

# CON ...VIVIAMO

**Strategie di intervento atte a favorire una serena convivenza in reparto tra residenti affetti da demenza e altri residenti**



**Autrice**

Marina Maio Mascio

**Relatore**

Piercarlo Gaia

SSSMT Lugano – Specialista in attivazione SA-8 – Anno 2023

**“Non pensavo fosse semplice  
condividere il disordine.”**

Dalla canzone di Giovanni Caccamo  
*Quanto ti ho desiderato* (2018)

## ABSTRACT

---

La serena convivenza in reparto tra persone affette da demenza (Pad) e altri residenti, è un tema che frequentemente è stato dibattuto in tutti i contesti di lavoro nei quali ho operato finora, e soprattutto nelle strutture dove non esisteva un reparto unicamente pensato per le Pad.

La gestione di questa particolare tipologia di residenti, specialmente nei momenti di manifestazione dei disturbi del comportamento, è spesso fonte di stress sia per il personale curante, che per gli altri residenti "costretti" alla convivenza. Questo si ripercuote naturalmente negativamente anche sulle Pad stesse.

In questo mio Lavoro di Diploma, attraverso il coinvolgimento del personale curante, ho voluto indagare ciò che avviene a livello di convivenza tra i residenti di una Casa per anziani senza reparto protetto, al fine di evidenziare i fattori che più incidono su una serena convivenza in reparto per poter elaborare delle strategie di intervento efficaci per promuoverla.

La ricerca si è sviluppata secondo varie fasi: un brainstorming iniziale, per raccogliere più idee possibili (fattori che influenzano la convivenza), una successiva categorizzazione delle idee e un approfondimento attraverso un sondaggio, formulato sulla base dei fattori emersi in precedenza.

Attraverso il sondaggio è stato quindi possibile individuare quei fattori che sono risultati più significativi per una serena convivenza in reparto per rapporto a impatto e fattibilità.

Affinché lo scopo del Lavoro di Diploma, ovvero promuovere strategie efficaci per favorire una convivenza serena tra le Pad e altri residenti, venisse raggiunto, è stato necessario formulare un quadro teorico che prendesse in considerazione i fattori emersi dalla ricerca. Ho analizzato quindi le principali teorie non farmacologiche e ne ho sintetizzato i principi. Attraverso queste teorie (Metodo Validation, Approccio GentleCare, Filosofia Carpe Diem, Metodo Montessori applicato alle demenze, Approccio Capacitante) e la metodologia dell'attivazione, ho elaborato semplici strategie da utilizzare per promuovere la serena convivenza in reparto.

Il Lavoro di Diploma si conclude con un breve elenco delle strategie elaborate, in riferimento ai fattori più significativi per una serena convivenza in reparto. Ho voluto che fossero molto sintetiche ed immediate, quasi come un elenco di principi da tenere sempre a mente, a cui fare riferimento.

Parole chiave: **serena convivenza in reparto, demenza, disturbi del comportamento, terapie non farmacologiche, strategie di intervento**

L'autore è l'unico responsabile di quanto contenuto in questo lavoro.

# Sommario

---

<b>1</b>	<b>Introduzione.....</b>	<b>1</b>
1.1	Definizione e contestualizzazione del tema.....	1
1.2	Motivazione personale e collettiva.....	2
1.3	Analisi della situazione di partenza .....	3
1.4	Scopo.....	5
1.5	Obiettivi.....	5
1.6	Metodologia prevista .....	6
<b>2</b>	<b>Quadro teorico.....</b>	<b>7</b>
2.1	Piccola Casa della Divina Provvidenza Cottolengo .....	7
2.2	Introduzione alle Terapie Non Farmacologiche .....	7
2.3	Metodo Validation .....	8
2.4	Modello GentleCare .....	9
2.5	Filosofia Carpe Diem.....	9
2.6	Metodo Montessori Applicato alle Demenze.....	11
2.7	Approccio Capacitante .....	12
2.8	Lo Specialista in attivazione in relazione al tema del LdD .....	12
<b>3</b>	<b>Materiale e metodo .....</b>	<b>15</b>
3.1	Approfondimento delle conoscenze rispetto alla tematica della serena convivenza in reparto.....	15
3.2	Brainstorming.....	15
3.3	Sondaggio.....	17
<b>4</b>	<b>Risultati e discussione.....</b>	<b>22</b>
4.1	Risultati del brainstorming .....	22
4.2	Risultati sondaggio.....	23
4.3	Altri risultati da osservare .....	27
<b>5</b>	<b>Strategie elaborate .....</b>	<b>28</b>
5.1	Modalità di comunicazione .....	28
5.2	Modalità degli interventi di cura .....	29
5.3	Strutturazione della giornata .....	29
<b>6</b>	<b>Conclusioni.....</b>	<b>30</b>
6.1	Rispetto al raggiungimento degli obiettivi e dello scopo .....	30
6.2	Rispetto al percorso metodologico .....	30
6.3	Rispetto alle prospettive.....	31
6.4	Implicazioni personali.....	31
<b>7</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Immagini e Tabelle .....</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Allegato .....</b>	<b>35</b>
<b>10</b>	<b>Ultima pagina.....</b>	<b>36</b>

# 1 Introduzione

---

In questo primo capitolo introduco il mio Lavoro di Diploma (in seguito LdD), spiegandone la contestualizzazione e le motivazioni che mi hanno portato a questa scelta. Espongo lo scopo e gli obiettivi che mi sono prefissata e la metodologia che ho previsto di adottare.

## 1.1 Definizione e contestualizzazione del tema

Da settembre 2016 a settembre 2021, ho lavorato in qualità di Specialista in attivazione in formazione presso La Fondazione Casa Girotondo di Novazzano. Si tratta di una Casa per anziani (in seguito Cpa) il cui edificio, di forma circolare, si articola con al centro una grande "piazza" aperta, intorno alla quale si affacciano le varie camere, i locali di terapia, gli uffici e i vari spazi della struttura. I residenti sono accolti in due reparti, corrispondenti ai due piani dell'edificio, indipendentemente dalle patologie di cui soffrono. In particolare, non esiste un reparto protetto che riceva unicamente Persone affette da demenza (in seguito Pad).

Da novembre 2021 a tutt'oggi, sto lavorando presso la Cpa, Piccola Casa della Divina Provvidenza Cottolengo di Gordevio. Al momento l'edificio è in ristrutturazione e anche qui, per ora, non esiste un reparto dedicato solamente alle Pad.

In entrambe le strutture, le Pad vivono la normale quotidianità della Casa e frequentemente presentano disturbi del comportamento, quali agitazione, aggressività, affaccendamento, wandering, che rendono difficoltoso il contatto e la relazione tra loro e gli altri residenti.

La gestione di questa particolare tipologia di residenti, specialmente nei momenti di manifestazione dei disturbi del comportamento, è spesso una notevole fonte di stress sia per il personale curante che per gli altri residenti che sono "costretti" alla convivenza.

Nelle strutture in cui non esiste un reparto pensato esclusivamente per Pad, la serena convivenza tra residenti era, ed è, un problema sempre attuale e molto discusso in sede di incontri di équipe. Durante la mia partecipazione alle riunioni e durante le varie discussioni tra colleghi, ho notato che il fattore preso in considerazione come determinante e quasi esclusivo della perturbata convivenza tra residenti è rappresentato dai disturbi del comportamento delle Pad. Di conseguenza, gli interventi messi in atto per promuovere la serena convivenza sono focalizzati esclusivamente sulle Pad e/o sulle loro patologie.

Sono convinta che per vivere bene sia necessario trovarsi in sintonia non solo con le altre persone conviventi ma anche con l'ambiente circostante e con ciò che esso restituisce ai suoi residenti. Inoltre, lo stato d'animo e le emozioni di ogni singolo componente del reparto (Pad, altri residenti, personale e visitatori) incidono sulle relazioni che esso instaura con gli altri.

Sulla base di quanto studiato e sperimentato durante la mia formazione di SA, io ritengo che ci possano essere altri fattori, oltre a quelli riferibili strettamente alle Pad, che possano non

soltanto mitigare i disturbi comportamentali, ma anche creare dei presupposti per migliorare la qualità della convivenza come per esempio l'influenza dell'ambiente, oppure i rapporti sociali che si instaurano tra residenti, personale e visitatori o ancora la strutturazione del tempo.

In questi anni di formazione mi sono molto interessata alle varie Terapie non Farmacologiche (in seguito TNF) e per ognuna di esse ho potuto riconoscere degli elementi utili e riconducibili alla mia attuale ricerca. In particolare, il Metodo Montessori adattato alle demenze si basa sull'idea che le persone, specialmente le Pad, hanno bisogno di un ambiente di cura che sia sicuro, confortevole e stimolante, in grado di supportare la loro salute mentale e fisica. L'anziano deve ritrovare nell'ambiente, libertà, autonomia e individualità (Avoncelli, 2020, p. 93).

Dall'approccio Validation e dall'Approccio Capacitante, si intuisce che la serena convivenza è basata anche sulle relazioni sociali e sulla comunicazione validante e riconoscente dell'identità della persona e delle sue competenze, "il vero contributo che il comunicare può fornire alla felicità della convivenza" (Vigorelli, 2018, p. 21). Altri spunti li possiamo trovare anche in altre TNF e verranno approfonditi in seguito.

Inoltre, in riferimento ai processi di lavoro 2 e 5 del programma quadro dello SA, inerenti all'Attivazione nel Quotidiano Terapeutica (processo 2), e alla Conduzione e concezione del settore attivazione (processo 5), lo SA è in grado di effettuare una strutturazione del tempo individuale e specifica, pianificando terapie ed attività adeguate per i residenti in base ad ogni loro esigenza e/o bisogno, rispettando un piano terapeutico, con evidenti ricadute positive sul contenimento dei disturbi del comportamento e la promozione di una serena convivenza.

Alla luce di quanto esposto fin qui, nel presente LdD, desidero indagare, nel contesto in cui lavoro, quali siano le possibili cause che incidono su una serena convivenza tra residenti affetti da patologie diverse e individuare, tra queste, quali fattori sarebbe possibile modificare, ed in che modo, al fine di migliorare la convivenza tra Pad e gli altri residenti.

## **1.2 Motivazione personale e collettiva**

La motivazione che mi ha spinto alla definizione e strutturazione del presente progetto da un punto di vista personale riguarda la mia convinzione che condurre una vita serena sia la base di partenza dello "star bene" sia sotto il punto di vista fisico che spirituale. Se io mi trovassi a dover, mio malgrado, convivere e condividere una condizione disturbante, sicuramente non starei bene e diventerei io stessa un elemento disturbante.

Attualmente lavoro in una struttura dove non è presente il reparto protetto per Pad e sono confrontata ogni giorno con insoddisfazioni a vario livello (residenti, personale e visitatori) e frequenti incomprensioni e irrequietezze causate dai problemi comportamentali dei singoli residenti. La serena convivenza qui è molto precaria.

Durante le giornate, la qualità dei miei interventi e le condizioni di lavoro in generale sono molto influenzate dai malumori dei residenti. Capita di sentirmi impotente poiché a volte le strategie in mio possesso non bastano per gestire la situazione.

Da un punto di vista collettivo, la conduzione di un reparto comune che accoglie sia residenti che presentano disturbi del comportamento sia residenti con o senza altre particolari patologie, risulta molto difficoltosa e crea stress sia nei residenti che nel personale curante e spesso anche nei visitatori.

A volte i vari approcci relazionali o le terapie specifiche per ogni Pad non sono sufficienti a risolvere, nel momento di maggiore agitazione, il problema della serena convivenza. Agire su altri fattori che condizionano la serena convivenza, come, per esempio, l'ambiente, la gestione del tempo o la comunicazione, prima che si arrivi al momento di massima espressione dei problemi comportamentali, potrebbe sicuramente contribuire a creare un clima più tranquillo in tutto il reparto, tra tutti i membri della comunità, residenti, operatori ed esterni (visitatori).

### **1.3 Analisi della situazione di partenza**

Per poter fare un'analisi della situazione di partenza, ho scelto di utilizzare uno strumento di pianificazione strategica chiamato Analisi SWOT, imparato durante le lezioni di Diploma. Esso fornisce una panoramica dei fattori interni ed esterni che, in un qualche modo, condizionano lo sviluppo del progetto e devono quindi essere tenuti in considerazione per influenzarne il successo, sviluppando strategie efficaci per massimizzare i punti di forza e le opportunità, e per mitigare i punti deboli e le minacce.

Attraverso la matrice SWOT, i punti di forza (S=Strengths) e di debolezza (W=Weaknesses), così come le opportunità (O=Opportunities) e le minacce (T=Threats), vengono identificati e intrecciati tra loro al fine di trovare strategie di intervento e soluzioni.

Tabella 1: Analisi SWOT

<b>PUNTI DI FORZA interni (S)</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA interni (W)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buone capacità relazionali</li> <li>✓ Buona padronanza delle competenze e della metodologia SA</li> <li>✓ Buona conoscenza delle tecniche utilizzate nel campo delle ricerche di mercato e gestione dei gruppi</li> <li>✓ Buona conoscenza del contesto teorico di riferimento</li> <li>✓ Fortissima motivazione, fiducia e interesse nel progetto</li> <li>✓ Periodo di vacanza da dedicare alla stesura del LdD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nessuna esperienza precedente in progetti simili</li> <li>✓ Rischio di non essere neutrale nelle risposte e nelle conclusioni</li> <li>✓ Necessità di avere la collaborazione di altri</li> </ul>
<b>OPPORTUNITÀ esterne (O)</b>	<b>MINACCE esterne (T)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La Struttura dove lavoro sostiene la realizzazione del progetto.</li> <li>✓ Problematica riconosciuta anche dai colleghi di équipe i quali hanno interesse nella concreta, serena convivenza in reparto.</li> <li>✓ Personale del reparto formato riguardo al trattamento delle Pad.</li> <li>✓ Supporto della scuola e del relatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ruolo SA non ancora ben conosciuto</li> <li>✓ Tempi di realizzazione del progetto scarsi</li> <li>✓ Rapporti piuttosto difficoltosi con il resto dell'équipe</li> <li>✓ Gruppo di confronto troppo piccolo</li> <li>✓ Rischio di non trovare strategie opportune per incentivare la serena convivenza</li> </ul>

Ritengo che i punti di forza del progetto, uniti alle opportunità, possano contrastare i punti di debolezza e le minacce. In particolare:

- Grazie alle mie capacità relazionali e alle mie competenze di SA nella gestione di progetti interdisciplinari, potrei creare le condizioni ottimali affinché l'équipe si senta coinvolta e partecipi con interesse al mio progetto. Nello specifico, dopo una esaustiva presentazione della figura dello SA e dell'importanza del mio LdD, intendo proporre lo strumento del brainstorming (vedi paragrafo 3.2) per renderli partecipi e illustrare loro l'importanza della loro collaborazione attiva nella creazione delle basi per la ricerca. Inoltre, per trovare modalità corrette di presentazione e conduzione e sopperire eventuali inaspettate criticità, ho molto approfondito le mie conoscenze riguardo le tecniche utilizzate nel campo delle ricerche di mercato e gestione dei gruppi.
- Grazie alle mie conoscenze metodologiche, oltre che alla forte motivazione personale, mi auguro di riuscire ad individuare le opportune strategie di intervento basandomi sull'approfondito quadro teorico di riferimento.

- Le opportunità legate al sostegno del progetto da parte della struttura e alla consapevolezza della problematica da parte dei colleghi di équipe, conferiscono valore al progetto e supporto al mio lavoro di ricerca.
- Il gruppo di confronto non è numeroso ma è esteso a tutto il personale curante che lavora nel reparto. Molti di essi hanno inoltre seguito formazioni specifiche per la cura di residenti affetti da demenza, rendendo il collettivo molto competente nell'esprimere delle opinioni su questo tema.
- Grazie all'utilizzo dello strumento del sondaggio con domande chiuse a punteggio, dal quale emergeranno dei valori oggettivi, mi auguro di riuscire a superare il rischio di non essere neutrale nell'elaborazione delle conclusioni della ricerca.
- I tempi di realizzazione del progetto sono scarsi, ma ho la possibilità di sfruttare dei periodi di vacanza per dedicarmi esclusivamente alla stesura del LdD.
- Il sostegno della scuola e del relatore mi aiuteranno a superare l'inesperienza in progetti simili.

## **1.4 Scopo**

Attraverso il coinvolgimento del personale curante, in merito a ciò che avviene a livello di convivenza tra i residenti di una Cpa senza reparto protetto, evidenziare i fattori più significativi al fine di promuovere strategie efficaci per favorire una convivenza serena tra le Pad e gli altri residenti.

## **1.5 Obiettivi**

Di seguito l'elenco degli obiettivi che mi sono prefissata per raggiungere lo scopo sopracitato:

1. Coinvolgere il personale curante nell'individuare i possibili fattori che condizionano la convivenza in un reparto in cui convivono Pad e gli altri residenti.
2. Determinare la relazione tra fattori e cause attraverso una mappa mentale.
3. Evidenziare quei fattori che incidono maggiormente su una serena convivenza in base all'impatto (cioè a quanto può essere efficace l'intervento su quel fattore) e in base alla fattibilità (cioè la possibilità di poter modificare effettivamente quel fattore).
4. Proporre delle possibili strategie di intervento sui fattori sui quali è più opportuno intervenire, al fine di una serena convivenza in reparto.

## 1.6 Metodologia prevista

In sede di progettazione del LdD, questi sono i passi che ho prestabilito di compiere:

1. Attraverso il confronto con l'équipe di lavoro (vedi paragrafo 3.2 Brainstorming), redigere una lista di tutti i possibili fattori che influenzano la convivenza in reparto (e categorizzarli in una mappa mentale).
2. Sottoporre all'équipe di lavoro un questionario per ponderare i diversi fattori della mappa in base all'impatto sulla convivenza serena e alla fattibilità di realizzazione di un cambiamento volto ad una migliore convivenza.
3. Elaborare i risultati del questionario al fine di individuare quali siano i fattori sui quali vale maggiormente la pena intervenire per favorire una convivenza serena.
4. Approfondire i vari riferimenti teorici (quali per esempio TNF e approcci relazionali), al fine di comprendere quali sono i fattori che, secondo la letteratura, influenzano la convivenza all'interno di un gruppo e i principi generali attraverso i quali può essere promossa una serena convivenza.
5. Analizzare ogni fattore individuato affinché si possano definire strategie di intervento come SA e/o come équipe.
6. Realizzare un documento che riassume i fattori modificabili e le relative strategie di intervento.
7. Presentare il documento all'équipe di lavoro e alla direzione.

## 2 Quadro teorico

---

Il presente capitolo ha, da una parte, lo scopo di presentare al lettore l'ambito di lavoro in cui ho deciso di svolgere il mio LdD e, dall'altro, di approfondire quelle conoscenze teoriche indispensabili per raggiungere gli obiettivi che mi sono prefissata.

Il capitolo inizia quindi con una breve presentazione della struttura in cui opero e, in seguito, svilupperò il quadro teorico di riferimento partendo dal significato di TNF e soffermandomi a descriverne alcune tra le principali.

Per focalizzare le ricerche teoriche, ho suddiviso gli approfondimenti in sei grandi temi (5 TNF e la metodologia dello Specialista in attivazione), che più rispecchiano il mio stile di lavoro e che utilizzerò come riferimenti dai quali attingerò, per elaborare le strategie di convivenza serena. Nel testo di questo capitolo, sono evidenziati in corsivo i fattori, emersi durante il brainstorming, considerati rilevanti ai fini di una serena convivenza in reparto. Sulla base di quei fattori, ho poi creato il questionario del sondaggio. Spiegherò in seguito (si veda paragrafo 4.1) quale è stato il percorso per la scelta di questi particolari elementi.

### 2.1 Piccola Casa della Divina Provvidenza Cottolengo

La Fondazione Piccola Casa della Divina Provvidenza di Gordevio, fondata da San Giuseppe Cottolengo, è una istituzione civile ed ecclesiale. Gestisce una Cpa che accoglie anziani bisognosi di cure senza distinzione alcuna. Al momento della stesura del presente LdD, la struttura della Casa comprende un totale di 65 posti letto e i residenti sono suddivisi in due reparti, indipendentemente dalle patologie di cui soffrono. Io lavoro nel reparto Miralago che, a causa dei lavori di ristrutturazione che coinvolgono la struttura principale di Gordevio, è momentaneamente dislocato a Muralto. Attualmente, né a Gordevio e né a Muralto, esiste un reparto esclusivamente dedicato alle Pad.

### 2.2 Introduzione alle Terapie Non Farmacologiche

Sono considerate TNF, qualsiasi intervento non chimico, mirato e replicabile, basato su una teoria, condotto con il paziente o il caregiver, potenzialmente in grado di fornire qualche beneficio rilevante (Olazaran, 2010, citato in Pezzati et al., 2020, p.57)

Le TNF consistono in un ampio numero di approcci e interventi psicologici, psicosociali, interpersonali, comportamentali, emotivi, pratici e ambientali; esse riflettono una varietà di approcci e la creatività e l'impegno di molti professionisti che le mettono in pratica.

Non esiste una TNF universale, in grado di essere efficace con ogni individuo, ma ogni intervento deve essere confezionato su misura per ogni persona. "La scelta dell'intervento non farmacologico si basa su una approfondita conoscenza della persona e sulla formulazione di

una ipotesi circa il significato dei comportamenti, in quella specifica persona con la sua storia, in quella specifica fase di malattia e in quello specifico contesto” (Pezzati et al., 2020, p. 93).

## 2.3 Metodo Validation

Il metodo Validation, ideato verso la fine degli anni '60 in Ohio da Naomi Feil, in risposta ai metodi tradizionali che con gli anziani disorientati non funzionavano, si basa sull'idea che l'accettazione empatica delle esperienze e delle emozioni dell'individuo anziano può favorire la *comunicazione* e migliorare il benessere generale. L'obiettivo principale del metodo è quello di comprendere e convalidare i sentimenti e i bisogni dell'anziano, creando un ambiente di accettazione, rispetto e dignità.

Ci sono quattro principi fondamentali del metodo Validation:

- Accettazione empatica: Gli operatori devono mettersi nei panni della persona anziana, cercando di comprendere e accettare le sue esperienze e le sue emozioni, anche se possono sembrare confuse o non conformi alla realtà. Questo aiuta a creare un ambiente sicuro e di fiducia per l'anziano.
- Validazione dei sentimenti: L'obiettivo è riconoscere e convalidare i sentimenti espressi dall'anziano, anche se possono sembrare irrazionali o non correlati alla situazione attuale. Questo contribuisce a far sentire l'anziano ascoltato e rispettato, riducendo potenzialmente l'ansia e l'agitazione.
- Ricerca dei bisogni nascosti: Spesso i comportamenti problematici o la confusione possono essere indicativi di bisogni sottostanti non soddisfatti, come la fame, la sete, la solitudine o il bisogno di comfort. Il metodo Validation incoraggia gli operatori a indagare sulle possibili cause dietro i comportamenti e a cercare di soddisfare i bisogni non soddisfatti.
- Creazione di un ambiente di rispetto e dignità: È essenziale mantenere un approccio rispettoso e dignitoso nei confronti dell'anziano, anche quando i comportamenti possono essere di difficile gestione o frustranti per i caregiver. Ciò include utilizzare un linguaggio gentile, avere pazienza e fornire un ambiente sicuro e rassicurante.

Il metodo Validation può aiutare a *migliorare la comunicazione*, a ridurre l'ansia e l'agitazione, a promuovere il senso di dignità e a migliorare la qualità della vita complessiva dell'anziano.

È importante notare che il metodo Validation richiede una *formazione specifica* per essere applicato correttamente. Gli operatori che utilizzano questo approccio dovrebbero acquisire conoscenze approfondite sulla comunicazione empatica per garantire risultati positivi e fornire un'assistenza di qualità.

## 2.4 Modello GentleCare

Il Modello GentleCare è stato ideato dalla dottoressa Moyra Jones negli anni Novanta in Canada. È stato sviluppato per anziani con demenza, ma lo si può applicare anche per anziani fragili che si trovano confrontati con le limitazioni dovute al loro stato fisico e psichico. Muove dalla considerazione di come una persona affetta da demenza subisca una modificazione nelle sue capacità di interazione con la realtà. Prende in considerazione il benessere sia a livello psichico che fisico e introduce il concetto dell'*ambiente* che cura. In GentleCare, si riconosce l'unicità della persona con la sua storia di vita, e l'attenzione viene spostata dalla situazione problematica, a ciò che la persona è in grado di fare.

Il divario tra richieste ambientali e capacità della persona provoca un aumento dei livelli di stress che sfociano in comportamenti disturbanti. Il *metodo di cura "protesico"* ha l'obiettivo di fornire alle persone un supporto esterno (una sorta appunto di protesi), capace di compensare la perdita di capacità. Tre, gli elementi importanti dell'assistenza protesica:

- Le persone: Sono considerate il primo elemento dell'assistenza protesica: l'insieme dello *staff di cura e i familiari*. Tutte queste persone fanno parte dell'ambiente con cui la Pad (e gli altri anziani, aggiungo io) entra in contatto, possono aiutare la Pad e possono dunque essere opportunamente formate. Vi sono poi le altre Pad che abitano la struttura, i *volontari*, il *personale amministrativo* e i *visitatori*. Ognuno di loro riempie, solo con la presenza, lo spazio delle Pad e influenza la convivenza.
- I programmi: I programmi sono costituiti da tutte quelle attività che una persona svolge, o per la quale vengono svolte, nell'arco della giornata. In quest'ottica *l'attività* è tutto ciò che fa parte della vita quotidiana della persona, non si tratta di attività aggiunte alla routine giornaliera, ma sono per esempio: cura della persona, comunicazione, tempo libero, lavoro, ecc.
- Lo spazio fisico: lo spazio fisico è concepito per essere vissuto da chi lo abita "deve quindi essere semplice, familiare, contenere oggetti personali, avere un carattere domestico" (Jones, 2005 p. 265). Numerosi elementi del design possono migliorare le prestazioni e la qualità di vita. Bisogna pertanto far sì che gli *ambienti* vengano riconosciuti e che siano sicuri, ed eliminare elementi di distrazione che potrebbero solo far aumentare il disorientamento nello spazio.

## 2.5 Filosofia Carpe Diem

La filosofia Carpe Diem nasce, dal desiderio personale e professionale di Nicole Poirier di creare luoghi di vita per le Pad nei quali venga riconosciuta la loro unicità, la loro storia e la possibilità di avere giornate che diano senso di familiarità alla vita. Il termine "Carpe Diem"

significa "cogli l'attimo" ed è un invito a vivere il momento presente. "Le persone devono potersi sentire utili e accettate al fine di poter vivere un sentimento di soddisfazione nelle interazioni sociali, di poter godere della massima autonomia possibile e di poter diminuire lo stato di ansia. Si deve inoltre garantire sempre la possibilità di essere accompagnati dalla propria famiglia lungo tutto l'arco della malattia con rispetto e dignità" (Pezzati et al. 2020, p.158).

L'enunciazione dei principi della filosofia Carpe Diem, nei primi anni '90, quando ha iniziato a svilupparsi, sono risultati fortemente rivoluzionari e di cambiamento culturale, poiché si desiderava modificare lo sguardo nei confronti delle persone affette da demenza, lottando contro i pregiudizi attribuiti alla patologia e sostenendo un cambiamento positivo negli interventi con persone con perdita di autonomia cognitiva.

Espongo di seguito alcune scelte pratiche da mettere in campo affinché i luoghi di cura diventino luoghi di vita secondo l'approccio Carpe Diem:

- Gli anziani vivono in una casa "normale" (non in un istituto), con vissuti affettivi domestici: profumi della cucina, erbe raccolte in giardino, giornali, il frigo raggiungibile da tutti e sempre ben rifornito. Ogni pasto, è condiviso con il personale perché è un'opportunità di scambio sociale molto ricco, della quale si approfitta.
- I *ruoli* non sono suddivisi tra le persone. Nella casa non c'è il cuoco, la donna delle pulizie e della lavanderia: tutti fanno tutto. I ruoli sono paritari; non si sente il peso di una gerarchia. Il personale non indossa un'uniforme, fatto che potrebbe essere letto come segno di controllo e autorità.
- La *comunicazione* è un perno fondamentale della filosofia Carpe Diem. L'utilizzo delle parole non è casuale. A "Carpe Diem", si parla di approccio e non di metodo; si parla di persone e non di malati; si parla di intervenenti (cioè coloro che intervengono con tecniche di gestione del comportamento) e non di curanti.
- A "Carpe Diem" si cerca di rispettare al massimo l'integrità dell'anziano, evitando di utilizzare strategie che sfruttino l'handicap per "gestirlo".
- L'aggressività è considerata come un mezzo utilizzato dalla persona per difendere il suo territorio, la sua integrità, o la sua intimità. I medicinali non sono utilizzati come mezzo di controllo del comportamento.
- Le fughe sono considerate come un progetto di vita, quindi non vi si risponde con la *contenzione*.
- Le *famiglie* sono coinvolte nell'accompagnamento del proprio caro e hanno libero accesso alla casa.

Ed anche con l'approccio Carpe Diem una adeguata *formazione degli operatori* e soprattutto una comprensione e condivisione delle strategie operative sono indispensabile affinché i principi cardini della filosofia siano messi in pratica.

## 2.6 Metodo Montessori Applicato alle Demenze

Il metodo Montessori originale è stato sviluppato da Maria Montessori per l'educazione dei bambini, ma i suoi principi si sono rivelati altrettanto validi, applicati con adeguati accomodamenti, per gli anziani con demenza. Cameron Camp ha adattato tali principi, intorno all'anno 2012, per creare un *ambiente stimolante* e gratificante per le persone affette da demenza, in modo che possano continuare a svolgere *attività* significative e mantenere una certa qualità di vita. Il metodo Montessori adattato alle demenze si concentra sull'offrire alle persone con demenza la possibilità di partecipare a attività significative e che siano appropriate per le proprie capacità e gli interessi individuali. Ciò promuove *l'autonomia*, l'autostima e la creazione di un ruolo nelle persone con demenza.

Principi chiave nel metodo Montessori adattato alle demenze:

- Rispetto per l'individualità: Ogni individuo è considerato *unico* e viene trattato con rispetto, dignità e empatia. Si riconosce che le persone affette da demenza conservano capacità residue e *interessi personali*, e si cerca di adattare le attività alle loro capacità e preferenze.
- Coinvolgimento attivo: Le persone con demenza vengono incoraggiate a partecipare attivamente alle *attività quotidiane*, come vestirsi, preparare il cibo o fare piccole pulizie.
- Ambienti preparati: Gli *ambienti* vengono organizzati in modo da facilitare l'orientamento e l'accesso alle *attività*. Ciò include l'utilizzo di etichette chiare, immagini o segni per aiutare a identificare gli oggetti e le aree.
- Attività significative: Le *attività proposte* sono scelte in base alle *capacità* e agli interessi individuali delle persone affette da demenza. Queste attività sono strutturate in modo che le persone possano avere successo e sperimentare un senso di realizzazione anche in *autonomia*.
- Istruzione graduale: Le attività vengono presentate in modo graduale, partendo dalle competenze già acquisite e progredendo in modo sequenziale. Ciò consente alle persone di acquisire fiducia e di sviluppare nuove abilità nel tempo.

È importante notare che, anche in questo caso, l'applicazione del metodo Montessori adattato alle demenze richiede una *formazione specifica per gli operatori sanitari* e il personale coinvolto nell'assistenza alle persone con demenza. Inoltre, *la conoscenza delle capacità*

*individuali*, degli *interessi* e della *storia di vita delle persone*, è fondamentale per adattare le attività in modo appropriato per ottenere i migliori risultati possibili.

## **2.7 Approccio Capacitante**

È attraverso il Conversazionalismo di Giampaolo Lai, il cui obiettivo è la felicità conversazionale (intesa non tanto come emozione sentita dagli interlocutori, ma come qualità della conversazione, che può variare nel corso dello scambio con l'altro), che l'Approccio Capacitante, elaborato da Pietro Vigorelli, si sviluppa. Basandosi sull'ascolto delle parole e imparando a scegliere le parole da rivolgere, il caregiver può contribuire a tenere vive le competenze delle Pad (competenza emotiva, a parlare e *comunicare*, a contrattare e decidere) o a farle riemergere quando eclissate (Vigorelli, 2011).

Nell'approccio capacitante è il *caregiver a mettersi in discussione*, a ricercare le *modalità comunicative* che permettono al malato di parlare e di sentirsi ascoltato. L'intento di questo metodo comunicativo non è quello di raggiungere un grado di autosufficienza bensì utilizza le capacità ancora presenti come mezzo per favorire una buona qualità di vita del malato e del caregiver. L'attenzione è sullo scambio verbale e sul testo audio-registrato e trascritto delle parole avvenute in quello scambio verbale. Attraverso la registrazione e trascrizione della conversazione, si possono ricercare indicatori comunicativi e "figure logico-modali" consentendo di mettere in luce fenomeni terapeutici sui quali basarsi per futuri interventi (Pezzati et al., 2020).

P. Vigorelli, promuove una serie di corsi specifici per imparare le potenzialità e la messa in pratica di questo approccio comunicativo.

## **2.8 Lo Specialista in attivazione in relazione al tema del LdD**

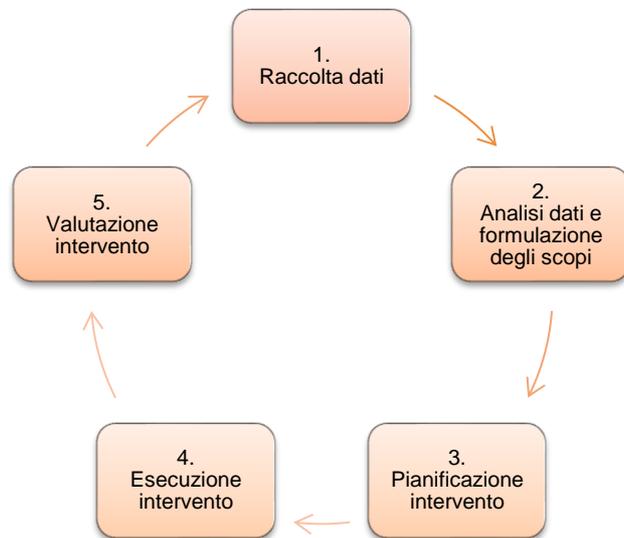
Passerò ora a descrivere la figura dello SA e nello specifico, le competenze alle quali egli attinge per poter promuovere strategie efficaci ai fini di una serena convivenza in reparto, scopo di questo LdD.

Lo Specialista in attivazione SSS si assume la responsabilità professionale e manageriale dell'intera area di attivazione. È responsabile del concetto generale di attivazione per quanto concerne le offerte di attivazione SSS (terapia d'attivazione e attivazione nel quotidiano terapeutica), compresa la gestione di progetti interdisciplinari legati al campo dell'attivazione, l'offerta di attività per l'attivazione nel quotidiano così come la loro esecuzione, valutazione e garanzia della qualità. Alla base degli interventi di uno Specialista in attivazione SSS vi sono la gestione professionale dell'interazione e della relazione con i clienti (Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario [OdASanté] & Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria [ASCFS], 2022, p.9).

Inoltre:

### Approccio metodologico (processi di lavoro 1 e 2):

Gli interventi dello Specialista in attivazione dipl. SSS comprendono la terapia d'attivazione (TA) e l'attivazione nel quotidiano terapeutica (AQT) con singole persone e gruppi. L'agire professionale dello Specialista in attivazione dipl. SSS si orienta ai seguenti passi metodologici: Raccolta dati - Analisi dei dati e formulazione degli scopi - Condivisione della finalità e conferma degli scopi - Pianificazione - Esecuzione - Valutazione. L'approccio basato sul processo permette un adattamento dinamico. Nel metterlo in pratica lo Specialista in attivazione dipl. SSS si basa su un atteggiamento centrato sulla persona e su un'interpretazione olistica delle diverse dimensioni della salute. Per entrambi gli approcci (TA e AQT), le risorse manifeste e nascoste dei clienti sono messe in evidenza, analizzate e preservate/promosse. I clienti sono sostenuti nella loro autoefficacia attraverso le offerte d'attivazione. L'uso e lo sviluppo delle competenze individuali vengono stimolati e resi possibili. Questo rafforza l'autodeterminazione, la qualità della vita e il benessere (OdASantè & ASCFS, 2022, p.10)



La metodologia SA è rappresentabile attraverso un processo che funziona in modo circolare, che comprende 5 passi.

1. Raccolta dati
2. Analisi dati e formulazione degli scopi
3. Pianificazione dell'intervento
4. Esecuzione dell'intervento
5. Valutazione dell'intervento

Figura 1: Passi metodologia SA

Il primo passo, la raccolta dati, è di fondamentale importanza per il buon esito di qualunque intervento in quanto raccoglie un'accurata *biografia* del paziente, la sua storia clinica, la descrizione della sua situazione attuale compresa l'osservazione di funzionamento e disabilità e mette in luce quelli che sono i suoi *interessi*, le sue *risorse* e i suoi *bisogni*.

L'analisi di questi dati permetterà poi di formulare degli scopi personali adeguati e di pianificare delle *terapie di attivazione* mirate.

## Processo di lavoro 2: Attivazione nel quotidiano terapeutica

L'attivazione nel quotidiano terapeutica comprende tutte le offerte che arricchiscono la gestione della giornata dei clienti e che vengono incontro ai loro interessi. Si tratta sia di attività che strutturano la loro vita quotidiana e promuovono la loro partecipazione, sia di rituali e di feste nel corso dell'anno, come pure di eventi culturali. Comprende sia eventi per gruppi sia offerte e provvedimenti per singole persone. Il concetto di attivazione nel quotidiano terapeutica si orienta alle condizioni quadro dell'istituzione, compresi la cultura, gli obiettivi annuali e la clientela dell'istituzione.

Lo Specialista in attivazione dipl. SSS è responsabile della concezione, della pianificazione, dell'organizzazione e dello svolgimento dell'attivazione nel quotidiano terapeutica e la valuta. Si basa sulla raccolta dati, l'analisi, le conclusioni e gli scopi. Integra l'attivazione nel quotidiano, a livello concettuale, quale offerta del settore delle cure e dell'assistenza nel campo dell'attivazione. (OdASantè & ASCFS, 2022, p.14).

Nell'ambito di questo processo, le competenze specifiche dello SA che si prestano per lo svolgimento del LdD sono:

- I. Raccoglie informazioni sul residente, in base ai primi tre passi della metodologia (raccolta dati, analisi dati, formulazione scopi).
- II. Tiene conto delle *caratteristiche specifiche del residente* (bisogni, sfondo sociale e culturale, condizioni quadro dell'istituzione) e pianifica l'attivazione terapeutica nel quotidiano.
- III. Svolge l'attivazione nel quotidiano o ne delega l'esecuzione a collaboratori idonei.
- IV. Valuta l'efficacia dell'attivazione nel quotidiano terapeutica.

## Processo di lavoro 5: Conduzione e concezione del settore attivazione

Lo Specialista in attivazione dipl. SSS è responsabile dell'intero settore attivazione. Lo Specialista in attivazione dipl. SSS con funzione dirigenziale dirige il team del settore attivazione. È responsabile della selezione, dell'impiego, dell'istruzione, dell'accompagnamento, della formazione e della gestione dei collaboratori fissi e volontari. Lo Specialista in attivazione dipl. SSS collabora in modo intra- e interprofessionale con altre persone coinvolte, operatori e servizi dei settori di lavoro e professionali coinvolti. Consiglia e forma collaboratori di altri settori. Lo Specialista in attivazione dipl. SSS dirige o partecipa a progetti intersettoriali in relazione all'attivazione nell'istituzione o nello spazio sociale. Lo Specialista in attivazione dipl. SSS crea le condizioni quadro strutturali necessarie al settore attivazione tenendo conto dell'interprofessionalità (OdASantè & ASCFS, 2022, p.17).

Nell'ambito di questo processo, le competenze specifiche dello SA sono riconducibili al ruolo di responsabile del settore attivazione, ma nel particolare di questo progetto:

- I. Collabora in modo intra- e interprofessionale con le altre persone coinvolte.
- II. Dirige progetti intersettoriali in relazione al settore attivazione, tenendo conto delle direttive superiori della struttura.

## 3 Materiale e metodo

---

Dopo aver svolto un'introduzione generale e illustrato gli approfondimenti teorici, questo capitolo descrive la metodologia utilizzata e il materiale impiegato nel realizzare il LdD.

### 3.1 Approfondimento delle conoscenze rispetto alla tematica della serena convivenza in reparto.

La concretizzazione del mio LdD è partita con lo svolgimento del brainstorming. Tuttavia, nei mesi di gennaio e febbraio 2023 ho iniziato l'approfondimento del mio quadro teorico. La tematica della serena convivenza tra Pad e altre persone, si è rivelata ampia. Le possibilità offerte da questo argomento sono vaste ed esistono differenti trattazioni della stessa materia sotto profili diversi. Mi sono concentrata ad analizzare quelle che sono più confacenti al mio modo di lavorare e che, nel corso della mia esperienza lavorativa, ho potuto sperimentare attivamente, sia perché ho frequentato corsi di formazione specifici e sia perché rientranti nella filosofia delle cure delle strutture in cui ho lavorato. Come illustrato nel capitolo "Quadro teorico" esse sono:

- Metodo Validation
- Approccio GentleCare
- Filosofia Carpe Diem
- Metodo Montessori Applicato alle Demenze
- Approccio Capacitante
- Metodologia dello SA

### 3.2 Brainstorming

#### Definizione e caratteristiche

Il brainstorming letteralmente "tempesta di idee", è una tecnica di generazione di idee che coinvolge un gruppo di persone al fine di produrre un ampio e diversificato insieme di pensieri, soluzioni o suggerimenti per affrontare un problema o raggiungere un obiettivo specifico (IONOS, 2023). Durante una sessione di brainstorming, i partecipanti sono incoraggiati a condividere liberamente le proprie idee senza censura e senza giudizio critico. L'obiettivo principale del brainstorming è favorire la creatività, l'innovazione e l'espansione delle possibilità, consentendo il fluire libero di idee al di là delle restrizioni convenzionali.

Il brainstorming si contraddistingue per la semplicità di pianificazione e di esecuzione. Chi guida la discussione può contribuire ulteriormente a stimolare la fuoriuscita di idee adottando misure appropriate e rendendo i risultati della sessione ancora più interessanti. Una buona moderazione svolge un ruolo fondamentale per arrivare a un brainstorming di successo, perciò

ogni moderatore dovrebbe essere opportunamente preparato e organizzarsi in modo da prevedere ciò che potrebbe accadere.

### **Brainstorming “serena convivenza in reparto”**

Per poter stilare la lista di tutti i possibili fattori che condizionano la serena convivenza in reparto ho utilizzato la tecnica del brainstorming ed ho coinvolto, con il loro consenso e quello della direzione, i miei colleghi di lavoro.

Nel mese di febbraio, al termine di una riunione di equipe, ho organizzato un incontro con il personale curante in turno quel giorno, affinché scaturisse “una tempesta di idee” intorno al tema della serena convivenza in reparto.

Tabella 2: Pianificazione Brainstorming

Gruppo	Composto dalle 13 persone in turno.
Obiettivo	<b>Elencare tutti i possibili fattori che incidono sulla serena convivenza in reparto</b>
Regole	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporre nuove idee.</li> <li>✓ Ogni idea è ben accetta.</li> <li>✓ Non c'è bisogno di alzare la mano per prendere parola.</li> <li>✓ Ascoltare (e leggere) le idee degli altri poiché ogni proposta può essere uno spunto per idee nuove.</li> <li>✓ Dare il proprio contributo in maniera breve e concisa.</li> <li>✓ Ogni partecipante del gruppo è fornito di un blocchetto di foglietti adesivi post-it e di un pennarello.</li> <li>✓ Tutti i contributi vengono inseriti sulla whiteboard (cartellone attaccato al muro).</li> </ul>
Modalità di svolgimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ogni partecipante, propone al gruppo la propria idea riguardo ai fattori che condizionano la serena convivenza in reparto e la scrive sul foglietto post-it.</li> <li>✓ Ogni partecipante attacca il proprio foglietto sul cartellone.</li> <li>✓ La vicinanza tra i foglietti indica una somiglianza, un'attinenza, un legame o una relazione tra i contenuti dei foglietti.</li> <li>✓ È possibile spostare un foglietto inserito da un altro membro del gruppo a patto che si motivi tale gesto e che la persona che ha attaccato il foglietto in origine, sia d'accordo.</li> </ul>
Tempo della seduta	30 minuti

Il mio contributo al brainstorming è stato nel ruolo di moderatore. Prima di condurre la sessione vera e propria, mi sono concentrata nella organizzazione della riunione, cercando di immaginare l'andamento della discussione e pianificando i vari criteri sopra elencati. Ho cercato di formulare una introduzione adeguata ponendo il problema della serena convivenza in reparto in maniera concisa senza influenzare le idee che sarebbero seguite. Riassumo nella seguente tabella i passi che ho svolto durante il brainstorming:

Tabella 3: Compiti del moderatore

<b>Creare un ambiente aperto, inclusivo e di partecipazione attiva</b>
Mi sono assicurata che tutti i partecipanti si sentissero a proprio agio nel condividere le proprie idee e che venisse promossa una cultura di rispetto reciproco. Inoltre, ho incoraggiato tutti i partecipanti a contribuire attivamente, creando un ambiente in cui le voci di ogni individuo venissero ascoltate e rispettate. Ho utilizzato questa strategia per risolvere in parte le criticità derivanti dai rapporti piuttosto difficoltosi coi colleghi di lavoro.
<b>Definire obiettivo e regole</b>
Ho chiarito l'obiettivo specifico del brainstorming e stabilito le regole di base, come l'accettazione di tutte le idee senza giudizio negativo o critica.
<b>Favorire la collaborazione e la discussione</b>
Ho facilitato la condivisione delle idee tra i partecipanti e incoraggiato la discussione e l'interazione per arricchire e sviluppare ulteriormente le proposte. Ho messo in atto piccoli meccanismi di ricompensa (es. elogiando la persona che proferiva un'idea, ma senza valutare l'idea in sé) per attivare la creatività oppure mi sono rivolta direttamente alle persone, anche solo chiamandole per nome affinché fossero più propense alla condivisione.
<b>Raccogliere e registrare le idee</b>
Ho tenuto traccia di tutte le idee proposte, assicurandomi che venissero registrate sul cartellone in modo chiaro e facilmente accessibile per la valutazione successiva.
<b>Gestire il tempo</b>
Mi sono assicurata che la sessione di brainstorming iniziasse, si sviluppasse e terminasse entro i tempi stabiliti.
<b>Riepilogare e sintetizzare</b>
Alla fine del brainstorming, ho riassunto le idee principali emerse durante la sessione e le ho presentate al gruppo per una visione d'insieme.

Dato che, ai fini della mia ricerca, mi interessava conoscere l'opinione di tutto il personale curante del reparto, e non solo di quello in turno il giorno del brainstorming, il cartellone, elaborato durante la sessione, è rimasto attaccato al muro, a disposizione di tutto il personale, per una settimana. Accanto al cartellone, l'elenco delle regole e dello svolgimento del brainstorming.

In questo modo, anche il personale assente il giorno dell'incontro, ha potuto esprimere la propria opinione in merito alla serena convivenza in reparto. E questa opportunità effettivamente è stata colta, infatti, il giorno del ritiro del cartellone, vi erano attaccati tre foglietti in più.

### 3.3 Sondaggio

#### Definizione e caratteristiche

Il sondaggio è uno strumento statistico di raccolta dati che implica la somministrazione di una serie di domande a un gruppo di persone per ottenere informazioni su opinioni, atteggiamenti,

comportamenti o altri aspetti specifici. È un modo efficace per raccogliere dati quantitativi o qualitativi da un campione rappresentativo della popolazione di interesse. (Qualtrics, 2023)

Le domande sono raccolte in un questionario che, per essere efficace, dovrebbe essere ben strutturato e progettato in modo da ottenere le informazioni desiderate in modo accurato e coerente.

### **Sondaggio “serena convivenza in reparto”**

Dopo aver condotto, attraverso il brainstorming, una ricerca dei fattori che condizionano la serena convivenza in reparto ed averli raggruppati tramite una mappa mentale occorre individuare quelli che incidono in maniera più significativa. Ho quindi di nuovo coinvolto i miei colleghi di reparto somministrando loro, tra i mesi di marzo e aprile, un sondaggio.

Tabella 4: Caratteristiche del sondaggio

<b>Obiettivo: valutare quali siano i fattori che incidono in maniera più significativa su una serena convivenza in reparto</b>
Ho cercato di spiegare l'obiettivo del sondaggio attraverso un cappello introduttivo posto all'inizio del questionario. Esso chiarisce ai partecipanti il contesto di ricerca, quali informazioni sono richieste e li aiuta a comprendere l'importanza delle loro risposte ai fini della ricerca.
<b>Target del sondaggio</b>
Personale curante del reparto Cottolengo-Miralago di Muralto.
<b>Preparazione del questionario</b>
Ho formulato le domande in modo chiaro, non ambiguo, espresse in maniera oggettiva. Esse permettono di fornire risposte rapide, concise ma complete, in modo da evitare possibili errori. Ho utilizzato domande chiuse a risposta su scala di valori. Ogni domanda è preceduta da una spiegazione. Il questionario è composto da due domande, ognuna delle quali divisa in undici punti.
<b>Allestimento del sondaggio</b>
Per la creazione del mio sondaggio ho utilizzato il software per sondaggi Google Moduli. Esso offre una serie di vantaggi, tra cui la semplicità, l'accessibilità da qualunque supporto (smartphone, tablet...), la personalizzazione e l'analisi dei dati. Prima della diffusione del sondaggio, ho effettuato un piccolo test di prova.
<b>Distribuzione del sondaggio</b>
Il sondaggio è online ed è stato distribuito tramite WhatsApp.
<b>Raccolta dei risultati</b>
Le risposte sono raccolte e memorizzate direttamente da Google Moduli e sono pronte per essere analizzate.
<b>Elaborazione dei risultati</b>
I dati sono esaminati velocemente e automaticamente dal programma. Per una analisi più approfondita dei dati raccolti, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati, mi sono avvalsa dell'aiuto di una persona esperta nel settore della statistica.

Qui di seguito, le due domande del questionario creato:

## Convivenza in reparto: quali fattori la influenzano

Il presente questionario è rivolto all'equipe di cura del reparto Miralago della Casa di Riposo Cottolengo di Gordevio. Lo scopo del sondaggio è quello di valutare quali siano i fattori che più incidono su una serena convivenza in reparto. Per ogni fattore elencato vi verrà chiesto di esprimere un punteggio da 1 a 4 in base a quanto voi pensiate sia l'**impatto** del fattore a favore di una serena convivenza e la **fattibilità** di un eventuale suo cambiamento. I fattori elencati di seguito sono il risultato di una raccolta effettuata attraverso la tecnica del brainstorming all'interno dell'equipe stessa, nella quale tutti hanno avuto la possibilità di esprimere la propria opinione. Vi ringrazio per il vostro prezioso contributo.

Tabella 5: Domanda 1 - IMPATTO fattore

IMPATTO DEL FATTORE					
Qui di seguito, ti presento un elenco di fattori che influiscono sulla serena convivenza in reparto. Su una scala da 1 a 4, dove 1 è il valore più basso e 4 è il valore più alto, indica, per ognuno di questi fattori, quanto, secondo te, è l'IMPATTO per una serena convivenza in reparto.					
	Descrizione fattore	1 Poco Condizionante	2 Moderatamente Condizionante	3 Condizionante	4 Fortemente condizionante
Fattore 1	Sollecitazioni sensoriali (rumore, odori, temperatura, illuminazione, ...)				
Fattore 2	Elementi architettonici (barriere, possibilità di uscire all'aperto, vista verso l'esterno...)				
Fattore 3	Setting (organizzazione degli spazi, vicinanza fisica tra residenti, utilizzo di protesi, gentilezza, contenzioni)				
Fattore 4	Strutturazione della giornata (attività singole o di gruppo, permanenza in camera)				
Fattore 5	Presenza di persone esterne alla struttura (familiari, volontari, visitatori)				

Fattore 6	Caratteristiche specifiche del residente (biografia, abitudini di vita, cultura)				
Fattore 7	Autonomia del residente				
Fattore 8	Caratteristiche degli operatori (clima tra il personale, definizione dei ruoli, dinamiche tra colleghi di lavoro)				
Fattore 9	Formazione degli operatori				
Fattore 10	Modalità degli interventi di cura				
Fattore 11	Modalità di comunicazione				

Tabella 6: Domanda 2 - FATTIBILITÀ fattore

FATTIBILITÀ DEL FATTORE					
Qui di seguito, ti presento un elenco di fattori che influiscono sulla serena convivenza in reparto. Su una scala da 1 a 4, dove 1 è il valore più basso e 4 è il valore più alto, indica, per ognuno di questi fattori, quanto, secondo te, è FATTIBILE un eventuale cambiamento del fattore.					
	Descrizione fattore	1 Non modificabile	2 Difficilmente modificabile	3 modificabile	4 Semplice da modificare
Fattore 1	Sollecitazioni sensoriali (rumore, odori, temperatura, illuminazione, ...)				
Fattore 2	Elementi architettonici (barriere, possibilità di uscire all'aperto, vista verso l'esterno...)				

Fattore 3	Setting (organizzazione degli spazi, vicinanza fisica tra residenti, utilizzo di protesi gentlecare, contenzioni)				
Fattore 4	Strutturazione della giornata (attività singole o di gruppo, permanenza in camera)				
Fattore 5	Presenza di persone esterne alla struttura (familiari, volontari, visitatori)				
Fattore 6	Caratteristiche specifiche del residente (biografia, abitudini di vita, cultura)				
Fattore 7	Autonomia del residente				
Fattore 8	Caratteristiche degli operatori (clima tra il personale, definizione dei ruoli, dinamiche tra colleghi di lavoro)				
Fattore 9	Formazione degli operatori				
Fattore 10	Modalità degli interventi di cura				
Fattore 11	Modalità di comunicazione				

## 4 Risultati e discussione

### 4.1 Risultati del brainstorming

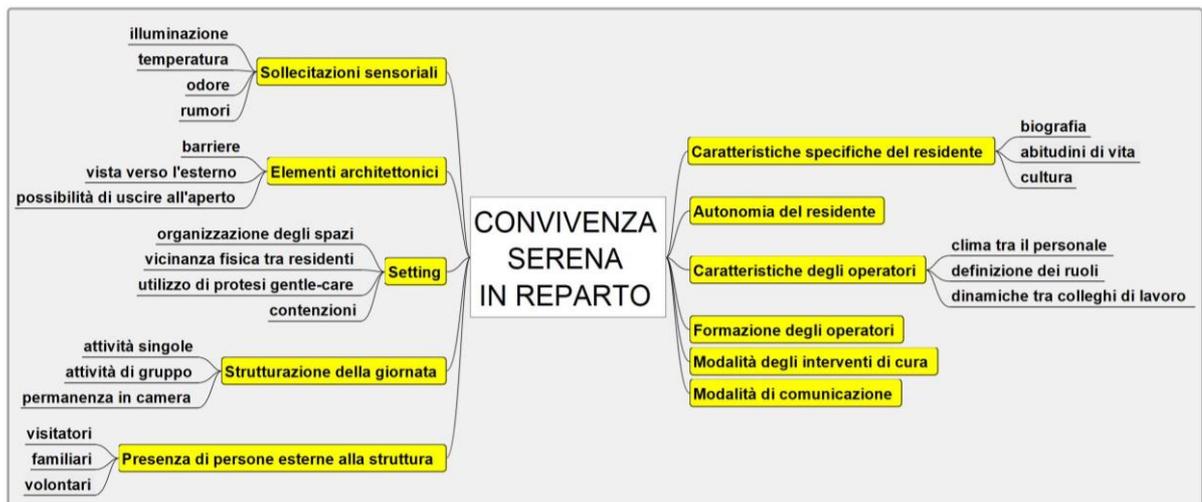
In questa immagine presento il risultato della “tempesta di idee”, cioè come si presentava il cartellone, alla fine del brainstorming.



Immagine 1: Brainstorming a fine sessione

Come si vede dall'immagine, i fattori che condizionano una serena convivenza in reparto risultanti dal brainstorming, sono molteplici, poiché derivanti da contributi spontanei e senza filtri. Durante la sessione, si è cercato di fornire una primissima classificazione “a grandi linee” basata su una somiglianza, un'attinenza, un legame o una relazione tra i contenuti dei foglietti. Per progredire nel mio lavoro, è stato necessario analizzare le singole idee emerse per gruppi di appartenenza e catalogarle attraverso l'utilizzo di una mappa mentale.

Tabella 7: Mappa Mentale



Attraverso la mappa mentale ho potuto organizzare visivamente le idee, consentendo di raffigurare facilmente le relazioni tra i concetti. Inoltre ho potuto riassumere e sintetizzare informazioni complesse in un formato più immediato e chiaro.

Dopo l'analisi e la classificazione, questi sono i risultati emersi dal brainstorming, sui quali si svilupperà il resto della ricerca.

Tabella 8: Fattori emersi dal brainstorming

1. Sollecitazioni sensoriali (rumore, odori, temperatura, illuminazione)
2. Elementi architettonici (barriere, possibilità di uscire all'aperto, vista verso l'esterno)
3. Setting (organizzazione degli spazi, vicinanza fisica tra residenti, utilizzo di protesi GentleCare, contenzioni)
4. Strutturazione della giornata (attività singole o di gruppo, permanenza in camera)
5. Presenza di persone esterne alla struttura (familiari, volontari, visitatori)
6. Caratteristiche specifiche del residente (biografia, abitudini di vita, cultura)
7. Autonomia del residente
8. Caratteristiche degli operatori (clima tra il personale, definizione dei ruoli, dinamiche tra colleghi di lavoro)
9. Formazione degli operatori
10. Modalità degli interventi di cura
11. Modalità di comunicazione

## 4.2 Risultati sondaggio

In questo paragrafo presento le informazioni raccolte, riguardo a IMPATTO del fattore, cioè quanto il fattore è determinante per la serena convivenza in reparto, e FATTIBILITÀ, cioè quanto sia fattibile una sua eventuale modifica.

Il valore risultante dal prodotto tra Impatto e Fattibilità è il dato rilevante ai fini della mia ricerca poiché rappresenta quanto il fattore è determinante per una serena convivenza in reparto e al tempo stesso la possibilità di poter elaborare delle strategie su quel fattore.

Ai fini della mia ricerca, prenderò in considerazione i tre fattori con il prodotto più alto.

Il sondaggio è stato inviato tramite il canale WhatsApp a 21 persone facenti parti dell'equipe curante del reparto Miralago del Cottolengo.

Le persone che hanno risposto al sondaggio sono state 10.

Partecipanti: 21

Risposte ricevute: 10 47.62%

Di seguito riporto la tabella dei fattori in modo da semplificare la lettura delle tabelle sottostanti.

Tabella 9: Fattori emersi dal brainstorming

1. Sollecitazioni sensoriali (rumore, odori, temperatura, illuminazione)
2. Elementi architettonici (barriere, possibilità di uscire all'aperto, vista verso l'esterno)
3. Setting (organizzazione degli spazi, vicinanza fisica tra residenti, utilizzo di protesi GentleCar, contenzioni)
4. Strutturazione della giornata (attività singole o di gruppo, permanenza in camera)
5. Presenza di persone esterne alla struttura (familiari, volontari, visitatori)
6. Caratteristiche specifiche del residente (biografia, abitudini di vita, cultura)
7. Autonomia del residente
8. Caratteristiche degli operatori (clima tra il personale, definizione dei ruoli, dinamiche tra colleghi di lavoro)
9. Formazione degli operatori
10. Modalità degli interventi di cura
11. Modalità di comunicazione

Tabella 10: Risultato sondaggio IMPATTO

<b>IMPATTO</b>														
<b>Su una scala da 1 a 4, dove 1 è il valore più basso e 4 è il valore più alto, quanto il fattore è determinante per una serena convivenza in reparto.</b>														
- L'intensità del colore blu indica il valore di impatto scelto nelle risposte.														
- In giallo, i fattori risultanti con valore di impatto più alto.														
- In marrone, i fattori risultanti con valore di impatto più basso.														
	IMPATTO													
risposte	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5	Fattore 6	Fattore 7	Fattore 8	Fattore 9	Fattore 10	Fattore 11	Somma	Media	Rango
A	4	4	3	2	2	4	1	3	3	4	4	34	3.1	4
B	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	31	2.8	8
C	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	38	3.5	2
D	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	32	2.9	6
E	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	27	2.5	10
F	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	40	3.6	1
G	2	3	3	4	3	3	3	2	2	3	2	30	2.7	9
H	4	2	4	4	4	4	2	4	2	3	3	36	3.3	3
I	2	2	2	3	1	3	3	4	4	4	4	32	2.9	6
L	2	2	3	4	2	4	2	3	3	4	4	33	3.0	5
<b>SOMMA</b>	29	26	29	32	27	34	27	32	30	33	34			
<b>MEDIA</b>	2.9	2.6	2.9	3.2	2.7	3.4	2.7	3.2	3	3.3	3.4			
<b>RANGO</b>	7	11	7	4	9	1	9	4	6	3	1			

1	2	1.82%
2	25	22.73%
3	51	46.36%
4	32	29.09%
	110	100.00%

Tabella 11: Risultato sondaggio FATTIBILITÀ

## FATTIBILITÀ

Su una scala da 1 a 4, dove 1 è il valore più basso e 4 è il valore più alto, quanto, è **FATTIBILE** un eventuale cambiamento del fattore.

- L'intensità del colore arancione indica il valore di fattibilità scelto nelle risposte.
- In giallo, i fattori risultanti con valore di fattibilità più alto.
- In marrone, i fattori risultanti con valore di fattibilità più basso.

FATTIBILITÀ														
risposte	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5	Fattore 6	Fattore 7	Fattore 8	Fattore 9	Fattore 10	Fattore 11	Somma	Media	Rango
A	2	3	4	4	3	1	1	4	4	4	4	34	3.1	3
B	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	27	2.5	8
C	2	1	3	4	4	4	2	2	2	3	4	31	2.8	4
D	2	2	3	3	2	2	1	1	1	3	3	23	2.1	9
E	1	1	2	2	3	3	2	2	3	1	2	22	2	10
F	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	40	3.6	1
G	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	31	2.8	4
H	2	2	4	4	2	1	1	3	3	3	3	28	2.5	7
I	3	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	36	3.3	2
L	2	1	3	3	1	3	2	3	3	4	4	29	2.6	6
SOMMA	23	21	32	32	27	26	21	27	28	31	33			
MEDIA	2.3	2.1	3.2	3.2	2.7	2.6	2.1	2.7	2.8	3.1	3.3			
RANGO	9	10	2	2	6	8	10	6	5	4	1			

1	13	11.82%
2	28	25.45%
3	44	40.00%
4	25	22.73%
	110	100.00%

Ai fini della mia ricerca, per comprendere quali fattori risultano più significativi per realizzare una serena convivenza in reparto, è necessario moltiplicare tra loro i punteggi ottenuti dalle due domande.

Tabella 12: Risultato prodotto Impatto X fattibilità

## IMPATTO X FATTIBILITÀ

PRODOTTO=IMPATTO X FATTIBILITÀ														
risposte	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5	Fattore 6	Fattore 7	Fattore 8	Fattore 9	Fattore 10	Fattore 11			
A	8	12	12	8	6	4	1	12	12	16	16	107	9.7	4
B	9	6	6	6	9	6	6	6	6	6	6	75	6.8	8
C	6	3	9	16	12	16	8	8	6	9	16	109	9.9	3
D	6	6	9	9	6	6	2	3	3	9	9	68	6.2	9
E	2	2	4	4	9	6	6	6	9	2	6	56	5.1	10
F	16	9	16	9	9	16	16	9	16	16	16	148	13	1
G	4	9	9	12	9	9	9	6	4	9	6	86	7.8	7
H	8	4	16	16	8	4	2	12	6	9	9	94	8.5	6
I	6	4	6	9	3	9	9	16	16	16	16	110	10	2
L	4	2	9	12	2	12	4	9	9	16	16	95	8.6	5
SOMMA	69	57	96	104	73	88	63	87	87	108	116			
MEDIA	6.9	5.7	9.6	10	7.3	8.8	6.3	8.7	8.7	11	12			
RANGO	9	11	4	3	8	5	10	6	6	2	1			

Prodotto delle medie											
6.67	5.46	9.28	10.24	7.29	8.84	5.67	8.64	8.4	10.23	11.22	
9	11	4	2	8	5	10	6	7	3	1	

1	1	0.91%
2	7	6.36%
3	4	3.64%
4	10	9.09%
6	24	21.82%
8	6	5.45%
9	29	26.36%
12	9	8.18%
16	20	18.18%
	110	100.00%

- L'intensità del colore, dal verde al rosa, indica il valore del prodotto tra impatto e fattibilità.
- In giallo, i fattori risultanti con prodotto più alto.
- In marrone, i fattori risultanti con prodotto più basso.

Dopo l'analisi dei risultati e l'elaborazione delle tabelle qui esposte, i tre fattori che hanno totalizzato il più alto valore nel prodotto tra impatto e fattibilità sono (sulle ascisse le singole risposte e sulle ordinate il prodotto di impatto per fattibilità).

### Rango 1 11. Modalità di comunicazione:

Tabella 13: Modalità di comunicazione



Questo fattore è stato il più votato, sia in termini di impatto che in termini di fattibilità. Ciò vuol dire che, secondo coloro che hanno risposto al sondaggio, la comunicazione riveste un ruolo importante nella serena convivenza in reparto e che questo fattore viene ritenuto facilmente modificabile con strategie opportune.

### Rango 2 10. Modalità degli interventi di cura:

Tabella 14: Modalità degli interventi di cura



Il prodotto tra impatto e fattibilità per questo fattore si situa al secondo rango. A questo fattore è stato assegnato un rango 3 in termini di impatto e un rango 4 in termini di fattibilità.

### Rango 3 4. Strutturazione della giornata:

Tabella 15: Strutturazione della giornata



Il prodotto tra impatto e fattibilità per questo fattore si situa al terzo posto. A questo fattore è stato assegnato un rango 4 in termini di impatto e un rango 2 in termini di fattibilità.

Sulla base dei risultati espressi tramite sondaggio dal personale curante, considero che questi siano i fattori su cui è opportuno operare strategie atte alla serena convivenza poiché rappresentano mediamente i fattori che incidono di più sulla serena convivenza e al tempo stesso sono più facilmente modificabili rispetto ad altri.

### 4.3 Altri risultati da osservare

Di seguito alcuni altri dati che meritano di essere considerati:

#### **Impatto**

- Rango 1 6. Caratteristiche specifiche del residente
- Rango 1 11. Modalità di comunicazione
- Rango 3 10. Modalità degli interventi di cura
- ...
- Rango 9 5. Presenza di persone esterne alla struttura
- Rango 9 7. Autonomia del residente
- Rango 11 2. Elementi architettonici

#### **Fattibilità**

- Rango 1 11. Modalità di comunicazione
- Rango 2 3. Setting
- Rango 2 4. Strutturazione della giornata
- ...
- Rango 9 1. Sollecitazioni sensoriali
- Rango 10 7. Autonomia del residente e
- Rango 10 5. Presenza di persone esterne alla struttura.

#### **Prodotto tra impatto e fattibilità**

- Rango 9 1. Sollecitazioni sensoriali, al nono posto
- Rango 10 7. Autonomia del residente al decimo rango
- Rango 11 2. Elementi architettonici

Da notare anche, che il fattore 6. Caratteristiche specifiche del residente è stato giudicato molto determinante ai fini della serena convivenza in reparto (al primo posto per l'impatto), tuttavia è stato considerato di bassa fattibilità, cioè non modificabile.

## 5 Strategie elaborate

---

Nel quadro teorico ho esposto sinteticamente le teorie che mi sono servite per meglio inquadrare i fattori più significativi emersi dal sondaggio e che sono poi confluiti nella formulazione di strategie volte a promuovere la serena convivenza in reparto.

In questo capitolo espongo quindi l'elaborazione che ne è scaturita in forma di strategie. Esse sono molto schematiche ed immediate, quasi come un principio da tenere sempre a mente, a cui fare riferimento. I legami alle teorie, vengono indicati con le seguenti sigle:

- Metodo Validation [MV]
- Approccio GentleCare [GC]
- Approccio Carpe Diem [CD]
- Metodo Montessori Applicato alle Demenze [MM]
- Approccio Capacitante [AC]
- Metodologia dello SA [SA]

### 5.1 Modalità di comunicazione

Sulla base dei risultati espressi dal personale curante tramite il sondaggio, la modalità di comunicazione è il fattore che più bisogna tenere in considerazione quando si parla di serena convivenza in reparto.

L'affermazione "non si può non comunicare" è stata introdotta da Paul Watzlawick, un teorico della comunicazione e psicologo austriaco. Watzlawick sottolineava che la comunicazione è inevitabile e che anche l'assenza di comunicazione è in realtà una forma di comunicazione in sé. La sua asserzione riflette l'idea che ogni comportamento, anche non verbale o silenzioso, trasmette un messaggio e ha un impatto sulla comunicazione tra le persone. Dunque, alla luce anche di quest'ultimo principio, i miei suggerimenti, affinché la modalità di comunicazione non sia di ostacolo alla serena convivenza in reparto, sono i seguenti:

- Attribuire un valore comunicativo a qualunque parola o gesto pronunciata o eseguita dall'anziano, compresi i comportamenti disturbanti e le urla [MV] [AC] [CD] [SA]
- Attribuire un valore comunicativo a gesti inconsapevoli o automatici effettuati dagli operatori o dai familiari. [MV] [CD] [GC] [SA]
- Comprendere le emozioni che stanno dietro i comportamenti degli anziani [MV] [SA]
- Offrire il riconoscimento delle competenze [MV] [AC] [SA]
- Non giudicare [MV] [CD]
- Ascoltare [MV] [AC] [CD] [SA]
- Essere sinceri [MV]
- Entrare nel mondo dell'altro [AC] [SA]
- Creare il setting affinché la comunicazione possa avvenire [GC] [MM] [SA]

## 5.2 Modalità degli interventi di cura

La modalità degli interventi di cura è risultato il secondo fattore più determinante. Come già sottolineato nel quadro teorico, gli interventi di cura sono innumerevoli e non esiste un approccio universale che possa essere efficace per ogni individuo. Propongo ora, non una strategia, ma Buone Pratiche da mettere in atto sempre, poiché stanno alla base di qualunque intervento di cura.

- Conoscenza approfondita della persona [MV] [AC] [CD] [MM] [GC] [SA]
- Seguire una formazione specifica per l'intervento [MV] [AC] [CD] [MM] [GC] [SA]

## 5.3 Strutturazione della giornata

La strutturazione della giornata è risultato il terzo fattore determinante per la serena convivenza in reparto. Nella strutturazione della giornata rientra tutto ciò che fa parte della vita quotidiana della persona, comprese le attività propriamente di cura e i momenti in autonomia.

- Rispettare il ritmo dell'individuo [MM] [SA] [CD]
- Curare il setting/ambiente [SA] [SA]
- Attività da svolgere in autonomia [MM] [SA] [CD]
- Concentrarsi sui punti di forza (non i deficit) [SA] [CD]
- Attività legate alle caratteristiche personali dell'anziano [SA] [CD]
- Attività con esito positivo [MM] [SA]
- Favorire le attività quotidiane [MM] [CD]
- Sostenere l'anziano ma non sostituirsi all'anziano [MM] [SA] [CD]



Figura 2: Strategie

## 6 Conclusioni

---

In questo capitolo verranno tratte le conclusioni del lavoro svolto analizzando il raggiungimento degli obiettivi e dello scopo, il percorso metodologico svolto, le eventuali prospettive e le implicazioni personali

### 6.1 Rispetto al raggiungimento degli obiettivi e dello scopo

#### 1. Coinvolgere il personale curante nell'individuare i possibili fattori che condizionano la convivenza in un reparto in cui convivono Pad e gli altri residenti.

Questo primo obiettivo è stato raggiunto. Attraverso il coinvolgimento dei miei colleghi di lavoro ho potuto individuare una serie di possibili fattori che condizionano la serena convivenza in un reparto dove vivono Pad e residenti con altre patologie.

#### 2. Determinare la relazione tra fattori attraverso una mappa mentale

Questo obiettivo è stato raggiunto. Dopo lo svolgimento del brainstorming, ho raccolto tutti i fattori citati e li ho ordinati e catalogati in una mappa mentale

#### 3. Evidenziare quei fattori che incidono maggiormente su una serena convivenza in base all'impatto (cioè a quanto può essere efficace l'intervento su quel fattore) e in base alla fattibilità (cioè la possibilità di poter modificare effettivamente quel fattore).

Attraverso la somministrazione di un sondaggio ai miei colleghi di reparto, ho potuto evidenziare quali fattori hanno un impatto maggiore, cioè sono più determinanti ai fini di una serena convivenza in reparto, e su quali fattori è più alta la possibilità di un cambiamento effettivo del fattore in base a strategie elaborate.

#### 4. Proporre delle possibili strategie di intervento sui fattori sui quali è più opportuno intervenire, al fine di una serena convivenza in reparto.

Dopo aver individuato, quali siano i tre fattori sui quali è più opportuno intervenire al fine di una serena convivenza in reparto, basandomi sugli approfondimenti teorici e sulla mia esperienza di lavoro, ho sviluppato alcune strategie di intervento.

Osservando i risultati raggiunti e valutando gli obiettivi prefissati, mi sembra di poter dire che lo scopo di questo LdD, ovvero di **elaborare delle strategie efficaci** sia stato raggiunto (vedi allegato).

### 6.2 Rispetto al percorso metodologico

La stesura del LdD, si è presentata più difficoltosa del previsto in quanto il materiale su cui lavorare era molto e vario; ho quindi dovuto fare delle scelte per capire dove meglio focalizzare la mia attenzione affinché non risultasse troppo dispersivo. L'aiuto del relatore si è rivelato fondamentale.

Durante tutto il percorso, dalla progettazione alla realizzazione del documento scritto, è stato un susseguirsi di eventi sfavorevoli, non riconducibili al LdD, che mi hanno portato ad accumulare notevoli ritardi e ad essere sempre in difetto rispetto alla timeline del progetto. Tuttavia, ho rispettato, anche se non nei tempi previsti, tutti i passi che mi ero prefissata per la realizzazione del progetto.

Dopo l'elaborazione delle strategie, era stato previsto di presentare, durante una riunione di équipe, il documento prodotto e la restituzione dei risultati dell'indagine, ai colleghi di lavoro alla direzione. Purtroppo, questo incontro non si è potuto organizzare in quanto il tempo a disposizione non lo consente: infatti la mia collaborazione con la struttura è giunta al termine. Comunque, il documento con le strategie per favorire una convivenza serena in reparto è stato consegnato in forma cartacea a tutti i colleghi di lavoro e alla direzione e spero che possano trarre spunto per adattare l'impostazione del lavoro in reparto.

### **6.3 Rispetto alle prospettive**

L'obiettivo dell'elaborazione di strategie per una serena convivenza, deve essere un contributo per un continuo miglioramento. Come precisato più volte, non esiste una strategia assoluta, valida per qualunque residente, in qualunque situazione. La mia ricerca rappresenta una fotografia del momento attuale, in questo determinato luogo, con i residenti presenti in questo momento. prendendo spunto dalla percezione degli operatori coinvolti. La letteratura specifica, i vari approcci scientifici e le esperienze servono da base per attuare gli interventi, ma ogni intervento deve essere adattato e confezionato su misura per ogni situazione di lavoro.

Quanto da me formulato e proposto nelle strategie elaborate per promuovere una serena convivenza in reparto costituisce solo un piccolo contributo al miglioramento della situazione attuale mentre le strategie, per essere efficaci, dovranno regolarmente venire tematizzate e verificate al fine di adattare agli sviluppi del contesto e delle persone che vivono ed operano in esso.

Inoltre, sarebbe auspicabile trovare delle modalità di collaborazione più efficaci tra, la direzione delle strutture, l'équipe di cura e lo SA, sia per quanto riguarda i compiti comuni sia per quelli specifici legati alle varie professioni. Sono infatti certa che una maggior collaborazione fra i diversi ruoli che ruotano attorno al residente, porterebbe a una presa in carico più individualizzata e mirata, volta allo stesso fine, ovvero quello di promuovere il benessere, la serena convivenza e la migliore qualità di vita per ogni residente.

### **6.4 Implicazioni personali**

Per quanto riguarda le mie implicazioni personali, non sono per niente soddisfatta del mio lavoro. Ho letto tanti testi per preparare un quadro teorico completo. Ma non è completo. Credo

che sia appena sufficiente, per aver enunciato almeno i concetti chiave dei vari metodi e approcci. Ma non è quello che avrei voluto. Ho elaborato delle strategie. Volevo che fossero sintetiche, per essere di immediata percezione. Sono troppo sintetiche e temo non abbastanza soddisfacenti.

In tutti questi mesi in cui mi sono dedicata alla compilazione di questo progetto, ho spesso perso di vista l'obiettivo, perché travolta sopraffatta da avvenimenti che non sono stata in grado di gestire. Rileggendo tutto il mio lavoro, non sono orgogliosa di me. Mi sento delusa e sconfitta.

L'unico aspetto positivo è che ho avuto l'occasione di conoscere meglio alcuni colleghi di reparto. La mia ricerca, infatti, è stata il pretesto per iniziare a confrontarci riguardo tematiche di lavoro, che hanno permesso l'instaurarsi di una relazione professionale che finora è proficua. Attraverso il brainstorming, anzi, soprattutto attraverso la preparazione al brainstorming, ho mostrato ai colleghi un lato di me che non avevo ancora avuto l'opportunità di esibire. Credo che questo percorso mi servirà di esempio e di monito per i miei progetti futuri.

## 7 Bibliografia

---

- Avoncelli, A. (2020). *Montessori abbraccia le demenze*. Maggioli Editore.
- Ballabio, R. (2023). [Slide Power Point della lezione di Introduzione alle TNF CPS Lugano - Formazione di Specialista in attivazione].
- Comazzi Tröhler, L., Marchetti Ferrari, L. (2021). [Dispense del corso "Attivazione", CPS Lugano - Formazione di Specialista in attivazione].
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Il Mulino.
- Jones, M. (2005). *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Carocci.
- Pellegrini, S., Siviero C. (2018). *Non trovo le parole*. Editrice Dapero.
- Ionos. (2023). Che cos'è il brainstorming e come funziona.  
<https://www.ionos.it/startupguide/produktivita/brainstorming/>
- Lomazzi, L., Pezzati, R., Sargenti, C. (2015). *Qui io esisto. Progetti di vita al Paganini Re*. Edizioni in Proprio.
- Lomazzi, L., Sargenti, C. (2013). *Qualità percepita nelle Case per Anziani ticinesi*. Supsi Health.
- Marrocco, J. (2009) "*Carpe Diem*" cogli l'attimo. [Master in clinica generale, M8 governo clinico, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)].
- Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario, Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria (cur.). (2022). *Programma quadro d'insegnamento per i cicli di formazione delle scuole specializzate superiori "Attivazione"*. (stato al 10.10.2022).  
<https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/download/13113>
- Pedrazzi, M., Vercauteren, R. (2000). *Luoghi e forme di vita per gli anziani di domani*. Ed. Èrès.
- Pezzati, R., Molteni, V., Ballabio, R., Ceppi, L., Vaccaro, R. (2020). *Manuale di metodologia per le terapie non farmacologiche con le persone affette da demenza. L'esempio concreto della terapia della bambola empatica*. Maggioli Editore.
- Qualtrics. (2023). Come creare sondaggi di successo per ricerche di mercato.  
<https://www.qualtrics.com/it/experience-management/ricerca/creare-sondaggi/>
- Vigorelli, P. (2018). *Alzheimer. Come parlare e comunicare nella vita quotidiana nonostante la malattia*. Franco Angeli.
- Wismer, N. (2016). *Carpe Diem e Alzheimer: un approccio innovativo per accompagnare la persona con malattia di Alzheimer attraverso la relazione terapeutica* [Bachelor thesis, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)].  
<https://tesi.supsi.ch/1396/>.

## 8 Immagini e Tabelle

---

Copertina: Maio Mascio, M. (2023). *Conviviamo*. Proprietà di M. Maio Mascio, immagine elaborata con <https://deepai.org/machine-learning-model/text2img>

Figura 1: Passi metodologia SA..... 13

Figura 2: Strategie ..... 29

Tabella 1: Analisi SWOT ..... 4

Tabella 2: Pianificazione Brainstorming ..... 16

Tabella 3: Compiti del moderatore ..... 17

Tabella 4: Caratteristiche del sondaggio ..... 18

Tabella 5: Domanda 1 - IMPATTO fattore..... 19

Tabella 6: Domanda 2 - FATTIBILITÀ fattore ..... 20

Tabella 7: Mappa Mentale ..... 22

Tabella 8: Fattori emersi dal brainstorming ..... 23

Tabella 9: Fattori emersi dal brainstorming ..... 24

Tabella 10: Risultato sondaggio IMPATTO ..... 24

Tabella 11: Risultato sondaggio FATTIBILITÀ ..... 25

Tabella 12: Risultato prodotto Impatto X fattibilità ..... 25

Tabella 13: Modalità di comunicazione ..... 26

Tabella 14: Modalità degli interventi di cura ..... 26

Tabella 15: Strutturazione della giornata..... 26

### Allegato

Immagine PER UNA SERENA CONVIVENZA (di mia proprietà, elaborata con il programma <https://deepai.org/machine-learning-model/text2img>)

### PER UNA SERENA CONVIVENZA

1. Rispettare il ritmo dell'individuo
2. Curare il setting/ambiente
3. Attività da svolgere in autonomia
4. Concentrarsi sui punti di forza (non i deficit)
5. Attività legate alle caratteristiche personali dell'anziano
6. Attività con esito positivo
7. Favorire le attività quotidiane
8. Sostenere l'anziano ma non sostituirsi all'anziano

1. Conoscenza approfondita della persona
2. Seguire una formazione specifica per l'intervento

1. Dare un valore comunicativo a qualunque parola o gesto dell'anziano
2. Dare valore comunicativo ai nostri gesti inconsapevoli o automatici
3. Comprendere le emozioni che stanno dietro ai comportamenti degli anziani
4. Offrire il riconoscimento delle competenze
5. Non giudicare
6. Ascoltare
7. Essere sinceri
8. Entrare nel mondo dell'altro
9. Creare il setting

## 10 Ultima pagina

---

Desidero, in questa ultima pagina, esprimere un sincero sentimento di gratitudine per tutti coloro che mi sono stati accanto in questi anni di formazione e che mi hanno accompagnato nel percorso di realizzazione di questo mio Lavoro di Diploma.

Ringrazio la Piccola Casa della Divina Provvidenza, il Direttore, la Responsabile delle cure e tutti i colleghi di lavoro che hanno dato un contributo al mio Lavoro di Diploma; senza di loro non avrei potuto condurre la mia ricerca.

Ringrazio la Fondazione Casa Girotondo, il mio primo luogo di lavoro come Specialista in Attivazione in formazione.

Ringrazio Olaf, che mi ha più volte aiutato nella stesura e fornito i mezzi informatici che ho utilizzato.

Ringrazio Federico, Beatrice e Leonardo che mi hanno sostenuta in questi giorni e sempre, da quando ho iniziato il mio percorso; siamo cresciuti e maturati insieme ed io ho tanto da imparare da loro.

Ringrazio Francesco, che mi sostiene anche dietro la corazza.

Ringrazio la mia mamma, che ha avuto la pazienza di aspettare le mie telefonate.

Ringrazio mio fratello Marco, che so che c'è anche se non lo vedo.

Ringrazio la Michi, che è davvero un tesoro di amica.

Inoltre, ringrazio tutti i docenti del CPS che mi hanno seguito in questi anni di formazione, in particolare Laura Comazzi Tröhler, docente di classe e il mio relatore, Piercarlo Gaia, che considero una persona speciale, dotata di infinita pazienza e diplomazia, che mi ha accompagnato, spesso tenendomi per mano, in questi ultimi mesi di preparazione del LdD.

