

Promuovere le competenze educative nei contesti di cura della terza età: un percorso di formazione interprofessionale*

Elena Luppi¹, Aurora Ricci², Elisa Bruni³, Maria Grazia D'Alessandro⁴

Keywords

Demenze, Metodologie educativo-animative, Approcci non farmacologici, Life Skills, Formazione

Abstract

La spinta verso pratiche di cura orientate da modelli bio-psico-sociali ha richiesto un ripensamento della formazione dei profili professionali impiegati. A tal proposito, il contributo presenta gli esiti di un progetto Europeo Erasmus + dedicato all'innovazione nella formazione dei professionisti della cura della terza età: il progetto SALTO - Social Action for Life Quality Training and Tools, avente la finalità di innovare la formazione di chi opera in questi servizi, innalzandone le life skills per affrontare i bisogni complessi delle persone con demenze. I risultati mostrano l'efficacia del modello formativo messo a punto, sia per il superamento delle prospettive adultocentriche alla cura e l'adozione di approcci centrati sulla persona, sia nell'acquisizione di competenze per l'innovazione delle pratiche quotidiane verso una maggiore integrazione fra le componenti biologiche e psicosociali.

1. Introduzione

I cambiamenti demografici hanno reso necessaria una transizione delle pratiche e dei modelli di intervento dei servizi per la terza età, da una centratura sugli aspetti sanitari verso direzioni maggiormente orientate da modelli bio-psico-sociali (Brune, 1995; Coons, Mace, Whyte, Boling, Rapelje & Senders, 1996; Kitwood, 1997), in grado, cioè, di integrare e sviluppare la presa in carico dell'anziano in una prospettiva multidimensionale, rispondente ai bisogni sanitari, assistenziali e psicosociali (Palestini, Anzivino & Nicoli, 2012).

Davanti a tale scenario emerge l'esigenza di rendere i profili professionali della cura capaci da un lato, di adeguarsi ai continui cambiamenti globali e politici che impattano sulla gestione della cura e, dall'altro, di garantirsi delle traiettorie formative tanto permanenti quanto flessibili, favorendone così l'occupabilità, intesa come processo di adattamento lavorativo attivo attraverso cui i lavoratori identificano e realizzano opportunità di carriera, facilitandone la probabilità di ottenere un'occupazione nonché di ottenere rioccupazione (Fugate, Kinicki & Ashforth, 2004). A tal proposito, le ricerche hanno osservato come l'occupabilità abbia come antecedenti competenze trasversali quali ad esempio la flessibilità, la resilienza, l'apertura al cambiamento, la capacità di anticipare e ottimizzare, la creazione di significato, il senso di autoefficacia nella carriera (Fugate & Kinicki, 2008; Griffin & Annulis, 2013).

Sul fronte della valorizzazione delle competenze trasversali l'impegno della Commissione Europea è stato costante: dallo *European Reference Framework of Key Competences for Lifelong Learning* del 2006 si è infatti approdati al *Framework LifeComp* (Sala, Punie, Garkov & Cabrera, 2020), inteso a valorizzare la resilienza e la capacità di fronteggiare i cambiamenti focalizzandosi su tre aree di competenza: 1) una *personale*, declinata in autoregolazione, flessibilità e benessere; 2) una *sociale*, declinata in empatia, comunicazione e collaborazione; e infine 3) una relativa all' *imparare ad imparare*, declinata in *growth mindset*, pensiero critico e gestione dell'apprendimento.

Alla luce di tali premesse, davanti alla molteplicità di approcci introdotti per far fronte agli specifici bisogni della persona con demenze, si rende necessario riconsiderare la formazione del personale assistenziale, ponendo

le basi, da un lato, per un cambiamento nel modo di pensare e di lavorare che rispecchi una prospettiva di cura più integrata, che combini i progetti di vita con i progetti di cura all'interno delle strutture residenziali assistite (Luppi, 2018); dall'altro lato, per un potenziamento del sistema di formazione in ottica di occupabilità con un focus su *life skills*, *coping* e resilienza (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023). Il presente contributo intende presentare un'esperienza progettuale Erasmus Plus riconosciuta come buona pratica dalla Commissione Europea che ha cercato di tenere fede a tali premesse, seppur in una fase precedente alla diffusione di *LifeComp*.

2. Il progetto e il percorso formativo

Il Progetto Erasmus Plus "SALTO, *Social Action for Life Quality Training and Tools*"⁵ prende avvio a Settembre 2016 con la finalità di promuovere la formazione dei lavoratori della cura agli approcci educativo-animativi, anche definiti come non farmacologici, per integrarli all'interno della cura quotidiana.

Il modello pedagogico tiene conto della necessità di promuovere il cambiamento di paradigma e l'acquisizione delle metodologie educativo-animative applicate alla pratica professionale e finalizzate al mantenimento e alla riabilitazione psicosociale della persona anziana (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Feil, 1991; Jones, 1999; Kitwood, 1997; Koren, 2010): orientate, da un lato, all'utilizzo di approcci ludici, basati su linguaggi e strumenti artistici; dall'altro, alla stimolazione cognitiva, sensoriale, motoria e all'espressione del sé (Taddia, 2012), contribuendo nella gestione delle manifestazioni comportamentali collegate alla malattia, quali ad esempio l'agitazione, insieme alla depressione e all'aggressività (Givens, Jones, Mazor, Prigerson & Mitchell, 2015). Il Progetto ha previsto la costruzione di strumenti educativi, integrati con la pratica sul campo e lo sviluppo di iniziative e buone pratiche basate sulla cura come leva per il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane: in particolare, un modello formativo per la formazione dei professionisti della cura di persone con demenze in ambito residenziale e semi-residenziale.

Il programma formativo prodotto si compone di 8 moduli (150 ore) ed è destinato sia ai programmi di formazione iniziale delle università e dei centri di formazione, sia alla formazione continua per i professionisti del lavoro:

- Modulo 1 - *Cambiare i paradigmi sull'invecchiamento*; finalizzato a superare le rappresentazioni, i paradigmi e gli stereotipi legati alle persone con demenze e/o disabilità, dalla prospettiva adultocentrica al modello centrato sulla persona, dall'approccio sanitario a quello bio-psico-sociale [potenziamento dell'area imparare ad imparare di *LifeComp*, competenze: *growth mindset* e *pensiero critico*].
- Modulo 2 - *Terapie non farmacologiche: una leva per la qualità della vita*; concentra il proprio focus: sull'organizzazione degli spazi e del *setting* per il benessere, sull'adozione di stili comunicativi che siano relazionali ed empatici, sullo sviluppo di attività basate sull'animazione sociale, al fine di promuovere il benessere e il mantenimento delle risorse personali [potenziamento dell'area personale di *LifeComp*, competenza: *wellbeing*].
- Modulo 3 - *La relazione e la comunicazione con i beneficiari*. Al fine di fornire competenze per migliorare la comunicazione con gli utenti e la gestione dei momenti critici, il modulo si concentra: sull'ascolto, sulla comunicazione verbale/non-verbale e sulla comunicazione empatica [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: empatia e comunicazione].
- Modulo 4 - *La comunicazione in team per la qualità della vita dei professionisti*. Per facilitare le dinamiche relazionali all'interno delle équipes e ridurre il *burnout*, il modulo formativo pone il focus sulla comunicazione e l'ascolto fra colleghi; sulle dinamiche di gruppo, sulla capacità di gestire i contesti e i flussi di comunicazione e di prevenire e gestire i conflitti [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: comunicazione e collaborazione].

- Modulo 5 - *Il coinvolgimento della famiglia e dei parenti*. Il modulo mira a promuovere l'empowerment e la comunicazione tra équipe e familiari: comunicare con le famiglie in modo empatico; promuovere la formazione dei familiari e dei volontari; coinvolgere la famiglia nella vita quotidiana della struttura, con particolare riferimento alle attività di animazione sociale; integrare la dimensione del volontariato nella vita quotidiana della struttura [potenziamento dell'area personale di *LifeComp*, competenza: *wellbeing*].
- Modulo 6 - *L'empowerment degli utenti*. Il modulo sviluppa competenze per: riconoscere e valorizzare le esigenze, le capacità e gli interessi delle persone; sensibilizzare sulle relazioni tra gli utenti; coinvolgerli nelle attività quotidiane e nella vita organizzativa dell'istituzione; mettere anziane e anziani residenti nelle strutture al centro dei propri progetti di vita [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: empatia, comunicazione e collaborazione].
- Modulo 7 - *Il rapporto con il territorio e la comunità*. Il modulo mira a integrare la dimensione locale per promuovere la cittadinanza attiva: conoscere e prendere in considerazione il territorio, con le sue risorse e opportunità; tenere conto dell'importanza dell'ambiente domestico e di vita; sviluppare partenariati con la comunità; promuovere esperienze di inclusione sociale [potenziamento di tutte le aree di *LifeComp*].
- Modulo 8 - *Sviluppo di un progetto di animazione sociale*. Tale modulo si pone l'obiettivo di fornire strumenti e conoscenze per pianificare e implementare un progetto di animazione: analizzare i bisogni degli utenti e sviluppare un progetto basato sugli interventi non farmacologici, predisporre il *setting* e valutare l'impatto dell'intervento (può includere un periodo di stage per l'attuazione del progetto) [potenziamento di tutte le aree di *LifeComp*].

3. Implementazione ed esiti della formazione

Di seguito vengono presentate le caratteristiche del percorso formativo che è stato realizzato in Italia.

Percorso formativo: "Uso appropriato dei farmaci negli anziani - Sviluppo delle terapie non farmacologiche e approccio socio-animativo nelle CRA" si è svolto tra Febbraio 2018 e Gennaio 2019 (5 edizioni). Testati 4 moduli per una durata complessiva di 50 ore: 28 dedicate alla formazione in aula e 22 ore di attività sul campo, attraverso la progettazione di un intervento educativo-animativo su uno o più ospiti della propria struttura.

Istituzioni coinvolte: Direzione Attività Socio Sanitarie e Governo Clinico Azienda USL di Bologna (Organizzatore), Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna;

Destinatari: rappresentanti di 56 organizzazioni di assistenza a lungo termine presenti nel territorio bolognese, tra cui Case Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA), Centri diurni e alcune realtà domiciliari, per un totale di 228 professionisti coinvolti (infermieri, operatori socio-sanitari, medici, animatori, educatori, assistenti sociali e coordinatori di struttura). Riguardo al genere, 79% dei partecipanti sono donne e la posizione professionale rivestita prevalente (39%) è quella di OSS.

Disegno per la valutazione dell'attività formativa: disegno pre-sperimentale a gruppo solo con pre-test e post-test (Gay, Mills & Airasian, 2009).

Strumenti per la valutazione: Sono state valutate 3 dimensioni: il gradimento rispetto al corso, le opinioni e gli atteggiamenti nei confronti delle demenze e gli apprendimenti relativamente alle metodologie educativo-animative o "approcci non farmacologici". La rilevazione è avvenuta attraverso due strumenti:

- un questionario somministrato ai partecipanti all'inizio e a conclusione di ciascun corso (ex-ante e ex-post), con due scale create ad hoc per indagare il gradimento riguardo al corso (corrispondenza della formazione rispetto alle aspettative, l'autopercezione di competenza rispetto alle terapie non farmacologiche) e gli apprendimenti (utilizzo e frequenza di utilizzo delle terapie non-farmacologiche), tramite

quesiti a risposta chiusa e a scelta multipla; le opinioni e gli atteggiamenti a proposito di demenze e Alzheimer, tramite una scala di misurazione validata (O'Connor & McFadden, 2010)⁶ e relativa al posizionamento degli operatori nei confronti delle demenze, dal punto di vista cognitivo e affettivo-emotivo (Luppi, 2019)

- una scheda progettuale (SP) compilata dai partecipanti, per la pianificazione e progettazione dell'intervento durante l'esperienza sul campo, che permette di ricavare informazioni rispetto alla capacità di applicare le metodologie educativo-animative nella vita professionale. La SP si compone delle seguenti sezioni: 1) la conoscenza dell'ospite cui si rivolge l'intervento: a) un'anagrafica essenziale sull'ospite stesso/a, b) una breve descrizione della storia di vita e indicazione delle patologie e delle terapie farmacologiche in atto; 2) la descrizione della manifestazione comportamentale, attraverso una griglia, sviluppata sulla base del modello ABC (Ellis, 1962); 3) la progettazione dell'attività non farmacologica: a) l'indicazione degli obiettivi, b) la descrizione delle attività previste e dei risultati attesi (indicatori), c) l'elenco degli strumenti di monitoraggio e valutazione scelti per verificare la realizzazione degli obiettivi, d) il diario di monitoraggio del progetto, e) la descrizione degli esiti e valutazione (Tab. 1)

4. Risultati

L'insieme dei dati raccolti attraverso questi strumenti ci permette di trarre alcune conclusioni rispetto all'efficacia formativa del modello proposto. Di seguito vengono presentati alcuni fra i principali risultati in forma sintetica, al fine di offrire una panoramica sugli esiti del corso.

L'analisi dei dati ex-ante e ex-post del questionario, indica come, riguardo al gradimento, il 50,2% dei partecipanti dichiara che il corso ha risposto alle aspettative; a proposito dell'autopercezione di competenza rispetto alle terapie non farmacologiche, se nel questionario ex-ante, la maggior parte dei partecipanti (43,8%) sente di avere "Sufficiente" conoscenza delle terapie non farmacologiche, in quello ex-post, si apprezza un aumento della percezione al 60,7% ("Buona" conoscenza). Anche per gli apprendimenti, aumenta la percentuale di coloro che dichiarano di utilizzare terapie non farmacologiche (da 75,4% ex-ante a 94,1% ex-post) e la frequenza di utilizzo per l'item "spesso" aumenta da 40,1% ex-ante a 52,4% ex-post. Infine, relativamente a opinioni e atteggiamenti dei partecipanti nei confronti di persone con demenza, si apprezza una variazione positiva nei valori medi e percentuali sia per gli item relativi alle problematiche legate alla demenza, sia per quelli legati agli atteggiamenti verso gli utenti, sia alle conoscenze oggetto della formazione (Luppi, 2018; 2019).

Per l'analisi dei dati della SP è stata creata una griglia per raccogliere gli elementi e le attività messe in luce dai partecipanti al momento della pianificazione e realizzazione dei progetti e per categorizzare le informazioni inserite, secondo le 4 macroaree della scheda⁷. Al fine di rilevare i campi ritenuti significativi dalle varie équipe, il campo di analisi è stato delimitato a una parte dei dati delle macroaree, limitando l'area a 3 macroaree: conoscenza dell'ospite, manifestazione comportamentale, approcci non farmacologici utilizzati; in seguito, è stato creato un altro strumento all'interno del quale indicare in base alle 3 macroaree la presenza dei dati, precedentemente categorizzati attraverso microaree e sottogruppi (Tab. 1). Infine, è stata indagata la corrispondenza tra manifestazioni comportamentali ed approcci non farmacologici, attraverso la creazione di griglie per il confronto tra i dati i cui esiti sono presentati nella Tab. 2

MACROAREA	MICROAREA	SOTTOGRUPPI
Conoscenza del soggetto cui si rivolge l'intervento	Anagrafica essenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Genere • Età • Tipologia di struttura di appartenenza • Struttura di appartenenza
	Elementi della vita personale	<ul style="list-style-type: none"> • Interessi/tempo libero/hobby • Elementi della personalità e del carattere • Qualità delle relazioni con la famiglia • Spiritualità • Stato civile • Episodi di vita/ricordi • Attività lavorativa • Non fornisce indicazioni
Manifestazione comportamentale	<ul style="list-style-type: none"> • Deliri • Allucinazioni • Agitazione/aggressività • Depressione/disforia • Ansia • Euforia/Esaltazione • Apatia/Indifferenza • Disinibizione • Irritabilità/Labilità • Attività motoria aberrante • Alterazioni del sonno • Disturbi dell'alimentazione • Non fornisce indicazioni 	
Approcci non farmacologici	a) Approcci basati su contatto sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio capacitante • Attività di gruppo • Dialogo 1:1 • Doll Therapy • Validation
	b) Approcci cognitivi	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscenza • Reality Orientation Therapy (ROT) • Stimolazione cognitiva
	c) Approcci basati sulle componenti ambientali	<ul style="list-style-type: none"> • Gentle Care
	d) Approcci sensoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Stimolazione sensoriale
	Approcci basati su aspetti occupazionali	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia occupazionale • Attività occupazionali
	Approccio Montessoriano	Montessori

Tab. 1 - Struttura e categorie per la griglia dati della Scheda Progettuale

MANIFESTAZIONE COMPORTAMENTALE	APPROCCIO NON FARMACOLOGICO (%)
Deliri	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (36,59%) • Occupazionale (19,51%) • Ambientale (7,32%) • Non indicate (2,44%)
Agitazione/aggressività	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (40,32%) • Cognitivo (20,97%) • Occupazionale (13,44%) • Sensoriale (11,83%) • Ambientale (10,22%) • Montessori (2,69%) • Non indicate (0,54%)
Depressione	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (37,74%) • Cognitivo (24,53%) • Ambientale (11,32%) • Sensoriale (11,32%) • Montessori (1,89%)
Ansia	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (35,71%) • Cognitivo (19,39%) • Occupazionale (13,27%) • Sensoriale (11,22%) • Ambientale (9,18%)
Irritabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (42,19%) • Cognitivo (20,31%) • Occupazionale (14,06%) • Ambientale (9,38%) • Sensoriale (7,81%) • Montessori (6,25%)
Attività motoria	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (35,71%) • Cognitivo (18,57%) • Sensoriale (17,14%) • Ambientale (11,43%) • Occupazionale (11,43%) • Montessori (5,71%)
Alterazioni del sonno	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (41,38%) • Cognitivo (27,59%) • Ambientale (17,24%) • Sensoriale (6,90%) • Montessori (3,45%) • Occupazionale (3,45%)

Tab. 2 - Confronto tra Manifestazioni comportamentali e Approcci non farmacologici

Dai risultati relativi alla macroarea *Manifestazioni comportamentali* (Fig. 1), emerge che “Agitazione/aggressività” è l’item maggiormente indicato (35,7%) per descrivere il comportamento del soggetto cui è indirizzato il progetto, seguito dall’item “Ansia” (17%). Osservando invece la macroarea *Approcci farmacologici*, (Fig. 2) i risultati mostrano che gli interventi progettati sono caratterizzati da attività basate prevalentemente sul contatto sociale (34,36%) e in secondo luogo l’approccio cognitivo (19,82%), sono i più utilizzati in tutte le manifestazioni comportamentali prese in esame.

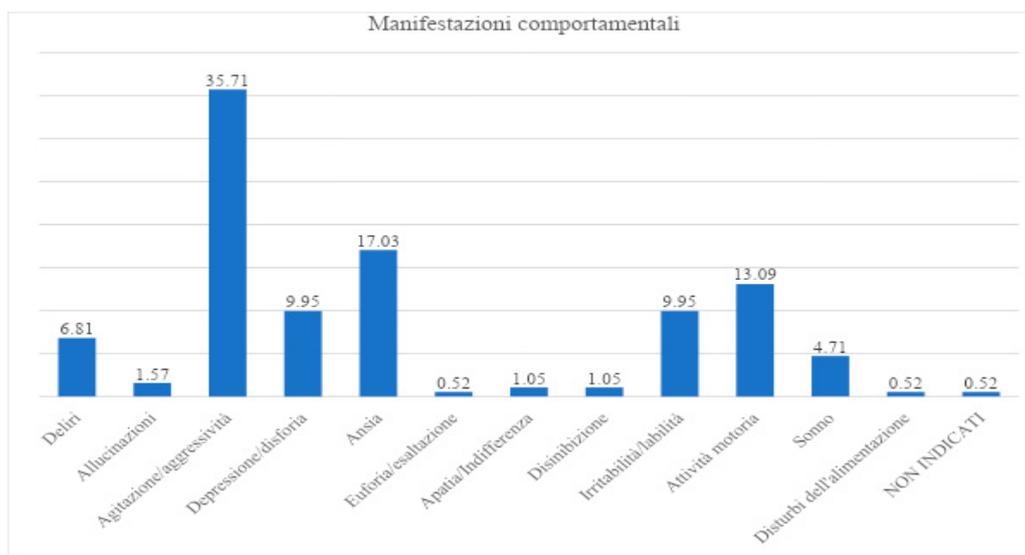


Fig. 1 - Risultati della macroarea “Manifestazioni comportamentali”

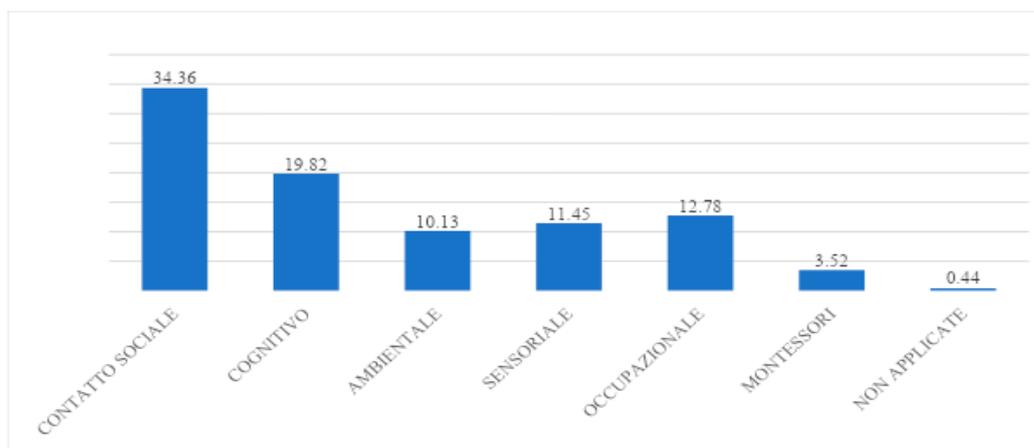


Fig. 2 - Risultati della macroarea “Approcci non farmacologici”

5. Conclusioni

Gli approcci educativo-animativi rappresentano oggi uno dei punti cardine dell’innovazione e dell’innalzamento della qualità delle pratiche di cura delle strutture per anziani fragili e non autosufficienti. La transizione delle organizzazioni della cura della terza età verso modelli basati sulla centralità della persona e sulla presa in carico dei bisogni psicosociali si fonda sulla promozione delle competenze legate ai metodi e alle strategie educativo-animative, definite in ambito sanitario come interventi non farmacologici, proprio perché promotori di risposte che contribuiscono a promuovere benessere riducendo le terapie farmacologiche o le

misure di contenzione. Oltre a promuovere la qualità della vita delle anziane e degli anziani, questi approcci, come abbiamo visto, restituiscono senso e significato all'operare dei professionisti, potenziandone le risorse, in termini di *life skills*, che fungono da fattori protettivi nell'insorgenza di disturbi lavoro-correlati (stress e *burnout*), oltre alla loro occupabilità.

Il modello formativo messo a punto e sperimentato nel progetto SALTO ha avuto riscontri positivi in termini di apprendimento, di promozione del cambiamento nella cultura della cura e di gradimento da parte dei corsisti. Lo sviluppo di progetti di animazione socio-educativa e la loro implementazione nella parte del percorso formativo che si è svolta sul campo, ha così offerto l'opportunità di applicare i saperi appresi nel confronto tra i diversi professionisti delle strutture. Inoltre, ha consentito di adottare un approccio basato sull'analisi sistematica del comportamento-problema inteso come manifestazione comportamentale, sulla conseguente progettazione di interventi animativo-educativi; ciò per dare risposta ai bisogni emersi e sull'implementazione e monitoraggio degli stessi, con un approccio analogo a quello che si segue nei percorsi clinico-diagnostici. Le équipes coinvolte hanno potuto acquisire saperi utili a contribuire all'inserimento della cultura educativo-animativa nelle pratiche quotidiane della cura, nell'ottica di un'autentica transizione verso modelli di cura sempre più attenti all'integrazione fra le dimensioni mediche e psicosociali.

Note

* Il contributo rappresenta il risultato di un lavoro di progettazione condivisa fra le Autrici. In particolare Elisa Bruni ha redatto i paragrafi 4 e 5, Maria Grazia D'Alessandro ha contribuito alla raccolta dati, Elena Luppi ha redatto il paragrafo 2 e Aurora Ricci ha redatto i paragrafi 1 e 3.

¹ Elena Luppi è Professoressa Ordinaria in Pedagogia Sperimentale presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

² Aurora Ricci è Ricercatrice a tempo determinato di tipo A in Pedagogia Sperimentale presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

³ Elisa Bruni è Dottoranda in Scienze Pedagogiche presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

⁴ Maria Grazia D'Alessandro è Responsabile Ricerca Progettazione e Sviluppo presso CEFAL Emilia Romagna.

⁵ Coordinato da Etcharry Formation Développement. Partner: Caminante (FR), AAPAVA (FR), CEFAL (IT), Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna (IT), C'ENTRO (IT), MATIA (ES), CIFP (ES), VILA MARIA (HR), DIOPTER (HR).

⁶ Scala per la misurazione dell'atteggiamento nei confronti delle demenze basata sul modello teorico tripartito di Breckler (1984) e sviluppata utilizzando una versione modificata della procedura in nove fasi descritta da Krause (2002).

⁷ La categorizzazione della macroarea "Manifestazione comportamentale" prende spunto dagli elementi del Neuropsychiatric Inventory (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi & Gornbein, 1994).

Riferimenti bibliografici

- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31(1), 65-110.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (European Network on Longitudinal Studies on Individual Development, pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205.
- Brune, K. B. (1995). Eden alternative certification, pilot group. *New Berlin, NY*.
- Coons, D. H., Mace, N. L., Whyte, T., Boling, K., Rapelje, D. H., & Senders, W. (1996). *Quality of life in long-term care*. New York: Haworth Press.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Feil, N. (1991). Validation therapy. *Serving the elderly* (1th ed.). (pp. 89-116). Routledge.
- Fugate, M., Kinicki, A. J., & Ashforth, B. E. (2004). Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 14-38.
- Fugate, M., & Kinicki, A. J. (2008). A dispositional approach to employability: Development of a measure and test of implications for employee reactions to organizational change. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 503-527.
- Gay, L. R., Mills, G. E., & Airasian, P. W. (2009). *Educational research: Competencies for analysis and applications*. New York: Merrill/Pearson.
- Givens, J. L., Jones, R. N., Mazor, K. M., Prigerson, H. G., & Mitchell, S. L. (2015). Development and psychometric properties of the family distress in advanced dementia scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 775-780.
- Griffin, M., & Annulis, H. (2013). Employability skills in practice: The case of manufacturing education in Mississippi. *International Journal of Training and Development*, 17(3), 221-232.

- Jones, M. (1999). *Gentlecare: Changing the experience of alzheimer's disease in a positive way*. Hartley & Marks Publishers.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Krause, N. (2002). A comprehensive strategy for developing closed-ended survey items for use in studies of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 263-274.
- Luppi, E. (2018). Training in non-pharmacological approaches to dementia and alzheimer. *Ricerche Di Pedagogia E Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 13(3), 123-152.
- Luppi, E. (2019). Education as a non pharmacological response to dementia and alzheimer. In C. Vilhena, & M. H. Gregório (Eds.), *The contributions of education and learning for older adults'well-being* (pp. 265-286). Portogallo: Gambelas Universidade do Algarve.
- Palestini, L., Anzivino, F., & Nicoli, M. A. (2012). La valutazione multidimensionale del paziente anziano: Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. *Dossier Regione EmiliaRomagna*, 218, 13-20.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Taddia, F. (2012). *Laboratori di animazione per la terza età. percorsi socio-educativi*. Trento: Erickson.