



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA  
APPLICATA

Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione

Tesi di laurea

### **Il benessere dell'anziano: arte e creatività come strumento riabilitativo per persone con demenza.**

Relatore:  
Prof.ssa Valentina Grion

Laureanda:  
Anna Cecchetto

Matricola: 1138840

ANNO ACCADEMICO 2021-2022



# INDICE

INTRODUZIONE .....	3
CAPITOLO I: L'ANZIANO E L'INVECCHIAMENTO.....	5
1.1 Come la società percepisce l'invecchiamento .....	7
1.2 Come definire l'invecchiamento e la vecchiaia .....	9
1.3 Prospettive e teorie sull'arco di vita.....	11
1.4 Educazione "alla" e "nella" vecchiaia .....	14
CAPITOLO II: INVECCHIARE CON SUCCESSO .....	15
2.1 Definire e percepire il benessere.....	15
2.2 Benessere e strutture residenziali.....	17
CAPITOLO III: DEMENZA E CURA DELLA PERSONA .....	21
3.1 La memoria e il suo deterioramento. ....	22
3.2 La demenza dal punto di vista clinico.....	23
3.3 La persona al centro della cura: il modello di Tom Kitwood. ....	25
3.4 Nuclei specializzati per la demenza.....	28
CAPITOLO IV: ARTETERAPIA E DEMENZA.....	31
4.1 Definizione e uso dell'Arteterapia. ....	32
4.2 IPAB Residenza per anziani Giuseppe Francescon. ....	33
CAPITOLO V: "A REGOLA D'ARTE" .....	37
5.1 Attuazione pratica del progetto.....	38
5.2 La verifica del progetto.....	42
CONCLUSIONI.....	47
BIBLIOGRAFIA .....	49
SITOGRAFIA .....	51
RINGRAZIAMENTI.....	53



## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, il tema dell'invecchiamento e dei processi che ne fanno parte, ha avuto come riferimento dei modelli che sentirono l'esigenza di prendere in esame molteplici piani di analisi, proprio per descrivere al meglio l'andamento differenziato di questi processi, che non differiscono soltanto tra un individuo e l'altro ma anche all'interno dello stesso soggetto.

Partendo dall'osservazione dell'esistenza di differenze individuali non trascurabili fra gli individui in questa specifica età della vita, alla fine degli anni ottanta del Novecento, emerse la necessità di mettere a fuoco il significato di *successful aging* ("invecchiare bene"), evidenziando come alcuni soggetti invecchiano meglio di altri, sia dal punto di vista psicologico sia dal punto di vista biologico, e come all'interno dello stesso individuo esista la possibilità di modificare strategie e obiettivi, in modo da adattare al meglio le risorse personali rimanenti alle richieste dell'ambiente.

Il focus cardine dell'elaborato è la possibilità che alcune patologie mentali, al di fuori del pieno controllo del soggetto, accompagnino l'invecchiamento della persona.

In particolare, è stata presa in esame la demenza, patologia che si lega così strettamente ai normali processi di invecchiamento, che diventa difficile dal punto di vista metodologico, discernere gli effetti della malattia da quelli normali dello scorrere del tempo.

Si andrà ad analizzare il processo di invecchiamento nel suo insieme e come esso veniva e viene percepito oggi dalla società.

Connesso ad esso si tenterà di dare una definizione di che cos'è e che cosa rappresenta il benessere nell'invecchiamento, definendo strategie e metodi utili alla sua attuazione massima possibile, soprattutto nelle strutture residenziali.

Nella seconda parte dell'elaborato si delineerà un quadro generale di che cos'è la demenza dal punto di vista clinico, e di come Tom Kitwood nel suo modello, abbia messo al centro della cura proprio la persona affetta da demenza. Per poi contestualizzare questa patologia all'interno delle Residenze per Anziani, descrivendone una in particolare: l'IPAB Residenza per Anziani Giuseppe Francescon.

Nell'ultima parte si esporrà il significato di Arteterapia, come essa sia connessa alla demenza, e come possa giovare all'individuo che è affetto da questa patologia. Verrà

portato come esempio un progetto di Arteterapia svolto all'interno della Residenza per Anziani citata in precedenza, esponendo le metodologie adottate per svolgerlo.

## CAPITOLO I: L'ANZIANO E L'INVECCHIAMENTO

«Gli anziani dovrebbero essere considerati dei testimoni, “documenti” viventi della storia, che non può e non deve essere dimenticata, per comprendere pienamente il presente e per costruire, in una comunità ideale tra presente, passato e futuro, un avvenire nel quale le giovani generazioni possano vivere pienamente la propria esistenza» (Fornasari, 2018, p.30).

La società italiana, negli ultimi cinque decenni, si è resa protagonista di notevoli cambiamenti dal punto di vista demografico. Successivamente agli anni Sessanta, definiti come gli anni del “*baby-boom*”<sup>1</sup>, si verificarono delle dinamiche completamente opposte: riduzione della natalità e innalzamento della speranza di vita, con una conseguente riduzione del tasso di mortalità. Tutto ciò ha portato ad un considerevole invecchiamento demografico, infatti la popolazione anziana è la più numerosa del nostro paese.

Gli over 65 sono attivi, hanno interessi politici e culturali e ritengono importante dare il loro contributo alla comunità, tenendosi aggiornati e utilizzando, in parte, i mezzi di comunicazione moderni. Sono anziani che coltivano i propri interessi e passioni, che amano andare al cinema, a teatro e prendono parte ad associazioni di volontariato, insomma hanno una vita sociale più attiva. È bene specificare, però, che stiamo parlando di anziani fisicamente ed economicamente autonomi.

Alla luce di quanto esposto, è sensato parlare di “terza” e “quarta” età, come periodi di vita a sé stanti, come se la vecchiaia non fosse una fase dinamica della vita ma il frutto di quelle precedenti, come se questi due termini evocassero nell’individuo l’idea di qualcosa di passato che in un certo senso incute timore, e forse è anche per questo che l’intenzione è quella di rimandare sempre di più il processo di invecchiamento. Grazie al concetto di educazione permanente, si sta verificando un cambiamento di mentalità (Fornasari, 2018).

L’invecchiamento è una fase inevitabile della vita di ognuno, ma è importante sottolineare che non per questo la vecchiaia deve essere vista come un declino, ma come

---

<sup>1</sup> Locuzione utilizzata in Italia, per indicare l’improvvisa fase di crescita demografica, in particolare quella verificatasi nel secondo dopo guerra, durata fino ai primi anni ’60 del Novecento, nei paesi occidentali.

una fase che ci cambia l'esistenza grazie a nuove progettazioni. Possiamo intenderla come una fase dinamica e partecipativa che continua ad agire sul tessuto sociale e familiare dell'individuo.

La pedagogia in questo senso fornisce un contributo fondamentale nella società odierna, sviluppando riflessioni contro un diffuso modo di pensare in base al quale, in questo specifico periodo di vita, l'individuo non viene considerato più capace di apprendere e l'esperienza che ha maturato negli anni viene accantonata, non considerata come un valore arricchente e formativo per le nuove generazioni.

A sostegno di ciò, risulta esemplificativa la concezione della gerotrascendenza sviluppata da Tornstam (2005), dell'Università di Uppsala. Egli, partendo da studi, ricerche e osservazioni cliniche, sostiene che il processo vero e proprio di vivere la terza età ha un suo potenziale specifico: costituisce una fase che vede il passaggio da una visione razionale e materialistica della vita, ad una più immateriale e trascendente alla quale fa seguito un aumento progressivo della gratificazione.

Tornstam(2005) individua cinque punti che una persona in gerotrascendenza vive:

1. un sentimento di comunione cosmica con lo spirito dell'universo;
2. una nuova visione del tempo circoscritto ad ora, massimo al futuro prossimo;
3. la regolazione degli spazi in base alle sue capacità fisiche;
4. la ridefinizione della morte, dove morte e vita si trovano in sintonia fra di loro;
5. la sperimentazione di una nuova visione di sé stesso, aperta a significati che prima gli potevano essere sfuggiti.

Nel concetto psicologico di gerotrascendenza troviamo conferma di ciò che affermava a livello teologico Barth (1993), ovvero che la vecchiaia offre la possibilità di vivere per un dono, che può essere accolto e ridonato a sua volta nei rapporti intergenerazionali.

Se consideriamo la vecchiaia attraverso questa prospettiva, può aiutare la persona a trovare una sua dimensione intima, una sua unità personale, a dare valore a ciò che è, una dimensione dove emerge con verità ciò che si è stati. (Fornasari, 2018).

Cambiando la nostra visione di vecchiaia, sapremmo valutare in maniera differente questo periodo della vita, valorizzando gli anziani come degli educatori autentici.

In conclusione, è importante sottolineare come l'invecchiamento sia per la persona un progetto da costruire e sia da considerare non solo come un processo con dei tempi

determinati, ma come un processo che ha la durata dell'intera vita di un individuo: *Life Long Learning*.

«Non esiste un'età o un momento destinato a imparare e altri nei quali si applica ciò che si è imparato. In ogni momento si apprende e si applica contemporaneamente e da ciò che si sperimenta si attivano sempre nuovi processi di apprendimento» (De Beni, 2018, p. 18).

### **1.1 Come la società percepisce l'invecchiamento**

Se ci focalizziamo sul modo in cui vengono percepiti gli anziani e il processo di invecchiamento dal punto di vista sociale, sono due le immagini che sin dai tempi più antichi si sono tramandate fino ai giorni nostri. La prima delinea l'invecchiamento come la stagione della vita caratterizzata da saggezza, perfezione morale e autorevolezza. La seconda lo delinea come l'età del decadimento psicofisico e del disadattamento sociale. Un tempo, quando il mondo progrediva molto più lentamente rispetto ad oggi, a dominare era la concezione dell'anziano come custode del patrimonio culturale della comunità, che grazie alla sua esperienza conosce quello che gli altri non sanno ancora e hanno bisogno di prenderlo come esempio ed imparare da lui.

Oggi invece, il rapido mutamento che caratterizza ogni aspetto della vita umana, in particolare quello riguardante la sfera scientifica e tecnologica, evidenzia un cambio di direzione, in cui l'anziano è visto come colui che non sa e che non riesce a tenere il passo con i cambiamenti rapidi, a differenza dei giovani che imparano più velocemente. Pertanto, l'anziano è visto come un individuo inattivo e facilmente emarginabile, non più come una fonte di saggezza da cui attingere esperienze significative di vita.

Il processo di industrializzazione ha dato vita a delle dinamiche che hanno trasformato lo status dell'anziano: l'affermazione della famiglia nucleare, a discapito di quella patriarcale, in cui la tendenza di entrambi i coniugi è quella di esercitare una professione al di fuori delle mura domestiche.

Nel caso specifico dell'Italia, questo processo ha preso piede dalla metà degli anni Cinquanta del secolo scorso, è coinciso con il trasferimento di masse contadine verso le grandi città industriali al nord. Lo sgretolamento del mondo agricolo ha condotto a dei

cambiamenti vistosi, per quanto concerne i comportamenti degli individui e le interazioni sociali.

Nel mondo dell'Italia rurale gli anziani, rari a causa della mortalità precoce, erano i saggi da cui apprendere insegnamenti grazie alla loro esperienza.

Il mondo odierno ci restituisce un'immagine sempre più negativa della vecchiaia, descritta come una fase dell'esistenza che incute timore, avversione, fino ad arrivare a vere e proprie forme di "*ageism*"<sup>2</sup>, perché è caratterizzata dalla perdita delle capacità, da un inesorabile declino delle prestazioni, fino ad arrivare ad una negazione vera e propria, in quanto nelle società dove le aspettative di vita sono sempre più alte e la natalità più bassa, l'unica apparente soluzione è quella di rinnegare la vecchiaia e l'anziano viene accettato, o meglio tollerato, se fa finta di essere giovane.

Un esempio concreto di quanto appena affermato è la diffusione, sempre più marcata, di luoghi deputati a combattere i segni del tempo, considerati imbarazzanti e da debellare.

Oggi la vecchiaia viene considerata come una virtù solo per meri motivi economici, in quanto stanno aumentando le preoccupazioni per i costi sociali della comunità, a causa del progressivo accrescimento del numero delle persone anziane che non sono in grado di provvedere a sé stesse. Tutto questo induce a dipingere l'anziano come un individuo ancora felice e in gamba, quando la realtà è fatta di quasi anziani che assistono persone poco più anziane di loro.

Un'altra motivazione per cui viene celebrata la vecchiaia è per alimentare il mercato dei consumi: anziani che si mantengono e che riescono a far fronte alle necessità dei figli e parenti, non più presentati come un fardello per la società, ma come individui benestanti a cui smuovere il desiderio di acquisto, esaltandone l'entusiasmo e la voglia di agire con energia. I mass media, approfittandosene, usano questa immagine per lanciare pubblicità in cui i protagonisti sono anziani energici che frequentano la palestra, i centri commerciali e i viaggi organizzati, dimostrando vent'anni di meno grazie alla chirurgia estetica (Gasperi, 2011).

---

<sup>2</sup> Termine che fu coniato da R.N Butler nel 1968, indica la discriminazione nei confronti di una persona in base alla sua età.

## 1.2 Come definire l'invecchiamento e la vecchiaia

«L'invecchiamento può essere definito come un processo di modificazione di un organismo in funzione del tempo, e in questo senso rientra nei processi di accrescimento e maturazione. Nello stesso tempo però indica il progredire del nostro organismo verso uno stadio inevitabile – la vecchiaia -, il cui inizio, nonostante tutte le possibili differenze individuali, non può comunque essere spostato troppo avanti nel tempo» (Baroni, 2010, p.7).

A causa dell'aumentare del numero di anziani e del numero di anni in cui si vivono da anziani, la vecchiaia è diventata una questione sociale. Su di essa sono state spese molte parole, identificandola con una pluralità di denominazioni: anzianità, terza e quarta età, di nonni, di senilità, di tarda età adulta o di età adulta avanzata.

La molteplicità di espressioni utilizzate per definire questa fase della vita è indice di quanto sia complesso giungere a una sua definizione univoca. Mentre la fine è chiaramente indicata con la morte, ciò che risulta essere ancora più arduo è identificare il momento in cui essa ha inizio, in quanto è segnato da una serie di eventi esterni o avvenimenti della storia individuale, piuttosto che da ritmi prefissati. Nemmeno la menopausa femminile o il pensionamento possono essere presi come indicatori di riferimento per decretare l'inizio del declino fisico, psicologico e sociale dell'individuo, in quanto nella società odierna, un individuo che ha cinquant'anni potrebbe essere ancora al massimo delle sue prestazioni cognitive e lavorative.

Dal punto di vista cronologico, basandosi su una visione prettamente maschile, la vecchiaia viene fatta incominciare a sessantacinque anni, età in cui l'uomo solitamente esce dal processo produttivo. Ciò che rende più complessa la questione è lo sfasamento che si registra fra i vari aspetti dell'invecchiamento. Oltre all'invecchiamento anagrafico e burocratico vi sono anche quello biologico, psicologico e sociale.

Se prendiamo in considerazione il decadimento fisico e i problemi ad esso correlati, il numero di anziani che arrivano in buone condizioni di salute a sessantacinque anni è molto elevato di conseguenza, dal punto di vista biologico, la vecchiaia viene fatta iniziare attorno agli ottant'anni, età in cui si fa consistente il numero di individui che ritornano ad una situazione di semi dipendenza o dipendenza.

Attualmente, nonostante le differenze interindividuali, si tende a considerare almeno due fasce di anziani, basate su parametri di invecchiamento biologico, psicologico e sociale:

- gli “*young-old*” (“giovani anziani” o terza età) tra i 65 e i 75 anni;
- gli “*old-old*” (“vecchi anziani” o quarta età) dopo i 75 anni.

Ma con l’allungarsi della vita è utile introdurre altre due fasce:

- gli “*oldest-old*” (“grandi vecchi” o quinta età) tra i 75 e gli 84 anni;
- gli “*over century*” (ultracentenari).

Un’altra distinzione da portare alla luce, parte da una riflessione riguardante l’invecchiamento biologico, esso è caratterizzato da modificazioni organiche negative, con forte componente genetica, ma di fatto non sarebbe né lineare né generalizzabile. A queste alterazioni a livello organico, si aggiungono fattori ambientali che risultano difficili da prevedere, ma che sono connessi ad esse, in quanto il loro effetto viene evidenziato da una sensibilità maggiore dell’organismo a malattie cardiocircolatorie, patologie cerebrali e infezioni.

Di conseguenza, si è riscontrata una difficoltà a distinguere i processi di invecchiamento ordinari da quelli degenerativi non generalizzati ed evitabili. Ciò ha portato all’ipotesi che esistano quattro processi di invecchiamento, separati fra di loro che dimostrano che esso è un processo altamente individualizzato: invecchiamento primario, secondario, terziario e differenziato.

1. Invecchiamento primario: rappresenta l’invecchiamento “normale”, avviene in maniera inevitabile per ogni persona, in cui si registrano cambiamenti di tipo biologico, psicologico, cognitivo e affettivo. Può essere definito come quel cambiamento inevitabile per ogni essere umano caratterizzato da perdita di velocità nell’elaborazione delle informazioni e delle risposte d’azione, da un aumento delle competenze verbali, dalla stabilità della maggior parte dei tratti di personalità, dal rallentamento dell’intelligenza fluida e da uno sviluppo consistente dell’intelligenza cristallizzata.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Per un approfondimento sull’intelligenza fluida e sull’intelligenza cristallizzata confronta Mason (2013).

2. Invecchiamento secondario: può essere definito patologico, perché rispetto all'invecchiamento primario si aggiungono alcune patologie croniche o meno. Non è semplice identificare che cosa appartiene all'invecchiamento primario e che cosa a quello secondario. Possiamo affermare che le modificazioni dovute all'invecchiamento primario sono irreversibili, mentre le patologie dovute a quello secondario a volte si possono curare con successo, o rallentarne gli effetti negativi.
3. Invecchiamento terziario: per indicare il declino rapido e irreversibile caratteristico dell'organismo quando si avvicina alla morte. Comporta un deterioramento, che può durare anni, delle prestazioni cognitive e fisiche dell'individuo.
4. Invecchiamento differenziale: ovvero un invecchiamento altamente individualizzato, sostenuto da dati di ricerche longitudinali relative ai differenti modelli d'invecchiamento (Baroni, 2010).

Ciò che fa emergere le differenze individuali nell'invecchiamento e regola il comportamento può essere ricondotto alla capacità adattiva, alla produttività, alla cognizione, all'affetto e alla perseveranza. Se è vero che la nostra lunghezza di vita biologica è determinata in buona parte dalla genetica, e se è vero che avvenimenti sociali incisivi possono potenziare o ridurre le nostre capacità di adattamento nel momento in cui le funzioni biologiche si riducono, allo stesso modo è vero che l'uomo con le sue idee, valori, credenze, ruoli e conoscenze può produrre cultura, anche "cultura della vecchiaia".

### **1.3 Prospettive e teorie sull'arco di vita**

Per quanto concerne il problema di come definire l'invecchiamento, un approccio realistico, basato ormai su molteplici risultati sperimentali, è la prospettiva "*life-span*" o psicologia dell'arco di vita (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980).

Questa prospettiva non è da intendere come una teoria ma come un approccio, un punto di vista che si basa su presupposti differenti rispetto alla ricerca tradizionale sullo sviluppo, incentrata maggiormente sull'infanzia e l'adolescenza. Secondo questo

approccio, lo sviluppo è definito come un processo che, con successivi adattamenti, dura per tutta la vita, con acquisizioni basate sul continuo accrescimento di competenze nuove. Lo sviluppo comprende le differenti funzioni in modo differenziato e viene riconosciuta la possibilità, per ogni individuo, di adattamento delle proprie risorse psichiche e fisiche alle condizioni di vita che sono determinate dall'ambiente esterno. Questa prospettiva annovera anche gli eventi individuali e quelli storici come possibili fattori che possono influenzare lo sviluppo. Ciò che si sottolinea in questo approccio è come l'identità della persona permanga nonostante le influenze sociali, gli eventi esterni, i cambiamenti biologici e psicologici. Perciò si ha una stabilità per quanto riguarda la personalità del singolo, ma le differenze individuali acquisiscono un ruolo centrale, rendendo impossibile dare una definizione esatta di invecchiamento come processo dall'andamento generalizzabile (Baroni, 2010)

Prima dell'affermarsi della prospettiva dell'arco della vita, appena illustrata, Erikson (1999) aveva elaborato una teoria che vede la vita umana passare per alcune fasi, che si susseguono con un ordine ben definito: *la teoria dello sviluppo delle personalità*. In ogni fase della vita, appare per la prima volta la capacità di affrontare scelte e prove poste dalla società (compito vitale). Per affrontare questo compito vitale, l'individuo attraversa una crisi (stadio dello sviluppo psicosociale), rapportata alla sua età, ovvero una svolta evolutiva che lo rende più vulnerabile. L'esito di questa crisi porta a due strade, la prima dove l'individuo riesce a superarla, se sostenuto e guidato in maniera adeguata, in modo che possa andare verso la costruzione o il mantenimento dell'identità personale, la seconda dove l'individuo si arrende e rimane al punto in cui si trova o ritorna alla fase precedente.

Secondo Erikson (1999) la vecchiaia si contraddistingue per la tensione fra l'integrità, che prevede l'accettazione della propria vita per ciò che è stata, e la disperazione, causata dal rammarico per le opportunità mancate.

Se si impone la disperazione, essa sfocerà nel disprezzo per questa fase della vita vissuta come angosciante a causa del lutto, del decadimento fisico e dell'incombere della morte, dove non rimane più lo spazio per la speranza. Se si accetta ciò che è stata la propria vita, accettazione che porta con sé la virtù della saggezza, grazie alla quale l'anziano vive e comprende il suo vissuto, si prepara alla morte con impegno, lasciando alle nuove generazioni un ricordo positivo di sé.

Una proposta molto simile a quella di Erikson, ma che si inserisce in una prospettiva prettamente pedagogica, è quella di Guardini (1992) sulle età della vita.

Egli suddivide la vita in cinque fasi, il passaggio da una fase all'altra avviene attraverso delle crisi inoltre, in ogni fase, si ha l'opposizione e la mediazione fra tendenze differenti. Perciò, secondo Guardini (1992), la vita è un'unità formata da un susseguirsi continuo di opposizioni polari<sup>4</sup>, sia all'interno di ogni sua parte sia tra unità e parti.

Focalizzandoci sul passaggio dalla maturità alla vecchiaia, Guardini sottolinea come si faccia sempre più chiara la consapevolezza della precarietà delle cose tanto da far insorgere la crisi del distacco, la cui soluzione dipende dalla posizione in cui si pone l'uomo nei confronti della morte. L'opposizione polare in questa fase è fra il senso del nulla e il senso del valore, se l'anziano non accetta la fase che sta attraversando è probabile che si aggrappi allo stadio di vita precedente percependosi ancora come giovane, oppure pretendendo di stare sempre al centro dell'attenzione per dimostrare di avere ancora un valore, se accoglie la prospettiva del fine vita sviluppa la virtù della saggezza, che gli consente di comportarsi in maniera nobile e volgere uno sguardo al suo intero percorso di vita dando un senso a ciò che ha vissuto.

Anche Albertina Necker de Saussure (1938) parlò di educazione e vecchiaia, delineando una pedagogia del corso di vita della donna. Essa auspica ad un'educazione progressiva e premeditata, che riguarda l'azione di perfezionamento compiuta dagli uomini, dalla nascita fino alla morte. Per far sì che ciò avvenga bisogna considerare presupposti differenti:

- tutta la vita è educazione con esperienze differenti che si possono progettare e altre che non si possono governare, ma che possiamo coscientizzare a posteriori;
- tutte le età della vita hanno un valore dal punto di vista educativo;
- ci si educa per tutta la vita;
- l'educazione, intesa come percorso, va pensata e coscientizzata intenzionalmente; l'educazione non è casuale;
- l'educazione, intesa come sviluppo, riguarda la persona nella sua integrità.

Necker de Saussure (1938), soffermandosi sull'educazione alla vecchiaia, in particolare su quella della donna, offre una serie di consigli per affrontarla al meglio: esercitare la

---

<sup>4</sup> Costituite da elementi che si richiamano a vicenda. Quando uno dei due elementi raggiunge il suo massimo l'altro non si annulla mai completamente. Un esempio di opposti polari sono le antinomie pedagogiche.

memoria, coltivare sentimenti positivi, impegnarsi nei rapporti intergenerazionali (Gasperi, 2011).

#### **1.4 Educazione “alla” e “nella” vecchiaia**

Alcuni aspetti ricorrenti negli autori che hanno trattato di educazione “alla” e “nella” vecchiaia sono la necessità, per prima cosa, di promuovere a livello sociale e culturale un’immagine degli anziani come persone che custodiscono progettualità e risorse, e non solo come soggetti bisognosi di cure e assistenza.

È auspicabile che l’educazione alla vecchiaia incominci nelle età precedenti, e che venga vista come un processo di perfezionamento personale, che non si realizza mai in maniera definitiva, perché raggiungere un traguardo apre le porte ad ulteriori traguardi.

Un altro aspetto fondamentale è l’accettazione della vecchiaia, accettando la vecchiaia l’anziano comunque dovrà far fronte a delle sfide inevitabili: decadimento fisico, al venir meno del ruolo produttivo all’interno della società, alla perdita delle persone care, al complicarsi dei rapporti intergenerazionali.

L’educazione però, può far fronte a questo facendo leva su risorse che aiutino l’anziano ad affrontare tutto ciò: l’attitudine alla riflessione, il bagaglio di testimonianze, la capacità di guida e il potenziale di solidarietà (Gasperi, 2011).

## CAPITOLO II: INVECCHIARE CON SUCCESSO

Per vivere a lungo e invecchiare con successo, è necessario prendere in considerazione le varie influenze che giocano un ruolo importante per quanto riguarda lo sviluppo individuale e di conseguenza anche per l'invecchiamento:

- quelle date dalla vecchiaia, come la maturazione biologica e fisica;
- quelle dovute agli eventi storici, che riguardano gruppi generazionali appartenenti a una cultura e ad un momento storico determinante;
- quelle dette non normative, che non coinvolgono tutti gli individui, ma solo alcuni attraverso le personali vicende biografiche che li caratterizzano.

Baltes (1980), psicologo tedesco, definisce ed espone tre componenti fondamentali che influiscono in maniera preponderante nella crescita:

- la selezione: consiste nella scelta dell'individuo di definire gli obiettivi in modo da raggiungere un alto livello di funzionamento, entro i limiti stabiliti dalle risorse ambientali e biologiche disponibili;
- l'ottimizzazione: quando si riscontra un impiego ottimale delle risorse personali e sociali con il fine di raggiungere obiettivi preposti;
- la compensazione: sviluppare delle strategie in grado di far fronte alle mancanze utilizzando le risorse residue personali, affettive, cognitive e sociali (De Beni & Borella, 2015).

### 2.1 Definire e percepire il benessere

Il benessere, in linea generale può essere inteso come l'autorealizzazione delle proprie potenzialità a qualsiasi età.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla qualità della vita anche in età avanzata, negli ultimi anni il campo d'interesse si è allargato.

Per capire meglio cosa si intende per benessere, ci viene in aiuto la psicologia positiva<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Con questo termine facciamo riferimento ad una prospettiva teorica ed applicativa, che si occupa dello studio del benessere soggettivo. Cfr. <https://www.psicologiapositiva.it/>.

Lo studio del benessere, che è la prerogativa di base della psicologia positiva, viene supportato attraverso l'utilizzo di indici quali assenza d'ansia, assenza di sintomi depressivi, assenza di malattia mentale o di solitudine.

La psicologia positiva si pone come obiettivo quello di individuare le forze e le virtù di ogni individuo, attraverso la promozione di risorse e potenzialità.

Essa, partendo da una concezione di benessere come costrutto multidimensionale, ha sviluppato le sue attività partendo da due prospettive di base. La prima viene definita edonica, comprende studi rivolti ad analizzare il benessere inteso come piacere personale e legato a sensazioni positive: reddito, salute, ambiente, emozioni positive, gratificazione personale. La seconda, viene definita eudaimonica, comprende l'analisi dei fattori che contribuiscono allo sviluppo e alla realizzazione delle potenzialità individuali e al benessere psicologico: scopi di vita, ottimismo, strategie di coping, resilienza, competenze emotive, virtù, soddisfazione personale.

All'interno della psicologia positiva gli indici di benessere oggetti, come il reddito, la salute reale e il livello sociale, vengono differenziati dagli indici di benessere soggettivi, come le opinioni e le valutazioni espresse dagli individui stessi su di sé, sulla propria vita e ai propri obiettivi. Questo approccio è maggiormente rappresentato dal modello di Ryff (1989), psicologa americana, che descrive e delinea il benessere psicologico attraverso alcune dimensioni:

- l'autoaccettazione che consiste nel riconoscere e accettare le proprie qualità sia positive che negative;
- la crescita personale che consiste nel vedere la propria persona in continuo sviluppo, avere apertura nei confronti delle esperienze, sentire di realizzare le proprie potenzialità;
- allacciare relazioni positive con gli altri individui, caratterizzate da fiducia reciproca;
- l'autonomia, l'autodeterminazione e l'indipendenza, ovvero la capacità di resistere alle pressioni sociali, di valutare sé stessi mediante standard personali.
- Il dominio sull'ambiente, inteso come senso di padronanza e competenza nel gestire l'ambiente.
- Lo scopo della vita, avere un senso di direzionalità, la sensazione che la propria vita sia passata che presente abbia acquisito un significato.

Negli anziani, la percezione del benessere può mantenersi e/o aumentare durante il corso del processo di invecchiamento, riportando alti livelli di benessere percepito, nonostante la presenza di un declino che appare evidente a livello di funzionalità fisica e cognitiva.

È interessante evidenziare come sia presente un paradosso, definito in letteratura come il paradosso del benessere nell'invecchiamento, ovvero la percezione del benessere da parte dell'anziano che si ritiene soddisfatto della sua vita, nonostante le difficoltà date dall'età. Possiamo spiegare questo paradosso riferendoci a differenti fattori psicologici: maggior senso di controllo, maggior creatività e maggiore capacità di adattamento ai cambiamenti che caratterizzano l'invecchiamento. Con l'avanzare dell'età si passa dall'utilizzo di strategie di coping<sup>6</sup>, usate per la risoluzione dei problemi, a strategie focalizzate maggiormente sulle emozioni, che ci permettono di acquisire maggiori capacità di gestione delle stesse, preferendo emozioni positive ed evitando situazioni conflittuali (De Beni & Borella, 2015).

## **2.2 Benessere e strutture residenziali**

È necessario, a questo punto, parlare di benessere e qualità della vita nelle strutture residenziali, in quanto il progetto che si andrà a presentare successivamente è stato realizzato all'interno di una di esse, in cui ho svolto il mio percorso di tirocinio.

In una visione di ampio respiro, il benessere dell'anziano in una struttura residenziale è certamente conseguente all'adattamento e ai vari fattori che ne permettono la misurazione: la soddisfazione personale, il senso di autonomia e autoefficacia, la soddisfazione nella dimensione degli affetti e delle relazioni e lo scopo di vita.

Sono stati individuati dei predittori di un buon adattamento per quanto riguarda le strutture residenziali riguardanti:

- la soddisfazione residenziale, nei suoi aspetti fisici e sociali;
- il senso di autonomia;
- il supporto ambientale;
- la percezione del proprio stato di salute.

---

<sup>6</sup> Strategie adattive, ovvero costruttive che cercano di ridurre lo stress.

Per quanto riguarda la residenza, intesa come struttura fisica, è importante per l'ospite individuare e delineare degli spazi di privacy e semiprivacy, che hanno la funzione di autoprotezione e di rendere possibile un'intimità personale.

Un altro aspetto rilevante è sicuramente la possibilità data all'ospite di personalizzare la camera, favorendo così il mantenimento e l'integrità della sua identità personale. Dare l'opportunità di tenere con sé oggetti della propria residenza e poter conservare abitudini, ha un'importante funzione nel mantenimento del concetto di sé.

Fa parte della valutazione degli aspetti fisici anche il giudizio estetico dell'edificio e dell'eventuale giardino, e perfino la valutazione dell'immagine sociale dell'istituto, basata in generale sulle informazioni acquisite precedentemente.

La soddisfazione residenziale è anche determinata da fattori sociali, ovvero dalle relazioni con gli altri residenti e con il personale, basate certamente sul bisogno di aiuto, ma anche sui legami affettivi che si instaurano.

Fondamentale è il mantenimento delle relazioni sociali esterne preesistenti, che acquisiscono un ruolo preponderante nel mantenimento dell'identità personale.

Inoltre, l'essere coinvolti nelle decisioni sugli interventi terapeutici e su tutti i cambiamenti rilevanti per la routine quotidiana, fanno parte di questi elementi sociali di soddisfazione.

Anche il senso di autonomia può essere ostacolato o favorito dall'ambiente della struttura residenziale nelle sue componenti di senso di controllo e di autoefficacia.

Si può favorire il senso di controllo qualora il trasferimento sia stato previsto, valutato e deciso con la partecipazione dell'anziano. Anche la possibilità di decidere almeno in parte gli orari e che attività svolgere, esclusi gli orari dei pasti e del ciclo veglia-sonno che per necessità organizzativi della struttura sono rigidi, può rafforzare il senso di controllo e di conseguenza l'autostima dell'individuo.

Infine, la possibilità data all'anziano di rendersi utile, con attività di supporto agli altri residenti o al personale, rafforza il suo senso di autoefficacia, contrastando il sentimento di depressione per la riduzione delle proprie competenze.

Un altro aspetto su cui riflettere, per garantire il più possibile il benessere dell'anziano, è quello della quantità di supporto da offrire in relazione al suo bisogno di autonomia in quanto, per motivi organizzativi della struttura, costa meno risorse accudire un anziano

anche oltre le sue esigenze, piuttosto che lasciarlo libero di esercitare le sue abilità residue nei compiti quotidiani: pratiche igieniche, alimentazione, riordino della sua stanza, deambulazione senza aiuti. Ma appare evidente come un supporto ambientale troppo alto è altrettanto invalidante e inadeguato rispetto ad uno troppo basso.

Bisogna specificare però come alcuni aspetti ambientali di facilitazione hanno certamente un effetto positivo sulla mobilità e sull'esercizio di capacità autonome dell'anziano.

Riferendoci ad un discorso più generale, un ambiente è percepito come di supporto quando, attraverso le sue caratteristiche fisiche e la disposizione degli oggetti al suo interno, favorisce l'apprendimento dei percorsi di memoria topologica, che sono alla base dell'abilità di saper trovare la strada: ossia avere a disposizione un ambiente leggibile, in cui i vari usi degli spazi e degli oggetti possono essere dedotti con facilità ad una prima ricognizione visiva. Spesso però le strutture residenziali sono caratterizzate da corridoi molto simili tra loro nei reparti, porte tutte uguali e da una generale uniformità di disegno progettuale e per i residenti perdere la strada è un'esperienza abbastanza comune, con quello che comporta nei termini di autostima e autoefficacia.

Infine, un altro fattore che influisce sul buon adattamento ambientale è lo stato di salute autopercipito che, come è noto, non corrisponde per forza allo stato di salute reale, ma ha una sua importanza specifica nel determinare l'autonomia e il livello di attività mentale e sociale del soggetto (Baroni, 2010).



### **CAPITOLO III: DEMENZA E CURA DELLA PERSONA**

Da molti anni la diffusione della demenza è aumentata in maniera lenta ma costante, ed è molto probabile che ciò sia destinato a continuare.

Questa patologia è frutto della società industrializzata, dove negli ultimi cento anni la popolazione ha subito profondi cambiamenti, ad esempio un numero sempre maggiore di persone giunge ad un'età avanzata. Viene così a delinearsi un quadro problematico, dove la presenza della patologia causerà effetti sempre più profondi e durevoli sull'intero modello della nostra vita sociale, economica e politica.

A questo punto, la domanda che sorge spontanea è: come si può comprendere questa patologia e sviluppare così una risposta appropriata?

Oggi, a causa del sopravvento del modello medico, quello che Tom Kitwood (1997) definisce Paradigma Standard, la demenza viene concepita perlopiù come un disturbo mentale organico.

Dopo le grandi ricerche neuropatologiche degli anni Sessanta, l'evidenza dell'organicità della patologia fu così chiara che si cercò una maniera tecnica di risolvere il problema: descrivere i processi patologici e poi trovare i vari modi per bloccarli o prevenirli.

Bisogna evidenziare come il Paradigma Standard presenta molti problemi, a fronte anche del quadro che abbiamo oggi del sistema nervoso, molto più complesso rispetto a quello su cui si basava tale paradigma. Oggi il cervello viene riconosciuto come un organo che ha la continua capacità di adattarsi a livello strutturale; l'insieme dei suoi collegamenti è dinamico, si modifica lentamente a seconda delle richieste provenienti dall'ambiente.

Appare evidente che le vecchie prospettive sul processo della demenza, negative e deterministiche erano sbagliate, così Tom Kitwood (2015) struttura un nuovo paradigma dove la persona viene prima. Egli offre anche le motivazioni per un approccio all'assistenza che presta molta più attenzione agli aspetti umani rispetto alle soluzioni mediche.

Un aspetto interessante da sottolineare è come molte persone siano riuscite a adottare un approccio simile a quello di Kitwood (2015) e come stia emergendo una nuova cultura dell'assistenza alle persone con demenza.

### **3.1 La memoria e il suo deterioramento**

Possiamo considerare la memoria una delle funzioni più importanti della nostra mente ed è quella che contribuisce maggiormente a dare un senso alla nostra vita. Essa è come un filo che collega tutte le nostre azioni, emozioni, sensazioni e sentimenti. Riesce a dare un senso a ciò che ci circonda tramite il recupero di ciò che ci è già accaduto, collegandolo con quello che stiamo vivendo nel presente, definisce noi stessi e il mondo che ci circonda.

La memoria viene immagazzinata in strutture e in reti di neuroni interconnesse e intrecciate l'una con l'altra, che rimangono aperte per tutto il corso della vita, si espandono e si ricombinano con continuità per effetto delle nuove esperienze.

Possiamo definire la memoria come un processo di “ricategorizzazione costruttiva”, come l'effetto di un processo continuo di confronto e aggiornamento fra nuove e vecchie informazioni. I ricordi non sono mai stabili e definiti, ma sono dinamici e caratterizzati da individualità in quanto esperienze e interazioni si mescolano in maniera unica. Le informazioni in arrivo, infatti, si inseriscono all'interno di una trama di ricordi variabili, ciò permette l'aggiornamento dell'esperienza passata, che attraverso questo continuo processo di scambi e rimandi, consente l'emergere di significati che saranno unici e irripetibili per ogni individuo.

Senza la memoria sarebbe tutto un fluire indistinto e inutile di informazioni e avvenimenti, che ci sarebbe impossibile organizzare, catalogare e rendere significativi e di conseguenza sarebbe impossibile sia svolgere le attività quotidiane più comuni sia percepirci come delle entità uniche e irripetibili sia interagire, non riuscendo più a stabilire nessuna distinzione tra persone conosciute o sconosciute.

«Saremmo costantemente prigionieri di una realtà incomprensibile e caotica, indifferenti a ogni stimolo, richiamo, connessione, relazione, incapaci di orientarci, comprendere,

capire, pensare e quindi di amare, gioire, soffrire, ridere e piangere per qualcosa di significativo per noi» (Marino, 2013, p.80).

Questa situazione appena descritta non rappresenta pura invenzione o un incubo, ma una possibile condizione: la demenza (Marino, 2013).

### **3.2 La demenza dal punto di vista clinico**

Demenza è il termine che sta ad indicare il deterioramento delle abilità cognitive fino al punto in cui le abilità funzionali complessive dell'individuo in questione risultano compromesse. È importante sottolineare come la demenza può essere scaturita da svariate cause e che la natura dei sintomi dipende dal tipo di demenza.

Questo tipo di patologia può far perdere il controllo dei propri impulsi, utilizzare linguaggio volgare e sconveniente. La capacità di pensiero astratto si deteriora, si possono manifestare sintomi depressivi, anaffettività, deliri, allucinazioni e deterioramento delle funzioni del linguaggio.

Come già esplicitato in precedenza vi sono vari tipi di demenza, ma i più comuni sono quattro.

1. Malattia di Alzheimer: è la forma su cui vengono condotte più ricerche. Fu descritta per la prima volta nel 1906 dal neurologo tedesco Alois Alzheimer. Provoca un deterioramento irreversibile dei tessuti cerebrali. Il sintomo più comune è la perdita di memoria, difficoltà a concentrarsi e a memorizzare nuovi contenuti e apatia nell'esordio della malattia. Con l'aggravarsi della malattia, circa un terzo delle persone sviluppa un disturbo depressivo conclamato. Successivamente si hanno dei deficit linguistici e una riduzione della abilità visuo-spaziali. Nella malattia di Alzheimer si ha la formazione di un numero di placche<sup>7</sup> e di agglomerati neurofibrillari<sup>8</sup> superiore a quello che ci si potrebbe aspettare in base all'età.

---

<sup>7</sup> Piccoli depositi tondeggianti di proteina beta-amiloide sull'esterno dei neuroni.

<sup>8</sup> Ammassi di filamenti proteici, composti per la maggior parte di proteina tau, che si accumulano negli assoni dei neuroni.

2. Demenza frontotemporale (FTD): è causata dalla perdita di neuroni nelle regioni frontali e temporali del cervello. Questo tipo di malattia progredisce rapidamente e fa il suo esordio attorno ai sessant'anni.

A differenza dell'Alzheimer, in questo tipo di demenza non ci sono gravi deficit di memoria. Può colpire, di solito almeno tre: riguardanti l'empatia, le funzioni esecutive, la capacità di inibire il comportamento, iperoralità e apatia.

In generale si presenta una compromissione dei rapporti sociali.

3. Demenza vascolare: viene diagnosticata quando è la conseguenza di una malattia cerebrovascolare. Il caso più comune è quando la persona è stata colpita da ictus. Circa il 7% delle persone sviluppa la demenza nell'anno successivo a un primo ictus, e il rischio di demenza aumenta con il ripetersi degli ictus. L'ictus e le patologie cardiovascolari possono colpire regioni differenti del cervello, di conseguenza i sintomi della demenza vascolare possono variare notevolmente.

4. Demenza a corpi di Lewy (DBL): è caratterizzata dalla presenza di depositi anomali, detti corpi di Lewy, che si trovano in tutto il cervello e sono la causa del declino cognitivo. Questo tipo di demenza può essere suddivisa in due sottotipi, a seconda che si verifichi o meno nel contesto del morbo di Parkinson; infatti, circa l'80% delle persone affette da questo morbo sviluppa DBL.

Questo tipo di demenza ha dei sintomi poco distinguibili rispetto a quelli della malattia di Alzheimer o da quelli del morbo di Parkinson.

Chi è colpito da DBL è più probabile che sviluppi allucinazioni visive e sintomi cognitivi fluttuanti. Un altro sintomo distintivo è dato dall'intensa attività onirica, accompagnata da movimenti e vocalizzazioni.

Ad oggi, nonostante ricerche approfondite condotte in quest'area, non esiste una cura per la demenza. Tuttavia, si può ritardare lo sviluppo della demenza con conseguente miglioramento della qualità di vita delle persone malate e dei loro familiari, attraverso

l'utilizzo di farmaci. Sono stati sviluppati anche trattamenti psicologici e approcci basati sugli stili di vita (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2017).<sup>9</sup>

### **3.3 La persona al centro della cura: il modello di Tom Kitwood**

Possiamo considerare Tom Kitwood una figura di riferimento nello sviluppo del pensiero su che cosa sia la demenza, sull'esperienza vissuta da chi ne soffre e sull'assistenza centrata sulla persona.

Il lavoro compiuto da Kitwood (2015) ha modificato il modo in cui oggi percepiamo la demenza e il tipo di servizi erogati a sostegno di questa patologia attraverso lo sviluppo di ipotesi teoriche e operative che hanno messo in discussione l'ottica medica prevalente a quel tempo, caratterizzata dalla convinzione che per la demenza nelle sue varie forme e manifestazione non vi fosse nulla da fare. Egli non afferma che la ricerca medica e le cure sanitarie non servano e vadano abbandonate, ma non sono tutto, costituiscono solo una parte di ciò che si può fare per le persone con questa patologia e che è controproducente pensare che ogni miglioramento provenga da lì.

L'interesse per la demenza da parte dell'autore prende avvio negli anni '80 del Novecento, quando gli viene affidata la supervisione scientifica di uno psichiatra e di uno psicologo clinico che si stavano occupando di tale ambito.

Poco dopo gli viene commissionato, da parte dell'assessorato alla sanità di Bradford, una ricerca valutativa<sup>10</sup> sulla qualità dell'assistenza fornita in un centro diurno, per persone con demenza.

Da qui la demenza diventa il centro del suo lavoro tanto da sviluppare una delle sue più conosciute e utilizzate innovazioni: Dementia Care Mapping. Si tratta di uno strumento di valutazione e osservazione del benessere delle persone con demenza e della qualità dell'assistenza fornita nei servizi residenziali.

---

<sup>9</sup> Per approfondimenti riguardanti la farmacoterapia e i trattamenti psicologici e quelli basati sullo stile di vita cfr. Kring, Johnson, Davison & Neale. (2017) pp.443-445.

<sup>10</sup> Tipo di ricerca quantitativo basato sull'osservazione. L'intento è quello di valutare, assegnare un valore quantitativo all'oggetto di ricerca, assegnare un giudizio valutativo sulla base del quale muovere un intervento di miglioramento.

L'autore parte dall'idea che la demenza si manifesta e assume differenti configurazioni in funzione dell'interazione tra danno neurologico e qualità delle relazioni interpersonali.

Egli afferma, sotto forma di ipotesi, che relazioni supportive e rispettose possano rallentare il decadimento neurologico, consentire una buona qualità della vita e in alcuni casi anche ad un ipotetico piccolo recupero.

Nel 1997, Kitwood (2015) elabora un modello di approccio psicosociale: Person-Centred Care (PCC).

Il suo approccio riconosce la persona come soggetto unico, pone l'attenzione sulla validità della sua esperienza e della realtà dei suoi sentimenti e cerca di scoprire il significato di comportamenti che potrebbero sembrare irrazionali e problematici. Per questo è necessario prestare attenzione alla biografia delle persone con demenza, alla loro storia sociale ed emozionale e ai modi in cui le nostre interazioni con l'individuo possono aumentare il benessere o il malessere della persona stessa.

È necessario inoltre impostare la cura partendo dalla storia personale di vita del singolo, permetterle di compiere delle scelte e focalizzarsi sulle abilità residue e non considerare solo le capacità compromesse.

Gli aspetti chiave di questo approccio sono riassunti nel modello VIPS, dove l'acronimo si riferisce alle seguenti variabili:

1. Valorizzare: affermare il valore assoluto della persona con demenza e chi si prende cura di lei.
2. Individui: trattare le persone con demenza come uniche.
3. Prospettiva della persona con demenza: essere capaci di riconoscere che ogni esperienza personale ha una validità psicologica e che l'empatia rispetto a tale prospettiva ha un potenziale terapeutico.
4. Ambiente sociale: deve essere positivo per le persone con demenza, che sia in grado di compensare i deficit, offra opportunità di crescita personale e dove si possa sperimentare il benessere.

Inoltre, insieme al gruppo di Bradford, individuano un insieme di bisogni fondamentali. Essi affermano che il bisogno di amore è onnicomprensivo nelle persone con questa

patologia. Con bisogno di amore intendono un'accettazione incondizionata intrisa di generosità, senza che ci si aspetti una ricompensa diretta.

Oltre al bisogno d'amore, individuarono altri cinque bisogni, che convergono in esso e che sono presenti in tutti gli esseri umani ma risultano più marcati nelle persone con demenza.

1. Il conforto: come la capacità di stare vicino ad un'altra persona con l'affetto, la sicurezza e la tenerezza. Chi soffre di demenza ha bisogno di conforto continuo, in quanto sta attraversando un momento difficile sia legato all'età che alla perdita delle proprie abilità e funzioni.

Essere vicino in maniera sincera a queste persone li aiuta a rilassarsi, a sentirsi più fiduciosi, meno impauriti e a promuovere il loro benessere.

2. L'identità: è il senso di continuità tra la persona che si è stati e quella che si è adesso. Permette alle persone che ricevono la cura di essere sé stesse in maniera libera. È importante approcciarsi con maturità e rispetto, evitare di classificare la persona in base alle sue caratteristiche e sostenere l'autostima dando importanza ad ogni iniziativa intrapresa.

3. L'attaccamento: è una necessità dell'uomo, più evidente in momenti di vita incerti come nella demenza. Un buon ambiente di cura dovrebbe garantire l'appagamento del bisogno di contatto, di rassicurazione e vicinanza.

È importante inoltre dare un riscontro alla persona con demenza, significa fare il possibile per comprendere un dato comportamento attraverso una giustificazione ragionevole.

Prendersi cura in maniera genuina attraverso un sostegno autentico, promuovere una piena accettazione del loro modo di vedere le cose e accettare la loro verità soggettiva e la realtà delle loro emozioni, mettendo volontariamente in secondo piano la componente cognitiva.

4. L'occupazione: è un bisogno che accomuna tutti gli uomini e permette di sviluppare la percezione di essere capaci e impegnati in qualcosa. Questa necessità è presente anche nelle persone fragili.

È importante soddisfare questo bisogno personalizzando le attività e adattandole alle capacità della persona.

Inoltre, è fondamentale permettere l'implementazione di azioni che permettano alla persona di sperimentare sé stessa e di renderla ancora fiduciosa delle sue capacità, darle possibilità di scelta e fornirle informazioni chiare sul tipo di azione che si andrà a svolgere per restituire dignità e rispetto a chi riceve la cura.

5. L'inclusione: è il bisogno di sentirsi parte di un gruppo, questo bisogno però nella demenza è difficilmente appagabile. Per prima cosa è importante mantenere un atteggiamento aperto, senza pregiudizi ma andando incontro alla persona in maniera autentica. Includere la persona e non ignorarla in quanto la porterebbe a sperimentare una condizione frustrante e dolorosa, in modo tale che si senta accettata in ogni momento, senza focalizzarci sulle sue abilità.

Un altro aspetto importante è la creazione di un ambiente di divertimento condiviso, che è anche un buon modo per diminuire la distanza fra chi si prende cura e chi la riceve.

In conclusione, bisogna tenere a mente che le persone con demenza provano sentimenti, emozioni ed esprimono dei bisogni come tutti gli esseri umani. La differenza sta nel fatto che per raggiungere queste esigenze hanno bisogno di aiuto, non sono autonomi.

È importante considerare anche il fatto che queste persone hanno la capacità di apprendere nuove tracce emotive, ciò significa che hanno la capacità di associare sia emozioni positive sia negative a determinati stimoli (Aricò, Toigo & Bassan, 2017).

### **3.4 Nuclei specializzati per la demenza**

Le persone affette da demenza, se vengono assegnate a nuclei specializzati, hanno un miglioramento per quanto riguarda la qualità della vita. È dimostrato che il ricovero è in grado di:

- rallentare la perdita delle funzioni;
- ridurre l'intensità e la frequenza di disturbi comportamentali senza o con uso limitato di contenzioni fisiche e farmaci;
- prevenire complicanza (delirium, cadute, malnutrizione, sindrome da immobilità);

- può migliorare la qualità della vita non solo del paziente ma anche dei familiari e del personale che lo assiste.

Altro aspetto essenziale sono gli elementi centrali su cui si deve fondare un nucleo specializzato nelle demenze, essenzialmente sono quattro:

1. il personale deve essere in numero adeguato in proporzione con i pazienti ricoverati, deve essere formato in maniera specifica e avere adeguate capacità psicologiche per gestire i pazienti,
2. predisposizione di un ambiente adatto alle necessità dei pazienti, sia nella dimensione architettonica che nell'organizzazione di ausili e spazi;
3. le attività devono essere adattate alla specificità della persona;
4. coinvolgimento dei familiari sia per informazioni sulla storia clinica del paziente, sulle abitudini precedenti e sulla maniera più efficace per comunicare, che sia anche parte attiva e di supporto alle attività di gruppo e assistenziali.



## CAPITOLO IV ARTETERAPIA E DEMENZA

La creatività e la fantasia dell'uomo si è sempre manifestata attraverso l'arte. Il suo potere è quello di trasmettere emozioni all'osservatore, senza che il tempo trascorso tra la realizzazione e la fruizione sia influente nella reazione di colui che osserva.

Possiamo definire l'arte come un linguaggio universale che ha permesso la comunicazione di popoli distanti nello spazio e nel tempo. Molti studiosi si sono interrogati riguardo la nostra indole di apprezzamento dell'arte, della creatività e del bello se possa essere un fattore di tipo neurologico che accomuna gli esseri umani.

Semir Zeki (2004) ha sostenuto l'avvio di un nuovo tipo di ricerca neuroscientifica chiamato "Neuroestetica" da cui discende che: le arti visive possono essere considerate uno strumento per studiare i processi neurologici, tramite i quali il cervello umano esplicita le sue capacità percettive, che vengono applicate in egual maniera sia all'arte visiva che alla realtà. Attraverso ciò si possono scoprire i meccanismi di cui si serve il nostro cervello per l'esplorazione e la conoscenza del mondo.

Come sottolinea il neurologo Diego Centonze, ricercatore e docente universitario, è un'esperienza clinica comune che soggetti che hanno subito un danno a carico del sistema nervoso centrale o periferico hanno una ripresa funzionale che può essere facilitata da una terapia riabilitativa appropriata. Negli ultimi anni ci sono sempre più evidenze a sostenere l'idea che la terapia riabilitativa e trattamenti psicoterapeutici specifici, comprese anche le Artiterapie, favoriscano il recupero funzionale di pazienti con malattie neurologiche e psichiatriche, operano tramite la facilitazione dei fenomeni di plasticità neuronale<sup>11</sup> messi in atto dal sistema nervoso centrale in seguito ad un danno nervoso centrale o periferico (Marino, 2013).

---

<sup>11</sup> Capacità del sistema nervoso di modificare i propri circuiti sia da un punto di vista funzionale sia strutturale, con il fine di apprendere informazioni sull'ambiente o di riparazione in caso di danni cerebrali.

#### 4.1 Definizione e uso dell'Arteterapia

L'Arteterapia può essere definita come una protesi cognitiva<sup>12</sup> in quanto è a tutti gli effetti una tecnologia della comunicazione basata sulle arti figurative, ovvero un'estensione del nostro corpo-mente. Non è errato definirla tale perché si tratta di una modifica profonda di tipo qualitativo della percezione, non si tratta solo di un'amplificazione quantitativa di un'azione o di un gesto. Per capire meglio, possiamo anche definire anche un libro come protesi cognitiva, in quanto cinquecento anni fa ha sovvertito il sistema di trasmissione delle conoscenze che era fondato sull'oralità, consentendoci di estendere la nostra memoria.

Si iniziò ad utilizzare l'Arteterapia per la prima volta nel secondo dopoguerra, con lo scopo di aiutare i sopravvissuti a superare i traumi vissuti, si diffuse soprattutto in USA e Gran Bretagna tra medici e psicoterapeuti. Essi considerarono il medium artistico come un farmaco potenziale per la terapia di sostegno agli individui in stati di sofferenza psicologica.

È noto come durante l'invecchiamento si possono verificare delle situazioni (pensionamento, vedovanza, diradarsi della rete sociale, pensiero della morte, malattia, istituzionalizzazione) che possono portare l'anziano ad avere reazioni che spesso si traducono in disturbo d'ansia, disturbi del tono dell'umore, disturbi del sistema nervoso centrale, disturbi psicotici o comportamenti oppositivi.

L'Arteterapia è uno degli strumenti più avvalorati dalla ricerca per quanto riguarda la riabilitazione cognitivo-comportamentale e quella emotivo-affettiva. Il suo impatto sugli individui che soffrono di disturbi cognitivi come demenza e ictus ha dimostrato risultati positivi e misurabili. Ad evidenza di ciò, lo psicologo clinico statunitense Dr. R. Rhea (2010) ha rilevato che l'Arteterapia, insieme alla psicoterapia e i farmaci, ha ridotto i sintomi depressivi e/o ansiosi e la perdita di memoria nei pazienti con demenza lieve o moderata.

Se consideriamo l'Arteterapia come processo cognitivo, il suo obiettivo è quello di rallentare l'aggravarsi della limitazione delle funzioni e consentire un recupero, anche

---

<sup>12</sup> Protesi neurali che hanno come scopo l'integrazione o la sostituzione del funzionamento del cervello in attività cognitive, come la memorizzazione o il recupero di ricordi o altre funzioni della memoria umana.

parziale, delle funzioni compromesse attraverso l'acquisizione di nuove competenze o tramite la ripresa delle proprie capacità per mezzo di interventi o strumenti sostitutivi.

Detto ciò, si può ipotizzare l'Arteterapia come processo cognitivo perché mette in correlazione processi neuro-biologici e processi cognitivi: promuove la sicurezza, dà un contributo nell'alleviare il disagio nei pazienti, contiene la paura, riduce il senso di frustrazione grazie alla confidenza che l'individuo riesce a stabilire con lo spazio e le persone che gli stanno intorno, spazio che viene definito come setting arteterapeutico.

Si tratta di uno spazio che ha le seguenti caratteristiche: lo stesso luogo, medesimo orario e stesso giorno della settimana, una buona illuminazione, deve permettere il movimento, l'accessibilità e disponibilità di materiali.

In conclusione, possiamo considerare l'Arteterapia un canale privilegiato nella relazione perché utilizza il linguaggio dei simboli e non solo quello verbale. Si riesce a parlare più facilmente di un prodotto artistico, rispetto a parlare di sé. Possiamo affermare che l'espressione artistica svolge un ruolo di protezione e contenimento, e aggirando i meccanismi di difesa ma contemporaneamente rispettandoli, favorisce maggiore autoconsapevolezza e libertà di espressione di sé (Marino, 2013).

## **4.2 IPAB Residenza per anziani Giuseppe Francescon**

L'IPAB Residenza per anziani Giuseppe Francescon è il luogo dove ho svolto il mio percorso di tirocinio e dove ha preso vita il progetto di Arteterapia "A regola d'arte" a cui ho collaborato.

La residenza è situata nel centro di Portogruaro, in provincia di Venezia.

È organizzata in tre padiglioni principali che a loro volta sono divisi in nuclei, i quali prendono il nome dagli alberi presenti nel parco: Magnolia, Quercia, Betulla, Melograno, Acero e Ciliegio. L'ulteriore suddivisione in nuclei serve a garantire l'efficacia dell'organizzazione assistenziale e favorire la relazione fra gli ospiti.

Le camere di ogni ospite, che possono essere singole o doppie, sono accoglienti e possono essere arredate in maniera personale per renderle più famigliari.

Ogni padiglione è dotato di spazi comuni che sono messi a disposizione degli ospiti e dei famigliari, funzionali al mantenimento della relazione con l'altro, alla condivisione e

allo svolgere della vita comunitaria.

Sempre all'interno di essi sono situati ambulatori medici, spogliatoi e locali adibiti al servizio del personale.

La struttura propone differenti servizi ed interventi educativi e formativi:

- l'accoglienza dell'anziano e l'introduzione nel nuovo mondo, fatto di ritmi e regole differenti ma anche di nuove opportunità;
- la stimolazione cognitiva e delle abilità manuali e sensoriali attraverso attività laboratoriali e ricreative (Pet Therapy, giardinaggio, giochi, lettura ad alta voce);
- attività finalizzate al contenimento e convivenza con disturbi comportamentali;
- promozione del lavoro in equipe;
- organizzazione del servizio socio-educativo;
- cura delle relazioni interpersonali;
- interventi individualizzati.

La cultura educativa presentata dai professionisti che operano all'interno della struttura, pone l'accento sull'integrazione dell'anziano con gli altri residenti, mettendo in atto attività di gruppo incentrate sulla cooperazione (giardinaggio e vari laboratori manuali) e sulla socializzazione (giochi da tavolo, cineforum, lettura rievocativa) ma, si focalizza anche sulle esigenze del singolo attraverso la realizzazione un progetto educativo che preveda degli interventi individualizzati atti a concentrarsi e valorizzare la persona (cura del sé, passeggiate in giardino, colloqui di reminiscenza, visite con i famigliari).

La struttura ha al suo interno un'ala dedicata principalmente ai residenti con demenza e mette in atto servizi educativi specifici per questa patologia:

- Pet Therapy: attraverso il prendersi cura e il gioco, l'animale può rappresentare un rinforzo del legame affettivo e una stimolazione alla relazione interpersonali, migliora l'umore e riempie i vuoti;
- Doll Therapy: vengono usate delle bambole sia a livello preventivo che di cura. La bambola riveste gradualmente di un significato simbolico che aiuterà a migliorare il benessere della persona con demenza, ma anche con patologie psichiatriche caratterizzate da disturbi del comportamento;
- stanza multisensoriale: si tratta di una stanza ricca di stimoli visivi, tattili, uditivi che vengono opportunamente calibrati a seconda dei casi, che possono riattivare la persona dal punto di vista cognitivo e funzionale contrastando l'isolamento e

l'apatia ma anche favorire benessere e relax nei casi di disturbi del comportamento che prevedono ansia, agitazione ed elevata attività motoria.

- Arteterapia: introdotta recentemente all'interno della struttura tramite il progetto "A regola d'arte".



## CAPITOLO V: “A REGOLA D’ARTE”

Il progetto “A regola d’arte” è nato dalla collaborazione tra il servizio educativo e quello psicologico della Residenza per anziani Giuseppe Francescon di Portogruaro (VE). In questa struttura ho svolto il mio percorso di tirocinio e il mio Tutor mi ha introdotto al progetto per collaborare e portarlo a termine nei migliori dei modi.

Gli obiettivi generali che ci siamo prefissati di raggiungere consistono nel mettere in contatto le persone, in condizione di residenzialità definitiva, con la loro vita e la comunità, attraverso l’arte.

Partendo dall’analisi dei bisogni, tale progetto nasce a seguito di una riflessione sul modello della Cura Centrata sulla Persona di Kitwood (1996) che pone attenzione, non solo ai deficit caratteristici della malattia, ma soprattutto all’identità della persona e alla sua storia di vita, al dare ascolto anche al non espresso, all’affettività e alla partecipazione condivisa per incrementare autostima e senso di efficacia.

Scegliere di utilizzare arte e creatività come strumento riabilitativo, permette alle persone istituzionalizzate con demenza di essere inserite in un percorso alternativo al training cognitivo<sup>13</sup>, rispondendo al suo bisogno di normalità. L’arte, infatti, è un aspetto normale della vita, che permette agli anziani di riappropriarsi di una dimensione del fare, che presuppone immaginazione, progettualità, pianificazione, capacità di scelta, incoraggiandoli a concentrarsi sulle proprie potenzialità, creando motivazione e gratificazione.

Poiché le persone con demenza tendono ad esprimere quello che sentono sul momento, sono essi stessi degli artisti e un pubblico naturale per l’espressione artistica. In questo contesto l’arte diventa una forma di comunicazione alternativa, l’espressione di particolari doti simboliche, astrattive e uno spazio protetto in cui è possibile esprimere emozioni contestualizzate nel qui e ora.

L’arte riesce quindi a coinvolgere il cervello in maniera più profonda di altre attività collegando insieme aree diverse in cui si trovano i ricordi e le capacità.

Inoltre, si è scelto di approfondire la conoscenza artistica di Luigi Russolo, personaggio cardine del territorio Portogruarese, è un’opportunità per i residenti di ricevere nozioni

---

<sup>13</sup> Processo di stimolazione cognitiva rivolto a specifiche funzioni cognitive. Esso punta al potenziamento delle abilità cognitive preservate dalla malattia o al miglioramento di quelle deficitarie tramite l’utilizzo di specifici esercizi standardizzati. Questo viene fatto sfruttando la plasticità del cervello.

storiche e artistiche tali da sentirsi maggiormente parte della comunità nella quale la Residenza è inserita.

## **5.1 Attuazione pratica del progetto**

Il progetto nasce dall'obiettivo di introdurre l'arte come forma di terapia all'interno della Residenza. Nello specifico sono stati individuati più obiettivi da raggiungere attraverso le varie fasi:

- facilitare un percorso di rielaborazione personale attraverso l'attività artistica, soffermandosi soprattutto sul tema dell'identità personale e della consapevolezza del sé;
- infondere un senso di gratificazione personale, attraverso il riconoscimento dell'operato di ciascun ospite;
- far emergere le emozioni attraverso l'analisi di opere artistiche;
- rallentare il declino di determinate abilità cognitive;
- stimolare la curiosità;
- stimolare le funzioni cognitive;
- intensificare e consolidare la rete territoriale con cui la residenza collabora, in particolare con l'UTE del Portogruarese;
- creazione di percorsi di inclusività;
- favorire la costruzione cooperativa della conoscenza di un personaggio importante del nostro territorio, cercando di incrementare il senso di appartenenza alla comunità.

La prima fase del progetto, a cui non ho preso parte perché ho iniziato il mio percorso di tirocinio ad ottobre 2022, fu avviata in corrispondenza dell'inizio della prima settimana di settembre 2022. Prevedeva un ciclo di sei lezioni d'arte da un'ora e mezza ciascuna, tramite l'uso di una lavagna Interattiva Multimediale, in collaborazione con l'UTE<sup>14</sup> del Portogruarese, centrato sulla figura di Luigi Russolo, compositore, pittore e inventore italiano, originario di Portogruaro.

---

<sup>14</sup> Università della terza età.

Durante questo ciclo di lezioni sono state presentate varie opere dell'autore e i residenti sono stati invitati a realizzare un "diario d'arte", inteso come un quaderno dove sono state lasciate tracce dei pensieri di ognuno al termine di ogni lezione.

Conclusi i cicli di lezioni, gli educatori hanno analizzato i vari pensieri degli ospiti e hanno cercato quale opera ha suscitato maggiore interesse nei soggetti.

Da tale analisi è emerso che le opere maggiormente riportate nel diario d'arte dei residenti, che hanno preso parte alle lezioni, erano quelle rfiguranti gli alberi, le quali suscitava loro pace, tranquillità e contatto con la natura.

Per attuare la fase successiva, era necessario riprodurre l'opera protagonista del progetto, tramite la tecnica della pittura ad olio, all'interno di dieci rettangoli fatti di telaio rinforzato. Come opera il servizio educativo scelse i "I tre pini", dato che i residenti avevano espresso la loro preferenza per le raffigurazioni con gli alberi. Un volontario che opera all'interno della Residenza si è offerto per dipingere tale opera, così da poter proseguire con il progetto.

La seconda fase fu avviata in corrispondenza dell'inizio della seconda settimana di ottobre 2022, prevedeva un intervento più consistente da parte degli ospiti, dal punto di vista manuale, nella realizzazione del progetto.

Gli ospiti idonei all'attività vennero scelti dalla psicologa, ed erano anziani residenti con diagnosi di demenza, con una valutazione al MMSE<sup>15</sup> > 18.

Il gruppo di lavoro doveva essere composto da un massimo di dieci ospiti, in una sala esclusiva e tranquilla senza intrusioni esterne, uno spazio definito in cui tutto ciò che avviene è dotato di significato e utilizzato per facilitare l'autoconsapevolezza, lo sviluppo emotivo e/o per curare. Anche il tempo doveva essere definito e preciso: due sedute alla settimana con due gruppi differenti, il giovedì mattina dalle 9.30 alle 11.30.

Lo scopo era quello di costruire in maniera condivisa degli oggetti, in modo tale da superare l'isolamento individuale e sviluppare un sentimento di appartenenza.

Per costruire gli oggetti erano necessari i seguenti materiali:

- fogli di feltro colorati;
- graffettatrice;

---

<sup>15</sup> Mini Mental Status Exam è un questionario, composto da domande molto semplici e da piccoli compiti grafici, che consentono di sondare diversi aspetti della funzione cerebrale. Molto diffuso nell'ambito dello screening per la demenza, attraverso il quale si può valutare, con un certo grado di affidabilità, lo stato neuro-cognitivo e funzionale di un paziente.

- pennarelli;
- righello;
- forbici;
- colla a caldo.

Il fine pratico del progetto era utilizzare dei fogli di feltro colorati, tracciare delle righe sopra di essi con l'ausilio di pennarello e righello, tagliarle, unire con la spillatrice due strisce di colore differenti, formare dei piccoli rotolini e attaccarli con la colla a caldo nella chioma degli alberi presenti nel dipinto.

I primi due incontri sono serviti per presentare l'attività ai due gruppi, le modalità di svolgimento del progetto e il materiale che sarebbero andati ad utilizzare per portarlo a termine.

Successivamente si è passati alla vera e propria attività manuale, coordinata da un'educatrice interna della struttura, che si stava specializzando in Arteterapia, e dal mio Tutor di tirocinio che mi forniva indicazioni su come operare.

Il mio compito era quello di affiancare un ospite per volta e fornirgli aiuto solo quando era in difficoltà o non riusciva a svolgere uno dei compiti, perché limitato dal punto di vista fisico o psicologico.

Molti ospiti, attraverso il lavoro manuale o la semplice osservazione erano portati a esporre ricordi passati: è importante farli esprimere liberamente e stimolarli, perché ciò va incontro ad una tendenza usuale degli anziani che è quella di rievocare i ricordi del passato e permette al soggetto di rivivere dei frammenti della propria vita.

I ricordi sono uno spunto fondamentale per stimolare le risorse mnestiche residue e per recuperare esperienze emotive positive, inoltre un ascolto attento e partecipato sembra influenzare l'umore, in senso positivo, della persona che ricorda e migliora l'autostima.

Durante gli incontri veniva messa della musica rilassante di sottofondo che aiutava la concentrazione del soggetto, favorendo un tono dell'umore perlopiù tranquillo e positivo.

Alle 10.30 si faceva una piccola merenda, della durata di dieci minuti per poi riprendere fino alla fine della seduta.



*Figura 1.* Rotoli di feltro colorati.

Completato l'assemblaggio di tutti i rotoli colorati, gli anziani con l'ausilio degli educatori, iniziarono ad attaccare i rotoli sull'opera d'arte, in particolare solo sulla chioma degli alberi raffigurati.

Successivamente i rettangoli di telaio rinforzati sono stati uniti fra di loro per poter appendere l'opera. A febbraio 2022 l'opera è stata premiata ed esposta al carnevale di Ceggia (VE).



*Figura 2. Opera “I tre pini” del progetto “A regola d’arte”.*

## **5.2 La verifica del progetto**

Il primo step per effettuare la fase di verifica fu quello di costruire due rubriche valutative distinte.

La prima analizzava il livello di partecipazione all’attività di ogni singolo ospite.

La seconda è stata costruita al termine delle prime due sedute di laboratorio. Dopo un’osservazione da parte mia, del tutor di tirocinio e della psicologa della struttura, abbiamo messo a punto le dimensioni che emergevano maggiormente e che ci sembrava utile indagare.

La verifica si è articolata in tre fasi distinte alla fine di ogni seduta di Arteterapia.

La prima, svolta in autonomia, consisteva nel segnare attraverso il tablet del servizio educativo le presenze. Veniva segnalato se un ospite era presente o assente, ed eventuale motivazione dell'assenza.

La seconda consisteva nel compilare la prima rubrica di valutazione, che indagava il livello di partecipazione di ogni singolo ospite, in base a quanto la partecipazione durante l'attività era risultata attiva o no e se era stata necessaria stimolazione o no. Il livello di partecipazione di ogni singolo ospite veniva trascritto ogni volta che finiva la seduta e veniva riportato nel tablet di fianco alle presenze.

Tabella 1. Livello partecipazione all'attività

<b>Dimensioni</b>	<b>Criteri</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Livello di partecipazione</b>	<b>Livello di partecipazione</b>	<b>Livello di partecipazione</b>
			Attiva	Attiva con stimolazione	Passiva
Livello di partecipazione	Partecipazione attiva durante l'attività	Riesce a partecipare in maniera attiva senza essere sollecitato	Partecipa attivamente all'attività in modo costante	Partecipa in maniera attiva all'attività solo se stimolato	Non partecipa in maniera attiva all'attività anche se stimolato

L'ultima fase consisteva nel compilare la terza rubrica di valutazione. I risultati emersi hanno funto d'ausilio alla psicologa per la compilazione delle schede di valutazione, nell'analisi e nell'elaborazione delle emozioni emerse e/o suscitate dall'attività, nel confronto con il test CSDD<sup>16</sup>, in quanto una delle dimensioni della rubrica è proprio il tono dell'umore e per confrontarla con altre scale che indagano differenti abilità cognitive.

La prima dimensione che abbiamo scelto di analizzare è stata quella dell'interesse e della motivazione, in quanto ritenuta necessaria per determinare il successo e il proseguimento dell'attività.

Poi abbiamo considerato le abilità manuali, che sono ciò su cui si incentra tutto il progetto e abbiamo deciso di individuare e specificare le più essenziali.

Ci è sembrato utile indagare anche la dimensione dell'attenzione perché, molto spesso i soggetti con demenza dimostrano una soglia attentiva bassa, delle fissazioni e dei pensieri intrusivi che non permettono lo svolgersi delle attività. Lo scopo era quello di capire se con questo specifico laboratorio il livello di attenzione migliorava.

L'ultima dimensione indagata è il tono dell'umore. Spesso la demenza è accompagnata da un tono dell'umore altalenante perlopiù depresso o euforico, volevamo dimostrare che attraverso l'attività il tono dell'umore si stabilizzava e/o migliorava.

Per concludere: abbiamo riscontrato che la maggior parte dei soggetti coinvolti nel progetto erano interessati e motivati in maniera crescente man mano che le lezioni procedevano.

Per quanto riguarda le attività manuali, nessun soggetto ha dimostrato di possedere tutte le abilità manuali necessarie, ma la maggior parte eccelleva su una/due di esse, molto spesso migliorandole nel corso del progetto.

La soglia attentiva veniva mantenuta costante per la prima mezz'ora, e diventava altalenante dopo un'ora, per la maggior parte dei soggetti (per questo è necessaria la pausa). Una minoranza di residenti o manteneva una soglia attentiva sempre costante o non raggiungeva mai una soglia di attenzione tale da permettergli di svolgere il compito.

In fine, il tono dell'umore per la maggior parte dei soggetti migliorava in senso positivo.

---

<sup>16</sup> Scala di Cornell per la depressione in demenza

In molti casi l'attività favoriva l'eloquio, ma molti residenti necessitavano di compensazione per riportare il focus sul compito. Una minoranza manteneva un tono dell'umore altalenante e difficile da compensare.

Tabella 2.

Dimensioni	Criteri	Indicatori	Livello raggiunto	Livello raggiunto	Livello raggiunto
			Pieno	Parziale	Nulla
Interesse e motivazione	Dimostrazione di interesse e motivazione durante l'attività	Mantiene un interesse attivo e partecipazione motivata	Mantiene l'interesse attivo e partecipa in maniera motivata e propositiva durante tutta l'attività	Mantiene parzialmente attivo l'interesse. A volte si focalizza su possibili fonti di distrazione o pensieri intrusivi, partecipa in maniera sufficientemente motivata	Non è interessato all'attività, si perde in pensieri intrusivi, si distrae diventando lui stesso fonte di distrazione per gli altri soggetti. Partecipa in maniera passiva
Abilità manuali	Dimostrazione di specifiche abilità manuali	Riesce ad implementare e a migliorare le abilità manuali	Implementa e dimostra di possedere abilità manuali quali: tagliare, arrotolare, tracciare linee e incollare	Implementa e dimostra in maniera parziale le sue abilità manuali, con lo svolgimento di solo alcune di esse (specificare quali)	Non implementa e non dimostra di possedere abilità manuali. Osserva soltanto
Attenzione	Soglia attentiva dimostrata durante l'attività	Dimostra di essere attento in maniera costante durante l'attività	L'attenzione è mantenuta in maniera costante durante tutto il corso dell'attività, senza bisogno di sollecitarla	L'attenzione è parzialmente costante, spesso c'è bisogno di un sollecito per riportare il focus sull'attività	Non è attento, viene distratto o distrae gli altri. Spesso è assorto nei suoi pensieri che tiene per sé o esplicita

Tono dell'umore	Modificazione del tono dell'umore durante l'attività	Riesce a migliorare o a mantenere un tono dell'umore adeguato	Il tono dell'umore migliora ogni volta che svolge l'attività. Si sente gratificato da ciò che fa e l'attività facilita l'eloquio con le figure professionali presenti	Il tono dell'umore è perlopiù buono, con qualche sbalzo dovuto a pensieri intrusivi o da altri soggetti. Necessità di essere aiutato a porre nuovamente il focus sull'attività per essere compensato, in modo tale da ritrovare l'equilibrio	Il tono dell'umore è altalenante perlopiù depresso o euforico. Difficoltà nella compensazione, impossibilità di ristabilire il focus sull'attività
-----------------	--	---	---	--	--

## CONCLUSIONI

L'obiettivo dell'elaborato è stato quello di collegare il progetto di Arteterapia, a cui ho preso parte durante il percorso di Tirocinio all'interno di una Residenza per Anziani, al concetto di benessere nell'invecchiamento, in particolare mettendo a fuoco il benessere per le persone con varie tipologie di demenza, che sono state il soggetto del progetto.

In generale, ciò che è emerso è l'importanza dell'individualità della persona anziana e della sua esclusività, sia nel mondo che all'interno delle strutture residenziali.

Dare importanza e cercare di preservare la sua autonomia, offrire stimoli ambientali che possano migliorare o rallentare la sua condizione di disagio fisico e/o mentale.

In particolare, nelle persone con demenza è importante istituire un ambiente sicuro e con dei punti di riferimento, strutturare uno spazio architettonico adatto con dei nuclei specializzati per questa patologia, elaborare delle attività che siano esclusive per il singolo e che coinvolgano tutto l'assetto familiare che lo circonda. Ciò può essere garantito da un personale medico, psicologico e educativo formato in maniera adeguata e specifica.

Attraverso l'attuazione del progetto, il primo messo in atto dalla Residenza all'interno di questo ambito, sono riuscita a costruire due rubriche valutative, che verranno utilizzate in progetti futuri come strumento di valutazione integrativo a quelli già esistenti, con l'auspicio di svolgere dei laboratori sempre più approfonditi e di successo.

Concludo dicendo che l'Arterapia ha in sé una natura multidisciplinare di tipo artistico, psicologico e pedagogico. Essa contribuisce alla diagnosi, alla presa in carico e al trattamento del disagio psicologico e sociale. Gli interventi possono avere differenti finalità di tipo preventivo, riabilitativo e terapeutico e possono essere rivolti a utenze differenti.

È una disciplina che attraverso l'utilizzo di tecniche artistiche, ha come obiettivo quello di ottenere dal soggetto manufatti che racchiudono al loro interno emozioni e pensieri, che vengono messi a fuoco durante tutto il percorso artistico, diventando simboli comunicabili.

Lo scopo dell'Arteterapia non è la produzione di prodotti artistici ma avvicinarsi all'esperienza che questo prodotto veicola.



## BIBLIOGRAFIA

- Baldacci, M., Fabbroni, F., & Pinto Minerva, F. (2012). *Continuare a crescere. L'anziano e l'educazione permanente*. Milano: FrancoAngeli.
- Baroni, M. R. (2010). *I processi psicologici dell'invecchiamento*. Roma: Carrocci.
- Coggi, C., & Ricchiardi, P. (2005). *Progettare la ricerca empirica in educazione*. Roma: Carocci.
- Corsi, M., & Ulivieri, S. (2012). *Progetto Generazioni. Bambini e Anziani: due stagioni della vita a confronto*. Pisa: ETS.
- De Beni, R. (2009). *Psicologia dell'invecchiamento*. Bologna: il Mulino.
- Fornasari, A. (2018). *Incontri intergenerazionali. Riflessioni sul tema e dati empirici*. Pisa: ETS.
- Fazzi, L. (2014). *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Gasperi, E. (A cura di). (2018). *La vecchiaia. Intrecci pedagogici*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Giudici, F. (2015). *Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino*. In M. Egloff, S. Cavalli & F. Giudici (A cura di), *Anzianità una realtà difficilmente oggettivabile* (pp.12-17). Giubiasco: Cantone Ticino-Uff. Statistica.
- Grion, V., Aquario, D., & Restiglian, E. (2019). *Valutare nella scuola e nei contesti educativi*. Padova: Cleup.
- Kitwood, T. (2015). *Riconsiderare la demenza*. Trento: Erickson.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2017). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Laicardi, C., & Pezzuti, L. (2000). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*, Bologna: il Mulino.
- Luppi, E. (2008). *Pedagogia e terza età*. Roma: Carocci.
- Marino, D. (2013). *Arteterapia come protesi cognitiva*. Salerno: Booksprint.

Mason, L. (2017). *Psicologia dell'apprendimento e dell'istruzione*. Bologna: il Mulino.

Pinel, J. P. J. (2017). *Psicobiologia*. Bologna: il Mulino.

## SITOGRAFIA

- Amoretti, M. C., & Lalumera, E. (2018). Il criterio del “danno” nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche. *RIVISTA INTERNAZIONALE DI FILOSOFIA E PSICOLOGIA*, 9, 139-150. DOI: 10.4453/rifp.2018.0015.
- Aricò, M. (2017). Quali sono i bisogni delle persone che soffrono di demenza? *State of Mind*. ID: 145907. Consultato da: <https://www.stateofmind.it/2017/05/bisogni-persone-con-demenza/>
- De Beni, R. (2018). *La sfida della longevità: rischio o risorsa?* SIPI - Società Italiana di Psicologia dell’Invecchiamento. Master in psicologia dell’invecchiamento e della longevità DPG – Università di Padova. Consultato da: <http://www.bonbozzolla.it/wp-content/uploads/2018/10/Rossana-De-Beni.pdf>
- Di Sandro, E. (2018). Bambini e Anziani: tra continuità storiche e inedite prospettive educative. *FLOrence REsearch*, 21, 91-106. DOI: 10.13128/Studi\_Formaz-23093 | ISSN 2036-6981
- Gasperi, E., & Cesaro A. (2020). Il lavoro dell’educatore nelle strutture residenziali per anziani. *Pedagogia Oggi*, 2, 170-180. DOI: <https://doi.org/10.7346/PO-022020-13>
- Gasperi, E. (2011). Sull’invecchiamento. *Studium Educationis*, 1, 75-89. Consultata da: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/studium/article/view/719>
- Huang, J. (2021). Demenza (Disturbo neurocognitivo maggiore). *Manuale MSD, versione per pazienti*. Consultato da: <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/delirio-e-demenza/malattia-di-alzheimer>
- Kaufmann, E. G., & Engel, S. A. (2016). Dementia and well-being: A conceptual framework based on Tom Kitwood’s model of needs. *Dementia*, 15(4), 774–788. DOI: 10.1177/1471301214539690.
- Lalumera, E. (2017). Perché non dovremmo cercare una definizione di “disturbo mentale”. *RIVISTA ITALIANA DI FILOSOFIA DEL LINGUAGGIO*, 2, 143-160. doi: 10.4396/SFL201711.
- Maldonado Briegas, J., J., Sanchez Inglesias, A., I., Gonzalez Ballester, S., & Vicente Castro, F. (2020) The Well-Being of the Elderly: Memory and Aging. *National Library of Medicine*, May 26;11:778. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00778.

Menzano, M., T. (2013). *LE PROSPETTIVE DELL'ACTIVE AND HEALTHY AGEING*. Convegno "Active and healthy ageing: il ruolo della sorveglianza epidemiologica PASSI D'ARGENTO". Consultato da: [https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/comunicazione/pdf/26%20sett\\_2013/relazioni%20mattina/Menzano%20healthy%20ageing.pdf](https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/comunicazione/pdf/26%20sett_2013/relazioni%20mattina/Menzano%20healthy%20ageing.pdf)

Reviglio, P. (2017). *What future for the elderly in Italy? Exploring a novel approach to well-being*. Sciences Po, Paris. Consultato da: [https://www.academia.edu/34460666/What\\_future\\_for\\_the\\_elderly\\_in\\_Italy\\_Exploring\\_a\\_novel\\_approach\\_to\\_well\\_being\\_Well\\_Being\\_Policies](https://www.academia.edu/34460666/What_future_for_the_elderly_in_Italy_Exploring_a_novel_approach_to_well_being_Well_Being_Policies)

Terkelsen, A., Petersen, J. V., & Kristensen H. K. (2019). Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. *A scoping review. Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34, 6–22. DOI: 10.1111/scs.12709.

Toigo, M., & Bassan S. (2017). Demenza: il modello della cura centrata sulla persona (PCC) elaborato da Tom Kitwood. *State of Mind*. ID: 143003. Consultato da: <https://www.stateofmind.it/2017/01/tom-kitwood-demenza/>

*Riabilitazione cognitive, stimolazione cognitive e training cognitivo: principali terapie per la demenza*. CentroPhoenix (centro di psicologia neuropsicologia riabilitazione psicoterapia). Consultato da: <https://www.centrophoenix.net/anziani/riabilitazione-cognitiva-stimolazione-cognitiva-e-training-cognitivo-principali-terapie-per-la-demenza/>

<https://www.residenzafrancescon.it/>

<https://www.psicologiapositiva.it/>

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio la mia relatrice, la Professoressa Valentina Grion, per la disponibilità concessa durante il periodo dedicato alla stesura della tesi.

Un grazie speciale ai miei genitori Michela e Stefano che mi hanno sempre sostenuta e capita durante tutto il mio percorso universitario; ai miei fratelli, Davide ed Emanuele che sono il mio orgoglio e alle mie nonne Adriana e Natalina. Vi voglio bene.

Ringrazio i miei amici che mi hanno fatto ridere e passare dei bei momenti dopo le lunghe giornate di studio.

Un grazie di cuore a Stefano, compagno di vita, amico e sostegno. Hai sempre creduto in me anche nei momenti difficili, sei la mia forza.

Ringrazio la Residenza Francescon di Portogruaro per avermi accolta come tirocinante e avermi fatto capire qual è la strada giusta per me.

Un pensiero speciale va a mio nonno Dante e a Caterina. Non so alla fine che cosa mi riserverà la vita, ma so per certo che nel mio cuore ci sarà sempre posto per voi ogni giorno.

*Anna*

