulino.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01493.x>
- Del Gobbo, G., & Federighi, P. (2021). *Professioni dell'educazione e della formazione: Orientamenti, criteri e approfondimenti per una tassonomia*. Editpress. <https://digital.casalini.it/9791280675002>
- Del Gobbo, G., & Torlone, F. (2022). I professionisti non-teaching dell'educazione e della formazione. *Pedagogia Oggi*, 20(2), 18–26.
- Dzomeku, V., Van Wyk, B., & Lori, J. (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.

- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362–367. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(08)70063-2)
- European Commission. (2020). *Ageing Europe — Looking at the lives of older people in the EU: 2020 edition* (Catalogue no KS-02-20-655-EN-N). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/628105>
- Fox, M. T., Butler, J. I., Persaud, M., Tregunno, D., Sidani, S., & McCague, H. (2015). 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. <https://doi.org/10.1002/nur.21699>
- Gay, L. R., Mills, G. E., & Airasian, P. W. (2009). *Educational research: Competencies for analysis and applications* (9<sup>th</sup> ed.). Merrill/Pearson.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J. (2010). It's about time: Use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214–222. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01338.x>
- Lee, S. H., Chon, Y., & Kim, Y. Y. (2023). Comparative analysis of long-term care in OECD countries: Focusing on long-term care financing type. *Healthcare*, 11(2), 206. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020206>
- 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., Samus, Q., Shirai, K., Singh-Manoux, A., Schneider, L. S., Walsh, S., Yao, Y., Sommerlad, A., Mukadam, N. (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](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)01296-0)
- Lynch, C. (2020). World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia, a global survey. *Alzheimer S & Dementia*, 16(S10). <https://doi.org/10.1002/alz.038255>
- Medici, A. C. (2021). *Health sector challenges and policies in the context of ageing populations* (Technical Paper No. 2021/3). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://desapublications.un.org/publications/health-sector-challenges-and-policies-context-ageing-populations>
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Pearson Italia.
- Nunnally J. C. (1978). An overview of psychological measurement. In: Wolman B.B. (Ed.), *Clinical diagnosis of mental disorders*. (pp. 97-146). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4_4)

- O'Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and Psychometric validation of the Dementia Attitudes scale. *International Journal of Alzheimer S Disease*, 2010, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development (2022). *OECD Pensions Outlook 2022*. <https://doi.org/10.1787/20c7f443-en>
- OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development (2025). *Global Corporate Sustainability Report 2025*. <https://doi.org/10.1787/bc25c4e1e-en>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International.
- 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. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC120911>
- Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: Physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-65>
- Stone, R. I., & Bryant, N. S. (2019). The future of the home care workforce: training and supporting aides as members of home-based care teams. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S444–S448. <https://doi.org/10.1111/jgs.15846>
- Surr, C. A., Smith, S. J., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.009>
- Trincherò, R., & Robasto, D. (2019). *I mixed methods nella ricerca educativa*. Mondadori.
- UNDESA. United Nations Department of Economic and Social Affairs (2023). *World Population Ageing 2023*. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/launch-World-Population-Ageing-2023>
- WHO. World Health Organization (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>