

I partner del progetto GINKGO:

- Etcharry Formation Développement, Ustaritz, Francia
- Centre communal d'action sociale, Urrugne, Francia
- Pôle Culture & Santé en Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, Francia
- Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Spagna
- Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea, Bortzirietako, Spagna
- Università di Bologna, Bologna, Italia
- Cefal Emilia Romagna, Bologna, Italia
- Anziani e non solo, Carpi, Italia



www.ginkgo-project.eu

Programma formativo



Indice

Introduzione	3
Concetti-chiave	6
Concetti-chiave: Quadro teorico essenziale	8
Isolamento, solitudine ed esclusione sociale	9
Ageismo	10
Approccio centrato sulla Persona	13
Prospettiva dell'arco di vita	18
Invecchiamento attivo e gerontologia educativa critica	21
Intersezionalità	25
Qualità della vita	28
Empowerment	31
Approccio community-based	34
Corresponsabilità	37
Violenza nei confronti delle persone anziane	40
Bientraitance	43
Comunicazione non-violenta	46
Prospettiva bio-psico-sociale	49
Moduli formativi	52
Il percorso formativo: moduli e connessioni	54
Dentro i moduli di formazione	56
Modulo 1: Invecchiamento, discriminazione basata sull'età, stereotipi e pregiudizi	63
Modulo 2: Fattori protettivi e di rischio per l'isolamento sociale	68
Modulo 3: Comunicazione con i gruppi target dell'intervento	74
Modulo 4: Strategie socio-educative	79
Sotto-modulo 4.1: Partecipare a un progetto di cooperazione in cultura e salut	84
Sotto-modulo 4.2: Attività fisica e sport	89
Modulo 5: Intergenerazionalità	94
Modulo 6: Prospettiva biopsicosociale	99

Modulo 7: Promuovere la qualità della vita e il benessere dei caregiver e delle figure professionali (prevenzione del burnout)	105
Modulo 8: Costruzione della rete e coinvolgimento comunitario	111
Workshop A: Workshop sulla comunicazione narrativa – storytelling attraverso la video – intervista	116
Workshop B: Workshop sulla comunicazione narrativa – storytelling attraverso la fotografia	121

Introduzione

Questo opuscolo formativo è stato ideato per promuovere lo sviluppo di conoscenze e competenze volte ad affrontare in modo più efficace l'isolamento sociale degli anziani, in particolare di quelli a rischio di emarginazione dalla vita comunitaria, favorendo opportunità di partecipazione sociale.

Il programma di formazione è il risultato di un processo strutturato e partecipativo, sviluppato attraverso diverse fasi che hanno coinvolto

attivamente i partner del progetto e i loro Comitati Tecnici Locali (CTL). L'obiettivo era quello di creare un percorso formativo basato su elementi concreti, in grado di rispondere efficacemente alle esigenze specifiche dei territori coinvolti, attraverso la definizione condivisa di concetti chiave, esigenze formative e buone pratiche.

Il percorso ha avuto inizio con una fase preliminare di ideazione, durante la quale sono stati identificati concetti fondamentali, valori e parole chiave attraverso focus group con i CTL e la somministrazione di questionari. Questa fase ha fornito preziose informazioni sulle percezioni e le esigenze del territorio, costituendo una solida base per la progettazione del percorso formativo. Successivamente, l'analisi approfondita dei dati raccolti, ha permesso di identificare le principali esigenze formative e le migliori pratiche esistenti, garantendo l'allineamento con le attività gli altri gruppi di lavoro del progetto (WP3 e WP4) per mantenere coerenza e reciprocità. Il coinvolgimento diretto dei CTL attraverso incontri dedicati è stato un passo fondamentale. La presentazione e la discussione dei risultati hanno permesso di raccogliere feedback

dettagliati, perfezionare i concetti chiave e convalidare le priorità formative identificate.

Alla luce delle evidenze emerse, il percorso è proseguito con la progettazione e lo sviluppo di moduli formativi volti a rispondere in modo concreto ed efficace alle esigenze individuate. Il programma è stato quindi sottoposto a una fase di revisione, che ha comportato ulteriori approfondimenti con i CTL per raccogliere feedback e perfezionare l'impianto formativo.

Infine, la prima versione del programma di formazione è stata definita e presentata come risultato di un processo inclusivo e partecipativo.

Questo approccio ha garantito che il programma non solo rispondesse alle esigenze specifiche dei territori coinvolti, ma desse anche priorità alla condivisione delle conoscenze, alla collaborazione e al potenziamento delle competenze locali.



Concetti-chiave



Concetti-chiave: Quadro teorico essenziale

Prima di approfondire i moduli formativi, è fondamentale delineare i concetti chiave che sono alla base dell'intero programma.

Questi concetti forniscono una base teorica, offrendo una visione più approfondita delle sfide e delle dinamiche dell'invecchiamento, dell'inclusione sociale e del benessere.

Ogni concetto chiave è definito in modo conciso ma accurato, per garantire una comprensione chiara e completa dell'argomento. Include una spiegazione teorica strutturata, riferimenti alla letteratura scientifica pertinente e una selezione di risorse online per approfondimenti, compresi i siti web disponibili.

Tale approccio garantisce equilibrio tra approfondimento e fruibilità, consentendo ai lettori di confrontarsi con i concetti a diversi livelli, in base ai propri interessi ed esigenze.



Isolamento, solitudine ed esclusione sociale

L'isolamento sociale è stato generalmente definito come "essere soli", ovvero come una condizione oggettiva caratterizzata da contatti sociali e interazioni con gli altri limitati o sporadici (Cornwell & Waite, 2009; Dickens et al., 2011).

A questo proposito, le persone anziane sono spesso più esposte al rischio di isolamento sociale a causa di fattori quali il pensionamento, la perdita di persone care e la ridotta mobilità (OMS, 2021). Inoltre, i cambiamenti nelle dinamiche familiari e la dispersione geografica possono esacerbare la disconnessione sociale in questa fascia d'età (Smith & Victor, 2019). Nicholson (2009) introduce l'idea che l'isolamento sociale sia multidimensionale e che nella sua definizione sia necessario considerare non solo il numero di contatti, ma anche il senso di appartenenza, la soddisfazione delle relazioni, il grado di coinvolgimento con le altre persone e la qualità delle relazioni tra i membri della rete sociale.

Tutto questo è direttamente connesso al concetto di solitudine, che si riferisce alla sensazione di "essere soli".

Gli approcci psicologici e, soprattutto, i modelli cognitivi hanno avuto un ruolo predominante nel fornire una spiegazione a questa interpretazione. La solitudine è stata definita come un'esperienza soggettiva ed emotiva che si manifesta quando una persona avverte una discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive (Peplau & Perlman, 1982). Sulla stessa linea, autori come Weiss (1983) o De Jong Gierveld & Van Tilburg (2010) distinguono due tipi di solitudine: la solitudine emotiva e la solitudine sociale. La solitudine emotiva si riferisce all'assenza di una relazione

significativa, mentre la solitudine sociale si riferisce all'assenza o alla scarsità di relazioni nell'ambiente circostante, come l'appartenenza a un gruppo sociale o a una comunità. È importante notare che i modelli ideali di relazione non sono universali, ma variano a seconda dei contesti sociali e culturali in cui vivono le persone. Inoltre, la solitudine è generalmente concepita come un'esperienza negativa o indesiderata che ha un impatto significativo sul benessere di chi la vive. Ma la solitudine può anche essere scelta e, quando lo è, viene spesso associata a stereotipi negativi e stigmatizzanti (Sagan & Miller, 2018), come una presunta mancanza di abilità sociali, la presenza di patologie o l'incapacità di mantenere relazioni strette e soddisfacenti.

D'altra parte, diversi studi si sono concentrati sull'influenza delle caratteristiche individuali, dei tratti della personalità, dei fattori sociali e contestuali al fine di comprendere in che modo questi possano predisporre al verificarsi della solitudine. Si è concluso che, sebbene la solitudine aumenti con l'età, essa colpisce persone di tutte le fasce d'età (Dykstra et al., 2005; Czaja et al., 2021). È dimostrato che la solitudine è particolarmente diffusa tra le persone in cattive condizioni di salute, quelle che hanno vissuto separazioni, come la vedovanza o la separazione, o tra quelle che sono più vulnerabili

dal punto di vista economico o che risiedono in zone svantaggiate (D'Hombres et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2016). D'altra parte, si tratta di un fenomeno di natura soggettiva, poiché varia da persona a persona, sia nella possibilità di soffrirne che nelle condizioni in cui ogni individuo lo vive. Sebbene l'isolamento sociale e la solitudine siano concetti distinti, sono correlati ma non sempre si verificano contemporaneamente (Deluigi & Ricci, 2023). Un esempio di ciò è l'esperienza del COVID, durante la quale la solitudine è peggiorata a causa del distanziamento sociale forzato, delle restrizioni di viaggio e dei lockdown. La ricerca mostra che il 25% dei cittadini dell'Unione Europea ha sperimentato una solitudine persistente per più della metà del tempo durante questo periodo (Baarck et al., 2021; Berlingieri et al., 2023).

In questo senso, grazie alla crescente consapevolezza che la solitudine è, in larga misura, il risultato di dinamiche sociali, oltre che di fattori ambientali e strutturali, questo fenomeno ha iniziato a ricevere maggiore attenzione in sociologia, in particolare tra coloro

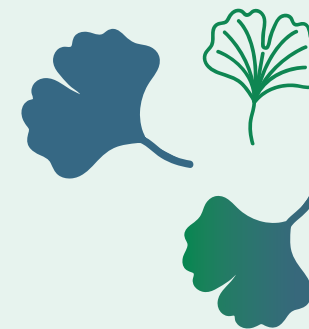
che si specializzano nello studio delle dinamiche e dei processi di esclusione sociale nella nostra società. L'esclusione sociale è un concetto polisemico, con usi e significati diversi a seconda dei contesti territoriali e storici. In termini generali, si riferisce al progressivo deterioramento dei legami sociali e all'impedimento o alla difficoltà di accedere a livelli minimi di benessere (Walker & Walker, 1997; Seifert et al., 2021).

L'indebolimento di questi legami è intrinsecamente legato all'esperienza della solitudine e dell'isolamento, poiché le persone in situazioni di esclusione tendono ad avere meno fattori di protezione contro queste situazioni.

I rapidi cambiamenti che stiamo vivendo nel nostro ambiente immediato, come le trasformazioni nella struttura delle famiglie, l'indebolimento delle relazioni lavorative e sociali, l'aumento della mobilità della popolazione o la perdita di efficacia dei servizi sociali, hanno un profondo impatto sulla capacità delle persone di costruire e mantenere reti di sostegno.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Berlingieri, F., Colagrossi, M. and Mauri, C., *Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey*, European Commission, 2023, JRC133351. Retrieved from: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC133351> (Last access 13 September 2023).
- Cornwell, E.Y. & Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J. Health Soc Behav.* 50(1), 31-48. doi: 10.1177/002214650905000103
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11(647), 2-22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Nicholson Jr., N.R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65. 1342-1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>

SITI WEB

The EU Loneliness Survey:
https://joint-research-centre.ec.europa.eu/scientific-activities-z/survey-methods-and-analysis-centre-smac/loneliness/eu-loneliness-survey_en

Global Initiative on Loneliness and Connection:
<https://www.gilc.global/>

Ageismo

L'ageismo, introdotto da Robert Butler negli anni '60, affronta gli stereotipi e i pregiudizi legati all'età.

Butler (1975) e ricercatori successivi, come Whitley e Kite (2006) e Nelson (2005), hanno esaminato come gli stereotipi basati sull'età influenzino le supposizioni sulle caratteristiche e le capacità delle persone. L'ageismo è perpetuato dal modo in cui la società pensa, percepisce e si comporta nei confronti delle persone in base alla loro età, portando a comportamenti discriminatori. Decenni di ricerca evidenziano l'impatto dell'ageismo, in particolare sugli anziani e sugli adolescenti, spesso collegandoli a stereotipi negativi che, una volta interiorizzati, influenzano le dimensioni cognitive, emotive e sociali. Ciò può portare sia a pregiudizi impliciti che ad azioni esplicite, rafforzando la percezione dell'invecchiamento come un problema piuttosto che come parte del progresso sociale.

L'ageismo si manifesta attraverso discriminazioni dirette, indirette, associative, errate e intersezionali, spesso influenzate da fattori aggiuntivi come il genere. Ayalon & Tesch-Römer (2017) hanno identificato gli effetti dell'ageismo su tre livelli: macro (stereotipi culturali che influenzano le politiche pubbliche), meso (influenze all'interno delle organizzazioni e dei servizi) e micro (che influenzano l'autopercezione e le interazioni sociali tra gli anziani).

Questo quadro classifica l'ageismo in forme istituzionali, interpersonali e autoinflitte. L'ageismo istituzionale coinvolge leggi e pratiche che limitano le opportunità in base all'età, mentre l'ageismo interpersonale si manifesta attraverso interazioni emarginanti. L'ageismo autoinflitto si verifica quando gli individui interiorizzano stereotipi negativi, limitando il loro potenziale e restringendo lo sviluppo personale e la partecipazione sociale.

I pregiudizi diffusi nei confronti degli anziani implicano che le persone anziane siano prive di capacità o valore sociale, portando alla loro emarginazione nei processi decisionali e minimizzando il loro contributo alla società. Tali pregiudizi limitano la comprensione dell'invecchiamento, ignorando l'ampia diversità all'interno della popolazione anziana e i diversi livelli di autonomia, impegno attivo e dipendenza che caratterizzano le esperienze individuali. L'età non è l'unico fattore determinante nell'invecchiamento; fattori come la genetica, il comportamento, lo status socioeconomico, la cultura, l'ambiente e lo stile di vita sono influenti, come sottolineano Rowe e Kahn (2015).

Riconoscendo l'impatto dell'ageismo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha incluso nella sua Strategia Globale sull'Invecchiamento e la Salute e nel Decennio dell'Invecchiamento in Salute (2021-2030).

La strategia dell'OMS evidenzia i potenziali effetti dell'ageismo: riduzione dell'aspettativa di vita, peggioramento della salute, aumento del rischio di povertà, maggiore vulnerabilità agli abusi e maggiore isolamento sociale.

Le donne, in particolare, possono subire un ageismo sanitario amplificato a causa di una medicalizzazione parziale e di visioni riduzionistiche.

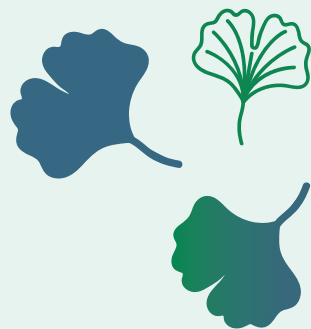
In sintesi, l'ageismo rimane profondamente radicato nella società.

Affrontare questi pregiudizi richiede il riconoscimento e la trasformazione delle visioni stereotipate degli anziani in tutti gli ambiti: personale, familiare, sociale e professionale. Valorizzare gli anziani presentando un'immagine realistica e variegata dell'invecchiamento può favorire la creazione di società inclusive e diversificate dal punto di vista dell'età, che rispettano e sostengono le persone di tutte le età.





Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). Psychiatric and the elderly: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893–90
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61: 207–221.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2 0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- World Health Organization. (2021). *The Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization. Available: <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>

SITI WEB

Global report on ageism (2021) and the link
<https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>

Approccio centrato sulla Persona

Negli ultimi decenni si è verificato un importante cambiamento di paradigma rispetto al modello tradizionale di assistenza. L'approccio centrato sulla persona ha le sue origini nella psicologia umanistica, più specificamente nella terapia centrata sul cliente di Carl Rogers (1951), nota anche come terapia non direttiva.

Questa forma di psicoterapia si basa sulla tendenza costruttiva e positiva allo sviluppo dell'essere umano, considerandolo un attore attivo del cambiamento, e si allontana dall'approccio comportamentale. Successivamente, Tom Kitwood (1997) applica questo riferimento alla cura delle persone affette da demenza. Secondo questo autore, la demenza non è solo una condizione neurologica, ma anche una condizione psicologica e sociale, in cui intervengono vari fattori che, nella loro interazione, sono determinanti per comprendere il comportamento e il benessere di ogni persona, come la personalità, la biografia, la salute e l'ambiente sociale. Si tratta quindi di una prospettiva psicosociale, in cui la malattia o la patologia non sono l'unico o il principale aspetto. Questa idea è presentata nel quadro VIPS di Dawn Brooker (2007), che prevede di "valorizzare" le persone affette da demenza e i loro ambienti di cura, trattandole come "individui unici", considerando la loro 'prospettiva' e fornendo un "ambiente sociale" che sostenga i bisogni psicologici.

L'approccio centrato sulla persona di Kitwood è stato trasferito in diversi contesti assistenziali, quali l'istruzione, la sanità, i servizi gerontologici o quelli relativi alla disabilità.

A differenza degli approcci tradizionali, basati sui problemi dell'individuo e sul funzionamento istituzionale, le azioni professionali basate sul modello di assistenza centrata sulla persona (PCC) mirano a fornire un'assistenza personalizzata e a promuovere l'autonomia e la partecipazione delle persone nei loro processi di cura. Il modello PCC è una pietra miliare nella buona pratica, sostenuta da organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2024). Secondo Collins (2014), i principi alla base della PCC sono (1) l'assistenza basata sulla dignità e il rispetto, (2) il coordinamento del sostegno e dell'assistenza nel tempo e in particolare nei momenti di transizione tra i servizi, (3) la personalizzazione dell'assistenza, evitando approcci generalizzati che si concentrano sulla malattia o sulla diagnosi, e (4) lo sviluppo di un ambiente facilitante che promuova le capacità della persona e consenta il mantenimento dell'autonomia.

Nel quadro del modello PCC, l'approccio dialogico può essere incluso come metodologia di assistenza professionale finalizzata a un dialogo partecipativo con la persona assistita e il suo ambiente più vicino (personale e professionale). Lo stesso Rogers ha cercato di essere congruente e genuino nel suo approccio,

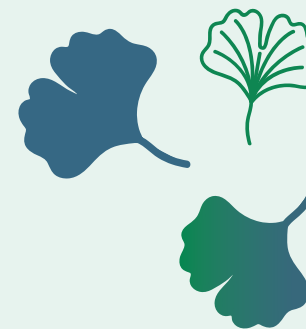
considerando la sua terapia centrata sul cliente come una relazione di incontro e assumendo implicitamente la comprensione dialogica nel suo modello. Le relazioni interpersonali sono essenziali per gli esseri umani, nasciamo e viviamo nelle relazioni e il nostro cervello è costruito in modo dialogico. Ecco perché abbiamo bisogno degli altri per sviluppare la nostra identità e abbiamo bisogno delle risposte degli altri per capire che esistiamo per loro. Tutto questo si ottiene attraverso il dialogo, che non deve essere inteso come un processo incentrato sul parlare, ma la sua premessa principale, e quella di questo modello, è l'ascolto e l'allenamento di questa capacità. L'approccio dialogico cerca di trovare nuove soluzioni e possibilità di azione attraverso il dialogo lento e l'empowerment della persona assistita. Il nucleo centrale dell'approccio è l'ascolto, e quindi i professionisti devono ascoltare adeguatamente le persone con cui lavorano affinché si sentano riconosciute nel prendere decisioni che riguardano i propri processi di vita (Arnkil, 2019). Questo dialogo mira a raggiungere nuovi stati e processi basati sul potenziale dell'individuo. Inoltre, incoraggia i professionisti a stabilire relazioni orizzontali con le persone di cui si prendono cura, in modo che non dicano loro cosa fare, ma le aiutino ad esprimersi e a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Esistono una serie di compiti comuni nella creazione e nella conservazione degli spazi dialogici, quali (Arnkil, 2019):

- **Organizzare il luogo fisico in modo che sia adeguato al dialogo.**
- **Assicurarsi che vi sia tempo sufficiente e che esso sia allocato in modo da favorire il dialogo.**
- **Includere tutte le persone importanti nella rete del cliente e incoraggiarle a partecipare di persona al dialogo.**
- **Incoraggiare uno spazio mentale aperto alla curiosità rispettosa e all'empatia.**
- **Preservare il discorso dialogico insieme agli altri durante le riunioni ed evitare discorsi autoritari da parte dei professionisti.**



Per saperne di più...



BIGLIOGRAFIA

- Arnkil, T. (2019). Co-generando espacios dialógicos. Desafíos para los diálogos abiertos y anticipatorios y las prácticas dialógicas en general. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64.
- Brooker D. (2007). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Collins, A. (2014). *Measuring what really matters Towards a coherent measurement system to support person-centred care*. The health Foundation.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>
- Kitwood T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Milton Keynes.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory*, éd. Houghton Mifflin.
- World Health Organization (WHO). (2024). *Long-term care for older people: package for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.

SITI WEB

<https://www.fundacionpilares.org>
(Fundación Pilares para la autonomía personal, España)

<https://www.acpfrance.fr/>
(Istituto de formación, Francia)

Prospettiva dell'arco di vita

La prospettiva della durata della vita è un approccio teorico che riguarda l'esplorazione dei cambiamenti e delle costanti biologiche, cognitive e psicosociali che si verificano nel corso della vita.

Questo approccio propone principi teorici e metodologici fondamentali riguardanti la natura dello sviluppo umano. Le varie prospettive su cui si basa questa visione formano una sorta di "famiglia di prospettive" che insieme contribuiscono alla comprensione del fenomeno (Baltes, 1987). Paul Baltes, psicologo tedesco e uno dei massimi esperti nello studio dello sviluppo e dell'invecchiamento, propone un approccio basato su una serie di principi fondamentali che definiscono il corso dello sviluppo umano in modo integrato e continuo.

La prospettiva della durata della vita si basa su una serie di principi:

(1) Lo sviluppo dura tutta la vita: a questo proposito, lo sviluppo non è limitato a una fase specifica, ma continua per tutta la vita, dall'infanzia alla vecchiaia (Baltes, 1987). Ciò implica che i processi di cambiamento e crescita sono presenti a tutte le età.

(2) Lo sviluppo è multidimensionale: secondo questo principio, lo sviluppo coinvolge diverse dimensioni, tra cui fattori fisici, cognitivi ed emotivi, che interagiscono tra loro in modo dinamico (Baltes & Lindenberger, 1997). Ad esempio, con l'avanzare dell'età, i cambiamenti cognitivi possono influenzare il benessere emotivo e viceversa.

(3) Lo sviluppo è multidirezionale: a questo proposito, lo sviluppo non segue un percorso lineare, ma è caratterizzato da

guadagni e perdite a tutte le età (Baltes, 1987). Ad esempio, un giovane adulto potrebbe migliorare le proprie competenze professionali, ma perdere alcune abilità sociali a causa delle pressioni lavorative. (4) Lo sviluppo è plastico: secondo questo principio, le caratteristiche umane sono malleabili e possono cambiare nel tempo in risposta a fattori esterni e interni (Baltes, 1987). Un esempio di questa plasticità può essere osservato nella capacità delle persone anziane di adattarsi alle nuove tecnologie e agli stili di vita, dimostrando che lo sviluppo e l'apprendimento non si fermano con l'età.

(5) Lo sviluppo è influenzato da fattori contestuali e socio-culturali: a questo proposito, il contesto in cui si vive gioca un ruolo cruciale nel plasmare il processo di sviluppo. Ad esempio, lo sviluppo di una persona che cresce in un contesto socio-economico svantaggiato sarà diverso da quello di una persona cresciuta in un ambiente privilegiato (Bronfenbrenner, 1979).

(6) Lo sviluppo è multidisciplinare: a questo proposito, lo studio dello sviluppo richiede l'integrazione di diverse discipline, come la psicologia, la biologia, la sociologia e l'antropologia (Sternberg, 1999). Questo approccio multidisciplinare fornisce una visione completa delle molteplici forze che influenzano lo sviluppo umano.

Numerosi documenti politici a livello internazionale ed europeo hanno integrato la prospettiva della durata della vita, in particolare per affrontare le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e la necessità di promuovere il benessere lungo tutto l'arco della vita. In particolare, si osserva che:

Nella Strategia globale e nel Piano d'azione sull'invecchiamento e la salute (2016), l'OMS ha adottato un approccio basato sulla prospettiva della durata della vita per promuovere la salute in tutte le fasi della vita. Un esempio pratico di questo approccio è il programma per la prevenzione delle malattie croniche in età adulta. Attraverso campagne di educazione sanitaria, come la promozione di stili di vita attivi e di una dieta equilibrata già durante l'infanzia, si cerca di ridurre il rischio di malattie croniche come il diabete e le malattie cardiovascolari in età avanzata.

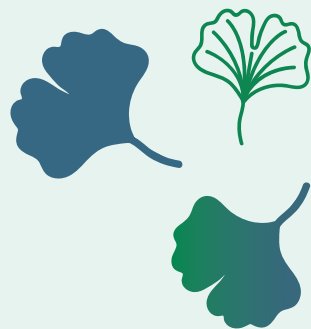
Nel documento "Pilastro europeo dei diritti sociali" (2017), la Commissione europea ha riconosciuto l'importanza di promuovere l'apprendimento permanente e l'invecchiamento attivo. Ad esempio, molte iniziative europee si concentrano sull'offerta di corsi di formazione per lavoratori adulti e anziani, consentendo loro di rimanere competitivi sul mercato del lavoro. Un progetto significativo è il programma "Erasmus+ per adulti", che incoraggia l'istruzione e la formazione permanente, consentendo alle persone di acquisire nuove competenze indipendentemente dalla loro età.

L'iniziativa globale delle Nazioni Unite "Decennio delle Nazioni Unite per l'invecchiamento in buona salute (2021-2030)" per promuovere l'invecchiamento in buona salute nel decennio 2021-2030 si basa sulla prospettiva della durata della vita (OMS, 2023). Un esempio di attuazione pratica di questa politica è il sostegno a progetti comunitari che coinvolgono gli anziani in attività sociali e fisiche, migliorando la loro qualità di vita. Ad esempio, nell'ambito di questa iniziativa sono stati promossi programmi di volontariato intergenerazionale, in cui gli anziani offrono il loro tempo e la loro esperienza a beneficio dei giovani, favorendo il legame tra le generazioni e la trasmissione delle conoscenze.

In conclusione, la prospettiva della durata della vita fornisce un quadro teorico fondamentale per comprendere lo sviluppo umano in tutte le sue fasi, dalla nascita alla vecchiaia. L'enfasi sulla multidimensionalità e la plasticità dello sviluppo evidenzia come le persone, anche in età avanzata, abbiano la capacità di cambiare, imparare e crescere. Inoltre, le politiche internazionali ed europee stanno adottando sempre più questa prospettiva, riconoscendo la necessità di promuovere il benessere e lo sviluppo durante tutto l'arco della vita. Infine, la ricerca scientifica continua a dimostrare che l'invecchiamento non è solo un periodo di declino, ma anche di potenziale crescita e adattamento, con forti implicazioni pratiche per la promozione della salute e del benessere degli anziani.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
- Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12(1), 12–21. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Sternberg, R. J. (1999). *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.

SITI WEB

- WHO (2016). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1
- European Commission (2017). European Pillar of Social Rights retrieved from <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>
- WHO (2023). Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023. retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374192/9789240079694-eng.pdf?sequence=1>

Invecchiamento attivo e gerontologia educativa critica

L'invecchiamento è un processo complesso e multiforme che varia notevolmente da individuo a individuo. La ricerca ha dimostrato che, sebbene l'invecchiamento sia spesso associato al declino cognitivo, non tutte le persone anziane lo sperimentano in modo uniforme.

Infatti, molti anziani riescono a mantenere livelli elevati di funzionalità fisica e cognitiva, raggiungendo quello che viene spesso definito "invecchiamento di successo". Le sezioni seguenti forniscono una breve descrizione dei concetti chiave relativi all'invecchiamento, concentrandosi sull'invecchiamento attivo, sull'invecchiamento di successo e sulle prospettive critiche della gerontologia educativa.

L'invecchiamento attivo è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano". Questo concetto sottolinea l'importanza di rimanere impegnati in attività sociali, economiche, culturali e civiche. Sposta l'attenzione dalla semplice sopravvivenza al vivere con uno scopo, indipendentemente dai limiti fisici e cognitivi.

I fattori chiave che contribuiscono all'invecchiamento attivo includono:

- **Attività fisica:** un'attività fisica regolare aiuta a mantenere la mobilità e riduce il rischio di malattie croniche.

- **Impegno cognitivo:** partecipare ad attività stimolanti dal punto di vista mentale aiuta a ritardare il declino cognitivo e a mantenere o aumentare la capacità di riserva cognitiva.
- **Partecipazione sociale:** inclusione e coinvolgimento degli anziani nella vita comunitaria e sociale, promuovendo il loro benessere e la loro qualità di vita.
- **Accesso all'assistenza sanitaria:** l'assistenza sanitaria preventiva e gli interventi medici sono fondamentali per la gestione delle malattie croniche e il mantenimento della qualità della vita.

L'invecchiamento di successo è un modello ampiamente studiato che delinea come gli anziani possano invecchiare in modo sano e attivo. Secondo il quadro teorico fornito da Baltes & Baltes (1991), **l'invecchiamento di successo comprende tre componenti principali:**

- **Bassa probabilità di malattia e disabilità:** gli anziani mantengono la loro salute fisica e riducono al minimo l'impatto delle malattie croniche.

- **Elevate capacità cognitive e fisiche:**

le capacità cognitive come la memoria, il ragionamento e la risoluzione dei problemi vengono mantenute e la salute fisica viene preservata.

- **Impegno attivo nella vita:** il senso di scopo e il coinvolgimento in attività significative, sia sociali che produttive, contribuiscono al benessere generale.

Tuttavia, le critiche a questo modello sostengono che esso si concentri eccessivamente sulla salute e sulle capacità fisiche, escludendo così le persone che non soddisfano questi criteri. Il concetto potrebbe involontariamente emarginare le persone con disabilità, non tenendo conto delle diverse traiettorie di vita.

La gerontologia critica mette in discussione le visioni tradizionali dell'invecchiamento e sottolinea l'importanza del contesto sociale, della diversità e dell'empowerment. Promuove una comprensione più ampia dell'invecchiamento che va oltre i modelli medici, concentrandosi invece su come le strutture sociali, le norme culturali e le biografie personali modellano l'esperienza dell'invecchiamento.

Secondo teorici come Holstein & Minkler (2007), la gerontologia critica evidenzia quanto segue:

- **Ideali e norme culturali:** le esperienze di invecchiamento sono influenzate da ideali culturali impliciti ed espliciti su cosa significhi invecchiare con successo.

- **Realtà politiche e sociali:**

l'invecchiamento è modellato dalle politiche e dalle strutture sociali, che possono responsabilizzare o emarginare gli anziani.

- **Intersezionalità:** fattori come il genere, il gruppo etnico, lo status socioeconomico e le condizioni di salute si intersecano, creando esperienze di invecchiamento uniche per ogni individuo.

- **Empowerment attraverso l'istruzione:**

l'istruzione è vista come un processo che dura tutta la vita e che può migliorare l'autonomia e l'impegno, promuovendo una comprensione più inclusiva dell'invecchiamento.

La gerontologia critica sottolinea le implicazioni educative dell'invecchiamento, poiché è essenziale promuovere opportunità di apprendimento permanente per gli anziani.

Queste includono:

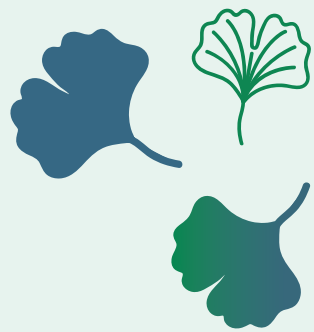
- **Strategie compensative:** i programmi educativi dovrebbero concentrarsi sull'aiutare gli anziani a sviluppare meccanismi compensativi per affrontare le sfide legate all'età.
- **Rafforzamento e miglioramento:** l'apprendimento dovrebbe essere visto come uno strumento per migliorare le funzioni cognitive e le capacità esistenti, piuttosto che semplicemente mitigare le perdite.

- **Inclusione e diversità:** gli sforzi educativi dovrebbero abbracciare esperienze di invecchiamento diverse, riconoscendo che non tutti gli individui seguono lo stesso percorso di invecchiamento.

Per concludere, i modelli di invecchiamento attivo e di successo forniscono preziose indicazioni su come gli individui possono affrontare il processo di invecchiamento. Tuttavia, è altrettanto importante integrare prospettive critiche che evidenzino il ruolo dei fattori sociali ed educativi nel plasmare le esperienze di invecchiamento. Concentrandosi sull'intersezionalità e sull'empowerment, la gerontologia educativa critica offre un approccio più inclusivo e umanistico alla comprensione delle complessità dell'invecchiamento.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Bernard, M., & Scharf, T. (2007). **Critical perspectives on ageing societies**. Policy Press.
- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. In M. Bernard & T. Scharf (Eds.), **Critical perspectives on ageing societies** (pp. 13-26). Policy Press.
- Schaie, K. W., & Carstensen, L. L. (2006). **Social structures, aging, and self-regulation in the elderly**. Springer Publishing Company.
- WHO. *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.

SITI WEB

TED TALK Jane Fonda Life's third act
https://www.ted.com/talks/jane_fonda_life_s_third_act?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare

Intersezionalità

Il concetto di intersezionalità è emerso tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70 all'interno dei movimenti femministi neri, prima negli Stati Uniti e poi in Europa,

che hanno contribuito agli studi postcolonialisti e queer, mettendo in discussione una visione essenzialista delle donne e decentralizzando la differenza sesso/genere, che fino ad allora era stata in cima all'agenda del femminismo bianco. Sulla scia di tali studi critici sul genere e la razza, il termine "intersezionalità" è stato coniato per la prima volta dalla giurista Kimberlé Crenshaw nel 1989. Crenshaw (1989) definisce l'intersezionalità come un'analisi critica che esplora come diverse identità sociali – quali genere, razza, classe, etnia, orientamento sessuale, abilità fisiche e altre – si intersecano per creare esperienze uniche di oppressione e privilegio. Ad esempio, una donna con disabilità può subire sia il sessismo che la discriminazione legata alla disabilità, e questi due fattori insieme possono rendere la sua vita più complessa rispetto a quella di una persona che subisce solo una di queste forme di discriminazione. Questa prospettiva è stata fondamentale per comprendere come le categorie identitarie non esistano da sole, ma operino simultaneamente e sinergicamente, generando forme di disuguaglianza che non possono essere ridotte a singole categorie.

Oltre a questa definizione, Collins e Bilge (2016) descrivono l'intersezionalità come un quadro analitico per comprendere come strutture di potere multiple e interconnesse – come il patriarcato, il razzismo, il capitalismo e il colonialismo – agiscano insieme per produrre

disuguaglianze sociali. Un'altra definizione importante è quella di Hancock (2007), che si concentra sulla natura dinamica delle categorie identitarie, sottolineando che l'intersezionalità non si limita all'analisi delle identità oppresse, ma implica anche il riconoscimento delle intersezioni tra privilegio e disuguaglianza. Sebbene le varie definizioni di intersezionalità mostrino una certa convergenza intorno al concetto di "interazione" tra le categorie identitarie, esse differiscono nei metodi e nei campi di applicazione. A questo proposito, Crenshaw (1989) sottolinea l'importanza del concetto per il diritto, suggerendo che le leggi che affrontano singole forme di discriminazione non riescono a rispondere adeguatamente ai casi di discriminazione multipla. Questa visione è stata ampliata da Hancock (2007), che ha proposto di applicare l'intersezionalità all'analisi di tutte le identità sociali come incorporate nelle relazioni di potere e non solo ai gruppi emarginati.

L'intersezionalità ha gradualmente trovato consenso e ha anche iniziato a influenzare le politiche internazionali e la legislazione sui diritti umani. A questo proposito, nel contesto delle Nazioni Unite, il Comitato per l'eliminazione della discriminazione razziale (CERD) e il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW) hanno formalmente riconosciuto l'importanza di affrontare la discriminazione intersezionale nelle loro relazioni. In particolare, il Comitato per l'eliminazione della discriminazione razziale ha approfondito la sua

comprensione dell'intersezionalità, ad esempio il modo in cui la discriminazione razziale interagisce con la salute e lo status sociale (Nazioni Unite, 2023).

A livello europeo, l'intersezionalità è presente nelle politiche dell'Unione europea (UE). A questo proposito, la Strategia dell'UE per la parità di genere 2020-2025 fa esplicito riferimento a un approccio intersezionale nella lotta alle disuguaglianze di genere, riconoscendo che le donne possono essere vittime di forme multiple e sovrapposte di discriminazione (Commissione europea, 2020). Tuttavia, in molti casi le leggi non tengono conto di queste esperienze intersezionali, trattando la discriminazione in modo isolato, come se ogni problema fosse separato dagli altri (Kantola & Lombardo, 2017).

L'applicazione del concetto di intersezionalità agli studi sull'invecchiamento rappresenta un campo in rapida crescita. Infatti, l'invecchiamento è un processo che non è influenzato solo da variabili biologiche, ma anche da fattori sociali e identitari, come il genere, l'etnia, la classe sociale e l'orientamento sessuale (Calasanti & Giles, 2018; Katz, 2005). In particolare, le esperienze delle persone anziane non sono tutte uguali. Infatti, le donne anziane potrebbero subire discriminazioni legate sia al fatto di essere donne (sessismo).

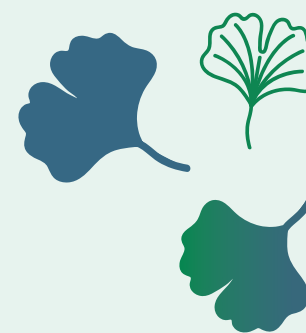
Se sono anche persone di colore o di basso status economico, le difficoltà possono aumentare ulteriormente. Inoltre, è stato osservato che le persone LGBTQ+ anziane affrontano sfide uniche legate a una vita di discriminazioni, che si amplificano nella terza età.

In conclusione, l'intersezionalità è un potente strumento teorico per comprendere le interconnessioni tra diverse forme di disuguaglianza.

Tuttavia, l'integrazione del concetto di intersezionalità nelle politiche europee e internazionali è ancora un processo in evoluzione, che richiede approcci più olistici e una maggiore attenzione alle identità multiple degli individui.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Calasanti, T., & Giles, S. (2018). The challenge of intersectionality. *Generations*, 41(4), 69–74.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), Article 8.
- Hancock, A.-M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63–79. <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>
- Kantola, J., & Lombardo, E. (2017). *Gender and political analysis*. Bloomsbury Publishing.
- Katz, S. (2005). *Cultural aging: Life course, lifestyle, and senior worlds*. University of Toronto Press. <http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctvg254gf>

SITI WEB

European Commission. (2020). A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025. Retrieved from <https://ec.europa.eu>

United Nation. (2023). Committee on the Elimination of Racial Discrimination Holds Seventh Meeting with States Parties. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/news/2023/12/committee-elimination-racial-discrimination-holds-seventh-meeting-states-parties>

Qualità della vita

Il concetto di qualità della vita è stato applicato nel corso degli anni in vari campi e con diverse prospettive teoriche.

Nel 1993, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fornito la seguente definizione: «È la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni. Si tratta di un concetto ampio, influenzato in modo complesso dalla salute fisica dell'individuo, dal suo stato psicologico, dal suo livello di indipendenza, dalle sue relazioni sociali e dal suo rapporto con gli aspetti chiave del suo ambiente» (WHOQOL, 1993, p.153).

Secondo questa definizione, la qualità della vita è influenzata da una serie di fattori che variano a seconda del luogo, della fase della vita e delle componenti specifiche che la determinano (famiglia, sociale, socio-economico, ecc.). **Monique Formarier, ex dirigente nel settore sanitario e caporedattrice di Recherche en soins infirmiers, identifica i seguenti ambiti che influenzano la qualità della vita di una persona:**

- **stato di salute e gravità della disabilità,**
- **aspetti psicologici e spirituali,**
- **ambiente familiare e contestuale,**
- **status socioeconomico.**

Il concetto sottolinea la nozione di percezione, ovvero "la soddisfazione complessiva del soggetto riguardo al significato che attribuisce al benessere". Questa attenzione al punto di vista dell'individuo aggiunge complessità al concetto: la qualità della vita è un criterio di valutazione che idealmente dovrebbe

essere oggettivo, ma che è soggetto a interpretazioni soggettive.

Allo stesso modo, per il Gruppo sulla qualità della vita dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHOQOL, 1993), «la qualità della vita è definita come la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita all'interno del contesto culturale e dei sistemi di valori in cui vive, rispetto ai propri obiettivi, aspettative, priorità e interessi. Si tratta di un concetto ampio, influenzato globalmente dalla salute fisica della persona, dal suo stato psicologico, dal suo livello di indipendenza, dalle sue relazioni sociali e dal suo legame con le caratteristiche ambientali essenziali».

Questa enfasi sulla prospettiva dell'individuo complica il concetto: mentre la qualità della vita dovrebbe essere un criterio oggettivo per sua natura, è soggetta a interpretazioni soggettive, che variano a seconda dell'apprezzamento che ogni individuo ha delle proprie norme e dei propri valori e che evolvono nel tempo e nelle diverse fasi della vita.

Secondo Zribi e Poupée-Fontaine, la qualità della vita è in parte legata alle opportunità degli individui di partecipare alle decisioni che li riguardano, sia individualmente che collettivamente, nonché alla loro capacità di esprimersi, in particolare per quanto riguarda il loro ambiente di vita, il potenziale piano di assistenza e le attività personali.

La qualità della vita afferma quindi il diritto alla libera scelta, al consenso informato, all'accesso a tutte le informazioni personali e alla partecipazione al proprio piano personalizzato.

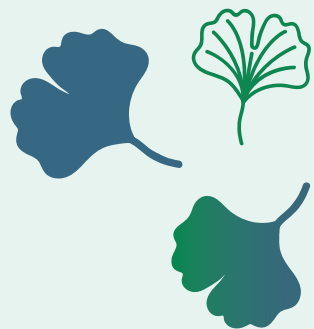
Ciò implica il riconoscimento degli individui come "soggetti" da sostenere piuttosto che come "oggetti" da assistere. La qualità della vita è anche legata alla capacità di esprimersi a livello collettivo, istituzionale e sociale: la persona è un soggetto di diritti, che ha il diritto di esprimersi su questioni che riguardano se stessa, i gruppi di cui fa parte, l'istituzione e la società. L'obiettivo è consentire alle persone di esercitare il loro ruolo di cittadini e non essere confinate al ruolo di beneficiari passivi.

Come sintetizzato da Emanuela Lopez nella relazione Qualità della vita in età evolutiva, «in breve, la qualità della vita è un concetto ampio che coinvolge molteplici dimensioni della vita e rappresenta una percezione soggettiva di come gli individui si sentono in relazione al loro stato di salute. In altre parole, include i sentimenti di un individuo riguardo alla propria vita, i valori legati alla salute, il funzionamento emotivo e sociale e le relazioni con la famiglia e gli amici.

L'enfasi sulla soggettività e sulla multidimensionalità implica che la descrizione della qualità della vita di un individuo non dovrebbe riflettere le opinioni degli operatori sanitari o dei familiari, né basarsi su una misura oggettiva dello stato o dei beni di una persona, ma dovrebbe invece comprendere un'ampia gamma di criteri» (Lopez, 2013, p. 9).



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- Hervy*, M. P. (2013). Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad: pourquoi ce thème?. *Empan*, (4), 126-132.
- Lopez, D. S. E. (2013). Qualità della vita in età evolutiva. Available on:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_2_file.pdf
- Poupee-Fontaine, D., & ZRIBI, G. (2002). Dictionnaire du handicap. EHESP
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

SITI WEB

<https://www.anffas.net/it/cosa-facciamo/supporto-alle-persone-con-disabilita/qualita-della-vita/>

<https://www.anffas.net/it/cosa-facciamo/supporto-alle-persone-con-disabilita/qualita-della-vita/>

Empowerment

L'empowerment rappresenta un concetto cruciale sia come orientamento valoriale per il lavoro comunitario sia come modello teorico per comprendere i processi e i risultati associati all'esercizio del controllo e dell'influenza sulle decisioni che riguardano la vita personale, l'efficacia organizzativa e la qualità della vita comunitaria (Perkins & Zimmerman, 1995; Rappaport, 1981; Zimmerman & Warschausky, 1998).

Nonostante i progressi concettuali, l'empowerment rimane un concetto ambiguo, non ancora ben articolato nel contesto della promozione della salute. Diversi autori hanno osservato come la rilevanza e il significato duraturo dell'empowerment all'interno della disciplina possano essere minacciati dall'uso variabile di questo termine (Rissel, 1994; Wallerstein, 1992; Zimmerman, 2000).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'empowerment nella salute mentale come la capacità degli utenti di esercitare la scelta, la decisione, l'influenza e il controllo sugli eventi della loro vita (2010). In linea con questa visione, Rappaport (1984) descrive l'empowerment come un processo che consente agli individui, alle organizzazioni e alle comunità di acquisire il controllo sulla propria vita. Tuttavia, questa definizione manca di una descrizione dettagliata del processo ai vari livelli di analisi. Queste definizioni suggeriscono che l'empowerment ha a che fare con l'esercizio del controllo, la partecipazione al raggiungimento di obiettivi condivisi, l'accesso alle risorse e la comprensione critica del contesto socio-politico.

Un progetto volto a sviluppare l'empowerment individuale e a promuovere l'autonomia deve

affrontare diverse dimensioni: individuale, socio-relazionale e istituzionale. A livello individuale, l'empowerment si concretizza nello sviluppo di competenze quali l'autostima, la fiducia in se stessi, il senso di autoefficacia e la capacità di autovalutazione (Perkins & Zimmerman, 1995). Nella dimensione socio-relazionale, i progetti basati sull'apprendimento cooperativo dovrebbero promuovere competenze quali la comunicazione, la cooperazione e la gestione dei conflitti (Ninacs, 2008). A livello istituzionale, l'empowerment implica la creazione di condizioni che favoriscano la partecipazione attiva, la consapevolezza dei diritti e dei doveri e l'inclusione nei processi decisionali.

L'empowerment implica un insieme di conoscenze, abilità e strategie relazionali che consentono agli individui e ai gruppi di fissare obiettivi e sviluppare strategie efficaci per raggiungerli, utilizzando le risorse disponibili. Da un punto di vista pratico, esercitare l'empowerment significa perseguire obiettivi, impegnarsi per raggiungerli, percepire i margini di influenza sugli eventi, gestire il cambiamento e costruire relazioni positive e collaborative (Zimmerman & Warschausky, 1998).

Sebbene la ricerca si sia concentrata prevalentemente sul livello individuale, vi è una crescente necessità di esplorare ulteriormente l'empowerment anche a livello organizzativo e comunitario, al fine di comprenderne appieno le implicazioni e le dinamiche in contesti diversi.

A livello organizzativo, l'empowerment si manifesta attraverso processi e strutture che incentivano la partecipazione dei membri e migliorano l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi. A livello comunitario, l'empowerment riguarda le azioni collettive volte a migliorare la qualità della vita e a rafforzare i legami tra le organizzazioni e le agenzie comunitarie (Zimmerman & Warschausky, 1998). È importante notare che l'empowerment organizzativo e comunitario non si limita alla somma degli individui "empowered", ma è un processo collettivo più ampio e complesso.

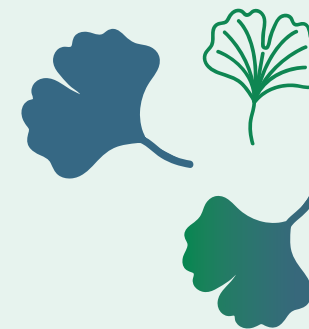
Un aspetto chiave della concettualizzazione dell'empowerment comunitario, particolarmente discusso nella letteratura sulla promozione della salute, riguarda la distinzione tra empowerment come processo e come risultato. Rissel (1994) ha sottolineato che esiste un ampio consenso sul fatto che l'empowerment della comunità sia sia un processo che un risultato.

Tuttavia, misurare l'empowerment in una di queste dimensioni è complesso, poiché non vi è consenso su quale sia più facilmente quantificabile e quali strumenti metodologici siano più appropriati (Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992).

Alcuni autori propongono di concettualizzare l'empowerment della comunità come un costrutto multilivello, che si sviluppa attraverso tre fasi: empowerment individuale e psicologico, empowerment della comunità e, infine, empowerment sociale e/o politico (Rissel, 1994; Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992).



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(2–3), 1–7. https://doi.org/10.1300/J293v03n02_02
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197–205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.1.3>

SITI WEB

WHO (2010) *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Récupéré de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107275/WHO-EURO-2010-8556-48328-71752-eng.pdf?sequence=3>

Approccio community-based

Negli ultimi anni, l'approccio community-based ha acquisito importanza nelle politiche pubbliche, nelle normative e nelle raccomandazioni relative all'assistenza agli anziani.

A differenza del modello assistenziale tradizionale, questo approccio si concentra sulle realtà delle comunità locali. Le istituzioni europee sostengono questo cambiamento, promuovendo un'assistenza a lungo termine incentrata sulla persona e community-based rispetto all'assistenza istituzionale tradizionale. Il principio 18 del Pilastro europeo dei diritti sociali (Commissione europea, 2017) sottolinea il diritto a un'assistenza a lungo termine accessibile e di qualità, in particolare ai servizi domiciliari e community-based. Questo modello postula che l'assistenza community-based migliori la qualità della vita di coloro che necessitano di sostegno a lungo termine, promuovendo l'inclusione sociale, l'autonomia e il rispetto dei progetti di vita personali.

La comunità rappresenta lo spazio sociale e territoriale in cui le famiglie si connettono, si formano reti sociali e si svolge la vita pubblica. In linea di massima, l'approccio comunitario è un modello di intervento che utilizza la comunità locale come agente attivo nella promozione della qualità della vita, dell'assistenza e della protezione, profondamente influenzato dai legami sociali e dagli elementi ambientali. L'obiettivo è il benessere della comunità nel suo complesso, raggiunto attraverso la responsabilità condivisa delle parti coinvolte che agiscono in modo coeso abbracciando la diversità locale (Sennett, 1999).

Gli approcci community-based si basano sulla collaborazione e sull'impegno tra diversi agenti della comunità. Per essere efficaci, questi interventi devono essere sostenibili e considerare una prospettiva a medio-lungo termine, piuttosto che essere limitati da progetti specifici e di breve durata. Inoltre, è essenziale la partecipazione attiva e paritaria di tutte le parti, in particolare dei gruppi vulnerabili (Chaskin et al., 2001; Bridger & Luloff, 1999).

Una componente chiave dell'approccio comunitario è il sostegno reciproco generato all'interno delle relazioni comunitarie. La solidarietà di quartiere, fondata sul sostegno reciproco piuttosto che sulla carità, è essenziale per un intervento efficace. Spade (2020) identifica tre elementi chiave per il sostegno reciproco: 1) affrontare i bisogni di sopravvivenza comprendendo le cause profonde della disuguaglianza; 2) promuovere la solidarietà tra individui di diversa provenienza; e 3) promuovere un'ampia partecipazione a processi autonomi e collettivi.

Il networking è un'altra strategia centrale dell'approccio comunitario, che facilita la corresponsabilità. Ciò richiede la creazione di spazi di coordinamento e dialogo tra le istituzioni e i gruppi che operano nella sfera comunitaria, come ad esempio: 1) organizzare forum di incontro, riflessione e coesione tra gli stakeholder della comunità;

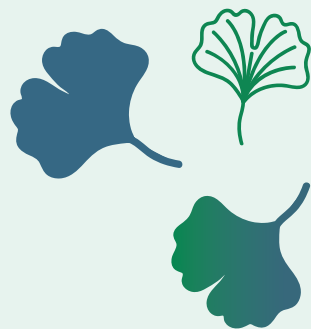
2) attuare metodi inclusivi che abbracciano la diversità della comunità; e 3) interconnettere il lavoro dei gruppi comunitari, dei collettivi e degli enti pubblici per affrontare sia le esigenze attuali che quelle emergenti.

Questo approccio cerca di allineare le prospettive istituzionali ai valori della comunità, considerando la comunità come il motore principale del proprio sviluppo. Le azioni locali sono essenziali, in quanto consentono alle comunità di adattare le risorse alle esigenze locali e garantiscono l'autonomia nella gestione delle risorse di protezione.

Brenner e Haaken (2000) sostengono che la mancata riconoscenza del ruolo essenziale della comunità ostacola le politiche pubbliche. Essi suggeriscono che politiche di assistenza efficaci devono sostenere la ricostruzione e il rafforzamento delle strutture comunitarie locali e democratiche.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- Bridger, J.C. & Luloff, A.E. (1999). Toward an interactional approach to sustainable community development. *Journal of Rural Studies*, 15(4), 377-387. [https://doi.org/10.1016/S0743-0167\(98\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0743-0167(98)00076-X)
- Chaskin, R. J., P. Brown, S. A. Venkatesh, & A. Vidal. (2001). *Building community capacity*. New York: Aldine.
- European Comission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.
- Sennett, R. (1999): *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, Nueva York, W.W. Norton.

Corresponsabilità

L'uso del termine "corresponsabilità" nel campo degli anziani si riferisce alla necessità di considerare le risorse assistenziali come un sistema integrato in cui le politiche pubbliche, le famiglie, il settore privato e la società civile devono essere coinvolti congiuntamente nel lavoro di assistenza.

Il concetto è nato nell'ambito degli studi di genere come richiamo all'attenzione su quelli che erano considerati i limiti o i confini delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata, volte principalmente a incoraggiare le donne a ridurre l'orario di lavoro e i periodi di presenza sul posto di lavoro per continuare a svolgere il loro ruolo di principali responsabili della cura della famiglia (Leira, 2002). In contrasto con questa visione, la prospettiva della corresponsabilità va oltre e considera l'assistenza come un'esigenza che non può essere risolta esclusivamente nella sfera familiare, ma deve essere affrontata collettivamente.

Questa prospettiva ha le sue origini nel lavoro delle teoriche femministe degli anni '70, che hanno compreso che l'assistenza è un problema fondamentale per la vita sociale, economica e politica che trascende la sfera privata. Tradizionalmente, la cura era legata alla dimensione familiare ed era intesa come un'attività quotidiana svolta dalle donne, senza alcun riconoscimento sociale per questo lavoro. Daly & Lewis (2003) hanno coniato il termine "assistenza sociale" in risposta a questa visione essenzialista, rendendo visibile la dimensione sociale che esiste nelle attività di cura e la molteplicità degli attori che devono essere coinvolti in questa responsabilità. Pertanto,

gli Stati, le famiglie, i mercati e la comunità devono essere coinvolti nel lavoro di cura. Lo squilibrio tra questi quattro attori - noti come i quattro pilastri del "diamante dell'assistenza" (Razavi, 2007) - genera tensioni, disuguaglianze e il rischio di abbandono degli anziani.

La somma degli sforzi di questi agenti è inevitabile nell'attuale contesto della "crisi dell'assistenza" (Hochschild 1995), in cui il crescente bisogno di lavoro di assistenza derivante dal processo di invecchiamento della popolazione coincide con un momento in cui le risorse tradizionali per svolgere questo lavoro di assistenza - le donne nell'ambiente familiare - non sono più disponibili o garantite. Alla luce di questa situazione, sono necessarie strategie che, parallelamente, forniscano risorse aggiuntive per garantire l'assistenza agli anziani.

Nell'ambito familiare è necessario il coinvolgimento degli uomini. Sebbene si siano registrati progressi nel loro coinvolgimento nell'assistenza ai minori, la loro partecipazione all'assistenza agli anziani è ancora limitata, con la figura del caregiver maschile più frequente quando la persona bisognosa di assistenza è il proprio partner piuttosto che nei casi in cui si tratti dei genitori, in cui la maggior parte delle volte si ricorre ad altre donne.

La conseguenza più immediata è il sovraccarico del caregiver, che ha un impatto negativo sulla sua salute fisica, psicologica, emotiva, sociale ed economica, con un impatto diseguale su donne e uomini (Mosquera et al., 2016).

Nel campo delle politiche pubbliche, è necessario orientarsi verso modelli che garantiscano l'assistenza come diritto individuale, considerando il diritto all'assistenza alla pari di altri settori del benessere come la salute, l'istruzione o le pensioni. Le istituzioni devono essere garanti della promozione di una politica coordinata che coinvolga tutti i settori e i livelli dell'amministrazione al fine di rispondere alle sfide poste dall'assistenza. Allo stesso modo, le istituzioni devono rifocalizzare la loro attenzione sui bisogni degli individui e delle famiglie e lavorare sulla base del loro ruolo attivo. In particolare, migliorare il coordinamento tra le famiglie, i servizi sociali per l'assistenza alla dipendenza e il sistema sanitario è un punto chiave per progredire verso la garanzia dell'assistenza.

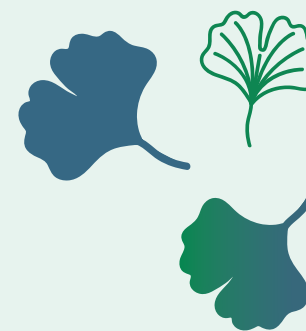
Il settore privato è sempre più coinvolto nel settore dell'assistenza, sia attraverso l'assunzione diretta da parte delle famiglie, sia attraverso la partecipazione a grandi gare d'appalto gestite dalle amministrazioni pubbliche (centri di assistenza residenziale o servizi di assistenza domiciliare, ad esempio).

In entrambi i casi, il profilo del lavoratore in questo settore presenta un modello comune: una donna che svolge il proprio lavoro in condizioni precarie. È quindi necessario procedere sia alla regolamentazione di questo settore su un piano di parità con il resto dei settori lavorativi, sia al miglioramento dell'ispezione del lavoro in questo settore. Infine, il principio di corresponsabilità richiede la mobilitazione della società civile nello sviluppo di attività di assistenza per garantire che gli anziani possano ricevere assistenza nelle proprie comunità, un principio incluso nel Piano d'azione per il pilastro europeo dei diritti sociali (Commissione europea, 2017). Le politiche di azione comunitaria che attivano il lavoro congiunto degli agenti sul territorio e l'approccio di prossimità dei servizi comunitari svolgono un ruolo importante nella socializzazione dell'assistenza (Finch, 1983). Facilitare lo sviluppo di iniziative comunitarie che promuovono l'assistenza è un ruolo necessario per le istituzioni. In questo senso, iniziative come le banche di assistenza o l'organizzazione di attività di sollievo per gli assistenti sono strategie interessanti che possono essere promosse a livello locale.

In breve, parlare di corresponsabilità nella cura degli anziani implica comprendere che l'assistenza è un diritto e che, per garantirla, è necessario articolare nuove risorse che partecipino abbattendo i tradizionali divari di genere e di classe sociale che hanno garantito il lavoro di assistenza.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Daly, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- European Commission (2017). *The European Pillar of Social Rights*. Publications Office of the European Union.
- Finch, J. (1983). Community care: developing non-sexist alternatives. *Critical Social Policy*, 3(9), 6-18. <https://doi.org/10.1177/026101838300300902>
- Hochschild, A. R. (1995). The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics* 2(3): 331-45.
- Leira, A. (2002). *Working Parents and the Welfare State: Family Change and Policy Reform in Scandinavia*. Ed: Cambridge University Press. Mosquera, I; Vergara, I; Larrañaga, I; Machón, M; del Río, M; Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Qual Life Res*, 25(5): 1059-92. doi: 10.1007/s11136-015-1159-4
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options. *Gender and Development*, 3, Ginebra, UNRISD.

Violenza nei confronti delle persone anziane

La violenza contro gli anziani è un grave problema sociale e strutturale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità la definisce come "un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui vi è un'aspettativa di fiducia, che causa danno o sofferenza a una persona anziana". Questa violenza può essere fisica, emotiva, sessuale, finanziaria, negligenza, abbandono, tra le altre. Sebbene la sua reale portata sia sconosciuta, una revisione degli studi condotti nel 2017 ha rivelato che 1 persona su 6 di età superiore ai 60 anni ha subito una qualche forma di abuso (Yon et al., 2017). La mancata segnalazione di questi casi può essere dovuta al fatto che tali situazioni si verificano solitamente in contesti intra-familiari, in relazioni di fiducia e dipendenza, o alle difficoltà della vittima nel denunciarle. È importante sottolineare che questo tipo di violenza non si limita alla sfera domestica, ma può verificarsi anche in contesti istituzionali come centri residenziali o altri centri sociali e sanitari. Gli autori possono essere familiari, amici, operatori sanitari e sociali o estranei. Inoltre, alcuni autori come Chang et al. (2021) sottolineano l'abuso strutturale come un'altra forma di violenza contro gli anziani, che si riflette, ad esempio, nella discriminazione nelle politiche governative.

La ricerca concorda sul fatto che, sebbene qualsiasi anziano possa essere vittima di qualche forma di violenza, esistono fattori individuali che aumentano la probabilità di esserne colpiti. In particolare, le persone in situazioni di maggiore vulnerabilità, come quelle con limitazioni funzionali,

dipendenza, disabilità, fragilità o deficit cognitivo, che necessitano dell'assistenza di altri per le attività quotidiane, sono le più esposte. Allo stesso modo, la percentuale di vittime di sesso femminile è superiore a quella di sesso maschile e uno dei fattori di rischio più rilevanti a livello comunitario che aumentano la probabilità di subire violenza è l'isolamento sociale o la mancanza di contatti sociali. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche sul suo impatto, l'ageismo, inteso come l'insieme di atteggiamenti negativi e stereotipi nei confronti delle persone anziane a causa della loro età, è un fattore a livello sociale che può anche facilitare lo sviluppo di comportamenti violenti. D'altra parte, esistono fattori specifici degli individui che aumentano il rischio di abuso, come gli assistenti con una storia di abuso di sostanze, problemi di salute mentale, dipendenza economica o stress e sovraccarico derivanti dall'assistenza a una persona anziana, correlati, allo stesso tempo, alla mancanza di informazioni sull'invecchiamento e sui processi di assistenza, alla mancanza di competenze assistenziali e alla scarsità o inadeguatezza delle risorse di sostegno (Istituto Nazionale sull'Invecchiamento, Organizzazione Mondiale della Sanità).

L'abuso nei confronti degli anziani, nelle sue diverse forme, costituisce una violazione dei diritti umani, lesiva dell'uguaglianza, dell'integrità fisica e del diritto a una vita libera dalla violenza.

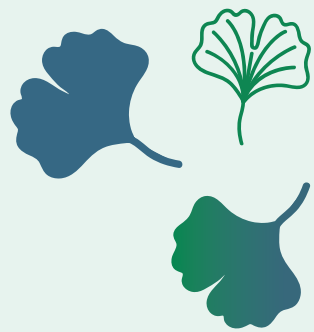
Sebbene vi siano riferimenti ai diritti degli anziani nei trattati e negli accordi internazionali, come la Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza a lungo termine, che si basa sulla necessità di riconoscere e affermare i diritti degli anziani più vulnerabili, non esiste ancora una normativa internazionale specifica e vincolante dedicata esclusivamente alla protezione di questo gruppo, ad eccezione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, che riconosce all'articolo 25 il diritto delle persone anziane a una vita dignitosa e indipendente. Organizzazioni come HelpAge International sostengono la creazione di una convenzione specifica delle Nazioni Unite sui diritti delle persone anziane, che fungerebbe da strumento per la loro protezione e promuoverebbe un cambiamento globale per prevenire ed eliminare la violenza.

Allo stesso tempo, anche le istituzioni dell'UE si stanno orientando verso un approccio all'invecchiamento basato sui diritti umani. Questo approccio promuove lo sviluppo e l'attuazione di un modello che pone «i principi e gli standard dei diritti umani al centro di tutti gli aspetti della pianificazione dei servizi, delle politiche e delle pratiche» (ENNHRI, 2017, p. 6). Ciò garantisce che la vita nella terza età sia caratterizzata da scelta, controllo e autonomia, come nelle altre fasi della vita (FRA, 2018).

In definitiva, la violenza contro gli anziani rimane una priorità globale di basso livello.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Chang, E-S., Monin, J. K., Zeltermann, D., & Levy, B. R. (2021). Impact of structural ageism on greater violence against older adults: A transnational study of 56 countries. *BMJ Open*, 11(5), -7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042580>
- European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI). (2017). *Respect my rights: An ENNHRI Toolkit on Applying a Human Rights-Based Approach to Long-term Care for Older Persons*. ENNHRI. https://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/ennhri_17_005_toolkit_for_care_providers-03a-page.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2018). *Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/fundamental-rights-report-2018>
- World Health Organization (2022). Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), 147-156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2

SITI WEB

<https://www.who.int/> (World Health Organization)

<https://www.helpage.org/> (HelpAge Internacional)

<https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse> (National Institute on Aging)

Bientraitance

Secondo l'Haute Autorité de Santé (HAS) francese, la "bientraitance" è definita come: "Un approccio globale alla cura del paziente o dell'utente e all'accoglienza del suo entourage, volto a promuovere il rispetto dei suoi diritti e delle sue libertà, l'ascolto attento e la considerazione dei suoi bisogni, prevenendo al contempo i maltrattamenti" (HAS).

L'HAS considera la "bientraitance" come:

- **Un concetto olistico che riconosce gli altri nella loro umanità, nei loro diritti e nei loro bisogni.**
- **Un modo di essere, agire e parlare che tiene conto degli altri, risponde alle loro esigenze e rispetta le loro scelte e i loro rifiuti.**
- **Un approccio attivo che va oltre la semplice prevenzione dei maltrattamenti.**

Questa definizione sottolinea diversi aspetti chiave:

- Il rispetto dei diritti e delle libertà dell'individuo.
- L'ascolto attento e la considerazione delle esigenze individuali.
- La prevenzione di tutte le forme di maltrattamento.
- Un approccio olistico, incentrato sul paziente o sull'utente, compreso il suo entourage.

L'ANESM (Agenzia nazionale per la valutazione e la qualità dei servizi sociali e medico-sociali) definisce la bientraitance come "una cultura che ispira le azioni individuali e le relazioni collettive all'interno di un'istituzione o di un servizio, volta a promuovere il benessere dell'utente" (ANESM).

Le principali raccomandazioni dell'ANESM includono:

- Una cultura del rispetto dell'individuo, della sua storia, della sua dignità e della sua unicità.
- Un modo di essere, parlare e agire da parte dei professionisti attento agli altri e alle loro esigenze.
- Riconoscere l'utente come coautore del proprio percorso di cura.
- Uno sforzo continuo per adattarsi alle situazioni incontrate.

La bientraitance è un approccio collettivo volto a identificare il miglior supporto possibile per l'utente, rispettando le sue scelte e adattandosi il più accuratamente possibile alle sue esigenze. Questa raccomandazione funge da quadro di riferimento per tutte le linee guida dell'ANESM e sta alla base di tutte le migliori pratiche professionali. L'approccio della bientraitance implica un ciclo continuo di feedback tra pensiero e azione. Richiede sia una riflessione collettiva sulle pratiche professionali sia una rigorosa attuazione delle misure raccomandate da tale riflessione per favorire il miglioramento. A questo proposito, comporta l'adozione di una cultura del continuo interrogarsi (HAS).

HAS sottolinea che promuovere la “bientraitance” è una priorità fondamentale per il sistema sanitario, in quanto aumenta il coinvolgimento degli utenti nella loro assistenza, migliora la qualità della vita dei professionisti sul lavoro e favorisce il miglioramento continuo delle pratiche.

Nel lavoro sociale, la “bientraitance” è caratterizzata da:

- Un atteggiamento professionale rispettoso ed empatico che implica un ascolto attivo, attento e compassionevole; una comunicazione trasparente; e l’empowerment dell’espressione di sé dell’individuo.
- Considerazione delle esigenze e delle scelte della persona assistita, con interventi personalizzati.
- Rispetto della dignità e dei diritti dell’individuo, dando priorità alla “cura” piuttosto che alla semplice “fornitura di assistenza”.
- Un approccio che promuove l’autonomia e il benessere, combattendo attivamente tutte le forme di maltrattamento (fisico, psicologico, finanziario e medico).

La bientraitance richiede un costante adattamento delle pratiche per soddisfare le esigenze specifiche di ogni individuo. Ciò si traduce in:

- Lo sviluppo di piani di assistenza personalizzati.

- Il continuo adeguamento degli interventi in base all’evoluzione delle esigenze.
- La formazione e il sostegno dei professionisti.
- Il sostegno ai team nei loro sforzi di bientraitance.
- L’incoraggiamento alla pratica riflessiva per migliorare continuamente il sostegno.

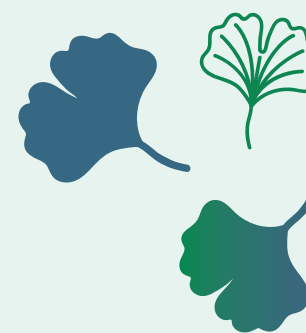
La bientraitance è un processo dinamico che richiede:

- Una valutazione regolare delle pratiche.
- L’attuazione di azioni di miglioramento continuo.
- L’apertura ai contributi interni ed esterni per arricchire il sostegno.

In conclusione, la bientraitance nella pratica comporta un approccio olistico e proattivo incentrato sul rispetto e sul miglioramento del benessere della persona assistita, sostenendo al contempo i professionisti nella loro missione e adattando costantemente le pratiche istituzionali.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Guillo, M-C. et Verlucco, M-J. (2022). Manuel de la bientraitance. Éditions Médiaspaul France.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Casagrande, A. (2016). La bientraitance : définitions et applications. Dunod.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La « bientraitance » : qu’est-ce que c’est ? Gérontologie et société, 33(133), 10-21.
- Rapoport, D. (2006). La bien-traitance envers l’enfant : Des racines et des ailes. Belin.
- Schmitt, M. (2013). La bientraitance, une éthique du soin. Soins, 58(780), 31-33.
- Graz, B., Plancherel, F., Gervasoni, J. P., & Hofner, M. C. (2009). La « bientraitance », exploration du concept et essai d’utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse). Santé publique, 21(1), 89-99.
- Delamarre, C. (2014). Démence et projet de vie : Accompagner les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou apparentée. Dunod.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? Gérontologie et société, 33(133), 23-31.

SITI WEB

<https://www.has-sante.fr/>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

Comunicazione non-violenta

La Comunicazione Nonviolenta (CNV), sviluppata da Marshall Rosenberg (2003), è un metodo di comunicazione radicato nella psicologia umanistica.

Cresciuto a Detroit in un periodo di disordini razziali e sociali, Rosenberg ha studiato psicologia clinica e religione comparata, immergendosi nella vita dei "pacificatori" per comprendere le dinamiche della violenza e i metodi per ridurla.

Nel 1984 ha fondato il Center for Nonviolent Communication, un'organizzazione internazionale senza scopo di lucro che promuove la CNV in 30 paesi, raggiungendo un pubblico eterogeneo - insegnanti, psicologi, genitori, mediatori, manager, detenuti, forze dell'ordine, personale militare, clero e amministratori pubblici - attraverso seminari volti a favorire interazioni costruttive.

La CNV si concentra sulla comprensione dei bisogni insoddisfatti che stanno alla base delle parole e delle azioni per ridurre l'ostilità, alleviare il dolore e costruire relazioni soddisfacenti. Coltiva tre abilità comunicative fondamentali:

- Autoempatia (una consapevolezza compassionevole della propria esperienza interiore),
- Empatia (comprensione del punto di vista dell'altro attraverso l'ascolto attento) e
- Autentica espressione di sé (comunicare in modo chiaro e sincero).

Il metodo sposta l'attenzione dai pensieri relativi a giusto/sbagliato, dovere o senso di colpa a quattro elementi essenziali:

1. Fatti,
2. Sentimenti,
3. Bisogni,
4. Possibili modi per soddisfare tali bisogni (strategie/richieste).

La CNV incoraggia l'osservazione consapevole e privilegia la comprensione basata sui fatti rispetto ai giudizi morali. Questo approccio implica l'espressione diretta dei bisogni senza critiche, portando a dichiarazioni chiare dei risultati desiderati. Attraverso la CNV, gli individui acquisiscono una comprensione più profonda delle radici dei propri sentimenti, riconoscono i bisogni umani condivisi (dalla sopravvivenza al rispetto e all'autonomia) e formulano richieste specifiche e incentrate sul presente.

La componente di ascolto della CNV mira a comprendere i bisogni degli altri al di là delle critiche, dei giudizi o dell'aggressività. Invita gli individui a scegliere l'empatia piuttosto che il conflitto, riconoscendo gli elementi fondamentali - fatti, sentimenti, bisogni, strategie - anche quando sono mascherati da giudizi o richieste.

La CNV suggerisce che i conflitti derivano da bisogni insoddisfatti e che esistono strategie alternative per soddisfare questi bisogni condivisi. Mentre i bisogni sono universali e possono favorire la comprensione reciproca, le strategie sono spesso soggettive e variano a seconda delle persone e delle culture. Concentrandosi sui bisogni condivisi, la CNV aiuta a colmare le divisioni e sostiene la risoluzione collaborativa dei problemi.

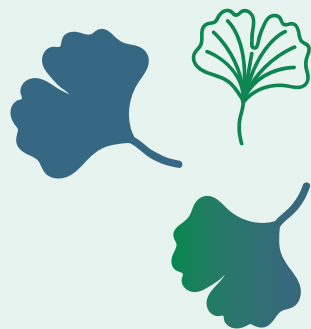
Nella mediazione, il ruolo del facilitatore è quello di:

- Aiutare ciascuna delle parti a identificare le proprie esigenze (indipendentemente dalle espressioni iniziali),
- Assicurarsi che ciascuna delle parti comprenda le esigenze dell'altra,
- Incoraggiare l'empatia per comprendere le reciproche prospettive,
- Supportare il chiaro riconoscimento delle esigenze personali e reciproche,
- Aiutare a tradurre le soluzioni in azioni concrete.

Attraverso la CNV, Rosenberg ha introdotto programmi di costruzione della pace in regioni colpite da conflitti come Ruanda, Burundi, Nigeria, Malesia, Indonesia, Sri Lanka, Sierra Leone, Medio Oriente, Colombia, Serbia, Croazia e Irlanda del Nord.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Rosenberg, Marshall (2003). Nonviolent Communication: A Language of Life. Puddledancer Press.
- Rosenberg, Marshall B. (2005). Speak Peace in a World of Conflict: What You Say Next Will Change Your World. Puddledancer Press. p. 240.
- Rosenberg, Marshall (2006). The Nonviolent Communication Training Course. Boulder, Colorado: Sounds True, Inc. pp. Disc Eight, «How Nonviolent Communication Supports Social Change».
- Rosenberg, Marshall (2005). The Heart of Social Change: How You Can Make a Difference in Your World. Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 10-12.
- Rosenberg, Marshall (August 2002). Nonviolent Communication: A Language of Compassion (8th Printing ed.). Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 155-163.

SITI WEB

<https://www.cnvc.org>

<https://www.nonviolentcommunication.com/index.htm>

Prospettiva biopsicosociale

Il modello biopsicosociale (BPS) fornisce un quadro completo per comprendere l'invecchiamento, integrando aspetti biologici, psicologici e sociali. Se combinato con i principi dell'invecchiamento attivo e dell'invecchiamento di successo, offre un approccio olistico alla cura degli anziani, affrontando il benessere fisico, mentale e sociale, comprese le condizioni di vita.

Dimensioni biologiche, psicologiche e sociali in azione

Gli elementi biologici, psicologici e sociali dell'invecchiamento interagiscono continuamente, plasmando le esperienze degli anziani.

Ecco alcuni esempi di come queste dimensioni si integrano:

- **Malattia cronica e salute mentale:** Physical conditions like heart disease or arthritis can affect an older person's mental health. Chronic pain, for instance, may lead to anxiety or depression. In turn, mental health issues like depression can worsen physical health by reducing self-care or treatment adherence, illustrating how biological and psychological factors influence each other.
- **Declino cognitivo e impegno sociale:** i disturbi cognitivi spesso portano al ritiro sociale, poiché gli individui temono l'imbarazzo. Tuttavia, forti reti sociali e stimoli mentali attraverso l'impegno sociale possono aiutare a preservare le funzioni cognitive, dimostrando come le connessioni sociali attenuino gli effetti del declino cognitivo e promuovano la resilienza.
- **Attività fisica e resilienza emotiva:** l'esercizio fisico giova sia alla salute fisica che a quella mentale,

migliorando l'umore e riducendo lo stress. L'esercizio di gruppo o le attività comunitarie rafforzano le relazioni sociali, contribuendo al benessere emotivo. Questo esempio mostra come pratiche biologiche come l'esercizio fisico possano avere un impatto positivo sia sulla salute.

Interventi globali basati sul modello BPS

Secondo il modello BPS, gli interventi dovrebbero affrontare contemporaneamente le esigenze biologiche, psicologiche e sociali.

Alcuni esempi di assistenza integrata includono:

- **Valutazioni sanitarie complete:** i controlli sanitari dovrebbero includere valutazioni della salute mentale e dell'ambiente sociale. Lo screening per la depressione e le domande sul sostegno sociale possono aiutare a identificare in che modo la salute mentale o l'isolamento sociale potrebbero peggiorare le condizioni fisiche.
- **Pianificazione collaborativa dell'assistenza:** un team di professionisti sanitari (medici, psicologi, assistenti sociali e terapisti occupazionali) dovrebbe lavorare insieme per creare piani di assistenza personalizzati.

Tenendo conto dei fattori biologici, mentali e sociali, tali piani forniscono soluzioni integrate, combinando le cure mediche con la consulenza e il coinvolgimento della comunità.

- **Prescrizione sociale:** invece dei farmaci, alcune persone anziane potrebbero trarre beneficio da attività sociali che favoriscono il coinvolgimento. Presente in alcuni paesi europei, la “prescrizione sociale” mette in contatto le persone con risorse come centri per anziani o club sociali, migliorando sia la loro salute fisica che mentale.

Empowerment degli anziani attraverso una visione integrata Il modello BPS consente agli anziani di vivere una vita appagante e autonoma, nonostante le difficoltà legate all'età:

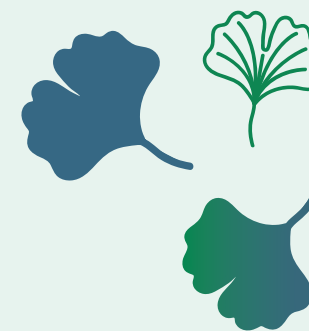
- **Sviluppare la resilienza:** la resilienza emotiva aiuta le persone ad affrontare l'invecchiamento. Gruppi di sostegno, terapia o pratiche di mindfulness possono aiutare a sviluppare meccanismi di coping e a mantenere una visione positiva.
- **Migliorare le reti sociali:** forti legami sociali con la famiglia, gli amici e il coinvolgimento nella comunità favoriscono la salute emotiva. L'impegno sociale fornisce un sistema di sostegno che contrasta gli effetti negativi dell'invecchiamento.

- **Supportare i caregiver:** i caregiver svolgono un ruolo fondamentale nel benessere degli anziani. Formarli per affrontare non solo i bisogni fisici, ma anche il supporto emotivo e sociale aiuta a fornire un'assistenza più equilibrata dell'invecchiamento.

Il modello BPS offre un approccio olistico al sostegno degli anziani, considerando l'interconnessione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Promuovendo il benessere fisico, mentale ed emotivo, i caregiver possono aiutare gli anziani a mantenere l'autonomia e la qualità della vita con l'avanzare dell'età.



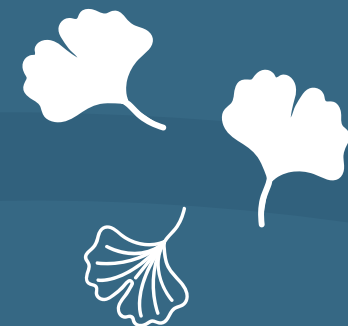
Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Guillo, M-C. et Verlucco, M-J. (2022). Manuel de la bientraitance. Éditions Médiaspaul France.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press.
- Borrell-Carrió, F.; Suchman, AL. & Epstein, RM. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-82. doi: 10.1370/afm.245.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 24, 2355 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). Handbook of aging and the social sciences. Academic Press.

Moduli formativi



Il percorso formativo: moduli e connessioni

Questa illustrazione mostra la struttura del programma di formazione, mettendo in evidenza i moduli principali e le loro interconnessioni.

I moduli sono progettati per essere completamente flessibili e adattabili.

Tutti i componenti, compresi i gruppi target, gli obiettivi di apprendimento, i contenuti delle unità, la durata, gli ambienti di apprendimento, i materiali, i riferimenti e la terminologia, devono essere adeguati in base alle conoscenze pregresse, alle competenze e alle esigenze di apprendimento dei partecipanti.

Inoltre, i workshop, rappresentati come elementi trasversali, offrono opportunità pratiche e interattive per approfondire la comprensione e migliorare le competenze su più argomenti.



Dentro i moduli di formazione

Ogni modulo formativo segue un formato strutturato progettato per garantire chiarezza, coerenza e applicabilità pratica. Il contenuto è organizzato in sezioni chiave che definiscono il pubblico di destinazione, delineano il ruolo dei formatori e stabiliscono gli obiettivi di apprendimento.

Inoltre, ogni modulo presenta argomenti fondamentali, descrive le attività formative proposte e offre suggerimenti metodologici per la valutazione.

A supporto del processo di apprendimento, sono inclusi riferimenti alla letteratura pertinente ed esempi di buone pratiche, ove applicabile.

Tutte le sezioni sono pensate per essere adattabili al contesto specifico, ai partecipanti e agli obiettivi formativi.

I formatori sono incoraggiati a modificare il contenuto, la durata e i metodi in base alle esigenze locali e alle competenze iniziali degli studenti.

panoramica delle diverse componenti incluse in ciascun modulo, spiegandone lo scopo e il contributo al processo di apprendimento complessivo.

Sezione 1: Destinatari

Questa sezione definisce il gruppo target previsto per il modulo, così come originariamente concepito. I formatori dovrebbero valutare se questo profilo corrisponde ai propri partecipanti e adeguare di conseguenza il contenuto, gli obiettivi e le metodologie del modulo.



DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

Sezione 2: Formatori

Questa sezione definisce il profilo dei formatori che erogano il modulo, evidenziando le competenze e le abilità necessarie per facilitare un apprendimento e un coinvolgimento efficaci. Questa sezione può essere modificata per chiarire il ruolo del formatore in base al background degli studenti e al contesto formativo.



FORMATORI

Formatori con esperienza nel lavoro con gli anziani, dal punto di vista sociale, comunitario e sanitario, in settori quali l'antropologia sociale, l'assistenza sociale, l'educazione sociale, l'assistenza infermieristica e discipline correlate.

Sezione 3: Descrizione dell'attività formativa

Questa sezione fornisce una panoramica strutturata dell'attività formativa, descrivendo in dettaglio i metodi, gli strumenti e gli aspetti logistici che caratterizzano il processo di apprendimento. Descrive gli approcci interattivi utilizzati per coinvolgere i partecipanti, le risorse che supportano l'acquisizione di conoscenze e gli spazi che favoriscono un ambiente dinamico e collaborativo. Inoltre, include raccomandazioni sulla dimensione del gruppo e sulla durata per garantire un'esperienza di apprendimento efficace e ben ritmata.

Le attività, gli strumenti, la durata e gli spazi devono essere adattati alle esigenze dei partecipanti e al contesto formativo specifico, compresa la scelta della modalità di erogazione (in presenza, completamente online o mista).



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Lezioni interattive con discussioni di gruppo
- Studio di casi e buone pratiche
- Riflessione e analisi di esperienze reali
- Scambio e analisi di buone pratiche

Sezione 4: Finalità e obiettivi

Questa sezione definisce i risultati di apprendimento previsti, evidenziando le conoscenze, le abilità e le competenze che i partecipanti dovrebbero sviluppare. Fornisce un quadro chiaro per comprendere gli obiettivi del modulo e guidare il processo di formazione. Le finalità e gli obiettivi di apprendimento dovrebbero essere adattati alle competenze specifiche e alle esperienze precedenti dei partecipanti.



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Promuovere una comprensione globale dell'ageismo e del suo impatto sugli anziani

- Analizzare l'impatto dell'ageismo sulle percezioni sociali, sulla salute e sul benessere delle persone anziane
- Identificare e contrastare le pratiche ageiste, promuovendo approcci inclusivi che rispettino la dignità e i diritti delle persone anziane
- Sviluppare competenze per elaborare strategie volte a promuovere l'invecchiamento attivo, rafforzare l'inclusione sociale e migliorare la qualità della vita delle persone anziane

Sezione 5: Contenuti

Questa sezione delinea i contenuti principali di ciascun modulo, strutturati attorno a temi chiave, concetti e aree di conoscenza da approfondire. I contenuti sono organizzati in unità didattiche distinte, garantendo chiarezza e progressività durante tutta la formazione. In ciascun modulo, la sezione inizia con un'unità iniziale che funge da introduzione, coinvolgendo i partecipanti e favorendo le dinamiche di gruppo, identificando al contempo le loro aspettative e le loro esigenze di apprendimento. Si conclude poi con un'unità finale che si concentra sul consolidamento delle conoscenze attraverso la riflessione e la valutazione, guidando i partecipanti verso le fasi successive del loro percorso. Le unità iniziali e finali sono applicate in modo coerente in tutti i moduli, fornendo un quadro coerente per il programma.

Le unità di apprendimento devono essere selezionate e adattate dai formatori in base alle conoscenze e alle competenze esistenti dei partecipanti.



CONTENUTI

Unità didattica 1: Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative. Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole. Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2: Ageismo

Definizione di ageismo: concetto di ageismo, inteso come pregiudizio che influenza tutta la vita, con particolare enfasi sui giovani e sugli anziani, e particolarmente persistente nella popolazione anziana (vedi concetto chiave di Ageismo).

Sezione 6: Suggerimenti metodologici per la valutazione

Questa sezione delinea l'approccio metodologico per valutare i progressi e l'impegno dei partecipanti durante la formazione. Definisce gli indicatori chiave per misurare l'acquisizione di conoscenze, l'applicazione pratica e la soddisfazione complessiva. La valutazione è integrata in diverse fasi - iniziale, intermedia e finale - attraverso osservazioni, discussioni, analisi di casi di studio e valutazioni strutturate, garantendo una comprensione completa dei risultati dell'apprendimento. I metodi di valutazione devono essere scelti e adattati dai formatori in linea con i profili di apprendimento e gli obiettivi dei partecipanti.



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori

- I partecipanti aumentano le loro conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti prendono parte attivamente alla formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta.

Sezione 7: Riferimenti bibliografici

Questa sezione raccoglie i principali riferimenti bibliografici a supporto dei contenuti del modulo. Fornisce una base per ulteriori approfondimenti, offrendo fonti attendibili che migliorano la comprensione e incoraggiano un coinvolgimento più profondo con gli argomenti trattati.

I formatori hanno la responsabilità di selezionare riferimenti e terminologia appropriati e aggiornati, in base al gruppo target, alle specifiche esigenze di apprendimento e al contesto nazionale o territoriale.



Per saperne di più...

BIBLIOGRAFIA

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>

Sezione 8: Buone pratiche

Questa sezione evidenzia le buone pratiche relative ai temi del modulo, presentando approcci efficaci, strategie ed esempi reali. Queste pratiche fungono da punti di riferimento per ispirare e guidare i partecipanti nell'applicazione delle conoscenze in contesti pratici.

BUONE PRATICHE	
Vedi la parte 4 della Guida pratica: Invecchiamento attivo	
contesto	57
Acti Duo	59
Passeggiate in gruppo	62
Pausa di Bellezza	64
In forma Mentis: Prevenzione e Benessere per la Popolazione Anziana	67
Università della Terza Età	70
Jubiloteca Bortzirak	73

Prerequisiti

Questa sezione delinea le conoscenze e le competenze fondamentali necessarie per partecipare pienamente al workshop. Suggerisce moduli pertinenti che possono essere abbinati ad esso per massimizzare i risultati dell'apprendimento, garantendo che i partecipanti abbiano le conoscenze di base necessarie per comprendere i concetti chiave e contribuire attivamente alle attività.

PREREQUISITI

Questa attività richiede alcune conoscenze preliminari; si consiglia di completare in anticipo i seguenti moduli:

- **Modulo 1:** Invecchiamento (questioni relative all'invecchiamento: diversità, violenza, ecc.).
- **Modulo 2:** Fattori di protezione e di rischio per l'isolamento sociale (fragilità, declino).
- **Modulo 3:** Comunicazione con i gruppi target dell'intervento - Prospettiva centrata sulla persona.
- **Modulo 5:** Intergenerazionalità.

Workshops A & B

I workshop, presentati come elementi trasversali, offrono opportunità pratiche e interattive per approfondire la comprensione e migliorare le competenze su diversi argomenti. Sono progettati per integrare uno o più moduli piuttosto che funzionare come unità autonome.

La loro struttura segue le stesse sezioni dei moduli, con l'aggiunta di una sezione sui prerequisiti, che suggerisce i moduli pertinenti con cui possono essere abbinati per massimizzare i risultati di apprendimento.

Come per i moduli, tutte le componenti dei workshop sono pensate per essere flessibili e adattabili alle esigenze specifiche, alle conoscenze pregresse e alle competenze dei partecipanti, consentendo ai formatori di personalizzare l'esperienza di conseguenza.

Workshop A

Workshop sulla
comunicazione narrativa
- storytelling attraverso
la video - intervista

Workshop B

Workshop sulla
comunicazione narrativa
- storytelling attraverso
la fotografia

Modulo 1

Invecchiamento,
discriminazione
basata sull'età,
stereotipi e pregiudizi





DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.



SPAZI

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Formatori con esperienza nel lavoro con gli anziani, dal punto di vista sociale, comunitario e sanitario, in settori quali l'antropologia sociale, l'assistenza sociale, l'educazione sociale, l'assistenza infermieristica e discipline correlate.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Lezioni interattive con discussioni di gruppo
- Studio di casi e buone pratiche
- Riflessione e analisi di esperienze reali
- Scambio e analisi di buone pratiche



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Promuovere una comprensione globale dell'ageismo e del suo impatto sugli anziani

- Analizzare l'impatto dell'ageismo sulle percezioni sociali, sulla salute e sul benessere delle persone anziane
- Identificare e contrastare le pratiche ageiste, promuovendo approcci inclusivi che rispettino la dignità e i diritti delle persone anziane
- Sviluppare competenze per elaborare strategie volte a promuovere l'invecchiamento attivo, rafforzare l'inclusione sociale e migliorare la qualità della vita delle persone anziane



CONTENUTI

Unità didattica 1: Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2: Ageismo

Definizione di ageismo: concetto di ageismo, inteso come pregiudizio che influenza tutta la vita, con particolare enfasi sui giovani e sugli anziani, e particolarmente persistente nella popolazione anziana (vedi concetto chiave di Ageismo).

L'ageismo in diversi ambiti della società: analizzare come l'ageismo si manifesta in diversi contesti, quali il mercato del lavoro, il settore sanitario, i media, la pubblicità e il design digitale, tra gli altri.

Fattori che aumentano il rischio di ageismo: identificazione dei fattori determinanti che aumentano la probabilità di essere soggetti a discriminazione basata sull'età.

Impatto dell'ageismo: conseguenze negative sulla salute, sul benessere e sui diritti umani delle persone.

Unità didattica 3: Stereotipi e pregiudizi legati ai processi di invecchiamento

Stereotipi comuni sulla vecchiaia: tipologie dell'ageismo e immagine delle persone anziane, quale conseguenza dell'approccio ageista (demistificazione della vecchiaia, spesso associata a fragilità, dipendenza o perdita di capacità).

Effetti negativi del pregiudizio: analizzare come gli stereotipi influenzano l'inclusione sociale, l'autostima e l'accesso a servizi adeguati per gli anziani.

Abbattere i pregiudizi: promuovere una visione positiva e diversificata della vecchiaia, mettendo in evidenza le capacità e il potenziale degli anziani e promuovendo un invecchiamento attivo e sano.

Identificazione delle pratiche discriminatorie basate sull'età: riconoscimento di atteggiamenti e comportamenti che trattano gli anziani da una prospettiva discriminatoria (ad esempio pratiche che ignorano la loro opinione, si concentrano sulla loro disabilità, ecc.)

Unità didattica 4: Buone pratiche nell'intervento con le persone anziane

Contrastare l'ageismo: promuovere il rispetto, l'inclusione e la valorizzazione delle persone anziane, sfidare gli stereotipi e promuovere la parità di diritti e opportunità. Prendere in considerazione un approccio inclusivo che tenga conto della loro diversità, compreso il genere, l'interculturalità e l'uguaglianza sociale.

Strategie per ridurre l'ageismo: proposte per combattere l'ageismo attraverso (1) politiche pubbliche e legislazione che affrontino la discriminazione e la disuguaglianza basate sull'età, (2) interventi educativi che riducano i pregiudizi e la discriminazione e (3) attività di contatto intergenerazionale che incoraggino l'interazione tra le diverse generazioni.

Identificazione e promozione di buone pratiche di intervento: individuare buone pratiche relative all'inclusione degli anziani nella pianificazione e nell'esecuzione dei servizi, alla promozione della loro autonomia e alla partecipazione attiva nella comunità, tra le altre cose.



Vantaggi delle buone pratiche: migliorare la qualità della vita, rafforzare l'autostima e garantire i diritti fondamentali degli anziani per una vita dignitosa e indipendente.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- I partecipanti aumentano le loro conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti prendono parte attivamente alla formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta.
- Applicano la teoria all'identificazione dei bisogni delle persone anziane.
- Analizzano i casi di studio da un approccio basato sull'ageismo.
- Formulano proposte di intervento che evitano pregiudizi legati all'età.

Valutazione iniziale

- Osservazione in aula delle conoscenze pregresse.

Valutazione intermedia

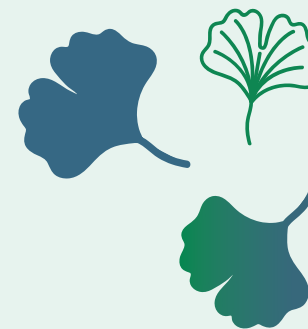
- Osservazione delle attività in classe.
- Analisi di esempi reali di buone o cattive pratiche.
- Discussione di materiali ed esempi.

Valutazione finale

- Questionario sugli aspetti teorici.
- Proposta di risoluzione dei casi di studio.
- Partecipazione e livello di coinvolgimento nelle attività di formazione.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). Psychiatric and the elderly: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893-90
- World Health Organization. (2021). *The Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>

Modulo 2

Fattori protettivi e di rischio per l'isolamento sociale



DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.



SPAZI

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Formatori con esperienza in pedagogia, psicologia, lavoro sociale, geriatria e campi correlati, incentrati sui fattori di protezione e di rischio per l'isolamento sociale.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Lezioni interattive con discussioni di gruppo
- Studio di casi e buone pratiche
- Riflessione e analisi di esperienze reali
- Scambio e analisi di buone pratiche



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Promuovere una comprensione globale dei fattori che influenzano l'isolamento sociale nelle persone anziane.
- Sviluppare competenze nella valutazione multidimensionale degli anziani.
- Ampliare le conoscenze sui fattori che contribuiscono all'isolamento sociale negli anziani.
- Migliorare la capacità di riconoscere e comprendere i fattori protettivi che mitigano l'isolamento sociale negli anziani.
- Rafforzare la capacità di identificare i fattori di rischio associati all'isolamento sociale negli anziani.



CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo.

Unità didattica 2 : Qualità della vita negli anziani

L'invecchiamento da una prospettiva demografica: aumento della popolazione anziana, aumento dell'aspettativa di vita, calo dei tassi di natalità.

Focus sul concetto di invecchiamento e sulle diverse definizioni di invecchiamento: (terza/quarta/quinta età, anziani giovani/anziani); "nuove" categorie di anziani (baby boomer, migranti anziani, LGBTQI+).

L'invecchiamento come fase caratterizzata da molteplici trasformazioni e cambiamenti:

- Cambiamenti psicofisici: intelligenza, memoria, attenzione, emozioni, capacità sensoriali.
- Cambiamenti nei ruoli e transizioni sociali: pensionamento, diventare nonni, lutto e morte, impatto del Covid-19.

Unità didattica 3 : Solitudine e isolamento sociale

Esaminare come i **cambiamenti economici e sociali** stanno trasformando le condizioni di vita degli anziani, compresi i cambiamenti nella dimensione e nella composizione delle famiglie.

Evidenziare come i **cambiamenti e gli eventi traumatici** nella terza età possano portare all'isolamento sociale e alla solitudine, influenzando le relazioni e le reti sociali. Comprendere la distinzione tra isolamento sociale (come mancanza di contatti sociali) e solitudine (sensazione soggettiva di connessioni inadeguate).

- **Comprendere la solitudine:** Esplorare gli aspetti emotivi e cognitivi della solitudine e i suoi effetti sulla salute fisica e mentale.
- **Impatto delle interazioni sociali:** Evidenziare l'importanza della qualità e della varietà rispetto alla quantità nelle relazioni sociali.
- **Il paradosso della connessione:** Comprendere come la solitudine possa verificarsi anche all'interno di una rete sociale o essere assente nonostante le interazioni limitate.

Impatto della pandemia: Esplorare l'impatto della pandemia sull'isolamento e la solitudine: riflettere sull'impatto delle misure restrittive di lockdown; esaminare il duplice ruolo della tecnologia nel collegare e creare barriere per le persone anziane; indagare come gli stereotipi legati all'età abbiano contribuito all'esclusione sociale e limitato l'accesso all'assistenza sanitaria e al sostegno (Ayalon et al., 2021).

Unità didattica 4 : Invecchiamento e fragilità

Il concetto di fragilità nelle persone anziane: declino cognitivo e funzionale, perdita di autonomia, conseguenze sulla vita quotidiana e sui caregiver.

Deterioramento cognitivo lieve:

- Panoramica sul deterioramento cognitivo lieve e sul suo potenziale come indicatore precoce della demenza.
- Diagnosi e processo di valutazione clinica.

Le principali forme di demenza:

- Morbo di Alzheimer (definizione e caratteristiche principali).
- Demenza frontotemporale (definizione e caratteristiche principali)
- Demenza con corpi di Lewy (definizione e caratteristiche principali)
- Demenza vascolare (definizione e caratteristiche principali)
- Pseudodemenza depressiva (definizione e caratteristiche principali)

Unità didattica 5 : I bisogni delle persone anziane

La pluralità dei percorsi che caratterizzano l'invecchiamento valutazione incentrata sulla persona dei bisogni delle persone anziane:

- La piramide dei bisogni di Maslow
- La prospettiva di Kitwood (1997) sui bisogni
- Valutazione multidimensionale dei bisogni (Poon et al., 2003)

Unità didattica 6 : Valutazione geriatrica multidimensionale

Fattori di rischio e di protezione: concetti chiave per identificare le condizioni che promuovono il benessere (fattori di protezione) o aumentano la vulnerabilità (fattori di rischio) in un quadro multidimensionale.

Introduzione all'approccio integrato: Una panoramica dell'approccio integrato, che esplora il quadro di valutazione multidimensionale per spiegare i fattori protettivi e di rischio che influenzano il benessere degli anziani.

Dimensione fisica

- Fattori protettivi: attività fisica regolare, alimentazione corretta, monitoraggio della salute
- Fattori di rischio: malattie croniche, declino funzionale, politerapia

Dimensione psicosociale

- Fattori protettivi: stimolazione cognitiva, sostegno psicologico, attività sociali e hobby.
- Fattori di rischio: fragilità, declino cognitivo, disturbi dell'umore.

Dimensione sociale

- Fattori protettivi: rete di sostegno sociale, partecipazione ad attività sociali, accesso a servizi e risorse.
- Fattori di rischio: isolamento sociale, accesso limitato ai servizi, povertà e difficoltà finanziarie.

Dimensione funzionale

- Fattori protettivi: adattamenti ambientali, sostegno alle attività quotidiane.
- Fattori di rischio: perdita di autonomia, limitazioni della mobilità.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali.
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione.
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi.



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione
- Fattori di rischio e di protezione correttamente identificati durante le discussioni di gruppo o gli esercizi pratici
- Riflessione sui fattori di rischio e di protezione identificati durante le discussioni di gruppo o gli esercizi pratici

Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle loro attuali conoscenze

Valutazione intermedia

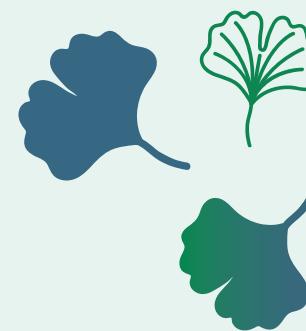
- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio

Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici.
- Discussione e riflessione su quanto appreso.
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio.



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e49–e52.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Poon, L. W., Gueldner, S. H., & Sprouse, B. M. (2003). *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. Springer Publishing Company.

Modulo 3

Comunicazione con i gruppi target dell'intervento

**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Formatori con competenze in comunicazione, psicologia, pedagogia, assistenza sociale e settori correlati, con particolare attenzione alla comunicazione efficace con i gruppi target dell'intervento.

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Lezioni interattive con discussioni di gruppo
- Casi di studio e migliori pratiche
- Role-playing
- Brainstorming
- Esercizi di consapevolezza della comunicazione non verbale
- Condivisione di storie significative e riflessione su come utilizzarle nelle interazioni
- Discussioni guidate sulle esperienze personali

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

Sviluppare capacità di interpretazione e analisi della comunicazione, con particolare attenzione al rapporto tra comunicazione e bisogni

- Aumentare la comprensione delle dinamiche comunicative
- Aumentare la capacità di identificare gli elementi chiave per interazioni efficaci
- Aumentare la capacità di applicare strategie di comunicazione efficaci che favoriscano la comprensione e la connessione con gli anziani
- Aumentare la competenza nell'applicazione di tecniche di comunicazione per favorire il dialogo e la comprensione nelle interazioni



CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative. Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole. Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : Comunicazione

Che cos'è la comunicazione? Definizione di comunicazione come scambio di messaggi e significati; il ruolo della comunicazione nella creazione di relazioni con gli altri.

Focus sui potenziali ostacoli e barriere:

- Barriere cognitive (perdita di memoria, elaborazione più lenta delle informazioni),
- Barriere fisiche (difficoltà uditive e/o visive),
- Barriere emotive e psicologiche (sensazione di isolamento o ansia, sfiducia o disagio)
- Barriere ambientali (ambienti rumorosi o che distraggono, distanza fisica o mancanza di contatto visivo)

Unità didattica 3 : Gestire la comunicazione

Riflessioni su:

- **Comunicazione verbale:** comprendere il ruolo di un linguaggio chiaro e semplice nelle interazioni con gli anziani (considerando i potenziali cambiamenti cognitivi o sensoriali che possono influire sulla comprensione).
- **Comunicazione non verbale:** riconoscere l'importanza dei gesti, della postura, delle espressioni facciali e del contatto visivo nel costruire fiducia e trasmettere rispetto (in particolare quando la comunicazione verbale può essere limitata).
- **Comunicazione paraverbale:** esplorare come il tono di voce, il ritmo, il volume e le pause possono essere regolati per garantire che il messaggio sia trasmesso con sensibilità e sia facilmente comprensibile.

Concentrarsi sugli elementi chiave per stabilire una comunicazione con l'altro (Rosenberg & Chopra, 2015).

- **Osservazione senza giudizio:** concentrarsi sull'osservazione della situazione e del comportamento senza giudicare, consentendo una comprensione più chiara delle esigenze dell'anziano. Separare le osservazioni oggettive dalle interpretazioni o supposizioni personali.
- **Identificare ed esprimere i sentimenti:** Identificare e riconoscere le emozioni sia del caregiver che dell'anziano. Incoraggiare l'espressione dei sentimenti in modo chiaro e rispettoso, promuovendo la consapevolezza emotiva.
- **Riconoscere i bisogni:** Riconoscere i bisogni sottostanti ai comportamenti, sia dell'assistente che dell'anziano. Concentrarsi sulla comprensione e sulla soddisfazione di questi bisogni per migliorare la connessione e la comunicazione.
- **Gestire il dialogo e le richieste:** Formulare richieste chiare, specifiche e rispettose per soddisfare le esigenze di entrambe le parti. Incoraggiare un dialogo aperto per la comprensione reciproca e la risoluzione dei problemi.

Unità didattica 4 : Tecniche per promuovere il dialogo e la comprensione reciproca

- **Comunicazione non violenta (NVC) (Rosenberg & Chopra, 2015):** Esempi, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche.
- **Comunicazione nell'approccio Gentlecare (Jones, 1999):** Esempi, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche.
- **Gestione creativa dei conflitti (Fisher et al., 2011; Sclavi, 2003):** Esempi, dimostrazioni ed esercizi pratici.
- **«Bientraitance» (Rapoport, 2015) :** Esempi, dimostrazioni ed esercizi pratici.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione
- Esigenze degli anziani identificate durante gli esercizi pratici
- Descrivere le interazioni senza esprimere giudizi
- Uso di strategie di comunicazione chiave
- Uso di tecniche di ascolto attivo durante gli esercizi pratici

Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle loro attuali conoscenze

Valutazione intermedia

- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su ciò che è stato appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio e sugli esercizi pratici

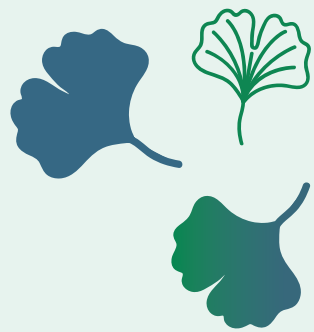
Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio





**Per
saperne
di più...**



BIBLIOGRAFIA

- Dynes, R. (2017). *Positive communication: Activities to reduce isolation and improve the wellbeing of older adults*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fisher, R., Ury, W. L., & Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin.
- Jones, M. (1999). *Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Hartley & Marks.
- Rapoport, D. (2015). *Bien-traitance et management dans les lieux d'accueil: De la maternité au grand âge*. Belin.
- Rosenberg, M. B., & Chopra, D. (2015). *Nonviolent communication: A language of life: empathy, collaboration, authenticity, freedom* (3rd edition). PuddleDancer Press.
- Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili: Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Mondadori.
- Storlie, T. (2015). *Person-Centered Communication with Older Adults: The Professional Provider's Guide*. Elsevier Science & Technology.

Modulo 4

Strategies socio-educatives



**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Formatori con esperienza in strategie socio-educative, pedagogia e metodologie innovative (ad esempio, musicoterapia, teatro e altri approcci creativi).

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Lezioni interattive con discussioni di gruppo
- Casi di studio e migliori pratiche
- Role-playing
- Brainstorming
- Esercizi di consapevolezza della comunicazione non verbale
- Condivisione di storie significative e riflessione su come utilizzarle nelle interazioni
- Discussioni guidate sulle esperienze personali

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

Sviluppare le competenze necessarie per adottare un approccio multidimensionale nel sostegno alle persone anziane.

- Migliorare la capacità di riconoscere e valorizzare la persona in una prospettiva multidimensionale.
- Aumentare la capacità di identificare i bisogni sottostanti delle persone anziane.
- Migliorare la capacità di progettare attività personalizzate che rispondano alle esigenze individuali e migliorino le competenze delle persone anziane.
- Migliorare la capacità di identificare e attuare cambiamenti nell'ambiente fisico per promuovere la sicurezza, il comfort e l'autonomia.

**CONTENUTI****Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti**

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative. Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole. Presentazione del programma formativo.

Unità didattica 2 : Il concetto di invecchiamento

Introduzione: L'importanza dell'apprendimento nella terza età, con particolare attenzione alla prospettiva della durata della vita. Esplorazione dello sviluppo come processo che dura tutta la vita, sottolineando come la terza età rappresenti una fase in continuità con le fasi precedenti. Breve introduzione alla prospettiva della durata della vita e alla teoria dello sviluppo della personalità di Erikson per contestualizzare l'invecchiamento nel quadro più ampio dello sviluppo umano.

Principi e teoria delle strategie socio-educative.

- **Approccio centrato sulla persona (Kitwood, 1997):** concentrarsi sui bisogni e sulle preferenze individuali degli anziani per promuovere l'autonomia e il benessere.
- **Metodo di validazione (Feil, 1993):** tecniche per riconoscere e convalidare le emozioni e le esperienze degli anziani, in particolare quelli con deficit cognitivi.

Unità didattica 3 : Strategie cognitive**Panoramica e spiegazione:**

Stimolazione cognitiva: Tecniche per coinvolgere e mantenere le funzioni cognitive, come esercizi di memoria e attività di problem solving. Esempi e dimostrazioni.

Reminiscenza: Utilizzo dei ricordi passati per stimolare il coinvolgimento cognitivo e migliorare il benessere. Esempi e dimostrazioni.

Unità didattica 4 : Strategie sensoriali**Panoramica e spiegazione:**

- **Stimolazione sensoriale:** Coinvolgere i sensi (tatto, vista, olfatto, udito) per stimolare risposte cognitive ed emotive. Esempi e dimostrazioni.
- **Psicomotricità:** Utilizzare il movimento per migliorare le capacità motorie e le funzioni cognitive. Esempi e dimostrazioni.
- **Stimolazione corporea:** Attività che utilizzano il movimento fisico e il tatto per migliorare il benessere emotivo e fisico. Esempi e dimostrazioni.

Unità didattica 5 : Metodi creativi ed espressivi**Panoramica e spiegazione:**

- **Metodo Montessori:** Applicazione dei principi Montessori per sostenere l'autonomia e la partecipazione nella vita quotidiana. Esempi e dimostrazioni.
- **Laboratori pratici creativi:** Attività manuali per stimolare la creatività, le capacità motorie fini e l'interazione sociale. Esempi e dimostrazioni.
- **Laboratori teatrali:** Utilizzo del gioco di ruolo e dell'improvvisazione per favorire la comunicazione e l'espressione di sé. Esempi e dimostrazioni.



- **Laboratori di scrittura:** esercizi di scrittura per promuovere l'espressione di sé e la riflessione (ad esempio, tenere un diario, raccontare storie). Esempi e dimostrazioni.

Unità didattica 6 : Tecnologie e interazione sociale

Panoramica e spiegazione:

- **Tecnologie per l'interazione sociale:** Utilizzo di strumenti digitali per favorire la comunicazione e ridurre l'isolamento sociale. Esempi e dimostrazioni.
- **Tecnologie per la vita quotidiana:** strumenti che aiutano ad accedere ai servizi sanitari, gestire gli appuntamenti e svolgere altre attività pratiche. Esempi e dimostrazioni.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione
- Descrivere situazioni senza esprimere giudizi
- Esigenze degli anziani individuate durante gli esercizi pratici
- Attività progettate durante gli esercizi pratici

Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle proprie conoscenze pregresse

Valutazione intermedia

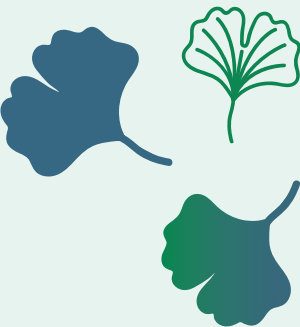
- Osservazione di attività di gruppo
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Discussione e riflessione su casi studio e attività pratiche

Valutazione finale

- Questionari
- Project work
- Casi studio: analizzare e proporre soluzioni per casi studio e attività pratiche



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Feil, N. (1993). The Validation breakthrough: *Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Health Professions Press.
- Judge, K. S., Camp, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2000). Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: Effects on engagement. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 42–46.
<https://doi.org/10.1177/153331750001500105>
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.

BUONE PRATICHE

Vedi la parte 4 della Guida pratica: Invecchiamento attivo

contesto	57
Acti Duo	59
Passeggiate in gruppo	62
Pausa di Bellezza	64
In forma Mentis: Prevenzione e Benessere per la Popolazione Anziana	67
Università della Terza Età	70
Jubiloteca Bortziriak	73

Sotto-Modulo 4.1

Partecipare a un progetto di cooperazione in cultura e salute



DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistanti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.



SPAZI

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Formatori con esperienza in strategie socio-educative, pedagogia, metodologie di cooperazione e una solida conoscenza dei settori culturale e artistico.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Esercizi pratici per sperimentare direttamente i concetti studiati.
- Casi di studio: esempi concreti di progetti culturali legati alla salute e all'istruzione.
- Feedback riflessivo per analizzare le esperienze e trarne insegnamenti concreti.
- Input teorico mirato per strutturare e approfondire l'apprendimento, in linea con gli obiettivi formativi.



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie per partecipare efficacemente a progetti di cooperazione interdisciplinari che integrano contesti culturali, sociali e sanitari.
- Comprendere l'intersezione tra politiche pubbliche, cultura e salute per sostenere meglio i progetti di cooperazione in questi campi.
 - Definire e incorporare i vincoli e le esigenze specifiche dei progetti culturali in un contesto sociale o sanitario.
 - Sviluppare la capacità di comprendere il proprio ruolo e contribuire in modo efficace e significativo al successo di un progetto di cooperazione.
 - Identificare e articolare le condizioni essenziali per stabilire collaborazioni rilevanti con professionisti dell'arte e della cultura.
 - Analizzare le dinamiche di impegno e coinvolgimento tra i partecipanti a un progetto culturale.



CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : Concetti chiave

Breve introduzione ai concetti principali: arteterapia, animazione, educazione e cooperazione culturale. Come i concetti chiave influenzano e vengono applicati direttamente alle pratiche di cooperazione culturale.

Unità didattica 3 : Quadri di riferimento e metodologie

Panoramica completa dell'evoluzione storica, delle tappe fondamentali e dei meccanismi operativi dei quadri di riferimento pubblici e istituzionali che regolano l'attuazione dei progetti culturali.

Unità didattica 4 : Iniziative territoriali

Esplorazione delle iniziative culturali locali, evidenziandone lo scopo, l'impatto e le risorse dedicate al loro sostegno.

Unità didattica 5 : Dinamiche di progetto

Analisi dei vincoli, dei requisiti specifici e dei principi chiave della cooperazione nei progetti culturali.

Unità didattica 6 : Collaborazione con il settore culturale

Prerequisiti e criteri essenziali per promuovere una collaborazione efficace con i professionisti del settore artistico e culturale.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione
- Descrivere situazioni senza esprimere giudizi
- Esigenze degli anziani individuate durante gli esercizi pratici
- Attività progettate durante gli esercizi pratici



Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle proprie conoscenze pregresse

Valutazione intermedia

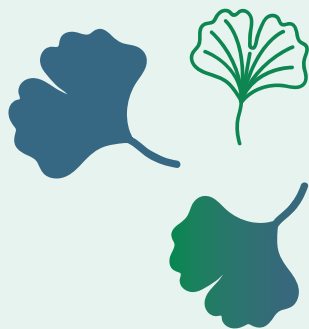
- Osservazione di attività di gruppo
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Discussione e riflessione su casi studio e attività pratiche

Valutazione finale

- Questionari
- Project work
- Casi studio: analizzare e proporre soluzioni per casi studio e attività pratiche



Per
saperne
di più...



BIBLIOGRAFIA

- <https://culture-sante-na.com/ressources/bibliotheque-en-ligne/>
- <https://culture-sante-na.com/ressources-video/>
- <https://editions-attribut.com/product/culture-et-sante/>
- <https://culture-sante-na.com/nos-expertises/innovation-sociale/culture-health-platform/>

BUONE PRATICHE

**Vedi la parte 3 della Guida pratica: una leva per la
coesione sociale e la salute**

Contesto	41
È tempo di valzer	43
Cultura del cuore	46
Tempo per discutere delle letture e dei film	49
Estate a palazzo	51
Anziani Guide della Storia Invecchiamento Attivo	57

Sotto-Modulo 4.2

attività fisica
e sport



**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Esperti in strategie socio-educative, pedagogia, metodologie innovative (musicoterapia, teatro, esperti in pratiche sportive inclusive, ecc.)

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Esercizi pratici per sperimentare direttamente i concetti studiati.
- Casi di studio: esempi concreti di progetti culturali legati alla salute e all'istruzione.
- Feedback riflessivo per analizzare le esperienze e trarne insegnamenti concreti.
- Input teorico mirato per strutturare e approfondire l'apprendimento, in linea con gli obiettivi formativi.

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

Promuovere la salute, l'invecchiamento attivo e l'inclusione sociale fornendo ai partecipanti le conoscenze e le competenze necessarie per progettare e realizzare attività sportive che coinvolgano gli anziani e le comunità

- Sviluppare conoscenze sulle strategie di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo
- Progettare iniziative che promuovano l'inclusione sociale e prevengano l'isolamento attraverso attività sportive
- Sensibilizzare sui benefici e sull'importanza dell'attività fisica per gli anziani.
- Sviluppare competenze per coinvolgere gli anziani nelle attività fisiche.
- Acquisire competenze per coinvolgere le comunità nella pianificazione di attività sportive adattate alle esigenze della popolazione anziana.
- Sviluppare piani personalizzati e incentrati sulla persona che rispondano alle esigenze specifiche degli anziani nelle attività sportive.

**CONTENUTI****Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti**

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo.

Unità didattica 2 : Concetti chiave

Breve introduzione ai concetti principali: arteterapia, animazione, educazione e cooperazione culturale. Come i concetti chiave influenzano e vengono applicati direttamente alle pratiche di cooperazione culturale.

Unità didattica 3 : Quadri di riferimento e metodologie

Panoramica completa dell'evoluzione storica, delle tappe fondamentali e dei meccanismi operativi dei quadri di riferimento pubblici e istituzionali che regolano l'attuazione dei progetti culturali.

Unità didattica 4 : Iniziative territoriali

Esplorazione delle iniziative culturali locali, evidenziandone lo scopo, l'impatto e le risorse dedicate al loro sostegno.

Unità didattica 5 : Dinamiche di progetto

Analisi dei vincoli, dei requisiti specifici e dei principi chiave della cooperazione nei progetti culturali.

Unità didattica 6 : Collaborazione con il settore culturale

Prerequisiti e criteri essenziali per promuovere una collaborazione efficace con i professionisti del settore artistico e culturale.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione
- Descrivere situazioni senza esprimere giudizi
- Esigenze degli anziani individuate durante gli esercizi pratici
- Attività progettate durante gli esercizi pratici

Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle proprie conoscenze pregresse

Valutazione intermedia

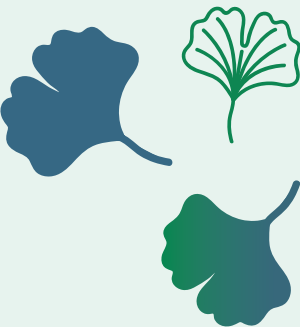
- Osservazione di attività di gruppo
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Discussione e riflessione su casi studio e attività pratiche

Valutazione finale

- Questionari
- Project work
- Casi studio: analizzare e proporre soluzioni per casi studio e attività pratiche



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Fassina M. (2022), *Sport e inclusione sociale - Esperienza etnografica di un giocatore di basket*. Edizioni Epoké
- Javadzade N, Esmaeili SV, Omranifard V, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. BMC Public Health. 2024 Jan 23;24(1):271. doi: 10.1186/s12889-024-17759-9. PMID: 38263131; PMCID: PMC10804770.
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
- Sport, Physical Activity, and Aging: Are We on the Right Track? | SpringerLink. https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-48562-5_17 <https://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2024/09/Libro-Bianco-attivita-fisica-invecchiamento-in-salute.pdf>

BUONE PRATICHE

Vedi la parte 4 della Guida pratica:
Invecchiamento attivo

contesto	57
Acti Duo	59
Passeggiate in gruppo	62

Modulo 5

Intergenerazionalità

**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Esperti in pedagogia, psicologia e lavoro sociale con esperienza nelle dinamiche intergenerazionali.

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Esercizi pratici per sperimentare direttamente i concetti studiati.
- Casi di studio: esempi concreti di progetti culturali legati alla salute e all'istruzione.
- Feedback riflessivo per analizzare le esperienze e trarne insegnamenti concreti.
- Input teorico mirato per strutturare e approfondire l'apprendimento, in linea con gli obiettivi formativi.

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

- Promuovere la comprensione e il dialogo tra le generazioni:
- Ampliare la conoscenza delle caratteristiche delle diverse generazioni.
 - Sviluppare la capacità di identificare e analizzare gli stereotipi associati alle varie fasi della vita.
 - Rafforzare le capacità di osservazione per comprendere meglio le prospettive e le esigenze delle altre generazioni.
 - Migliorare la capacità di adottare la prospettiva di un'altra generazione.
 - Sviluppare competenze nella progettazione e nell'attuazione di interventi e progetti intergenerazionali.



CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo.

Unità didattica 2 : Definizione di intergenerazionalità

Lo sviluppo come processo durante l'arco di vita (Baltes, 1987): Analisi dello sviluppo nel corso della vita, con particolare attenzione alla terza età come fase che è in continuità con le fasi precedenti, sottolineando la prospettiva della durata della vita e l'apprendimento permanente come elementi chiave per promuovere l'intergenerazionalità.

Decostruire gli stereotipi relativi alle fasi della vita e ricostruire i ruoli intergenerazionali : Sfidare le visioni rigide che associano ruoli e aspettative specifici a fasi della vita definite, sottolineando la natura continua della crescita personale. Andare oltre l'immagine statica delle età (i giovani come discenti e gli anziani come insegnanti), promuovendo la scoperta reciproca tra le generazioni, guidata da una genuina volontà di imparare gli uni dagli altri.

Unità didattica 3 : La solidarietà tra generazioni

Esplorare come il dialogo intergenerazionale crei spazi di inclusione e rinnovamento, sostenendo il processo di invecchiamento e promuovendo l'empowerment sociale (Nussbaum & Levmore, 2019).

Concentrarsi su come gli individui e le comunità sviluppino le competenze per contribuire attivamente a contesti relazionali di alta qualità.

Evidenziare il potere del pensiero collettivo di condividere e amplificare risorse e possibilità, riconoscendo al contempo fragilità e sfide.

Unità didattica 4 : Strategie e interventi intergenerazionali

L'impatto sull'isolamento sociale e la solitudine: Evidenziare come gli interventi intergenerazionali possano ridurre l'isolamento sociale e migliorare i risultati in termini di solitudine, favorendo legami più forti tra le generazioni.

Come progettare e strutturare interventi intergenerazionali:

Progettare interventi basati su esperienze di apprendimento condivise, relazioni di mentoring e progetti collaborativi per facilitare l'interazione e la costruzione di relazioni tra le generazioni. Comprendere come adattare le strategie per soddisfare le esigenze specifiche di diversi gruppi, come coloro che soffrono di solitudine, i residenti in strutture di assistenza a lungo termine e le persone che vivono in modo indipendente.

Acquisisci competenze nel bilanciare progetti a breve e lungo termine per rispondere alle esigenze sociali immediate, coltivando al contempo legami più profondi e duraturi e una comprensione reciproca tra le generazioni. Attraverso esempi e dimostrazioni, i partecipanti acquisiranno esperienza pratica nello sviluppo di questi interventi.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori

- Feedback durante la formazione
- Partecipazione durante la formazione

Valutazione iniziale

- I partecipanti riflettono sulle loro attuali conoscenze

Valutazione intermedia

- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su ciò che è stato appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio e sugli esercizi pratici

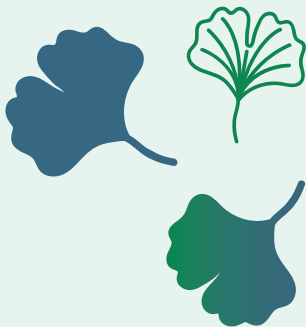
Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio





Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Kaplan, M., Sanchez, M., & Hoffman, J. (2017). Intergenerational Approaches for Sustaining Individual Health and Well-being. In M. Kaplan, M. Sanchez, & J. Hoffman, *Intergenerational Pathways to a Sustainable Society* (pp. 29–64). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-47019-1_3
- Nussbaum, M. C., & Levmore, S. (2019). *Invecchiare con saggezza: Dialoghi sulla vita, l'amore ei rimpianti. Il mulino.*

BUONE PRATICHE

Vedi nella guida pratica la parte 1:
L'intergenerazionalità

Contesto	8
Giardino condiviso	10
I capelli al vento	13
iconnessi: La tecnologia non ha età	16
Penne di saggezza	19
TOY	22

Modulo 6

Prospettiva biopsicosociale



**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Esperti in interventi sociali e socio-educativi, inclusi professionisti nel campo dell'assistenza infermieristica, del lavoro sociale, dell'educazione sociale, della pedagogia e settori correlati. È particolarmente apprezzata l'esperienza in progetti di intervento sociale, salute e metodologie o approcci innovativi (come il coordinamento socio-sanitario, la partecipazione dei cittadini, l'azione comunitaria, le nuove tecnologie, la musicoterapia, il teatro, ecc).

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Esercizi pratici per sperimentare direttamente i concetti studiati.
- Casi di studio: esempi concreti di progetti culturali legati alla salute e all'istruzione.
- Feedback riflessivo per analizzare le esperienze e trarne insegnamenti concreti.
- Input teorico mirato per strutturare e approfondire l'apprendimento, in linea con gli obiettivi formativi.

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

Sviluppare conoscenze e competenze nell'approccio biopsicosociale per migliorare il benessere e progettare interventi efficaci per l'invecchiamento attivo

- Analizzare i fondamenti teorici dell'approccio biopsicosociale per migliorare il benessere delle persone, in particolare degli anziani.
- Acquisire una conoscenza approfondita degli approcci e dei metodi di intervento biopsicosociale per applicarli efficacemente in contesti specifici.
- Sviluppare competenze per condurre valutazioni biopsicosociali complete degli anziani.
- Migliorare la capacità di progettare e attuare interventi mirati che promuovano l'invecchiamento attivo in un quadro integrato e basato sulla comunità.
- Acquisire strumenti per progettare valutazioni degli interventi da un approccio biopsicosociale.
- Sviluppare interventi che promuovano l'invecchiamento attivo da un approccio integrale, con una prospettiva di genere e di equità, e basato sul networking.

**CONTENUTI****Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti**

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative. Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole. Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : La prospettiva biopsicosociale sulla salute e il benessere della popolazione anziana

Introduzione alla prospettiva biopsicosociale (vedi concetto chiave della prospettiva biopsicosociale): definizione e principi di base (modello biopsicosociale di Engel).

Confronto e contributi (valore aggiunto) in relazione ad altri modelli come il modello biomedico: vantaggi di un approccio olistico.

Altri approcci o modelli teorici correlati: prospettiva dei determinanti sociali della salute, invecchiamento attivo e approccio al corso della vita, assistenza incentrata sulla persona in materia di salute e benessere.

Unità didattica 3 : Interazione tra aspetti biologici, psicologici e sociali

Variabili biologiche, psicologiche e sociali che influenzano il benessere e la salute della popolazione: genetica, funzionamento fisiologico, salute, abitudini di vita, stabilità emotiva, interazioni personali e familiari, situazione socioeconomica, contesto culturale, ecc.

Interazione intrinseca tra diverse variabili che influenzano la qualità della vita delle persone come la relazione tra malattie croniche e salute mentale, declino cognitivo e crescente isolamento sociale, o risorse economiche limitate e salute fisica e mentale. Ciò include il modo in cui questi fattori sono interconnessi e contribuiscono al benessere generale.

Ruolo dei determinanti sociali della salute nella comparsa e nella gestione delle malattie dal punto di vista delle disuguaglianze sociali.

Unità didattica **4** : Intervento sociale e sanitario da un approccio biopsicosociale

Interventi dal punto di vista della promozione della salute e della prevenzione delle malattie: ad esempio, attraverso risorse comunitarie per la socializzazione e la partecipazione sociale che hanno un impatto favorevole sulla salute e sul benessere della persona.

Interventi con un approccio integrato e globale:

- a) Visione globale delle diagnosi socio-sanitarie.
- b) Pianificazione collaborativa e attenzione ai percorsi di cura con il resto degli agenti coinvolti e con la partecipazione della persona.
- c) Coordinamento multidisciplinare e networking tra le entità o le persone coinvolte nei processi di cura.
- d) Assistenza ai caregiver.

Identificazione di esempi di buone pratiche negli interventi psicosociali o nei programmi di assistenza integrata.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori

- I partecipanti ampliano le proprie conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti partecipano attivamente alla formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta.

Risultati attesi

- Applicano la teoria alla risoluzione di casi pratici.
- Analizzano i casi di studio da un approccio biopsicosociale.
- Formulano proposte di intervento da un approccio biopsicosociale.

Valutazione intermedia

- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su ciò che è stato appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio e sugli esercizi pratici

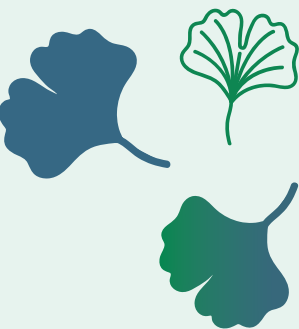
Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio





Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 24, 2355 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). Handbook of aging and the social sciences. Academic Press.

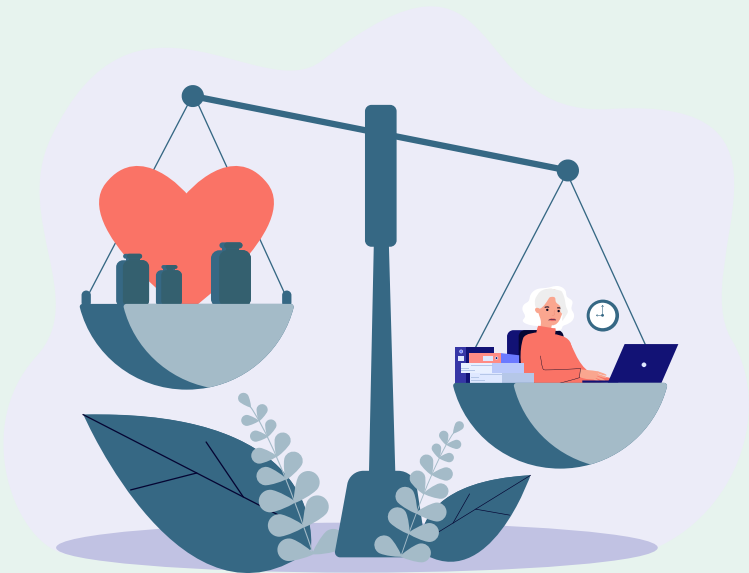
BUONE PRATICHE

Vedi la parte 2 della Guida pratica: Coordinamento sociosanitario e comunitario nell’assistenza e nella cura delle persone anziane

Contesto	26
Lavoro comunitario a Bortziriak	29
Coordinamento socio-sanitario. Un’esperienza rivolta ai professionisti dei servizi sanitari e sociali	32
Coordinamento socio-sanitario a domicilio: Centro Risorse Territoriale	35

Modulo 7

Promuovere la qualità della vita e il benessere dei caregiver e delle figure professionali (prevenzione del burnout)





DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.



SPAZI

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Psicologi, direttori di dipartimento/ direttori con esperienza manageriale e conoscenza del settore e persone coinvolte nel contrastare e prevenire l'isolamento, conoscenza dei processi di burn-out e misure preventive.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Contributi teorici
- Esercitazioni in piccoli gruppi
- Apprendimento attivo
- Role-playing su esercizi di respirazione/ rilassamento



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Essere in grado di identificare i fattori di rischio e i segnali di allarme del burnout e dell'esaurimento professionale.
- Proporre misure di prevenzione individuali e collettive.
- Attuare una gestione volta a promuovere la qualità della vita sul lavoro.



CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : Lo stress lavorativo nella vita lavorativa quotidiana

Definizione, segnali di allarme:

- Fattori di rischio psicosociali dello stress lavorativo
- Fattori di protezione dallo stress lavorativo
- Sintomi fisici: affaticamento, disturbi del sonno, tensione muscolo-scheletrica, dolori, disturbi digestivi, perdita o aumento di peso
- Sintomi emotivi: irritabilità, cinismo, distacco, ansia, depressione, perdita di motivazione
- Sintomi comportamentali: isolamento sociale, evitamento, assenteismo, ritardi, abuso di sostanze (caffè, alcol, farmaci, ecc.)

Unità didattica 3 : Sindrome da burnout e impegno lavorativo

Fattori di rischio specifici delle professioni "di cura":

carico emotivo, confronto con la sofferenza e la morte, contraddizione tra aspirazioni idealistiche e realtà sul campo, responsabilità, mancanza di riconoscimento e sostegno.

Chiarimento dei termini relativi alle malattie professionali:

- Differenza tra stress e burnout
- Differenza tra burnout e noia

Sindrome da burnout:

- Dimensioni del burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale
- Processo di sviluppo del burnout (meccanismi psicologici e fisiologici)

Impegno lavorativo:

- Dimensioni dell'impegno lavorativo: vigore, dedizione e assorbimento
- Processo di sviluppo dell'impegno lavorativo (spiral positive di guadagno sul lavoro)

Unità didattica 4 : Qualità della vita sul lavoro

La teoria della gestione preventiva dello stress:

- prevenzione primaria (sui fattori di stress)
- prevenzione secondaria (sulla risposta allo stress)
- intervento terziario (sui risultati derivanti dallo stress)

Prevenzione e posizioni lavorative:

- **Misure di prevenzione per i professionisti:** gestione dello stress, intelligenza emotiva, assertività, comunicazione, vita sana, ecc. sondaggi, interviste, indicatori delle risorse umane, organizzazione del lavoro (flessibilità, telelavoro, spazi di lavoro, ecc.), ecc.
- **Misure preventive per i dirigenti:** valutazione regolare dei rischi psicosociali, formazione sulla gestione dello stress o sul primo soccorso in materia di salute mentale, forum di discussione e analisi delle situazioni professionali, riconoscimento e relazioni collaborative, politica di riconoscimento, comunicazione, delega e responsabilizzazione dei team, riconoscimento del lavoro, gestione partecipativa, ecc.

Prevenzione e responsabilità nella protezione dallo stress lavorativo e nella sicurezza:

- **Responsabilità e ruolo dei datori di lavoro:** obbligo di garantire la sicurezza e prevenire i rischi professionali (rischi psicosociali ed ergonomici), dialogo sociale, qualità della vita lavorativa e delle condizioni di lavoro, ecc.
- **Responsabilità e ruolo dei dipendenti:** rispetto delle istruzioni e delle procedure di sicurezza, segnalazione di situazioni di rischio e presentazione di proposte per migliorare le condizioni di lavoro, ecc.

Esempi di fattori di protezione sul lavoro:

- **Il team come vettore di qualità sul posto di lavoro, relazioni umane, comunicazione benevola:** coesione del team, aiuto reciproco e sostegno tra colleghi, condivisione di conoscenze e buone pratiche, gestione dei conflitti, ecc.
- **Senso e riconoscimento sul lavoro:** valori, visione e progetto dell'organizzazione, sviluppo professionale e prospettive di carriera, responsabilizzazione e contributo ai progetti, ecc.

Unità didattica 5 : Focus specifico sulla qualità della vita sul lavoro

L'impatto degli stereotipi di genere:

- Decostruire i pregiudizi sulle "qualità femminili" nelle professioni di assistenza e sostegno
- Utilizzare una comunicazione neutra dal punto di vista del genere nel reclutamento e nella gestione delle risorse umane
- Valorizzare la diversità delle competenze al di là del genere nelle professioni mediche e sociali
- Combattere l'autocensura degli uomini nelle cosiddette carriere "femminili"
- Analisi dell'impatto degli stereotipi di genere sui percorsi e sull'evoluzione professionale

L'impatto della tecnologia digitale e dell'intelligenza artificiale sulla qualità della vita sul lavoro

- I vantaggi dell'uso delle TIC (ottimizzazione degli orari, trasmissione delle informazioni, ecc.).
- Tecnostress: fattori di rischio e sintomi
- Punti da tenere in considerazione nell'uso della tecnologia digitale: il diritto alla disconnessione, l'eterogeneità delle competenze professionali, le questioni etiche, ecc.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- Acquisizione e sviluppo di nuove conoscenze
- Raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati
- Capacità di mettere in pratica le conoscenze acquisite
- Applicazione di quanto appreso sul posto di lavoro
- Impatto sulle pratiche collettive del team
- Comprensione dei concetti chiave relativi alla qualità della vita sul lavoro
- Conoscenza dei fattori che influenzano il benessere professionale
- Padronanza degli strumenti e dei metodi per migliorare la qualità sul posto di lavoro
- Comprensione delle questioni legali e normative relative al benessere sul posto di lavoro
- Capacità di identificare le fonti di stress e disagio sul posto di lavoro
- Capacità di intraprendere azioni concrete per migliorare l'ambiente di lavoro
- Capacità di comunicare efficacemente sulle questioni relative al benessere con i colleghi e la direzione

Valutazione iniziale

- Questionario all'inizio del corso
- Questionario sulle aspettative di formazione

Valutazione intermedia

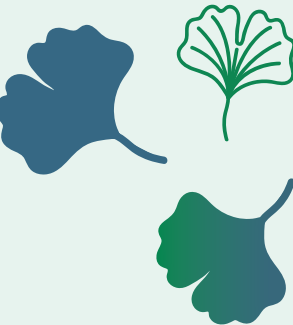
- Osservazione delle attività
- Analisi di casi di studio
- Discussione

Valutazione finale

- Questionario sugli aspetti teorici
- Proposta di risoluzione dei casi di studio
- Partecipazione alle attività



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- PROJET I-MANO — Innovation managériale et organisationnelle dans les services à la personne, Gêrontopole, <https://gerontopole-na.fr/projets/i-mano/>

BUONE PRATICHE

Vedi nella guida pratica la parte 6: Qualità della vita e benessere degli accompagnatori

Contesto	87
I venerdì del benessere	89
Formazione TAKE CARE: Prendersi cura di chi si prende cura	92
entro diurno rurale	95
Io aiuto, io mi valuto: Strumento per valutare e prevenire il rischio di burnout	101
Noi caregiver	107
Servizio di sollievo	111

Modulo 8

Costruzione della rete e coinvolgimento comunitario



**DESTINATARI**

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i

**TEMPI**

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.

**SPAZI**

- Aula con sedie mobili
- Centri di intervento sociale esterni

**STRUMENTI**

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet

**MODALITÀ DI APPRENDIMENTO**

- In presenza
- Online
- Blended learning

**FORMATORI**

Esperti nell'intervento sociale, comunitario e della salute (lavoro sociale, educazione, sanitario, ecc.). Oltre alle competenze fondamentali nel trasferimento e nella facilitazione delle conoscenze, costituiscono un vantaggio anche l'esperienza pratica e le conoscenze in materia di progetti di sviluppo comunitario, azione sociale e networking con diversi attori locali.

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA****METODI**

- Analisi di buone pratiche
- Contributi di risorse multimediale
- Simulazione di interventi sul contesto
- Casi studio
- Gruppi di lavoro per la pianificazione della progettazione
- Elaborazione di strumenti analitici DRAPFO (Punti di forza, punti di debolezza, opportunità, potenzialità, punti di forza, punti di debolezza e opportunità) e sociogramma.
- Realizzazione di progetti pratici e valutazione dell'impatto

**FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO**

- Adottare la dimensione locale, attraverso il networking, per promuovere la cittadinanza attiva sulla base delle sue risorse e opportunità.
- Apprendere i principi di diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione di un progetto di intervento comunitario.
- Acquisire metodologie e strumenti per l'intervento intergenerazionale e comunitario.
- Sviluppare un progetto di intervento comunitario in base alle esigenze individuate nella comunità.
- Contestualizzare e valutare le implicazioni di un progetto di intervento

**CONTENUTI****Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti**

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : L'approccio basato sulla comunità nei nuovi modelli di cura
Introduzione all'approccio basato sulla comunità (vedi concetto chiave Approccio basato sulla comunità): definizione e caratteristiche principali.

Evoluzione delle politiche e degli orientamenti istituzionali verso modelli di cura basati sulla comunità e sulla corresponsabilità che evitano l'istituzionalizzazione delle persone bisognose di sostegno e assistenza (vedi concetto chiave Corresponsabilità e politiche pubbliche).

Unità didattica 3 : Vantaggi del modello comunitario e del networking**I vantaggi dell'assistenza nella comunità, ad esempio:**

- Il territorio e la comunità come contesto per l'intervento preventivo e la riduzione delle disuguaglianze sociali.
- Risorse e servizi comunitari per la prevenzione dell'isolamento e della solitudine indesiderata negli anziani (come dimensioni dell'assistenza trascurate dai sistemi di assistenza formali).
- La disponibilità di risorse assistenziali nell'ambiente più vicino alla persona, per facilitare il suo progetto di vita, consentirle di rimanere nella propria casa il più a lungo possibile e promuovere la sua autonomia, indipendenza e inclusione sociale.
- Intervento comunitario per generare contesti di assistenza (si vedano ad esempio gli esempi di città a misura di anziano).

I vantaggi di fornire assistenza in modo collaborativo tra gli attori coinvolti nel sistema di assistenza, ad esempio:

- Assistenza integrata e continua: integrazione dell'assistenza attraverso la collaborazione e il coinvolgimento dei diversi attori che coesistono nei contesti comunitari.
- Maggiore efficienza nell'uso delle risorse: servizi coordinati ed efficaci.
- Rafforzamento della rete di sostegno sociale nei territori.

Unità didattica 4 : Progetti e interventi comunitari

Principi del networking: partecipazione, collaborazione, corresponsabilità, ecc.

Strategie, processi e strumenti metodologici per l'intervento comunitario.

- Diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione dei progetti di intervento comunitario.
- Creazione di alleanze e collaborazione intersettoriale.
- Strategie di intervento intergenerazionale.
- Sensibilità interculturale per la gestione di reti e progetti in comunità diverse.

Identificazione di buone pratiche di progetti preventivi a livello europeo realizzati in contesti comunitari.



Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi

SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- I partecipanti ampliano le proprie conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti sono coinvolti attivamente nella formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta
- Comprensione, interpretazione e applicazione dei concetti di base relativi al progetto.
- Conoscenza del territorio di intervento e delle sue risorse.
- Competenza nell'applicazione degli strumenti metodologici
- Essere in grado di sviluppare le diverse fasi del progetto comunitario: diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione.

Valutazione iniziale

- Osservazione in classe delle conoscenze pregresse

Valutazione intermedia

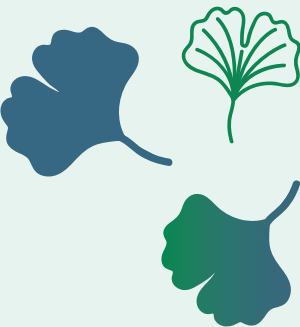
- Test di valutazione dei concetti e delle risorse sulle persone anziane

Valutazione finale

- Test di valutazione sull'applicazione metodologica dell'approccio comunitario
- Analisi dei risultati dei progetti completati



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- European Comission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.
- Spade, D. (2020). Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next), London: Verso.

BUONE PRATICHE

Vedi nella Guida pratica la parte 5: Un ambiente abitativo.

Contesto	76
Accoglienza in famiglia	78
Abitare in autonomia	81
Co-housing intergenerazionale	84
Presa in carico globale dei familiari	
di persone affette da demenza in Navarra	104
Noi caregiver	107
Servizio di sollievo	111

Workshop A

Workshop sulla comunicazione narrativa – storytelling attraverso la video – intervista



DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

- 2 ore di presentazione dell'attività e delle linee guida
- 4 ore per l'intervista e l'editing



SPAZI

- Aula per la formazione
- Ambiente confortevole in cui registrare l'intervista



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet
- Smartphone o camera



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Esperti in comunicazione e/o psicologia e/o pedagogia e/o lavoro sociale.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Lezioni interattive
- Discussioni di gruppo
- Brainstorming
- Role play
- Esercizi pratici e simulazioni
- Pratica usando strumenti tecnologici



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Comprendere i concetti di isolamento sociale e solitudine tra gli anziani e l'importanza della solidarietà intergenerazionale, dell'inclusione sociale e del dialogo interculturale nell'affrontare queste questioni.
- Sviluppare le competenze necessarie per entrare in contatto con gli anziani e comprenderne le esigenze attraverso il mezzo dell'intervista video, concentrandosi sulla creazione di un ambiente empatico, ponendo domande aperte e gestendo gli aspetti tecnici.
- Promuovere un approccio empatico e rispettoso quando si lavora con gli anziani, garantendo sensibilità verso le loro esperienze e promuovendo al contempo i valori della connessione comunitaria e dell'inclusione sociale.



PREREQUISITI

Questa attività richiede alcune conoscenze preliminari; si consiglia di completare in anticipo i seguenti moduli:

- **Modulo 1:** Invecchiamento (questioni relative all'invecchiamento: diversità, violenza, ecc.).
- **Modulo 2:** Fattori di protezione e di rischio per l'isolamento sociale (fragilità, declino).
- **Modulo 3:** Comunicazione con i gruppi target dell'intervento – Prospettiva centrata sulla persona.
- **Modulo 5:** Intergenerazionalità.

CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo.

Unità didattica 2 : Pianificazione dell'intervista

Identificare una pratica o un progetto locale significativo, raccogliere informazioni dettagliate, contattare i referenti del progetto, stabilire e comunicare l'obiettivo dell'intervista, ottenere il consenso.

Unità didattica 3 : Preparazione del setting

Preparazione di una bozza dell'intervista o di uno storyboard, preparazione dell'attrezzatura tecnica e dell'ambiente per l'intervista video (microfono, illuminazione, location).

Unità didattica 4 : Come condurre l'intervista video

Creare un'atmosfera accogliente e favorevole. Applicare i principi dell'ascolto attivo ed empatico, seguendo la struttura dell'intervista e rispettando il tempo e le esigenze dell'intervistato. Concludere in modo ponderato, assicurando una chiusura appropriata e rispettosa.

Unità didattica 5 : Montaggio

Strumenti di montaggio disponibili, taglio delle domande, inserimento di diapositive, gestione di lingue diverse, applicazione di sottotitoli, aggiunta di transizioni, finalizzazione del risultato.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- I partecipanti ampliano le proprie conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti partecipano attivamente alla formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta.
- Applicano la teoria alla risoluzione di casi pratici.
- Analizzano i casi di studio da un approccio biopsicosociale.
- Formulano proposte di intervento da un approccio biopsicosociale.

Valutazione intermedia

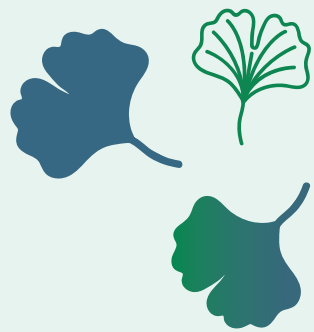
- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su ciò che è stato appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio e sugli esercizi pratici

Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio



**Per
saperne
di più...**



BIBLIOGRAFIA

- Naughton-Doe, R., Barke, J., Manchester, H., Willis, P., & Wigfield, A. (2024). Ethical issues when interviewing older people about loneliness: reflections and recommendations for an effective methodological approach. *Ageing and Society*, 44(7), 1681–1699. doi:10.1017/S0144686X2200099X

Workshop B

Workshop sulla
comunicazione narrativa
– storytelling attraverso
la fotografia





DESTINATARI

- Studentesse/i e tirocinanti (formazione professionale, università e inizio carriera)
- Professionisti sanitari e sociali
- Volontarie/i
- Assistenti informali non qualificati
- Caregiver familiari
- Persone anziane



TEMPI

2-20 ore, in base alle esigenze dei partecipanti.



SPAZI

- Aula per la formazione
- Ambiente confortevole in cui registrare l'intervista



STRUMENTI

- Computer
- Videoproiettore
- Lavagna
- Presentazione PowerPoint
- Internet
- Smartphone o camera



MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

- In presenza
- Online
- Blended learning



FORMATORI

Esperti in comunicazione e/o psicologia e/o pedagogia e/o lavoro sociale.



DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

METODI

- Lezioni interattive
- Discussioni di gruppo
- Brainstorming
- Role play
- Esercizi pratici e simulazioni
- Pratica usando strumenti tecnologici



FINALITÀ E OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Comprendere le questioni chiave relative all'isolamento sociale e al suo impatto sugli anziani, compreso il ruolo della narrazione e delle narrazioni visive nel combattere gli stereotipi e promuovere l'inclusione sociale.
- Sviluppare la capacità di condurre interviste empatiche, raccogliere storie e immagini significative e curare un libro fotografico che comunichi efficacemente questioni sociali complesse attraverso approcci innovativi e sensibili.
- Coltivare una prospettiva empatica, rispettosa e incentrata sulla persona quando si lavora con gli anziani, assicurando che la loro dignità, il loro comfort e la loro autonomia siano prioritari.



PREREQUISITI

Questa attività richiede alcune conoscenze preliminari; si consiglia di completare in anticipo i seguenti moduli:

- **Modulo 1:** Invecchiamento (questioni relative all'invecchiamento: diversità, violenza, ecc.)
- **Modulo 2:** Fattori di protezione e di rischio per l'isolamento sociale (fragilità, declino).
- **Modulo 3:** Comunicazione con i gruppi target dell'intervento – Prospettiva centrata sulla persona.
- **Modulo 5:** Intergenerazionalità.

CONTENUTI

Unità didattica 1 : Introduzione e benvenuto ai partecipanti

Conoscere gli altri partecipanti e le loro aspettative.
Creare un ambiente formativo sicuro e favorevole.
Presentazione del programma formativo

Unità didattica 2 : Pianificazione dell'intervista

Identificazione di una storia significativa, raccolta di informazioni dettagliate, definizione e comunicazione dell'obiettivo dell'intervista, questioni legali e relative alla privacy, preparazione logistica, definizione degli obiettivi narrativi e stilistici.

Unità didattica 3 : Preparazione dell'ambientazione

La preparazione delle riprese si concentra sulla selezione di foto di forte impatto che riflettano temi chiave come l'invecchiamento e l'isolamento e offre consigli pratici su come scattare foto di alta qualità con gli smartphone. Ciò include tecniche per ottenere un'illuminazione, una composizione e una stabilità ottimali.

Unità didattica 4 : Come condurre l'intervista e scattare le foto

Creare un'atmosfera accogliente e di sostegno. Applicare i principi dell'ascolto attivo ed empatico, seguendo la struttura dell'intervista e rispettando il tempo e le esigenze dell'intervistato. Scattare foto significative. Concludere in modo ponderato, assicurando una conclusione appropriata e rispettosa.

Unità didattica 5 : Progettazione grafica

Strumenti di editing disponibili, editing fotografico, layout di foto e testo, armonizzazione.

Unità finale: Chiusura della formazione

- Panoramica dei contenuti principali
- Valutazione qualitativa/quantitativa della formazione
- Prossimi passi: opportunità e possibilità di ulteriori studi



SUGGERIMENTI METODOLOGICI PER LA VALUTAZIONE

Indicatori e risultati attesi

- I partecipanti ampliano le proprie conoscenze dopo la formazione ricevuta.
- I partecipanti sono in grado di applicare la formazione ricevuta in esercitazioni pratiche in classe.
- I partecipanti partecipano attivamente alla formazione ricevuta.
- I partecipanti sono soddisfatti della formazione ricevuta.
- Applicano la teoria alla risoluzione di casi pratici.
- Analizzano i casi di studio da un approccio biopsicosociale.
- Formulano proposte di intervento da un approccio biopsicosociale.

Valutazione intermedia

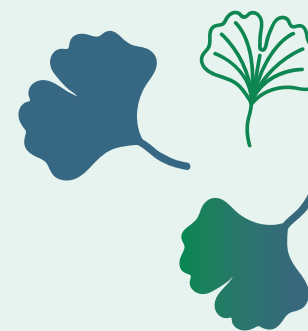
- Osservazione delle attività di gruppo
- Discussione e riflessione su ciò che è stato appreso
- Discussione e riflessione sul caso di studio e sugli esercizi pratici

Valutazione finale

- Questionario/test sugli elementi teorici
- Discussione e riflessione su quanto appreso
- Caso di studio: analisi e proposta di soluzioni per il caso di studio



Per saperne di più...



BIBLIOGRAFIA

- Naughton-Doe, R., Barke, J., Manchester, H., Willis, P., & Wigfield, A. (2024). Ethical issues when interviewing older people about loneliness: reflections and recommendations for an effective methodological approach. *Ageing and Society*, 44(7), 1681–1699. doi:10.1017/S0144686X2200099X