

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XII - N. 1
Marzo 2014
TRIMESTRALE

1/2014

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato ricevimento, rivolgersi a Roma Romaensis Stampare, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resti




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

Carlo Bianchini, bianchini@gruppcic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di marzo 2014

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali, sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2014



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Malattia di Alzheimer e altre demenze:
buone notizie per il futuro?

Antonio Guaita, 4

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Aspetti psicologici e relazionali nella Malattia di Alzheimer

Valentina Albiani, Stefano Lera, Marco Cerqueglini, Denni Romoli, 7

MATERIALI DI LAVORO

Gli Alzheimer Cafè: un'esperienza in crescita

Stefano Boffelli, Nicola Berruti, Paola Li Bassi, 11

ESPERIENZE

Formare al lavoro in équipe: condividere saperi, significati, valori.
Un percorso di formazione attraverso l'auto mutuo aiuto
e la meditazione

Antonino Frustaglia, Marco Gatti, Piera Monti, Paola Zinna, 17

REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Valutazione di una strategia di interventi multipli e specifici
nella riduzione delle cadute dei pazienti in un ospedale per acuti:
uno studio controllato e randomizzato

A cura del gruppo di lavoro Journal Club Collegio Ispasvi

Milano-Lodi-Manza e Brianza: Anna Castaldo, Loris Bonetti,

Stefano Mantovani, Camilla Boeri, Gaetano De Angelis, Andrea Galbiati,

Giorgio Carniel, Paola Gobbi, Miriam Magri, Giovanni Muttilla, 25

CONTRIBUTI DEI LETTORI

"La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi
alternativi alla contenzione": un commento.

Pietro Vigorelli, 30

Malattia di Alzheimer e altre demenze: buone notizie per il futuro?

Antonio Guaita

Fondazione Cenci Golgi, Abbiategrasso (MI)

Irisultati della ricerca farmacologica sui farmaci per le demenze, cosiddetti *disease modifying*, non sono fino ad oggi incoraggianti, anzi. Anche i farmaci biologici, cioè i vaccini attivi e passivi, hanno successivamente dimostrato di non produrre risultati, tanto che poche speranze restano relativamente al fatto che modificazioni marginali delle molecole possano in futuro produrre i risultati attesi.

Forse anche per questo l'attenzione e le speranze per le persone con demenza si spostano sulle possibilità di intervento non farmacologico: dagli interventi ambientali-comportamentali-preventivi a quelli terapeutico-riabilitativi. Ma la demenza risente di questi aspetti ambientali e psico-sociali?

Alcuni articoli hanno di recente messo in luce come le cose siano in movimento e in movimento positivo per l'epidemiologia della malattia di Alzheimer e delle altre demenze. Questa alternanza di positivo e negativo è ben rappresentata dal *New England Journal of Medicine*, che il 23 gennaio 2013 pubblica un pessimistico articolo-review dal significativo titolo di *The Underside of the Silver Tsunami - Older Adults and Mental Health Care* (Bartels SJ, Naslund JA, *N Engl J Med* 2013;368:493-496) a proposito della prospettiva mondiale delle richieste di cura dei molti anziani con problemi cognitivi, mentre alla fine dell'anno scorso, il 27 di novembre, pubblica un editoriale di commento a cura di Larson, Yaffe e Langa, nomi importanti dell'epidemiologia geriatrica e psichiatrica, assai più ottimistico, anche se il titolo resta prudente: *New Insights into the Dementia Epidemic* [*N Engl J Med*, 2013 Dec 12;369(24):2275-7]. Il contenuto è meno prudente e si sbilancia decisamente di più a favore dell'ipotesi di un "effetto coorte" che ha portato e porterà alla riduzione della prevalenza e incidenza della demenza. Questo ottimismo deriva da una serie di articoli, a partire da un'ampia analisi dei

dati pubblicati nel 2005 su *Advances in Gerontology* da Manton (*Adv Gerontol* 2005;16:30-37) per arrivare agli ultimi dati del 2013. Questo loro commento arriva quindi dopo che già alcuni importanti segnali di diminuzione di prevalenza delle demenze erano stati pubblicati, compreso un articolo degli stessi Langa e Larson (Langa KM, Larson EB, Karlawish JH et al. *Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: is there evidence of a compression of cognitive morbidity?* *Alzheimers Dement* 2008;4:134-144). In questo articolo, che aveva avuto una certa risonanza nel 2008, gli Autori si chiedevano: "is there evidence of a compression of cognitive morbidity?" e rispondevano positivamente alla domanda. Confrontando la prevalenza del deterioramento cognitivo degli ultra 70enni del 1993 con quella dei coetanei del 2003, si passava dal 12,2% all'8,7%: una diminuzione quindi decisamente significativa anche come possibile impatto sociale e non solo come diminuzione "numerico-statistica". Un caso solo statunitense, magari legato a particolari situazioni ambientali ed economico sociali di quel paese? Pare proprio di no. Una conferma importante è venuta da alcuni studi effettuati in Europa. Il *Rotterdam Study* a maggio 2012 su *Neurology* [Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ et al. *Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study*. *Neurology*. 2012 May 8;78(19):1456-63] confermava il dato della diminuzione, questa volta dell'incidenza e non della sola prevalenza. In effetti il lavoro pubblicato da Langa nel 2008 adombrava che la riduzione di prevalenza poteva essere attribuita più ad una minore durata della malattia nelle coorti successive piuttosto che ad una diminuzione dell'incidenza. Lo studio di Rotterdam indica, anche se non proprio dimostra, come anche l'incidenza, cioè il numero di nuovi casi, stia di-

minuendo. Lo studio ha potuto seguire per almeno 5 anni persone inizialmente libere da demenza, confrontando due coorti indipendenti, una partita nel 1990 (oltre 5000 persone), l'altra dieci anni dopo, nel 2000 (oltre 1700 persone). Giustamente nel titolo dell'articolo si parla di trend, perché le differenze sono *borderline* non decisamente significative come quelle di prevalenza studiate da Langa nel 2008, tuttavia convergenti con esse e omogenee nelle età specifiche, con un importante significato anche concettuale. L'articolo di Larson cita anche gli altri due studi europei pubblicati nel 2013. Uno di incidenza, svedese, pubblicato su *Neurology* del 14 maggio (Qiu C, von Strauss E, Backman L et al. *Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. Neurology* 2013;80:1888-1894), che esamina prevalenza e sopravvivenza delle persone con demenza fra il 1987-1989 e il 2001-2004. La prevalenza risultava non diversa nelle due coorti, mentre la sopravvivenza aumentava così da far ipotizzare che ci fosse stata una diminuzione di incidenza, essendo l'incidenza il risultato di "prevalenza/tempo", quindi aumentando il denominatore a costanza di numeratore diminuisce il risultato. Un'evidenza quindi solo indiretta e con un risultato in contrasto con quello rilevato da Langa nel 2008. L'altro studio citato è uno studio ampio condotto nel Regno Unito e apparso su *Lancet* dell'ottobre 2013 (Matthews FE, Arthur A, Barnes LE et al. *A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet* 2013;382:1405-1412) a firma di Matthews, ma a nome di un grande panel di collaboratori (*Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration*). Si tratta di uno studio che aveva l'obiettivo di indagare se la prevalenza della demenza fosse mutata in vent'anni, basandosi su uno studio longitudinale condotto con uguali criteri di diagnosi in tre aree diverse nel Regno Unito nel 1989-1994 e nel 2008-2011 (CFAS I e CFAS II). Nel confronto fra i due periodi si è osservata una diminuzione dell'1,8% (*odds ratio* CFAS II vs CFAS I 0,7, 95% CI 0,6-0,9, $p=0.003$). Quindi una diminuzione robusta di prevalenza, anche considerando gli alti numeri della ricerca. Nel commento a questo insieme di dati Larson et al. giustamente sottolineano che se anche i numeri non possono essere considerati indiscutibili e conclusivi,

il trend della diminuzione si può dare per accertato e sarebbe veramente importante capire quali sono stati e sono i fattori protettivi che hanno agito. Due sono infatti i fattori protettivi comuni fra tutti questi studi: la maggior scolarità e la diminuzione delle patologie vascolari, nonostante alcuni riconosciuti fattori di rischio non siano in calo (obesità e ipertensione, ad esempio). Ne risulta un quadro, certo solo indicativo, ma abbastanza chiaro di quel che si può fare per garantirci nel tempo una più consistente diminuzione delle demenze: investire di più nella scuola, mantenere una buona attività sociale, fisica e mentale nel corso della vita, controllare i fattori di rischio cardiovascolari, senza farne un'ossessione.

Qualche considerazione più vicina a noi su questi dati:

- 1) La diminuzione della prevalenza, probabile anche se non provata conseguenza della diminuzione dell'incidenza età specifica, di per sé non porterà a breve alcuna diminuzione effettiva del bisogno di assistenza e cura dei malati di Alzheimer e altre demenze: infatti con la prevalenza parliamo di percentuali, mentre i servizi si fanno sui numeri assoluti, i numeri reali. Una diminuzione dell'1,8% applicata ad una popolazione che cresce del 2% significa un aumento del numero degli assistibili dello 0,2%! Quindi per ora possiamo solo sperare in un rallentamento dell'aumento che comunque ci sarà.
- 2) Vi è una più generale e accertata diminuzione della disabilità età specifica entro cui si iscrive la diminuzione percentuale della demenza, a riprova di un punto miliare della storia del pensiero gerontologico moderno, la teoria della "compressione della morbilità" di Fries. Per la disabilità basti citare lo storico articolo di Waidmann e Liu nel *Journal of Gerontology* del settembre del 2000 (Waidmann TA, Liu K. *Disability trends among the elderly and implications for the future. Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2000, 55B, 5298-5307), dove, analizzando i dati del *Medicare* 1992-96, gli Autori costruiscono possibili equazioni di trend che mantengono per il futuro le previsioni della diminuzione della disabilità anche correggendo per i fattori demografici e sociali. Questo a mio parere conferma anche la natura sindromica della Demenza, la sua multifattorialità, e quindi la sua connessione con una varietà di aspetti che vanno dal biologico al sociale.

3) La necessità di attuare piani preventivi non si ferma solo alle età giovane e adulta. La buona notizia è che anche in età anziana non solo le buone abitudini, ma anche l'intervento di attivazione e stimolazione fisico e mentale, hanno un effetto positivo dimostrato. La letteratura sulle abitudini di vita è amplissima, ma vi sono ora anche meta-analisi sull'intervento programmato che mostrano buoni risultati. Si può citare la meta-analisi di Tardif e Simard dell'agosto 2011 sull'*International Journal of Alzheimer Disease* (Tardif S, Simard M. *Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. Int J Alzheimers Dis* 2011;2011:378934) che, analizzando 14 studi di

cui 9 RCT e 7 con controllo attivo, dimostra l'efficacia sia a breve che a lungo termine degli interventi attuati.

È presto per pensare ad un vantaggio immediato da questi trend indubbiamente positivi. Ancora a lungo continuerà ad esserci bisogno di aumentare numero ed efficacia dei servizi per le demenze, ma l'importanza dell'ambiente, delle abitudini di vita e degli interventi preventivi non farmacologici da questi dati risulta indubbiamente esaltata. Questa è una buona notizia, sempre che la società e le istituzioni la sappiano cogliere come tale e che noi riusciamo a farlo capire: è per la gerontologia e la geriatria, una vera, indiscutibile, storica priorità.

Aspetti psicologici e relazionali nella Malattia di Alzheimer

Valentina Albiani*, Stefano Lera**, Marco Cerqueglini***, Denni Romoli****

*Istituto di riabilitazione Madre della Divina Provvidenza, Arezzo

**Fondazione Don Gnocchi Onlus, Firenze

***Università di Firenze

****Centro Risorse, Prato

INTRODUZIONE

La demenza, in Italia, occupa il quarto posto tra le cause di mortalità (Mecocci et al., 2002), preceduta solo dai disturbi circolatori e cardiaci, dalle patologie tumorali e dalle malattie dell'apparato respiratorio, ma solo recentemente sono apparsi studi relativi agli aspetti relazionali, affettivi e psicosociali. Nel presente lavoro ci riferiremo specificamente alla più frequente forma di demenza, la Malattia di Alzheimer. Pezzini et al. (2005) la definiscono "una patologia della comunicazione": i pazienti sanno cosa vogliono dire, ma non trovano le parole per esprimersi o non riescono ad utilizzarle nell'ordine appropriato; nel corso di un'azione, possono dimenticare quanto stavano facendo o dicendo; mostrano deficit nei processi rappresentazionali, nonché disturbi attentivi e di concentrazione. Nella relazione tra il paziente e il suo interlocutore, per un funzionale processo comunicativo, diviene essenziale un approccio empatico, che permetta di comprendere e dare significato ai vissuti emozionali e ai comportamenti messi in atto. In tale processo assume una collocazione centrale la comunicazione non verbale. La prima specifica difficoltà comunicativa e di gestione emozionale emerge al momento della consegna della diagnosi. A tal proposito, Aminzadeh et al. (2007) individuano tre diverse modalità di reazione attraverso le quali i pazienti, ma anche i familiari, affronterebbero in modo efficace tale situazione: un'iniziale perdita di *insight* e/o un rifiuto attivo nel tentativo di limitare l'impatto emotivo di tale diagnosi; una successiva reazione di dolore acuto (fase depressiva); l'adozione di adeguate strategie di *coping* per gestire la sintomatologia e mantenere un buon livello di Qualità

della Vita (Bruce et al., 2003). Al contrario, inadeguate strategie di *coping* sono, ad esempio, le seguenti: in caso di dimenticanze o omissioni, negare tali difficoltà o attribuirne la responsabilità a terzi, al fine di tutelare la propria autostima e la propria immagine; simulare una reale comprensione delle comunicazioni in atto; manifestare un desiderio, a volte illusorio, di poter svolgere autonomamente alcune attività prima abituali (Droes, 2007).

I familiari costituiscono la principale fonte di sostegno, con l'inevitabile conseguenza di assistere al progressivo mutare della relazione con il proprio congiunto (Gauvreau e Gendron, 1996). Prendersi cura di una persona affetta da demenza di Alzheimer può essere causa di distress, frustrazione ed esaurimento fisico e psicologico (Dogliotti et al., 1999; Lai, 2001). Il coinvolgimento a volte totalizzante nelle nuove esigenze associate alla sintomatologia impone una riorganizzazione del nucleo familiare, che può richiedere ai curanti una presa in carico globale del nucleo familiare e non solo del paziente (Mace e Rabins, 1995). Un ambiente relazionale in grado di fornire conforto, rassicurazione e adeguata stimolazione affettivo-cognitiva può ridurre l'impatto delle inabilità e aiutare a conservare una sufficientemente buona Qualità della Vita. Spagnoli (2009) sottolinea l'importanza di ascoltare la voce della persona, comprenderne la soggettività e attivare un processo di integrazione tra il paziente, i familiari e la comunità.

OBIETTIVI

Il presente contributo indaga il vissuto psicologico di persone che hanno ricevuto la diagnosi di demenza di Alzheimer. In particolare, saranno approfonditi

aspetti relazionali e comunicativi, affettivo-emozionali, le strategie adottate per far fronte alla patologia e la progettualità futura.

PARTECIPANTI

Lo studio è stato condotto su 28 persone (9 M e 19 F) di età compresa tra i 64 e i 93 anni (M=77,6). Sedici persone (56%) sono coniugate e otto (29%) vedove; una piccola percentuale di intervistati (11%) è celibe o nubile, mentre solo una persona (4%) è separata. Le persone sono state intervistate presso il reparto di Neurofisiopatologia dell'Ospedale S. Donato di Arezzo. I partecipanti avevano ricevuto la diagnosi di demenza di Alzheimer da almeno 6 mesi.

STRUMENTI

Abbiamo costruito un'intervista in profondità, composta da 8 *item* a risposta aperta, con l'obiettivo di esplorare i seguenti aspetti della vita: rapporto con i familiari; capacità comunicative e autonomia; rapporto con la sintomatologia (strategie di *coping*); aspetti affettivo-emozionali; ruolo del passato; progettualità e Qualità della Vita. Le risposte fornite sono state oggetto di un'analisi qualitativa e descrittiva.

RISULTATI

Rapporto con i familiari

L'87% dei partecipanti afferma di non aver percepito un sostanziale cambiamento negli atteggiamenti relazionali dei propri familiari, successivamente alla consegna della diagnosi ("con i miei familiari sto bene, non è cambiato niente"; "il suo atteggiamento non è cambiato ultimamente, è sempre stato così con me"). Il 13%, al contrario, sottolinea evidenti differenze nell'approccio dei familiari, riferendo, inoltre, di sentirsi limitato nello svolgimento delle attività dal comportamento dei congiunti ("mia figlia spesso è nervosa e io le dico che non è mica colpa mia se sono così"; "prima si fidavano molto di quello che facevo").

Capacità comunicative e autonomia

Il 78,3% dei partecipanti riferisce di sentirsi attivamente coinvolto nei processi conversazionali e nelle attività con amici e familiari ("esco con persone che

conosco, mi piace parlare con loro"; "mi piace parlare con gli altri, in compagnia si sta bene"). Tali partecipanti sostengono l'immagine di sé come persone autonome e relativamente indipendenti da terzi, nonostante le limitazioni date dalla sintomatologia. Inoltre, gli stessi dichiarano di non riscontrare indebite sostituzioni da parte dei propri familiari nello svolgimento di attività o nella comunicazione; al contrario, ne sottolineano la capacità empatica e supportiva ("Ancora non mi hanno mai detto: mamma non lo fare o nonna non fare questo"; "mio marito mi lascia libera di fare ciò che voglio"). Il 21,7% dei partecipanti, al contrario, afferma di aver rinunciato a svolgere alcune attività prima abitudinarie, a causa sia di una personale sfiducia (*low self-efficacy*), sia dell'atteggiamento ostativo e preoccupato dei familiari. Essi riferiscono vissuti di solitudine e insoddisfazione nelle relazioni interpersonali; inoltre, sono evidenti fenomeni di auto-svalutazione associati alla perdita di autonomia ("non esco da sola, ma solo con mia figlia; lei mi fa tutto"; "da sola non esco mai, perché il medico è contrario"; "mio marito fa tutte quelle cose che potrei fare io").

Rapporto con la sintomatologia

L'82,6% dei partecipanti riporta deficit nei processi di rievocazione e di recupero del materiale mnestico ("è la mia malattia, quella del non ricordare"); solo il 17,4% nega, invece, la pervasività di tali sintomi ("non mi capita mai di dimenticarmi le cose"). Di questi ultimi, il 63,2% dichiara di concentrarsi sul compito in atto, nel tentativo di recuperare le informazioni perdute ("dico che bisogna che mi concentri se devo fare quella cosa"; "in quei momenti mi faccio forte, cerco di ragionarci per vedere se mi torna in mente"). Il 10,5% utilizza, quale strategia di *coping*, la scrittura come strumento compensativo, annotandosi le azioni da svolgere, gli oggetti da acquistare o il nome della persona che ha telefonato. La grande maggioranza dei partecipanti (75%), in relazione alla sintomatologia, dichiara di esperire con frequenza emozioni quali tristezza, disperazione, impotenza e vergogna in rapporto ai disturbi di memoria, soprattutto in presenza di terzi.

Aspetti affettivo-emozionali

Il 93,7% dei partecipanti afferma di ritenersi ancora in grado di svolgere le normali attività quotidiane e percepisce positivamente l'aiuto di terzi. Anche se

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

consapevoli delle inevitabili limitazioni, essi mostrano il tentativo di mantenersi autonomi ("durante il giorno mi occupo delle mie cose: faccio la lavatrice, cucino e faccio tutto ciò che c'è da fare, come posso"). Il 7,3% delle persone sostiene, al contrario, di non ritenersi in grado di svolgere le attività quotidiane e di necessitare della presenza dei familiari, con l'evidente percezione di un Sé fragile e bisognoso ("non riesco a fare niente di buono, in casa fa tutto mia figlia").

Il 74% dei partecipanti non mostra eccessiva preoccupazione in merito alla sintomatologia attuale e si dichiara propositivo in merito al proprio presente esistenziale ("non mi lamento: le cose mi passano, ma poi mi ritornano"; "mi sento una donna libera, perché non faccio solo quello che devo fare"). Tali partecipanti si dichiarano soddisfatti della loro vita attuale ("oggi mi sento soddisfatto della mia vita"; "faccio le mie cose, come posso, ma le faccio per essere attiva").

Il 26% dei pazienti, invece, riporta vissuti di profonda inadeguatezza, prostrazione e *helplessness*, un tono dell'umore deflesso e una pervasiva dipendenza da terzi ("ho questo malessere addosso, per cui non sono mai tranquillo"; "la mia vita è nulla, non ha nessun valore, perché non riesco a fare niente di buono").

Ruolo del passato

L'82,6% dei partecipanti ritiene essenziale poter condividere il proprio passato con persone significative, in particolare i familiari; la condivisione della propria storia permette di consolidare la propria identità e garantisce il mantenimento sia della congruenza narrativa sia di funzionali relazioni affettive ("sì, mi piace e mi fa piacere parlare del mio passato, in particolare quando sono gli altri a farmi le domande"). Il 17,4% degli intervistati, al contrario, si dichiara refrattario a condividere con altri il proprio passato, accompagnando tale affermazione alla percezione di disinteresse da parte di terzi e al tentativo di evitare la rievocazione di ricordi dolorosi.

Progettualità e Qualità della Vita

L'87% degli intervistati sembra utilizzare la distrazione e l'evitamento quali strategie di *coping*, in modo da allontanare le preoccupazioni legate al futuro esacerbarsi della sintomatologia e massimizzare le risorse ancora intatte. Il restante 13% si dichiara pronto a morire, accompagnando tale considerazione alla consapevolezza di aver vissuto una vita soddisfa-

cente, ritenuta pressoché alla sua conclusione, con la speranza residua di non gravare eccessivamente sui propri familiari in termini di onere assistenziale ("regalerei qualcosa per essere morto domattina, l'importante sarebbe non arrivare a stare tanto in un letto e rovinare la mia famiglia").

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati è possibile evincere l'importanza, per una buona condizione di salute psicologica e di una soddisfacente Qualità della Vita, di alcuni elementi quali la presenza di un nucleo familiare supportivo e non eccessivamente invadente, la possibilità di mantenere relazioni affettive significative e il ricorso a efficaci strategie di *coping* per la gestione della sintomatologia. Ciò ha probabilmente consentito un funzionale processo di accettazione di una diagnosi, qual è quella di demenza di Alzheimer, grave, degenerativa e ad esito infausto. In linea con la letteratura (Woods, 2001) e contrariamente a quanto pregiudizialmente creduto, i partecipanti non sembrano subire passivamente i sintomi e le limitazioni della patologia, ma si attivano per far fronte alle difficoltà incontrate, utilizzando le risorse personali e relazionali residue. Al contrario di quanto invece riportato con frequenza in letteratura (Gauvreau e Gendron, 1996), la maggior parte dei partecipanti non rileva cambiamenti marcati negli atteggiamenti relazionali dei familiari, in particolare nella direzione di un'eccessiva preoccupazione che può esitare nella squalifica implicita della dignità del familiare con Alzheimer e nella sostituzione del medesimo nelle attività quotidiane. Tali dati ci portano a sottolineare ancora una volta il ruolo centrale attribuito ad alcuni processi relazionali quali l'attribuzione di fiducia al familiare affetto da Malattia di Alzheimer, la possibilità di conviverne ricordi ed esperienze, la considerazione dello stesso come persona, prima che come "malato".

I risultati indicano che, nei processi di presa in carico, andrebbe attentamente considerata la struttura familiare e l'impatto della diagnosi sui congiunti, in modo da poter aiutare gli stessi a comprendere quanto sta accadendo, a favorire processi previsionali relativi alle traiettorie di sviluppo della patologia e a utilizzare efficaci modalità relazionali. Progettare un intervento "riabilitativo" presuppone, quindi, la collaborazione

interdisciplinare tra varie professionalità e il coinvolgimento dei familiari stessi (Dogliotti et al., 1999). I trattamenti e gli approcci riabilitativi dovrebbero avere come obiettivo comune il potenziamento delle risorse residue e il miglioramento della qualità della vita e, per questo, è necessario riconoscere il valore umano della persona, quel significato ontologico che, spesso, chi pratica assistenza ha difficoltà a conservare (Giusti e Masiello, 2003).

Vista la centralità attribuita ai processi relazionali con i propri familiari, possiamo fin da ora sottolineare che uno dei limiti del presente studio è quello di non aver approfondito la struttura familiare precedente l'esordio della sintomatologia, poiché presumibilmente un miglior livello di adattamento e di comportamento di malattia si associa ad un preesistente clima familiare caratterizzato da fiducia, reciprocità e mutuo sostegno.

BIBLIOGRAFIA

- Aminzadeh F, Byszewsky A, Molinar FJ, Eisner M. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Mental Health* 2007;11:281-90.
- Bruce E, Hodgson S, Schweitzer P. *Reminiscing with people with Dementia*. Londra: Age Exchange Theatre Trust, 2003.
- Dogliotti M, Ferrario E, Santanera F. *Malati di Alzheimer: dalla custodia alla cura*. Milano, UTET, 1999.
- Droes RM. Insight in coping with dementia: Listening to the voice of those who suffer from it. *Aging Mental Health* 2007;11(2):115-8.
- Gauvreau D, Gendron M. *Domande e risposte sulla malattia di Alzheimer. Una guida per i familiari*. Milano, Pythagora, 1996.
- Giusti E, Masiello L. *Il counseling sanitario*. Roma, Carocci, 2003.
- Lai G. *Cambiamenti nella relazione con i pazienti Alzheimer*. Milano, Franco Angeli, 2001.
- Mace N, Rabins PV. *Demenza e Malattia di Alzheimer: Come gestire lo stress dell'assistenza*. Trento, Erickson, 1995.
- Mecocci P, Cherubini A, Senin U. *Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza, un continuum?* Roma, Critical Medicin Publishing Editore, 2002.
- Pezzini A, Colombo A, Rozzini L, Franzoni S, Trabucchi M. È possibile un'associazione tra tratti di personalità e disturbi comportamentali in pazienti affetti da mild cognitive impairment? *Atti Congresso Nazionale SIGG*, 2005.
- Spagnoli A. *La soggettività della persona con demenza*. Milano, XXI Giornata Mondiale Alzheimer: Biografia, non solo biologia, 2009.
- Woods RT. Discovering of the person with Alzheimer's disease: cognitive, emotional and behavioural aspects. *Aging Mental Health* 2001;5(1):7-16.

Gli Alzheimer Cafè: un'esperienza in crescita

Stefano Boffelli, Nicola Berruti, Paola Li Bassi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

Le persone affette da demenza non sono in costante aumento come si riteneva negli anni passati, tuttavia si incrementa la percentuale di coloro che vivono al proprio domicilio più a lungo; di conseguenza, tende ad aumentare anche il livello di stress psicofisico dei loro familiari (Schrijvers et al., 2012). Quali condizioni hanno determinato questo fenomeno? Certamente, l'aumento della vita media è il principale fattore di rischio epidemiologico: la prevalenza della demenza aumenta con l'età, i sopravvissuti ad altre malattie somatiche presentano nel tempo un aumento del rischio di demenza (Trabucchi, 2012). In secondo luogo, la diagnosi di demenza sempre più rapida indirizza verso una precoce terapia farmacologica e non farmacologica (ambientale e neuropsicologica cognitiva) che hanno un effetto di rallentamento dell'evoluzione della malattia. Inoltre, minore è il ricorso, nella fase lieve e moderata della malattia, al ricovero nelle strutture socio-sanitarie, favorito ultimamente anche dal progressivo impoverimento del ceto medio italiano (oggi costa meno, se consideriamo solo i termini economici, gestire a casa un familiare con demenza piuttosto che istituzionalizzarlo) (Boffelli et al., 2011). Fattori tutti che si riassumono in una evidente verità: il caregiver vive per un tempo più lungo, e con crescente impegno assistenziale, il compito della cura. Ne può conseguire un aumento dello stress psicologico e fisico, sostanzialmente definibile dalla frase "una giornata di 36 ore": ad indicare che la cura diventa così impegnativa che viene talvolta vissuta in un tempo dilatato e debilitante. Il fenomeno non è certo da trascurare, dato che molteplici studi hanno nel tempo dimostrato che il maggior stress del caregiver

si associa ad outcome negativi, sia per il malato (precoce istituzionalizzazione) sia per il familiare (incremento di patologia somatica e psicologica, aumento della mortalità) (Banerjee et al., 2007).

LA RETE DEI SERVIZI DEDICATA ALLE DEMENZE IN ITALIA

La risposta alle problematiche fisico-psichiche e cognitive della persona affetta da demenza è già in corso, con un sistema a rete che sta diventando in grado di servire le diverse fasi della malattia: i Centri Unità Valutazione Alzheimer (UVA) per la diagnosi e la terapia, l'ospedale per le patologie somatiche, i Centri Diurni per il sollievo, l'assistenza domiciliare per i bisogni della persona, le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per la fase avanzata (Trabucchi, 2007). Poco invece troviamo sulle risposte formali per i caregiver: chi li ascolta? Chi li informa sulla malattia, o ha il tempo per formare il caregiver (che non nasce per questo compito, ma è costretto a diventarlo)? Alcune risposte formali esistono in specifici luoghi: incontri periodici con i familiari, *counseling* psicologico, gruppi di sostegno vengono organizzati da associazioni di familiari, centri UVA o reparti ospedalieri. L'impressione generale, tuttavia, è che si tratti di fenomeni a "macchia di leopardo", disomogeneamente diffusi e che non riescono a coprire il bisogno sia perché non espresso del caregiver, sia perché frequentemente non esaudibile (se devo andare all'incontro, dove e a chi lascio il mio congiunto malato?). Si ravvisa, infatti, in modo sempre più consistente la necessità di fornire, alle persone affette da demenza, servizi atti a soddisfare bisogni spesso superiori alle possibilità del Sistema Sanitario Nazionale e degli En-

ti Comunali. La famiglia però, sebbene si ritrovi in condizioni di disagio, non deve e non può ridursi ad elemento passivo, in quanto possiede potenziali risorse, adottabili nella gestione della persona affetta da demenza. Il ruolo assunto dal *caregiver* è un ruolo complesso e articolato, in quanto non si esaurisce nella semplice tutela degli aspetti fisici ma si estende ad altri innumerevoli bisogni, quali la dimensione psichica, affettiva e sociale (Logsdon et al., 2009). Al *caregiver* si demanda l'importante e difficile ruolo di promuovere il miglioramento ed il mantenimento della qualità di vita e della dignità della persona affetta da demenza. Tale ruolo può vedersi concretizzato se al *caregiver* viene fornito un supporto costante e se vengono previste per il malato attività riabilitative atte a rallentare il decorso del deterioramento cognitivo (Trabucchi e Boffelli, 2004). Gli Alzheimer Cafè si inseriscono in questo contesto, come servizio che va a potenziare quelli già presenti sul territorio: il loro obiettivo è di affiancare il *caregiver* ed il suo congiunto, fornendo formazione e supporto costante durante il decorso della patologia.

IL MODELLO DELL'ALZHEIMER CAFÈ

L'Alzheimer Cafè (AC), proposto da Bere Miesen (Miesen e Blom, 2001) presso il *Marienhaven Psychogeriatric Center*, Warmond, Olanda, rientra negli interventi di tipo psicosociale. Dal 1997, tale esperienza si è sviluppata a macchia d'olio: ad oggi nei Paesi Bassi ne esistono più di 60 e ne sono nati altri anche nel Regno Unito, Italia, Grecia, Australia, e Stati Uniti d'America. Rivolto principalmente a coloro che affrontano le fasi iniziali della malattia, viene concepito come un luogo sicuro nel quale si respira un'atmosfera rilassata e accogliente, nel quale i partecipanti possano esprimere se stessi, essere ascoltati e trovare conforto nella loro lotta contro l'isolamento e la solitudine. Con la creazione dell'Alzheimer Cafè, Miesen identifica un luogo dove familiari e malati possono recarsi insieme, scoprire che non sono soli e capire come altri fanno fronte alla malattia e alle sue conseguenze. L'idea di Alzheimer Cafè nasce proprio per dare risposta ai bisogni dei malati e delle loro famiglie, fornendo spazi per la condivisione delle numerose difficoltà pratiche e per l'espressione delle emozioni spesso inascoltate (Miesen, 2004). Quali obiettivi sono gli obiettivi di un AC? Fornire informazioni sugli aspetti medici e psicosociali

della demenza, offrire la possibilità di parlare apertamente dei propri problemi (riconoscimento e accettazione sociale), promuovere la socializzazione e prevenire l'isolamento delle persone con demenza e delle loro famiglie. Gli incontri, nel loro svolgimento, presentano una duplice natura: quella terapeutica, che dà spazio anche all'informazione, e quella della socializzazione, alla quale è riservata una notevole considerazione. Viene facilitata la comunicazione anche in maniera informale, lo scambio di esperienze, il colloquio con operatori e specialisti. È proprio questa atmosfera tranquilla e accogliente, associata al fatto che tali incontri si svolgono in un ambiente a bassa soglia di accesso, che contribuisce a soddisfare i bisogni di appartenenza, accettazione e riconoscimento.

Quali risultati della diffusione degli Alzheimer Cafè? Lo stress dei *caregiver* si riduce, i familiari riferiscono maggiore conoscenza e minore senso di vergogna, i pazienti più serenità. Negli studi olandesi si è osservato che questi incontri a cadenza mensile hanno maggiori effetti positivi, rispetto alle altre tipologie di supporto, nella riduzione del *burden* assistenziale e nel promuovere il senso di competenza del *caregiver* (Droes et al., 2004). Inoltre, aumenta la percezione dei familiari della presenza di un sostegno professionale (Droes et al., 2006); la presenza di uno staff motivato (educatori, psicologi) e la cooperazione con gli altri servizi attivi sul territorio risulta estremamente positivo per i familiari (Meiland et al., 2005), soprattutto se il progetto viene creato sulle caratteristiche ed i bisogni dei familiari (Osto et al., 2005; Smith et al., 2007). Sembra infine dimostrata una riduzione dell'istituzionalizzazione nei pazienti che afferiscono al programma (Droes et al., 2004; Droes et al., 2006). I primi risultati italiani evidenziano come il fenomeno si stia diffondendo in modo progressivo: in Veneto come in Emilia Romagna sono stati pubblicati i primi dati dell'esperienza degli Alzheimer Cafè con dimostrazione di estrema gradevolezza da parte dei familiari e dei malati (Trabucchi, 2012; Chattat et al., 2010).

IL COORDINAMENTO DEGLI ALZHEIMER CAFÈ

Quale strumenti di valutazione e di intervento possiamo utilizzare, in modo comune, in un Alzheimer Cafè? Gli obiettivi possono essere molti, ma la limitazione delle risorse impone un'organizzazione severa

MATERIALI DI LAVORO

e scevra da idealismi (il Cafè non è semplice come il bar delle ACLI, ma nemmeno complesso quanto un centro di studi scientifici). Inoltre, il tentativo di usare strumenti comuni è ideale per non disperdere risorse, e per confrontare i risultati (Trabucchi, 2012). Per coniugare programmi, efficacia ed efficienza è nato, nel 2012, il coordinamento degli Alzheimer Cafè di Bergamo e Brescia, che coinvolge una decina di centri e figure professionali multidisciplinari (educatori, psicologi, geriatri, neurologi) con molteplici obiettivi: in primo luogo, identificare i criteri per la creazione di un centro, comprendendo i criteri per il personale, i programmi, i principali fruitori e le modalità di svolgimento degli incontri. Tramite una revisione della letteratura e delle esperienze finora pubblicate, il gruppo ha creato un manuale con le indicazioni principali per gli AC, con protocolli comuni, sia per i familiari sia per i pazienti (Berruti, 2013).

In secondo luogo, è stata studiata una metodologia di valutazione del malato e del familiare, che permettesse di comprendere le caratteristiche cognitive e psicologiche all'inizio e durante il percorso degli incontri con lo scopo di misurare l'efficacia degli interventi. La terza parte del progetto, la raccolta dei dati a dimostrazione dell'efficacia, verrà intrapresa nel corso del 2014. Nel gruppo si sono raccolte le esperienze dei diversi AC, giungendo così ad uniformare comuni modalità di approccio e di gestione dei pazienti e familiari, pur mantenendo la specificità ed unicità relative al contesto in cui sono inseriti: ad esempio, interventi psico-educativi domiciliari, oppure il coinvolgimento delle diverse figure professionali per il coordinamento delle attività (Cassinadri et al., 2013). La sola differenza delle aree geografiche spiega la necessità di mantenere atteggiamenti differenziabili: in montagna, rispetto alla pianura, è più facile che vengano organizzati incontri anche domiciliari, in conseguenza delle difficoltà di spostamento. Un altro obiettivo è creare un collegamento con le Unità di Valutazione Alzheimer e gli altri Centri già esistenti (ASL, Centri Diurni, RSA), per collocare gli AC all'interno del sistema a rete delle cure per la demenza.

ALZHEIMER CAFÈ: ALCUNI PRINCIPI DI FUNZIONAMENTO

La costituzione di servizi quali l'Alzheimer Cafè è tesa a soddisfare i bisogni assistenziali delle persone

anziane affette da demenza lieve-moderata che vivono al proprio domicilio, accudite dalla famiglia mediante *caregiver* informali (coniuge, figli, assistenti private) o con il supporto di *caregiver* formali (servizio SAD, ADI, ecc.). L'intento primario è la promozione del benessere psico-fisico-sociale e della qualità di vita dell'anziano e del suo contesto familiare, riducendo così il loro isolamento. L'attivazione di un AC può essere sostenuta da un Ente, una Struttura Socio-Sanitaria, o un'organizzazione territoriale (Associazioni). I soggetti promotori generalmente sono già coinvolti nell'assistenza rivolta all'anziano: vi sono infatti RSA, cooperative sociali, associazioni di volontariato, oppure i Comuni che, spinti dal bisogno, si adoperano per sostenere economicamente il servizio. Sovente gli AC sono il risultato di collaborazioni sinergiche fra più Enti e Associazioni, che condividendo risorse e strumenti, integrano i servizi già esistenti con un AC.

I luoghi dove gli Alzheimer Cafè possono essere collocati sono strutture per anziani (RSA o Centri Diurni Integrati), ma anche luoghi di ritrovo concessi da istituzioni comunali, parrocchiali, associazioni di volontariato. La cadenza degli incontri degli Alzheimer Cafè afferenti al Coordinamento è settimanale: rispetto all'organizzazione mensile, si è ritenuto più efficace e coinvolgente creare una maggiore frequenza degli incontri. L'obiettivo è di creare un gruppo che si incontra costantemente, con maggiore efficacia (il volontariato organizza anche il trasporto, se necessario).

Ai partecipanti vengono somministrate scale di valutazione standardizzate, all'inizio ed a distanza di 6 mesi dall'intervento, con l'obiettivo di valutare l'efficacia in diversi ambiti: cognitivo, affettivo, funzionale e comportamentale. Per il paziente, si usano strumenti validati:

- *Mini Mental State Examination* - MMSE (Folstein, 1975; Magni et al., 1996)
- *Geriatric Depression Scale* - GDS (Yesavage, 1986)
- Attività di base della vita quotidiana - BADL (Katz et al., 1963)
- Attività strumentali della vita quotidiana - IADL (Lawton e Brody, 1969),
- *UCLA Neuropsychiatric Inventory* (Cummings et al., 1994; Binetti et al., 1998).

Prima dell'intervento, ed al *follow up*, anche ai familiari vengono somministrate scale di valutazione che consentono di esaminare la percezione della qualità

di vita (*Quality of Life-AD*, Logsdon et al., 1999) e del carico assistenziale (*Caregiver Burden Inventory*, Novak et al., 1989).

Le modalità di svolgimento dei singoli incontri non differiscono da quelle predisposte da Bere Miesen, ed hanno l'obiettivo di garantire accoglienza e serenità nei frequentatori, come se si ritrovasse in un ambiente rilassante (appunto, un Caffè). Schematicamente, ogni incontro può essere suddiviso in 5 parti: la prima è naturalmente l'accoglienza, perché, come avviene in un normale Caffè, i visitatori arrivano a poco a poco e deve essere lasciato loro il tempo di accomodarsi e bere qualcosa, ambientarsi. In questa fase iniziale gli organizzatori accolgono i nuovi arrivati, favorendo la socializzazione. Segue una parte "formale" per i familiari (presentazione di un video sulla malattia, o conferenza da parte di un esperto) nella quale i *caregiver* possano apprendere informazioni utili. Nella terza parte, un intervallo con musica e bevande lascia libera possibilità all'interazione personale fra gli organizzatori, o l'esperto, ed i *caregiver* che preferiscono non fare domande in pubblico. Mentre i *caregiver* sono impegnati altro personale si dedica ai malati, organizzando attività piacevoli. Al termine dell'intervallo si apre la discussione tra tutti coloro che vogliono dare il proprio contributo: spazio aperto a commenti, considerazioni personali, richieste, condivisione di esperienze.

Al termine del dibattito inizia la fase conclusiva dell'incontro nella quale si lascia spazio all'atmosfera informale del Caffè. Alcuni andranno via quasi subito, altri, invece, approfitteranno di questo momento per parlare con altri familiari, ascoltare le loro storie, o con gli specialisti, bevendo un drink. In alcuni Alzheimer Caffè al termine dell'incontro si balla e si canta, mentre in altri i visitatori possono annotare le proprie impressioni sull'incontro su una sorta di "diario di bordo". Ciò può essere utile per valutare l'andamento del Caffè. Gli organizzatori possono anche utilizzare questo momento informale per discutere con i partecipanti relativamente ad eventuali argomenti di futuri incontri.

ATTIVITÀ CON LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA E CON IL FAMILIARE

Per il malato è importante entrare in contatto con le persone, vivere un incontro in una situazione di serenità. Pertanto vengono soprattutto proposte attività di

gruppo: interventi il cui intento è sollecitare e mantenere un ottimale livello delle funzioni fisiche, psicologiche e sociali, mediante attività ludico-ricreative che siano rispondenti ai bisogni ed alle necessità della persona. In base allo scopo da raggiungere, le attività proposte sono lavori pratici, manuali, passeggiate all'aperto, motricità finalizzata, *pet-therapy*, attività indirizzate alle capacità cognitive (gioco a carte, canto e lettura, fotografie, preparazione di piccoli oggetti), attività che agiscono sulla capacità di ogni individuo di definire il proprio sé ed essere in grado di rapportarsi con gli altri (merenda, feste, balli). Si propongono attività in piccoli gruppi al fine di favorire la socializzazione e stimolare la partecipazione. È fondamentale proporre anche interventi individuali, quali, ad esempio, cicli di stimolazione cognitiva, in base alle singole necessità.

ATTIVITÀ CON I FAMILIARI

Per il familiare è importante poter parlare con persone competenti, dalle quali ricevere informazioni su come comportarsi, sul significato della malattia e sulle possibili forme di assistenza attuabili. Il Caffè rappresenta uno spazio di condivisione del problema, di scambio e acquisizione di nuove conoscenze per i familiari, ma anche di promozione del benessere. I familiari possono partecipare alle attività dirette al proprio caro mettendosi in gioco e riscoprendo, in questo modo, la bellezza del "fare insieme".

I *caregiver* possono inoltre svolgere attività parallele a quelle proposte ai malati, come partecipare a incontri informativi e formativi su tematiche relative alla demenza o su altri argomenti (alimentazione, malattie somatiche, aspetti economici) e partecipare a momenti di gruppo, confronto e scambio di esperienze. Le attività col *caregiver* si dividono in due gruppi: *in primis*, gli aiuti pratici. Il Caffè può aiutare il familiare nella preparazione alle fasi successive della malattia, tramite l'informazione sull'evoluzione dei sintomi, quanto sulla condivisione di esperienze con altri familiari; inoltre, il Caffè può essere considerato un luogo sicuro dove il familiare può lasciare l'assistito per qualche ora, anche solo per dedicare tempo a se stesso in assoluta tranquillità. L'altro aspetto è quello del sostegno psicologico: nel Caffè si favorisce il dialogo tra i *caregiver* secondo modalità di aiuto e confronto reciproco, oppure si cerca di facilitare la rielaborazione del proprio vissuto tramite un dialogo individuale. Il

MATERIALI DI LAVORO

Cafè diventa inoltre un momento formativo-informativo dove il caregiver può ricevere chiarimenti sulla malattia, sulla sua evoluzione e su comportamenti, interventi e accorgimenti da adottare.

UNA CONCLUSIONE APERTA

Gli Alzheimer Cafè sono eventi emergenti dal bisogno di supporto psicologico e sociale, che integrano quanto è stato fatto, a partire dagli anni '90, per le demenze. I primi dati indicano il loro beneficio sullo stress e sull'isolamento sociale del malato e della famiglia. La sensazione di poter contare su qualcuno che ascolta, condivide ed aiuta, e contemporaneamente ricevere una cura specifica per il proprio familiare malato, sono gli elementi vincenti di questa nuova modalità di gestione della malattia.

Gli Alzheimer Cafè hanno bisogno, tuttavia, di fare un salto di qualità in termini organizzativi: obiettivo del Coordinamento di Bergamo e Brescia è proprio la creazione di programmi specifici su obiettivi perseguibili ed individualizzati, metodiche di valutazione ed intervento standardizzate che possano essere "esportate" e diffuse anche ad altri.

È necessario, inoltre, dimostrare i risultati dell'intervento sia su obiettivi intuitivi (benessere del paziente e del familiare) quanto su outcome forti (cognitività, disturbi del comportamento, istituzionalizzazione) perché si mantenga viva questa preziosa risorsa. I dati futuri ci aiuteranno ad indirizzare al meglio la attività degli Alzheimer Cafè, nell'ottica di una cura sempre più vicina a chi soffre.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione i partecipanti al Coordinamento degli Alzheimer Cafè di Bergamo e Brescia:

Stefano Boffelli (Bergamo), Diego Ghianda (Brescia), Nicola Berruti (Brescia), Sara Avanzini (Brescia), Paola Li Bassi (Brescia), Fabrizio Mercurio (Bergamo), Barbara Brignoli e Bianca Radici (Bergamo), Elena Mafezzoli e Alessandra Rodella (Brescia), Stefania Tosoni e Gabriella Rossignoli (Brescia).

BIBLIOGRAFIA

Banerjee S, Wills R, Matthews D, et al. Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 782-788.

Berruti N, Avanzini S, Podda F. Caffè Alzheimer: un progetto per dare una risposta ai bisogni degli anziani affetti da demenza e delle loro famiglie. *Psicogeriatría* 2013; 1: 191.

Binetti G, Mega M, Magni E, et al. Behavioral disorders in Alzheimer disease: a transcultural perspective. *Arch Neurol* 1998;55, 539-544.

Boffelli S, Padovani A, Rozzini R, Rozzini L, Trabucchi M, Zanetti O, et al. (a cura di). Il PDTA di diagnosi e trattamento della demenza. ASL di Brescia; www.aslbrescia.it, 2011.

Cassinadi A, Boffelli S, Berruti N, Avanzini S, Podda F, Radici B, Li Bassi P, Trabucchi M. Alzheimer Cafè: una esperienza "in fieri" per il malato ed il familiare. *Giorn Gerontol* 2013;6:512.

Chattat R, Barbani E, La Mantia F, Mazzoni L. Di Cafè in Cafè. Tra Alzheimer Cafè e Meeting Center, un percorso che prende forma. Bologna, Volabo Ed., 2010.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. Titolo? The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44, 2308-2314.

Dröes RM, Breebaart E, Meiland FJM, Tilburg W van, Mellenbergh GJ. Effect of Meeting Centres Support Programme on feeling of competence of family caregivers and delay of institutionalization of people with dementia. *Aging & Mental Health* 2004;8(3):201-211.

Dröes, RM, Meiland FJM, Schmitz M, van Tilburg W, Effect of the Meeting Centres Support Programme on informal carers of people with dementia: Results from a multi-centre study. *Aging & Mental Health* 2006;10 (2):112-24.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research* 1975;12(3):189-98.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Jama* 1963;21(185):914-919.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9(3):179-186.

Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Ten L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging* 1999;5(1):21-32.

Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M. Mini-mental state examination: a normative study a normative study in Italian elderly population European". *Journal of Neurology* 1996;3:1-5.

Meiland, FJM, Dröes RM, Lange J de, Vernooy-Dassen MJJ. Facilitators and barriers in the implementation of the meeting centres model for people with dementia and their carers. *Health Policy* 2005;71(2): 243-53.

Miesen B, Blom M. The Alzheimer cafè. A guideline manual for setting one up. 2001.

Miesen B, Jones GMM. The Alzheimer Cafè Concept - Caregiving in dementia - Research and applications 2001, Vol 3. Brunner Routledge, Taylor & Francis Group.

Novak M, Guest C. Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist* 1989;29:798-803.

Ostø J, Dröes RM. A meeting center for people from Surinam with dementia and their informal caregivers. Development and implementation of

culture specific combined support. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005;36 (6):232-42.

Schnijvers EMC, et al. Is incidence of dementia declining? Neurology 2012; 778:1456-63.

Smits CH, de Lange J, Dröes RM, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot AM. Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2007;22(12):1181-93.

Yesavage JA, et al. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. A Guide to Assessment and Intervention. Clinical Gerontology 1986; 5: 165-173.

Trabucchi M, Boffelli S. La gestione del paziente demente. Critical Medicine Publishing - Roma 2004.

Trabucchi M, et al. Le demenze III Ed. UTET, 2007.

Trabucchi M. Alzheimer Caffè, la ricchezza di un'esperienza. Unicredit Foundation Ed, Verona, 2012.

Formare al lavoro in *équipe*: condividere saperi, significati, valori. Un percorso di formazione attraverso l'auto mutuo aiuto e la meditazione

Antonino Frustaglia, Marco Gatti, Piera Monti, Paola Zinna

Istituto "Piero Redaelli", Sede di Vimodrone (MI)

INTRODUZIONE

Una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) ha bisogno di operatori affidabili, presenti, responsabili, consapevoli, attenti, formati tecnicamente, umanamente e con uno spiccato senso di appartenenza ad essa. Ha inoltre bisogno di ottimizzare e contenere i costi per la sostituzione delle assenze del personale. Questo risultato si può conseguire cercando di aumentare la sensibilità, la responsabilità, il senso di soddisfazione e il senso di appartenenza dei dipendenti. Un tale cambiamento consente di avere personale sempre più presente, contribuendo a contenere gli oneri derivanti dall'impiego di personale proveniente da cooperative per integrazioni o sostituzioni.

Gli operatori, dal loro punto di vista, hanno bisogno di trovare il senso del loro agire quotidiano e motivo di soddisfazione dal loro ruolo all'interno dell'azienda. Hanno necessità di riscoprire i valori profondi che li hanno indotti a scegliere una professione d'aiuto (Alliger e Janak, 1989; Alliger e Tannenbaum, Bennet et al., 1997; Argyris, 1993; Baraldi e Cifalinò, 2009).

Nel presente studio si è sperimentato un percorso applicando la tecnica dell'Auto Mutuo Aiuto associata alla Meditazione. Il percorso è stato attivato per il personale –operatori addetti all'assistenza, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali e medici– di un reparto di RSA per valutarne gli effetti sulla gestione del reparto, sull'autostima, sul senso di appartenenza e nei rapporti infra ed inter professionali. La ricaduta a distanza attesa è un migliora-

mento della qualità delle attività socio sanitarie percepita anche dai degenti.

OBIETTIVI E SCOPO

Gli obiettivi dell'intervento attuato possono essere così riassunti:

1. Formare il personale a trovare soluzioni condivise in ambito lavorativo e relazionale con l'utilizzo del metodo dell'Auto Mutuo Aiuto associato alla Meditazione.
2. Rinforzare il senso di autostima e fiducia della propria e altrui capacità di affrontare e risolvere problemi operativi e conflitti all'interno del gruppo di lavoro.

I metodi adottati consentono agli operatori che presentano scarsa autostima di acquisire consapevolezza del proprio valore, ossia che *"la mia presenza nell'équipe ha il senso di realizzare al meglio il progetto operativo che abbiamo scelto e condiviso, la mia presenza serve a contribuire a realizzare l'obiettivo che ci siamo proposti"*. La consapevolezza del proprio valore, della responsabilità nella comunità e il patto di impegno contratto con i colleghi, diventano la chiave di accesso alla realizzazione di un'équipe matura e radicata nei valori comuni condivisi. Ciò consente all'azienda la vera fidelizzazione dei collaboratori e, nel contempo, un risparmio economico diretto sui costi del personale. Consente, inoltre, una migliore relazione tra operatori: con il gruppo dirigente vissuto come corresponsabile, con gli ospiti e i loro familiari percepiti come alleati. La tecnica dell'Auto Mutuo Aiuto

to (AMA), associata alla Meditazione, orienta gli operatori verso la capacità di esprimere i propri pensieri in modo assertivo e condividere gli obiettivi comuni. In particolare, la meditazione permette di rilevare rapidamente e conoscere i valori, gli scopi ed i significati presenti nel proprio mondo interiore personale (il sé profondo) e, oltre al livello intellettuale, scoprire i propri talenti e condividerli con gli altri operatori affinché divengano "nutrimento" interiore collettivo in grado di far agire in coerenza con essi.

MATERIALI E METODI

Tra agosto e ottobre 2012 si è realizzato un primo ciclo complessivo di 15 incontri a cadenza settimanale, della durata ciascuno di 90 minuti, alternando interventi di condivisione assertiva dei problemi emergenti in reparto attraverso la tecnica AMA e interventi di Meditazione sul proprio mondo interiore, sui valori che reggono la propria esistenza. Il gruppo con cui si è realizzato l'intervento era costituito da tutto il personale (29 operatori) del Reparto I/1 a cui era proposto di partecipare liberamente, nel rispetto dei turni di lavoro, sia agli incontri di AMA che di Meditazione.

Durante gli incontri (realizzati a fine turno del mattino ed inizio turno del pomeriggio al fine di favorire la massima partecipazione) il personale, attraverso la tecnica AMA, ha analizzato i comportamenti personali all'interno del gruppo cercando, con la facilitazione offerta dallo psicologo, soluzioni ai temi emergenti e, con la Meditazione, di individuare i valori che muovono il proprio agire, sia a livello professionale sia personale, condividendo, se desiderato, quanto emerso. Il gruppo è stato valutato all'ingresso, e alla fine del primo ciclo di incontri, con 3 test psicometrici valutativi: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), *General Self-Efficacy scale* (GSE) e *Scala per la percezione del Clima Organizzativo* (SCO). Il gruppo di intervento è stato confrontato con un gruppo di controllo individuato nel Reparto I/5 simile per tipologia di servizio, operatori ed ospiti.

I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

I primi esempi di AMA risalgono ai testi *self-help* di

Smiles (Smiles, 1859) nel 1859, e successivamente a *Mutual Aid* di Kropotkin nel 1902 (Kropotkin, 1902). È solo nel 1935 che viene costituito il primo gruppo AMA così come è modernamente concepito. Oggigiorno la definizione più utilizzata per un gruppo AMA è quella di Katz e Bender del 1976 (Katz e Bender, 1976): "i gruppi di *self-help* sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto ed al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o problema di vita oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali". Essi, dunque, costituiscono uno spazio e un tempo protetti all'interno dei quali le persone possono confrontarsi portando ognuna i propri vissuti, le proprie emozioni, le proprie opinioni e anche le proprie paure, così che sia possibile, nel reciproco ascolto, aiutarsi aiutando gli altri.

Lo stesso facilitatore non assume un ruolo direttivo, non guida, e nemmeno consiglia, ma è "un mediatore che insegna a mediare, una persona che rende fluida la comunicazione, che trasmette la capacità di arrestare il flusso di coscienza per ragionare, per dare un nome ai disagi, per districare la matassa del conflitto e renderlo riconoscibile e accettabile" (Castiglioni, 2002).

Un esempio di traccia usata come premessa al senso e allo sviluppo degli incontri è stato condividere il senso del comportamento assertivo che si ha quando si affermano i propri punti di vista, senza prevaricare l'altro, ma evitando di essere prevaricati a nostra volta. Essere assertivi ci aiuta a:

- esprimere le nostre emozioni e idee, sviluppando auto-consapevolezza rispetto al modo in cui interagiamo con gli altri;
- ascoltare l'altro, le sue emozioni, le sue opinioni, i suoi obiettivi e i suoi bisogni; risolvere situazioni critiche/confittuali e i problemi relazionali che talvolta si creano.

L'assertività non è dunque il COSA ci diciamo, ma il COME ce lo diciamo (Fig. 1).

LA MEDITAZIONE

La meditazione è un'attitudine naturale che consente di riflettere e di interiorizzare portando ad

ESPERIENZE

uno stato di consapevolezza profondo riguardo al valore che si attribuisce alla vita personale affettiva e professionale.

Vi sono numerose tecniche di meditazione; quella adottata nello studio attuale ha preso lo spunto dalla Meditazione Metodo Trasmuda® e dal Counseling esistenziale dell'Istituto di Scienze Umane ed Esistenziali (ISUE) riadattati e specificati per rispondere alle esigenze del personale socio-sanitario.

RISULTATI

Attraverso i tre test psicometrici utilizzati (Fig. 2) si sono rilevate le modificazioni psicologiche e comportamentali del personale prima e dopo il ciclo delle azioni formative comprendenti l'AMA e la Meditazione. I risultati ottenuti (Graf. 1) ai test nel gruppo di intervento (reparto I/1) sono stati confrontati con quelli del gruppo di controllo (reparto I/5). Gli operatori del gruppo di intervento hanno eseguito i tre test all'inizio (T1) e alla fine dell'attività formativa (T2).

Vengono di seguito riportati i risultati osservati nelle valutazioni ai test per le differenze tra gruppo di intervento e gruppo di controllo secondo l'ordine in cui sono state condotte le analisi statistiche sugli

stessi, effettuate attraverso l'uso del software SPSS versione 13.0 per Windows.

I sentimenti di autoefficacia percepita sembrano correlare negativamente con la sottoscala Esaurimento Emotivo del test *Maslach Burnout Inventory* ($r=-.518$, $p=.010$), e positivamente con la sottoscala Realizzazione Personale del medesimo strumento ($r=.419$, $p=.042$). Essi correlano molto debolmente, e negativamente, con la sottoscala Organizzazione della Struttura della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo ($r=-.380$, $p=.067$).

La sottoscala Esaurimento Emotivo correla negativamente con la sottoscala Relazioni coi Colleghi della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo ($r=-.402$, $p=.052$), mentre la sottoscala Depersonalizzazione correla negativamente con la sottoscala Realizzazione Personale ($r=-.574$, $p=.003$).

La sottoscala Leadership della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo correla positivamente con la sottoscala Relazioni coi colleghi del medesimo strumento ($r=.830$, $p=.000$), mentre la sottoscala Organizzazione della Struttura correla positivamente con la sottoscala Esaurimento Emotivo del test *Maslach Burnout Inventory* ($r=.478$, $p=.018$) e molto debolmente, e negativamente, coi sentimenti di autoefficacia percepiti misurati dal test GSE ($r=-.380$, $p=.067$).

AVERE OBIETTIVI CHIARI:

sapere per che cosa si sta discutendo, evitando di andare "fuori tema" e riportando la conversazione entro i binari, se necessario.

SAPER ASCOLTARE:

essere aperti e ricettivi rispetto alle idee e opinioni altrui. Solo in questo modo è possibile parlare ad un livello paritario.

METTERSI IN GIOCO ED ESPRIMERSI:

essere assertivi significa assumersi il rischio di esporsi, scegliendo consapevolmente di affermare le proprie idee e, se necessario, di saper dire di no.

CRITICARE IN MANIERA COSTRUTTIVA:

le critiche non sono armi per ferire (la persona), ma al contrario straordinarie opportunità di crescita collettiva (la prestazione).

SAPER AMMETTERE I PROPRI SBAGLI:

uno sbaglio è qualcosa che capita di fare, e sul quale non si ha più potere di intervento. Non ammettere uno sbaglio è precludersi la possibilità, per il futuro, di migliorare.

PARLARE IN PRIMA PERSONA:

dire all'altro che LUI fa una certa cosa, per quanto vero, può farlo sentire attaccato e giudicato spingendolo a una reazione difensiva che limita il dialogo. Parlare in prima persona evita questo meccanismo, mettendo il nostro interlocutore di fronte a dei vissuti personali insindacabili, ai quali non potrà che rispondere per quello che sono: la manifestazione di un sentimento derivante dal suo comportamento. Non "tu mi fai star male", ma "quando tu fai questo io mi sento così"; non "non è normale che", ma "io non sono d'accordo".

Figura 1 - Come essere assertivi.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

È una scala finalizzata alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi socio-sanitari. Lo strumento è composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno". Inoltre il MBI concepisce il burnout non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco. Le scale che costituiscono il MBI sono: a) esaurimento emotivo, che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; b) depersonalizzazione, che misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio; c) realizzazione personale, che valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. Il tempo medio stimato per la somministrazione è di circa 10 minuti (Maslach e Jackson, 1981; Singati e Stefanile, 1991).

General Self-Efficacy Scale (GSE)

È una scala di misurazione del sentimento di autoefficacia percepita sviluppata da Schwarzer e Jerusalem. È composta da 10 item su scala Likert da 0 a 3, dove il punteggio cresce proporzionalmente al crescere dell'autoefficacia percepita dal soggetto. Il punteggio totale così ottenuto ha un range possibile compreso tra 10 e 40 punti, che si ottiene semplicemente sommando le 10 risposte fornite a ciascun quesito. Il tempo medio di somministrazione è di circa 5 minuti (Jerusalem e Schwarzer, 1992).

Scala per la percezione del Clima Organizzativo (SCO)

È una scala formata da 31 item, riferita alla qualità percepita e al buon funzionamento di vari aspetti strutturali e relazionali dell'ambiente di lavoro. È stata sviluppata da Ripamonti, Monzani, Preti e Steca (2011). Le dimensioni indagate dalla stessa sono:

- la leadership (costituita dagli item 1, 3, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31); questa dimensione si riferisce alla chiarezza degli obiettivi dichiarati e alla corrispondenza tra questi e i provvedimenti presi, alla possibilità di riconoscimenti e alle opportunità di crescita offerte ai componenti della struttura, alla chiarezza nella trasmissione di informazioni, nella pianificazione delle attività e nella presa di decisioni, alla trasparenza nelle relazioni con il responsabile e nei criteri di valutazione e di attribuzione degli incarichi, alla disponibilità di risorse per svolgere la propria attività lavorativa;
- la qualità delle relazioni con i colleghi (costituita dagli item 2, 4, 5, 6, 20, 22, 23, 24); riguarda il grado di collaborazione, stima e fiducia tra i colleghi della struttura;
- l'organizzazione della struttura (costituita dagli item 9, 11, 19, 26); si riferisce alla definizione dei ruoli, delle mansioni e degli orari di lavoro, alla quantità e intensità del lavoro svolto.

Il punteggio per ogni sottoscala va da 1 (sono fortemente in disaccordo) a 5 (sono fortemente d'accordo). Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi per ciascun item che compongono la singola scala. Il tempo medio di somministrazione è di circa 5 minuti.

Figura 2 - Sintesi descrittiva dei test utilizzati.

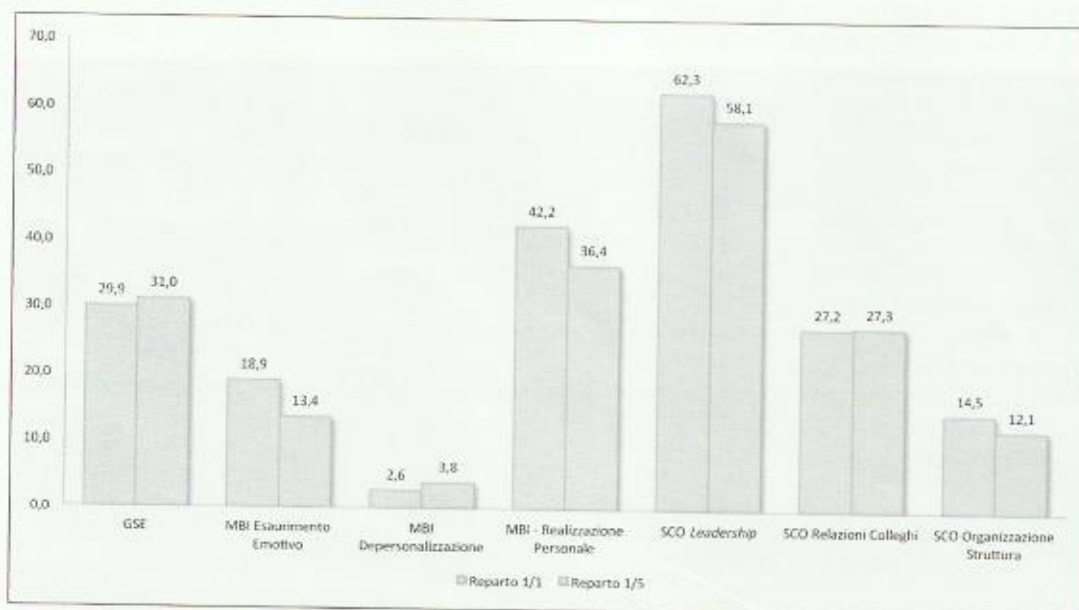


Grafico 1 - Media dei punteggi iniziali rilevati nei due gruppi, intervento e controllo, posti a confronto.

RELAZIONE DIRETTA TRA AMBIENTE DI LAVORO E VARIABILI CONSIDERATE NEL GRUPPO DI INTERVENTO E DI CONTROLLO

L'analisi delle medie dei punteggi ottenute nei vari test e sottoscale (Graf. 1) dei reparti indagati evidenzia che: il livello dei sentimenti di autoefficacia percepita, misurato attraverso il test GSE, risulta nella norma per entrambi i campioni (media 29.48, deviazione standard 5.13), al pari delle sottoscale l'esaurimento Emotivo (media 20.2, ds 11.3, con valore soglia \leq 21) e la Depersonalizzazione (media 7.0, ds 5.9, con valore soglia \leq 8) del test MBI.

Risultano nella norma i punteggi della sottoscala Realizzazione Personale (media 32.5, ds 8.7, con valore soglia \geq 28) 42.21 per il gruppo di intervento e 36.40 nel gruppo di controllo. Nel gruppo di intervento, tuttavia, i punteggi a T1 risultano 1 ds sopra la media della popolazione.

Per quanto riguarda la Scala per la Percezione del Clima Organizzativo, pur in assenza di punteggi normativi, in entrambi i campioni i punteggi ottenuti si situano nel terzo quartile, indicando livelli medio-alti degli indicatori *leadership*, relazioni coi colleghi e organizzazione della struttura.

Non si evidenziano differenze di punteggio statisticamente significative, sebbene interessanti appaiano i risultati ottenuti dal confronto delle medie nei due gruppi alla sottoscala *Realizzazione Personale* del test MBI e alla sottoscala *Organizzazione della Struttura* del test SCO. Queste presentano p-value rispettivamente di .086 e .067, non entro la soglia di attendibilità di .05, ma sicuramente interessanti soprattutto nell'ottica di un nuovo confronto a T3 per il gruppo di intervento (Tab. 1).

AMBIENTE DI LAVORO E VARIABILI CONSIDERATE NEL GRUPPO DI INTERVENTO A T1 E T2

Anche in questo caso, l'analisi delle medie dei punteggi ottenuti restituisce una situazione fondamentalmente invariata rispetto a quanto rilevato precedentemente. Il livello di sentimenti di autoefficacia percepita misurati attraverso il test GSE risulta nella norma sia all'inizio del ciclo che alla fine (media 29.48, ds 5.13), al pari delle sottoscale. Lo stesso risultato è valso per l'Esaurimento Emotivo all'inizio 18,93 ed alla fine del ciclo formativo 16,27 (media 20.2, ds 11.3, con valore soglia \leq 21) e la Depersonalizzazione 2,64 e alla fine del ciclo 1,73 del test MBI. I punteggi della sottoscala Realizzazione Personale 42,21 e 42,91 permangono sopra la media (Graf. 2).

Tabella 1 - Significatività della differenza di punteggi delle variabili di considerate outcome nei due campioni.

Scala/Sottoscala	Significatività
GSE	$\beta = -.146$, $t(22) = -.700$, $p = .491$
MBI - Esaurimento Emotivo	$\beta = .300$, $t(22) = 1.489$, $p = .151$
MBI - Depersonalizzazione	$\beta = -.171$, $t(22) = -.815$, $p = .424$
MBI - Realizzazione Personale	$\beta = .358$, $t(22) = 1.799$, $p = .086$
SCO - Leadership	$\beta = .118$, $t(22) = .557$, $p = .583$
SCO - Relazioni con i Colleghi	$\beta = -.015$, $t(22) = -.071$, $p = .944$
SCO - Organizzazione della Struttura	$\beta = .381$, $t(22) = 1.930$, $p = .067$

Per quanto riguarda la Scala per la Percezione del Clima Organizzativo (SCO), pur in assenza di punteggi normativi, i punteggi ottenuti per Leadership all'inizio 62,29 ed alla fine 61,09; relazioni coi colleghi all'inizio 27,17 e alla fine 27,00; e l'organizzazione di struttura all'inizio 14,50 e a T2 12,91 si situano nel terzo quartile, indicando livelli medio-alti dell'*outcome* misurato.

L'analisi delle medie dei punteggi nei due gruppi, effettuata attraverso regressioni lineari semplici, non evidenzia differenze significative da un punto di vista statistico ($p < 0,05$) (Tab. 2), bensì alcuni punti di interesse. Nei Grafici 3 e 4, nel dettaglio per i singoli test e sottoscale, si osserva la variazione dei punteggi ottenuti nel gruppo di intervento a T1 e T2. In particolare, nel Grafico 3 si osservano i valori medi ottenuti at-

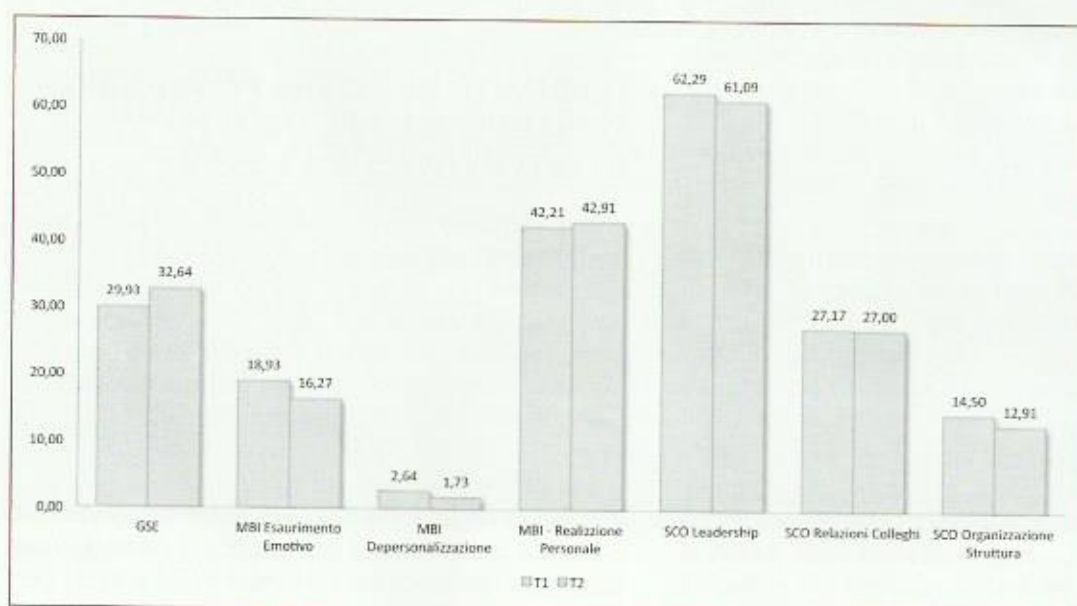


Grafico 2 - Medie punteggi ottenuti dall'analisi del gruppo di intervento a T1 e T2.

Tabella 2 - Significatività della differenza di punteggi delle variabili di *outcome* considerate nei due campioni.

Scala/Sottoscala	Significatività
GSE	$\beta = -.327$, $t(23) = 2.842$, $p = .105$
MBI - Esaurimento Emotivo	$\beta = .300$, $t(22) = .531$, $p = .601$
MBI - Depersonalizzazione	$\beta = .127$, $t(22) = .624$, $p = .539$
MBI - Realizzazione Personale	$\beta = -.059$, $t(22) = -.285$, $p = .778$
SCO - Leadership	$\beta = .031$, $t(22) = .149$, $p = .883$
SCO - Relazioni con i Collegli	$\beta = .005$, $t(22) = .024$, $p = .981$
SCO - Organizzazione della Struttura	$\beta = .241$, $t(22) = 1.206$, $p = .240$

ESPERIENZE

traverso la *General Self-Efficacy Scale*: 29,93 a T1 e 32,64 a T2. Tale variazione di punteggio medio, pur non essendo statisticamente significativa ($.105$), risulta interessante se comparata a quella degli altri *outcome* misurati, soprattutto tenuto conto dei soli 3 mesi di distanza tra una misurazione e l'altra. Un dato degno di nota, dunque, il cui *trend* di crescita andrà valutato più attentamente, ed eventualmente confermato, a T3.

Nel Grafico 4 i valori medi dell'item dell'esaurimento emotivo del *Maslach Burnout Inventory* sono a T1 18,93 e a T2 16,27. Sempre nel Grafico 4 è descritto l'item della realizzazione personale con valori medi di 42,21 a T1 e 42,91 a T2; nello stesso grafico si osserva il livello di depersonalizzazione che dall'iniziale 2,64 diminuisce a 1,73 a T2.

Il Grafico 5 mostra invece l'andamento dei punteggi ottenuti nella Scala per la Percezione del Clima Or-

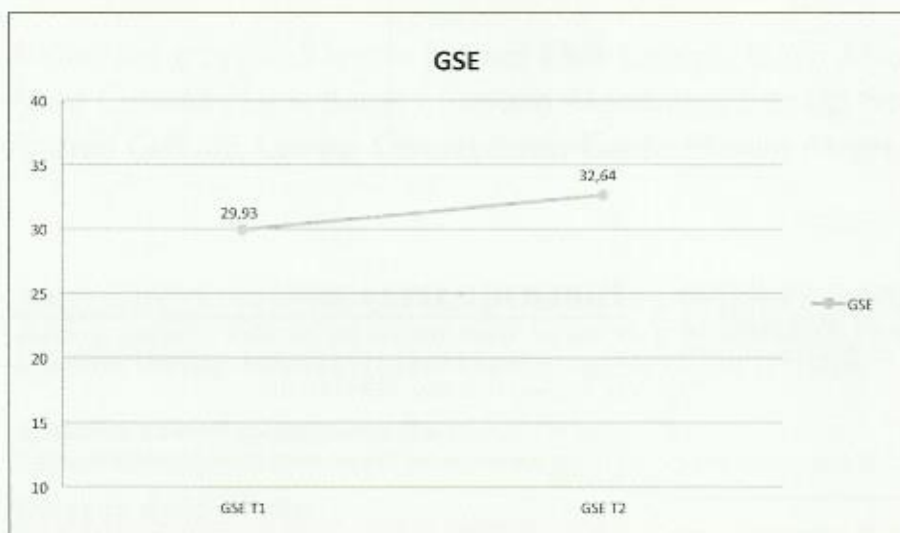


Grafico 3 - Medie dei punteggi al test *General Self-Efficacy Scale* (GSE) a T1 e T2.

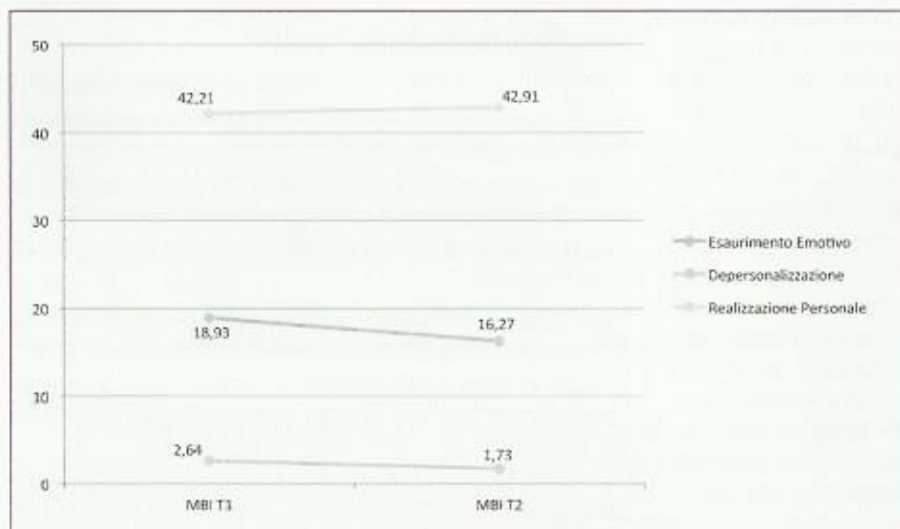


Grafico 4 - Medie dei punteggi del test *MBI* esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale a T1 e T2.

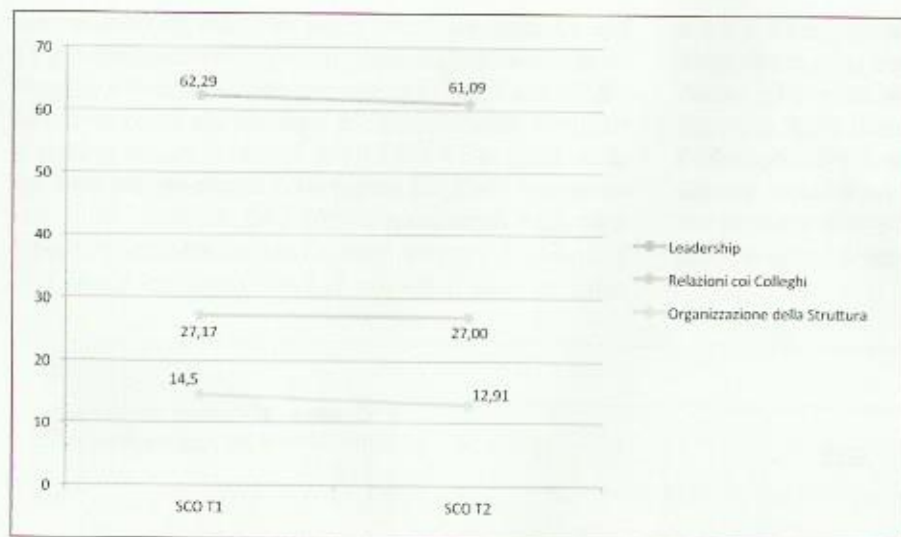


Grafico 5 - Medie dei punteggi della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo (SCO) a T1 e T2.

ganizzativo (SCO). Inaspettatamente, questi diminuiscono, pur trattandosi di variazioni non statisticamente significative caratterizzate da p-value rispettivamente di .883, .982, .240.

CONCLUSIONI

Le riflessioni degli operatori, il livello di consapevolezza e il benessere lavorativo esplicitato durante gli incontri e nel comportamento in reparto, incoraggiano a proseguire lo studio per valutare quale possa essere l'impatto economico di questa nuova proposta di formazione che ha coinvolto, complessivamente, la maggior parte degli operatori a cui l'iniziativa era rivolta (oltre il 60% ha partecipato alla metà degli incontri fermandosi anche oltre l'orario di servizio), con miglioramenti osservati e autoriferiti nella qualità delle relazioni tra operatori sia sul piano professionale sia personale. I risultati economici di gestione ordinaria (costo per la sostituzione del personale assente, frequenza delle assenze, ecc.) nel reparto sperimentale rispetto al reparto di controllo non sono, allo stato attuale della sperimentazione, significativi. Tuttavia il trend evidenziato nelle ultime settimane di sperimentazione fa intravedere una riduzione delle assenze per malattia, con relativo risparmio nella sostituzione del personale (costo che incide del 70% circa sul bilancio dell'azienda sede della sperimentazione).

BIBLIOGRAFIA

- Alliger GM, Janak EA. Kirkpatrick's Levels of Training Criteria: Thirty Years Later. *Personnel Psychology*. 1989; 42:331-342.
- Alliger GM, Tannenbaum SI, Bennett W, Trave H, Shotland A. A Meta-Analysis of the Relations Among Training Criteria. *Personnel Psychology* 1997; 50: 341-358
- Argyris C. Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. Jossey-Bass San Francisco 1993.
- Baraldi S, Cifalino A. Training programs and performance measurement: Evidence from healthcare organizations. *Journal of Human Resource Costing and Accounting* 2009; 13 (4): 294-315.
- Smiles S. Self-help. John Murray Londra. 1859.
- Kropotkin P. Mutual Aid: a factor of evolution. William Heinemann, Londra. 1902.
- Katz AH, Bender EI. The strength in us. Self-help grows in the modern world Franklin Watts New York, 1976.
- Castiglioni M. L'auto-aiuto: avvisi ai naviganti, in Tognetti Bordogna M., (a cura di), Promuovere i gruppi di self-help. Franco Angeli Milano, 2002.
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press 1981.
- Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burnout Inventory in Italia alla luce dell'analisi fattoriale confirmatoria. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1991; 200: 39-45.
- Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere 1992.
- Ripamonti CA, Monzani D, Preti E, Steca P. La realtà ospedaliera: analisi dei fattori coinvolti nel benessere dei medici e degli infermieri. *Rassegna di psicologia* 2011; 28(2), 69-84.

Valutazione di una strategia di interventi multipli e specifici nella riduzione delle cadute dei pazienti in un ospedale per acuti: uno studio controllato e randomizzato

A cura del gruppo di lavoro *Journal Club Collegio Ipasvi Milano-Lodi-Monza e Brianza*: Anna Castaldo, Loris Bonetti, Stefano Mantovani, Camilla Boeri, Gaetano De Angelis, Andrea Galbiati, Giorgio Carniel, Paola Gobbi, Miriam Magri, Giovanni Muttillio

Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. **Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial.** *J Adv Nurs* 2011 Sep;67(9):1984-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05646.x. Epub 2011 Apr 20.

Quesito/obiettivo dello studio

Valutare l'efficacia di una strategia di intervento mirata a ridurre il numero di cadute per i pazienti ad alto rischio.

Disegno dello Studio:

Studio Controllato e Randomizzato (*Randomised controlled trial-RCT*) della durata di 8 mesi, con una randomizzazione a blocchi e allocazione nascosta (*allocation concealed*). Tutti i pazienti sono stati analizzati nel gruppo originale di randomizzazione (*intention-to-treat analysis*).

Setting

Otto reparti di medicina di un ospedale di Singapore.

Partecipanti/Pazienti

Criteria di inclusione

Pazienti ammessi nei reparti di medicina:

- di età \geq 21 anni;
- identificati ad alto rischio di caduta attraverso la scala di valutazione di Hendrich (*Hendrich II Falls Risk model*)(1) con un punteggio \geq 5

Criteria di esclusione

Pazienti ricoverati prima dell'inizio dello studio;
Pazienti che erano caduti prima di una valutazione del rischio.

Intervento

Nel **gruppo di controllo** i pazienti ricevevano dagli infermieri di reparto l'assistenza abituale, secondo le linee guida ospedaliere basate sulle raccomandazioni ministeriali: valutazione dei fattori di rischio, campanello alla portata del paziente, spondine (a tre quarti), letto basso, braccialetto colorato al polso del paziente e notifica sulla scheda posta alla testata del letto per identificarlo a rischio di caduta, brevi

istruzioni ai pazienti su come utilizzare il campanello per richiedere assistenza, evitando di alzarsi da soli dal letto.

Nel **gruppo di intervento** i pazienti, oltre ad avere la consueta assistenza sopra descritta, ricevevano un programma di interventi basati sul loro profilo di rischio. Ad ogni fattore di rischio indagato con la **scala di valutazione di Hendrich** era associato un set appropriato di interventi, raccomandati da linee guida nazionali e internazionali finalizzate alla prevenzione delle cadute. Inoltre i pazienti (e i loro familiari, se i pazienti erano confusi) erano invitati a partecipare ad una sessione educativa di circa 30 minuti, con l'obiettivo di renderli consapevoli del loro rischio di caduta e di illustrare gli interventi specifici che avrebbero ricevuto.

Esiti (outcome)

Incidenza e severità delle cadute (rilevate attraverso il registro nazionale).

Risultati

I risultati si riferiscono a 1822 pazienti, di cui 912 del gruppo sperimentale e 910 del gruppo di controllo, con caratteristiche demografiche e cliniche sovrapponibili.

La percentuale di pazienti caduti era significativamente più bassa nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.

Gli interventi personalizzati, basati sui fattori di rischio presentati dal soggetto, rispetto alla normale assistenza, riducono il rischio di caduta di circa il 71%.

Conclusioni

La personalizzazione di interventi specifici basati sui fattori di rischio di ogni paziente sembra essere efficace nel ridurre le cadute nei pazienti ad alto rischio.

COMMENTO

Le cadute dei pazienti ospedalizzati rappresentano uno degli eventi avversi (annoverati tra gli eventi sentinella) per gli esiti che spesso ne derivano, sia nel breve (lesioni cutanee, fratture, paura di cadere) che nel lungo periodo (morte).

Complessivamente, la validità interna dello studio analizzato è consistente, non avendo rilevato particolari *bias* nella sua conduzione; tuttavia l'analisi statistica era limitata, perché basata su pochi casi. Inoltre la descrizione dell'intervento era incompleta, anche se gli Autori rinviavano alle raccomandazioni di alcune linee guida.

Il fatto che il programma individualizzato per il gruppo sperimentale fosse realizzato solo dai ricercatori pone delle incognite sull'applicabilità nella realtà clinica e di conseguenza sull'efficacia pratica (*effectiveness*) nel tempo. Tuttavia tale ruolo potrebbe essere assunto da un infermiere esperto nella valutazione e prevenzione delle cadute.

Inoltre, come gli Autori evidenziano, il programma

era rivolto ai pazienti ad alto rischio che però rappresentavano solo il 20% dei pazienti reclutati.

Ciò premesso, ulteriori studi sarebbero necessari per avvalorare tali risultati, e per ricercare ulteriori esiti anche nelle persone con un rischio moderato, aspetto non considerato dagli Autori.

Nonostante i limiti sopra riportati, i risultati dello studio sono molto rilevanti per la pratica assistenziale e potrebbero essere testati anche nel nostro contesto.

Non esistono ostacoli all'applicazione dei risultati poiché sono descritti i fattori facilitanti e gli ostacoli all'applicazione degli interventi preventivi sulle cadute. Va considerato però che lo studio ha il limite di essere stato applicato in un solo centro di studio. Le procedure tecniche e gli strumenti adottati sono descritti e riproducibili. Tuttavia l'applicazione dei risultati nel nostro contesto potrebbe necessitare di strategie che superino le resistenze culturali e che prevedano l'utilizzo di ausili come ad esempio letti bassi, che sono già abitualmente usati nel *setting* in cui è stato svolto lo studio.

In merito al Modello II di Hendrich sul rischio di caduta (in appendice la scala nella versione originale e

REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

nella traduzione italiana), uno studio di validazione condotto in un ospedale italiano (reparto di geriatria) **ha mostrato una buona** sensibilità¹ della scala (86%), ma una bassa specificità² (43% - un valore inferiore ri-

spetto allo studio di validazione originario condotto da Hendrich (Hendrich et al., 2003) e una buona affidabilità in termini di accordo tra i valutatori (*inter-rater reliability*), pari all'87% (Ivziku et al., 2011).

APPENDICE 1 - THE HENDRICH II FALL RISK MODEL (GRAY-MICELI, 2013)

Hendrich II Fall Risk Model		
RISK FACTOR	RISK POINTS	SCORE
Confusion/Disorientation/Impulsivity	4	
Symptomatic Depression	2	
Altered Elimination	1	
Dizziness/Vertigo	1	
Gender (Male)	1	
Any Administered Antiepileptics (anticonvulsants): [Carbamazepine, Divalproex Sodium, Ethotoin, Ethosuximide, Felbamate, Fosphenytoin, Gabapentin, Lamotrigine, Mephenytoin, Methsuximide, Phenobarbital, Phenytoin, Primidone, Topiramate, Trimethadione, Valproic Acid] ¹	2	
Any Administered Benzodiazepines: ² [Alprazolam, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate Dipotassium, Diazepam, Flurazepam, Halazepam ³ , Lorazepam, Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Triazolam]	1	
Get-Up-and-Go Test: "Rising from a Chair"		
If unable to assess, monitor for change in activity level, assess other risk factors, document both on patient chart with date and time.		
Ability to rise in single movement - No loss of balance with steps	0	
Pushes up, successful in one attempt	1	
Multiple attempts but successful	3	
Unable to rise without assistance during test	4	
If unable to assess, document this on the patient chart with the date and time.		
(A score of 5 or greater = High Risk)		TOTAL SCORE
© 2013 AHI of Indiana, Inc. All rights reserved. United States Patent No. 7,282,031 and U.S. Patent No. 7,682,308. Reproduction of copyright and patented materials without authorization is a violation of federal law.		

(in going Medication Review Updates)

¹ Loxetacorten (Kloroxin) was not assessed during the original research conducted to create the Hendrich Fall Risk Model. As an antiepileptic, loxetacorten does have a side effect of somnolence and dizziness which contributes to its fall risk and should be scored (effective June 2010).

² The study did not include the effect of benzodiazepine like drugs since they were not on the market at the time. However, due to their similarity in drug structure, mechanism of action and drug effects, they should also be scored (effective January 2002).

³ Halazepam was included in the study but is no longer available in the United States (effective June 2010).

¹ Capacità di un test di identificare i **soggetti che presentano la malattia** e corrisponde alla proporzione di soggetti realmente ammalati identificati come tali dal test.

² Capacità di un test di identificare i **soggetti che non presentano la malattia** e corrisponde alla proporzione di soggetti realmente sani che sono identificati come tali dal test.

APPENDICE 2 - THE HENDRICH II FALL RISK MODEL (TRADUZIONE ITALIANA) (MATARESE, IVZIKU, 2012)

Hendrich II Fall Risk Model®		
Fattori di rischio	Punteggio	
Confusione/disorientamento/impulsività (agitazione, allucinazioni, deficit di attenzione, disorientamento tempo/spazio/persona, incapacità di seguire ordini e indicazioni)	4	☐
Depressione sintomatica (non presenta interesse per la vita, mancanza di speranza, senza affetti e interessi, malinconia, dichiara di essere depresso)	2	☐
Eliminazione urinaria e fecale alterata (ad esempio nicturia, diarrea, incontinenza da stress o da urgenza, pz a cui è stato appena rimosso il catetere vescicale)	1	☐
Giramenti di testa/vertigini	1	☐
Sesso (Maschio)	1	☐
In terapia con antiepilettici (anticonvulsanti): (ad es. tegretol, zarontin, talora, gabapentin, neurontin, lamictal, fenobarbitale, gardenale, luminale, aurantin, dintoina, misogine, topamax)	2	☐
In terapia con benzodiazepine: (ad es. alprazolam, xanax, valeans, librium, reliberan, rivotril, transene, aliseum, ansiolin, diazepam, tranquil, valium, vatrán, dalmadorm, felison, lorazepam, control, tavor, zoloram, midazolam, ipnovel, serpax, normison, halcion, triazolam)	1	☐
Get-up-and-go test*: (seleziona una delle voci seguenti) * nel caso il paziente non sia valutabile in questa prova, monitorare i cambiamenti relativi al livello di attività, e valutare gli altri fattori di rischio, registrare nella cartella clinica del paziente con la data e l'ora		
Capace di alzarsi con un solo movimento – Non perde l'equilibrio facendo dei passi	0	☐
Si dà una spinta per alzarsi, con successo in un solo movimento	1	☐
Necessita di più tentativi, ma si alza con successo	3	☐
Incapace di alzarsi senza assistenza durante il test (oppure c'è una prescrizione medica che definisce la stessa cosa e/o si prescrive riposo assoluto a letto)	4	☐
TOTALE (uguale o maggiore di 5 = alto rischio)		

Riprodotta con il permesso di Ann Hendrich. Traduzione italiana e adattamento a cura di Ivziku & Matarese (4). L'uso della scala necessita di autorizzazione da parte dell'autore Ann Hendrich [e-mail: ahendrich@ascensionhealth.org].

BIBLIOGRAFIA

Gray-Miceli D. Fall Risk Assessment for Older Adults: The Hendrich II Fall Risk Model. Try This, Best Practices in Nursing Care to Older Adults Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Issue Number 8, Revised 2013.

Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research* 2003;16, 9-21.

Ivziku D, Matarese M, Pedone C. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(4), 468-74.

Matarese M, Ivziku D. Il modello Hendrich II per la valutazione del rischio di cadute per pazienti ospedalizzati. *L'Infermiere* N°6 - 2012.

“La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione”: un commento.

Pietro Vigorelli

Gruppo Anchise, Milano

L'interessante articolo di Anna Castaldo (Castaldo, 2013) si basa su precedenti revisioni della letteratura e, soprattutto, sulla linea guida proposta dalla *Registered Nursing Association of Ontario* (RNAO; <http://mao.ca>). L'articolo mette a fuoco la difficoltà di coniugare la tutela della sicurezza degli assistiti con la tutela della libertà personale.

La linea guida è compendiata in 12 raccomandazioni per la promozione di misure alternative alla contenzione, con diversi livelli di evidenze. Dalla lettura di queste raccomandazioni si può osservare che ben 4 su 12 sottolineano l'importanza del rapporto terapeutico e della collaborazione con la persona assistita oltre che, ovviamente, con la famiglia e il sostituto nelle decisioni (SDM):

- Raccomandazione 1: Gli infermieri stabiliscono un rapporto terapeutico con la persona assistita che è a rischio di danno per sé o/e per gli altri per prevenire l'uso di sistemi di contenzione.
- Raccomandazione 4: Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale e la persona assistita/famiglia/sostituto nelle decisioni (SDM), dovrebbero creare un piano di assistenza che si concentri su approcci alternativi all'uso della contenzione.
- Raccomandazione 5: Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero costantemente monitorare e rivalutare il piano di assistenza del cliente sulla base di osservazioni e/o condizioni espresse dalla persona assistita e/o dalla famiglia e/o dal SDM.
- Raccomandazione 11: Il modello di assistenza delle organizzazioni dovrebbe promuovere la collaborazione interprofessionale con la persona assistita/famiglia/SDM che supporta l'uso di me-

todi alternativi e prevenire l'uso dei sistemi di contenzione.

Considerato che i mezzi di contenzione sono applicati per prevenire le cadute e per gestire i disturbi psichici e comportamentali delle persone affette da demenza, si pone il problema se sia possibile, e come, stabilire un rapporto terapeutico e una collaborazione quando le persone assistite presentano deficit cognitivi.

UN PROBLEMA DI DIFFICILE SOLUZIONE

I deficit neuropsicologici delle demenze costituiscono un evidente ostacolo all'assistenza. Una persona affetta da demenza ha difficoltà a capire quello che le viene detto da chi l'assiste e, d'altra parte, ha difficoltà ad esprimersi e a farsi capire. Le difficoltà aumentano con l'aggravarsi della malattia, fino al punto in cui il paziente rinuncia allo sforzo di capire e di farsi capire e si chiude in se stesso; l'operatore, da parte sua, abbandona l'idea di considerare il paziente come un interlocutore valido, l'uso del linguaggio verbale e si rifugia nel linguaggio non verbale, potremmo dire, nel linguaggio dei fatti: l'operatore fa quello che deve fare per una “buona assistenza” e rinuncia al coinvolgimento dell'assistito perché il farlo risulta troppo difficile e frustrante.

Quando si verifica questa situazione, l'attuazione delle raccomandazioni 1, 4, 5, 11 risulta inapplicabile. Se si vuole trovare una soluzione a questo problema bisogna partire da lontano e l'*ApproccioCapacitante*TM (Vigorelli, 2012) può essere di aiuto.

LA PROPOSTA DELL'APPROCCIO CAPACITANTE™

Quando l'operatore non riesce a coinvolgere la persona affetta da demenza nella scelta del mezzo di contenzione per garantire la sua stessa sicurezza, questo succede perché si dà per scontato che il paziente non sia in grado di capire e di comunicare e, soprattutto, non sia in grado di collaborare a questa scelta. Questo è vero solo parzialmente. Capire, comunicare, collaborare, scegliere, non rispondono alla logica del tutto o nulla: una persona affetta da demenza può capire e comunicare un po' di più o un po' di meno a seconda della fase della malattia, a seconda del momento, a seconda di come parla il suo interlocutore.

L'*Approccio Capacitante™* parte dal presupposto che la persona affetta da demenza conservi a lungo, fino alla fase terminale, un certo grado di competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare e a decidere). L'operatore capacitante è sempre pronto a osservare e ad ascoltare con interesse per cercare le tracce di queste competenze elementari nel comportamento della persona con demenza. L'intervento capacitante si basa poi sul riconoscimento di queste competenze, nel momento in cui emergono, così come emergono. Faccio due esempi.

- Anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio l'operatore capacitante restituisce al paziente il riconoscimento della sua competenza a parlare restituendogli con le parole il senso del suo dire (restituzione del motivo narrativo), o più semplicemente il suono delle sue stesse parole (risposta in eco).
- Di fronte ad un comportamento oppositivo, l'operatore non pensa ad un disturbo comportamentale,

ma pensa piuttosto all'espressione estrema della competenza a contrattare e a decidere.

Se si riconoscono e si tengono vive le competenze elementari delle persone affette da demenza, fin dal primo giorno, momento per momento, tutti i giorni, quando sarà il momento di discutere sui mezzi di contenzione, sarà possibile farlo. Qualche volta si riuscirà davvero ad instaurare una comunicazione efficace, qualche volta invece lo scambio comunicativo sarà solo parziale. Non importa, l'importante è che il tentativo di comunicazione e di contrattazione ci sia. Il paziente può darsi che non riesca a capire quello che gli diciamo, ma sicuramente capisce la nostra intenzione di cercare di comunicare con lui; qualche volta non concorderà sulle nostre scelte, si opporrà e noi prenderemo sempre in seria considerazione le sue obiezioni, anche se faremo scelte diverse.

Riconoscere alla persona affetta da demenza un certo grado di competenza a contrattare e a decidere sulle cose che lo riguardano (ad esempio riguardo ai mezzi per prevenire le cadute) significa riconoscergli la dignità che gli compete e comporta una migliore *compliance* ai provvedimenti che devono essere presi.

BIBLIOGRAFIA

Castaldo A. La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione. *I luoghi della cura* 2013;2:26-30.

<http://mao.ca>

Vigorelli P. *Aria nuova nelle Case per Anziani. Progetti capacitanti*. Franco Angeli, 2012.

Per contattare l'autore:
pietro.vigorelli@formalzheimer.it