

# Psicogeriatría

QUADRIMESTRALE - ANNO VI - NUMERO 2 - MAGGIO-AGOSTO 2011

RIVISTA UFFICIALE



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

**Direttore Editoriale**  
Marco Trabucchi

**Comitato Editoriale**  
Carlo Caltagirone  
Niccolò Marchionni  
Elvezio Pirfo  
Umberto Senin

**Coordinatore  
Comitato Scientifico**  
Luigi Ferrannini

**Comitato Scientifico**

Fernando Anzivino  
Fabrizio Asoli  
Giuseppe Barbagallo  
Luisa Bartorelli  
Carlo A. Biagini  
Enrico Brizioli  
Amalia C. Bruni  
Francesco Catapano  
Fabio Cembrani  
Alberto Cester  
Pasquale Chianura  
Erminio Costanzo  
Antonino Cotroneo  
Luc P. De Vreese  
Fabio Di Stefano  
Gerardo Favaretto  
Antonio Federico  
Nicola Ferrara  
Giuseppe Fichera  
Massimo Fini  
Piermaria Furlan  
Carlo Gabelli  
Gianluigi Gigli  
Marcello Giordano  
Guido Gori  
Ina Hinnenthal  
Marcello Imbriani  
Daniela Leotta  
Maria Lia Lunardelli  
Patrizia Mecocci  
Enrico Mossello  
Ciro Mundi  
Massimo Musicco  
Leo Nahon  
Gianfranco Nuvoli  
Alessandro Padovani  
Luigi Pernigotti  
Renato N. Pizio  
Paolo F. Putzu  
Sandro Ratto  
Renzo Rozzini  
Francesco Scapati  
Osvaldo Scarpino  
Carlo Serrati  
Sandro Sorbi  
Gianfranco Spalletta  
Claudio Vampini  
Orazio Zanetti

**Segreteria di Redazione**  
Angelo Bianchetti  
Vincenzo Canonico

## EDITORIALE

LA CRONICITÀ È UN SUCCESSO DELLA MEDICINA?

Marco Trabucchi

IL MEDICO VECCHIO ED IL SUO PAZIENTE VECCHIO

Lorenzo Calvi

## ARTICOLI ORIGINALI

DEFINIZIONE DELL'ATROFIA CORTICALE POSTERIORE (PCA): ELEMENTI CLINICI, NEUROPSICOLOGICI, NEURORADIOLOGICI ED ANALISI DEI BIOMARCATORI LIQUORALI (CSF)  
Erika Talassi, Angela La Sala, Andrea Maria Chiamenti, Cristina Ruaro, Alessandra Codemo, Sarah Poli, Donata Gollin, Anna Peruzzi, Carlo Gabelli

ANALISI STATISTICO-DESCRITTIVA E PREDITTIVITÀ DELLO STRUMENTO DIAGNOSTICO F.A.B. (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY) RISPETTO AD UN ESAME STRUMENTALE RM ENCEFALO  
Dora Chiloiro, Daniela Battaglia, Ylayaly Blasi, Manuela Carrino, Nicola Cetera, Irene Del Monaco, Saverio Internò, Maria Mottolese, Francesco Scapati

DIFFERENZE TRA ABILITÀ LINGUISTICHE E VISUO-SPAZIALI NELL'INVECCHIAMENTO  
Lucia Serenella De Federicis, Manuela Pistelli, Daniela Fiorenzi, Dina Di Giacomo, Domenico Passafiume

IL RUOLO DELL'OMOTAUINA NELLA PREVENZIONE DEL DECLINO COGNITIVO DA AD  
Carlo Caltagirone, Luigi Ferrannini, Niccolò Marchionni, Giuseppe Nappi, Giovanni Scapagnini, Marco Trabucchi

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE: APPROCCIO NARRATIVO ATTRAVERSO  
RIFLESSIONI TEORICO-PRATICHE

Christian Pozzi, Tiziana Torpilliesi, Simona Gentile, Renato Turco, Fabio Guerini, Eleonora Ricci, Alessandra Marrè, Giuseppe Bellelli

LA DIMENSIONE CREATIVA NELL'APPROCCIO RIABILITATIVO CON LA PERSONA  
AFFETTA DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Anna Peruzzi, Donata Gollin, Arianna Ferrari

L'APPROCCIO CAPACITANTE NELLA CURA DEGLI ANZIANI FRAGILI E DELLE PERSONE  
CON DEFICIT COGNITIVI: 10 ANNI DI ESPERIENZA

Pietro Vigorelli, Martina Bonalume, Arianna Cocco, Carla Lacchini, Andrea Maramonti, Cinzia Negri Chinaglia, Angela Peduzzi, Paola Peroli, Donatella Pezzano, Elisa Riedo, Simona Sertorio

QUALITÀ DELLA VITA O QUALITÀ DELLA CURA?

Lina Bertolini, Marco Pagani

KIT RING: UNO STRUMENTO PER SOSTENERE I CAREGIVER

Patrizia Campo, Cristiana Bianchi, Nicoletta Nicoletti, Simona Gentile, Daniele Villani

I BISOGNI SOCIO-SANITARI DELL'ANZIANO, IL RUOLO DELLE FAMIGLIE,  
LA CRISI E IL SISTEMA ASSISTENZIALE

Gerardo Favaretto

I NUOVI CRITERI PER LA DIAGNOSI DI DEMENZA E DI MILD COGNITIVE IMPAIRMENT  
DOVUTI ALLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Angelo Bianchetti, Luca Rozzini, Marco Trabucchi, Alessandro Padovani

## PIETRE ANGOLARI

LA COMUNICAZIONE VERBALE

Luisa Bartorelli

## POESIA

TREMOLÍO

di Fabio Pusterla

Commento a cura di Franca Grisoni

## NOTIZIE

PROGRAMMA BRAIN AGING

## L'Approccio capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi: 10 anni di esperienza

PIETRO VIGORELLI, MARTINA BONALUME, ARIANNA COCCO, CARLA LACCHINI, ANDREA MARAMONTI, CINZIA NEGRI CHINAGLIA, ANGELA PEDUZZI, PAOLA PEROLI, DONATELLA PEZZANO, ELISA RIEDO, SIMONA SERTORIO

Gruppo Anchise, Milano

Corrispondenza: Pietro Vigorelli, Gruppo Anchise, Via Giovanni da Procida 37, 20149 Milano.

e-mail: [pietro.vigorelli@formalzheimer.it](mailto:pietro.vigorelli@formalzheimer.it)

### Introduzione

L'Approccio Capacitante si è strutturato nel tempo a partire dall'Approccio Conversazionale.

Nel 1999 G. Lai ha lanciato il progetto Alzheimer, un progetto di ricerca che si è sviluppato nell'ambito dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali<sup>41</sup> e che è parzialmente compendiato nel libro *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*<sup>96</sup>.

Nel 2005 è nato il Gruppo Anchise, associazione per la ricerca, la formazione e la cura del malato Alzheimer basata sulla parola; con esso il primitivo approccio si è evoluto diventando Approccio Conversazionale e Capacitante (poi, più brevemente, Approccio Capacitante) ed il Gruppo Anchise si è ridefinito come associazione per la ricerca, la formazione e la cura degli anziani fragili e delle persone con malattia di Alzheimer (AD) basata sulla parola e l'Approccio Capacitante.

In questa review vengono compendiate i primi dieci anni di esperienza così come sono documentati dagli interventi ai Congressi, dalle pubblicazioni di libri e su riviste di settore, da tesi di laurea, di specializzazione e di master effettuati presso diverse Università italiane e sul sito [www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it). (di seguito indicato brevemente come Sito). In questo sito sono riportati i testi di un centinaio di conversazioni, scelte tra quelle raccolte dai soci del Gruppo Anchise e dai partecipanti ai corsi di formazione. Ciascuna di esse è stata registrata in modo palese, con il registratore ben in vista, con il consenso informato del familiare di riferimento e, per quanto possibile, del diretto interessato; le conversazioni sono state trascritte fedelmente, nel rispetto della privacy, col solo cambiamento dei dati sensibili.

Col presente lavoro s'intende anche dare una prima risposta all'invito di E. Moja<sup>67</sup> per l'avvio di un processo di validazione scientifica dell'approccio proposto.

### L'Approccio Conversazionale

La caratteristica principale della ricerca sull'Approccio Conversazionale è la sua aderenza al testo. Il Conversazionalismo distingue, infatti, *la conversazione materiale*, quella che si costituisce in ambito clinico e che è collocata nel tempo, nello spazio e nella relazione tra due conversanti, e *la conversazione immateriale*, il testo appunto, che viene spogliato dal contesto storico

e relazionale in cui è stato registrato e che viene trascritto parola per parola su un foglio bianco. La conversazione immateriale risulta così studiabile *a posteriori* e permette ai ricercatori d'individuare le tecniche utili per condurre poi altre conversazioni materiali e per raggiungere gli obiettivi desiderati. Il continuo passaggio dalla conversazione materiale a quella immateriale, poi ancora a quella materiale, ha permesso l'af-

finamento delle *Tecniche Conversazionali* e la valutazione dei risultati.

Per i dettagli sull'Approccio Conversazionale rinviamo alla bibliografia, qui di seguito ci limitiamo a citarne sinteticamente il *Principio costitutivo* e il *Principio normativo* nella Tabella 1 e *L'Algoritmo conversazionale* nella Tabella 2. La situazione di conversazione tra due persone, sedute una vicino all'altra in un ambiente

**Tabella 1**

<b><i>Il Principio costitutivo del Conversazionalismo</i></b>
Di fronte alle situazioni di difficoltà e disagio che si presentano nella conversazione il conversante si pone la questione del "come se ne esce?".
<b><i>Il Principio normativo del Conversazionalismo</i></b>
Il conversante cerca di risolvere la questione del "come se ne esce?" seguendo il criterio della felicità; con i suoi interventi verbali cerca di incrementare la qualità conversazionale della felicità o, quantomeno, di diminuire quella dell'infelicità.

**Tabella 2**

<b><i>L'Algoritmo conversazionale</i></b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettere assieme un conversante con un interlocutore in uno spazio determinato per un tempo finito.</li> <li>2. Aprire la conversazione nei modi che il conversante ritiene più adatti affinché l'interlocutore parli, parli abbastanza a lungo, parli in modo felice.</li> <li>3. Mantenere aperta la conversazione iniziata <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Non porre domande</li> <li>3.2. Non interrompere</li> <li>3.3. Non completare le frasi e le parole lasciate in sospeso</li> <li>3.4. Non correggere</li> <li>3.5. Non interpretare</li> </ol> </li> <li>4. Il conversante restituisce il motivo narrativo all'interlocutore</li> <li>5. Il conversante somministra frammenti della propria autobiografia</li> </ol>

confortevole, stabile, ben illuminato e senza interferenze, in un orario prestabilito, con l'uso del registratore, costituisce il *setting* ideale per l'Approccio Conversazionale (*setting* formale). Tuttavia, nella vita quotidiana delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dei Centri Diurni è di maggiore importanza il *setting* informale, cioè quel *setting senza setting* che si realizza ogni volta che un operatore incontra un ospite, qualsiasi ospite, con o senza deficit cognitivi, di giorno o di notte, in occasione di attività strutturate o di incontri occasionali. Il *setting* formale serve soprattutto per la ricerca, per la formazione e per la valutazione dei risultati. Inoltre il contesto facilitante, quasi di laboratorio, del *setting* formale serve agli operatori per sperimentare l'Approccio Conversazionale prima di trasferirlo nella normale attività quotidiana.

#### ***La conversazione con la persona con demenza di grado severo***

L'Approccio Conversazionale è stato utilizzato anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio

con persone con demenza di grado severo (MMSE  $\leq 10$ ). Il testo di alcune di queste conversazioni è riportato sul Sito ed i risultati osservati si possono così riassumere:

- 1) L'atteggiamento conversazionale dell'operatore si accompagna sempre ad un analogo atteggiamento da parte del paziente: la persona anche con demenza di grado severo si dimostra in grado di conversare seguendo le regole della cortesia conversazionale, in particolare il rispetto dei turni di parola, prendendo la parola e cedendola a tempo debito. La conversazione è possibile anche quando si realizza la situazione limite della conversazione senza comunicazione (v. Nota 1).
- 2) Pazienti con deficit cognitivi di grado severo (MMSE  $\leq 10$ ) quando parlano con un conversante esperto nelle tecniche conversazionali possono produrre turni di parola con un buon livello di coesione e di coerenza. Le parole prodotte conservano cioè anche un evidente valore comunicativo.
- 3) Quando il parlare del paziente è più grave-

mente destrutturato e ad una lettura superficiale dei testi risulta privo di valore comunicativo, alla luce della Teoria della Pertinenza esso risulta invece conservare anche un valore comunicativo. È quanto risulta dallo studio citato più avanti di D. Napoli<sup>69</sup> su frammenti di testo tratti da 34 conversazioni immateriali riportate sul Sito e scelti in quanto apparentemente non comunicativi.

### **La valutazione dei risultati**

La valutazione dei risultati è stata effettuata studiando le conversazioni immateriali e calcolando nei testi prodotti dai pazienti alcuni Indicatori che sono correlati con i deficit neuropsicologici tipici della AD e di altre forme di demenza: l'anomia ed il progressivo distacco dal mondo oggettuale dell'esperienza comune, la riduzione della partecipazione nel conversare e nel produrre parole.

*Il Tasso dei nomi* è dato dal rapporto fra il numero dei nomi ed il numero totale delle parole di un testo (un frammento di testo, un turno verbale); valuta l'entità del fenomeno dell'anomia (onomapenia). Nei testi prodotti da pazienti alzheimeriani tipicamente è inferiore al 10%.

*L'Indice di riferimento* è dato dal rapporto tra il numero dei nomi ed il numero dei predicati verbali di un testo (un frammento di testo, un turno verbale); valuta la capacità del parlante di fare riferimento alla realtà, intesa come insieme di oggetti denominabili con un sostantivo. Nei testi prodotti da pazienti alzheimeriani tipicamente è inferiore a 0,50.

*L'Indice di partecipazione* è dato dal rapporto tra il numero delle parole di un parlante e la somma delle parole di entrambi i parlanti in un testo (un frammento di testo, una coppia di turni verbali); valuta il grado di coinvolgimento del parlante nella conversazione.

*L'Indice di produzione verbale* è dato dal rapporto tra il numero delle parole del parlante ed il numero dei suoi turni verbali in un testo (un frammento di testo, un turno verbale); valuta la quantità di parole prodotte dal parlante nella conversazione, espressa come numero medio di parole per turno verbale.

Qui di seguito vengono riportati i risultati osservati in alcuni studi pilota, relativamente agli Indicatori conversazionali, nei testi di pazienti con deficit cognitivo di grado lieve-moderato e severo (1), nei testi prodotti con conversanti che applicano o non applicano l'Algoritmo conversazionale (2), all'inizio ed alla fine di conversazioni condotte in base all'Algoritmo conversazionale (3), in una serie di tre conversazioni

successive condotte in base all'Algoritmo conversazionale (4), a seguito dell'applicazione ripetuta di un'unica Tecnica Conversazionale (5), nel lungo periodo (sei mesi) (6).

(1) Gli Indicatori conversazionali (*Tasso dei nomi*, *Indice di riferimento*, *Indice di partecipazione*, *Indice di produzione verbale*) sono stati studiati nei testi di dodici conversazioni con sei soggetti con AD suddivisi in due gruppi: AD in stadio lieve-moderato (MMSE 10-24) e AD in stadio severo (MMSE 9-0). Il valore medio di tutti gli Indicatori studiati è risultato inferiore nei testi dei soggetti con maggior grado di deterioramento cognitivo: *Tasso dei nomi* (8,5% vs 11,6%), *Indice di riferimento* (0,53 vs 0,66), *Indice di partecipazione* (46,8% vs 74,8%), *Indice di produzione verbale* (7,2% vs 26,2%). Dal punto di vista conversazionale tale differenza sta ad indicare che i soggetti più deteriorati tendono a partecipare meno alla conversazione, a produrre meno parole ed in particolare meno sostantivi. Le loro parole inoltre tendono a fare minore riferimento alla realtà, così come l'esperienza clinica mostra che i soggetti più deteriorati tendono a ritirarsi e a chiudersi in un proprio mondo interiore<sup>62,63</sup>.

(1bis) L'utilità degli Indicatori conversazionali nel differenziare pazienti con demenza in stadio lieve-moderato e severo è stata confermata dallo studio di E. Riedo<sup>78</sup> che ha analizzato i testi di 33 conversazioni prodotti da 5 pazienti di sesso femminile, 3 con demenza di grado medio-lieve e 2 con demenza grave. La media degli Indicatori conversazionali dei soggetti con demenza grave (*Tasso dei Nomi*: media = 0,05; DS = 0,02; *Indice di Riferimento*: media = 0,29; DS = 0,12) è risultata inferiore a quella dei soggetti con demenza medio-lieve (*Tasso dei Nomi*: media = 0,08; DS = 0,02; *Indice di Riferimento*: media = 0,46; DS = 0,15).

(2) Sono stati studiati i testi delle conversazioni prodotte da 11 soggetti con probabile AD di grado medio-grave (punteggio al Mini Mental State Evaluation (MMSE), corretto per età e per scolarità, compreso tra 12 e 21, media 16,27; punteggio al Milan Overall Dementia Assessment (MODA) compreso tra 74,28 e 29,90, media 57,13).

Ciascun soggetto ha effettuato due conversazioni con due conversanti diverse: una era la caposala del Nucleo Alzheimer (conversazioni di controllo), l'altro una laureanda in psicologia che ha applicato l'Algoritmo conversazionale (conversazioni tecniche). Ad entrambe le conversanti è stata data la consegna di cercare di tener viva la conversazione per una decina di minuti con l'unico obiettivo di fare in modo che

il paziente riuscisse a parlare e che la conversazione risultasse piacevole.

I risultati dell'applicazione dell'Algoritmo conversazionale sono stati valutati calcolando il numero dei nomi, dei verbi e degli aggettivi, sia separatamente che aggregati (Produzione lessicale totale = nomi + aggettivi qualificativi + verbi). Per confrontare le medie delle variabili è stato usato il Test T per Campioni Appaiati dove i due gruppi corrispondono rispettivamente alle 11 conversazioni tecniche ed alle 11 conversazioni di controllo.

Nelle conversazioni tecniche i pazienti utilizzano in media 65,27 nomi, mentre in quelle di controllo ne utilizzano 33,91 e la differenza è statisticamente significativa ( $t = 3,319$ ;  $p = 0,008$ ). Per quanto riguarda gli aggettivi qualificativi, la media è rispettivamente 20,45 e 5,91 ( $t = 5,763$ ;  $p < 0,001$ ), per quanto riguarda i verbi la media è rispettivamente di 46,45 e di 18,82 ( $t = 6,560$ ;  $p < 0,001$ ). Una differenza statisticamente significativa è stata rilevata anche rispetto all'indicatore sintetico Produzione lessicale totale: la media nelle conversazioni tecniche è 132,18, nelle conversazioni di controllo 58,64 ( $t = 5,074$ ;  $p < 0,001$ ).

Dato che le conversazioni tecniche sono risultate mediamente più lunghe di quelle di controllo (17,82 minuti primi versus 5,64;  $t = 8,701$ ;  $p < 0,01$ ) gli stessi indicatori sono stati calcolati anche per i singoli turni verbali e la differenza tra le conversazioni tecniche e quelle di controllo si è confermata statisticamente significativa per i nomi ( $t = 3,503$ ;  $p = 0,006$ ), per i verbi ( $t = 6,310$ ;  $p < 0,001$ ), per gli aggettivi ( $t = 7,471$ ;  $p < 0,001$ ) e per la Produzione lessicale totale ( $t = 5,909$ ;  $p < 0,001$ )<sup>7,8</sup>.

(2bis) Il differente andamento degli Indicatori conversazionali nei testi di conversazioni condotte applicando o non applicando l'Algoritmo conversazionale è stato confermato dallo studio di Lacchini<sup>35</sup> condotto sui testi delle conversazioni con 14 soggetti affetti da probabile AD di grado lieve-moderato (MMSE 10-24). Il confronto tra i testi delle conversazioni di controllo ed i testi delle conversazioni tecniche ha evidenziato una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) riguardo al *Tasso dei nomi* ed all'*Indice di Riferimento*. Il corso di formazione cui aveva partecipato la psicologa che ha condotto le conversazioni tecniche era costituito da sette seminari di tre ore.

(3) Per valutare l'efficacia dell'applicazione dell'Algoritmo conversazionale in una conversazione con un uomo con demenza di tipo misto (MMSE 23), il testo è stato studiato confrontando il frammento finale (128 parole) con quello

iniziale (100 parole). I risultati, cioè le differenze rilevate tra il frammento iniziale e quello finale, si possono così riassumere: aumento del *Tasso dei nomi* (da 0.13 a 0.20), aumento dell'*Indice di riferimento* (da 0.59 a 0.92), aumento dell'*Indice di produzione verbale* (da 11 a 64), aumento dell'*Indice di partecipazione* (da 49% a 96%)<sup>97</sup>.

(4) Per valutare l'efficacia dell'applicazione dell'Algoritmo conversazionale nel tempo, sono stati studiati i testi di sette conversazioni, condotte da un unico conversante con un paziente con demenza di grado severo (MMSE 10/30), ciascuna a distanza di tre settimane dalla precedente. Per motivi organizzativi sono disponibili solo i testi trascritti della 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> conversazione, quest'ultima *pre mortem*. Per tale motivo sono stati confrontati gli Indicatori conversazionali come risultano nei testi 4° e 6°. Il *Tasso dei nomi* è aumentato da 0.20 a 0.26, l'*Indice di riferimento* da 1.4 a 1.58, l'*Indice di produzione verbale* (da 2.6 a 3.6), l'*Indice di partecipazione* da 10% a 20%)<sup>97</sup>.

(5) Anche l'applicazione ripetuta per quattro volte consecutive, da parte dell'operatore, di un'unica tecnica conversazionale (la *Restituzione del motivo narrativo*) è stata seguita nei turni verbali immediatamente successivi del paziente da un progressivo incremento del *Tasso dei nomi* (0, 0.06, 0.09, 0.15, 0.20), dell'*Indice di Riferimento* (0, 0.25, 0.42, 0.66, 1.42), dell'*Indice di Partecipazione* (25%, 73%, 80%, 80%, 87%) e della produzione di parole in ogni turno verbale (4, 16, 32, 38, 48)<sup>97</sup>.

(6) Per valutare l'efficacia dell'applicazione dell'Algoritmo conversazionale nel lungo periodo (sei mesi) è stato effettuato uno studio su 5 pazienti di sesso femminile, 3 con demenza di grado medio-lieve e 2 con demenza grave, con particolare riguardo al fenomeno dell'anomia. La valutazione dei risultati è stata effettuata sia con metodica neuropsicologica standard (Test di fluenza verbale per lettera e per categorie semantiche e Test di denominazione) all'inizio della ricerca, dopo 4 settimane ed al termine, sia secondo l'Approccio Conversazionale, calcolando gli Indicatori conversazionali (*Tasso dei Nomi e Indice di Riferimento*) nei testi ottenuti dalla sbobinatura delle conversazioni; per ogni soggetto sono state effettuate 13 conversazioni, una ogni due settimane e ne sono state prese in esame 7 ( $T_0, T_4, T_8, T_{12}, T_{16}, T_{20}, T_{24}$ ).

L'andamento degli indicatori conversazionali nei sei mesi è stato studiato con due analisi della varianza (ANOVA) per misure ripetute (14 ripetizioni, 2 frammenti per 7 conversazioni) ad un fattore

ripetuto con il programma SPSS. Sia il *Tasso dei Nomi* che l'*Indice di Riferimento* non sono risultati variati in modo statisticamente significativo, quando invece era atteso un peggioramento causato dall'evoluzione naturale della malattia<sup>77,78</sup>.

### **Valutazione conversazionale e diagnostica neuropsicologica**

Nello studio pilota già citato di A. Maramonti<sup>62</sup> *Tasso dei nomi*, *Indice di riferimento*, *Indice di partecipazione*, *Indice di produzione verbale*, calcolati nelle conversazioni immateriali dei soggetti con AD in stadio severo sono risultati inferiori agli stessi Indicatori calcolati nelle conversazioni immateriali dei soggetti con AD in stadio lieve-moderato, confermando così che il metodo di valutazione proposto dal Conversazionalismo fornisce risultati congruenti con quelli del metodo di valutazione attualmente più impiegato nella pratica clinica delle UVA (MMSE).

Una congruenza analoga è stata osservata nello studio di E. Riedo<sup>77</sup> in cui sono stati confrontati i risultati di test valutazione neuropsicologica standard (Test di fluency verbale per lettera e per categorie semantiche e Test di denominazione) con gli Indicatori conversazionali (*Tasso dei Nomi* e *Indice di Riferimento*) nei testi ottenuti dalla sbobinatura delle conversazioni.

D'altra parte E. Cocco<sup>22</sup>, studiando i testi di un paziente con demenza vascolare, ha rilevato un profilo degli indicatori testuali ben differente (*Tasso dei nomi* e *Indice di riferimento* più elevati, prevalenza di frasi coese dal punto di vista grammaticale più bassa; livello di coerenza, valutata come passaggio d'informazioni da un turno al successivo, più elevata).

V. Pellegrini<sup>70</sup> sottolinea che l'Approccio Conversazionale "si pone come il coronamento di un'idea di cura non tanto come normalizzazione e ripristino dei canoni ideali di salute, ma come legittimazione del diritto di essere individui, peculiari e interessanti, anche quando la malattia sembra aver espropriato tutto".

### **I primi compagni di strada**

Oltre ai ricercatori citati numerosi altri hanno contribuito ad approfondire ed a diffondere l'Approccio Conversazionale nel trattamento delle persone con demenza, partendo dallo studio delle conversazioni immateriali. Tra gli altri cito in particolare:

- il gruppo di ricerca diretto da A. Zuczkowski dell'Università di Macerata che nell'ambito del Dottorato di ricerca in "Psicologia della comunicazione e tecniche dialogiche" ha studiato, in

collaborazione con l'Accademia delle Tecniche Conversazionali di Milano, le registrazioni e trascrizioni di conversazioni quotidiane tra malati Alzheimer e i loro familiari<sup>121</sup>;

- il gruppo di ricerca diretto da S. Cesario<sup>2</sup> nell'Università di Firenze che basandosi sui testi di conversazioni con pazienti dementi ha iniziato a catalogare alcuni fenomeni ricorrenti, il ripetersi di alcune modalità discorsive e di alcuni motivi narrativi che sono sembrati abbastanza tipici, in vista di un lavoro più ampio sulla fenomenologia delle demenze. Le conversazioni sono state raccolte presso l'Ambulatorio Alzheimer dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze, diretto da L. Bracco e presso il Centro Diurno Alzheimer Stella del Colle coordinato da R. Blandi (il Centro è una struttura del Consorzio Zenit, diretto da A. Landi)<sup>3</sup>;
- il gruppo dei conversazionalisti di Milano che partendo dall'esperienza dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali ha contribuito a raccogliere e studiare numerosi testi di conversazioni con persone con demenza<sup>5,61,66,90,119</sup>;
- G. Bigatello<sup>4</sup> che studiando i testi di conversazioni con persone con demenza ha sottolineato la persistenza degli affetti familiari.

### **Approccio Conversazionale, attività infermieristica e sessioni di terapie non farmacologiche**

L'Approccio Conversazionale in *setting* informale è più difficile da studiare per motivi tecnici, tuttavia si ritiene che esso sia di rilevante importanza anche durante gli scambi di parola che avvengono durante lo svolgimento delle normali attività assistenziali, ludiche e riabilitative. Numerosi operatori delle varie professioni d'aiuto che intervengono nella cura delle persone con demenza hanno avviato una sperimentazione e un approfondimento in questa direzione.

S. Vara, laureanda in Scienze Infermieristiche<sup>94</sup>, ha cercato di rispondere alla questione "Come è possibile riuscire ad ampliare o mantenere viva la conversazione con i pazienti affetti da malattia di Alzheimer?". Il suo studio si è basato sui testi di dieci conversazioni da lei condotte con pazienti con AD (MMSE 24-9) utilizzando l'Algoritmo Conversazionale. Studiando tali testi ha cercato di individuare i "centri di narrazione" ricorrenti e le "frasi aderenti" che fanno capo a tali centri. I "centri di narrazione" principali che ha individuato sono sei: la conversante, i familiari, il paziente, il ricovero, i ricordi, le sensazioni corporee. La ricerca ha quindi confermato come a seguito dell'impiego dell'Algoritmo Conversazionale il

paziente demente riesca a manifestare un buon grado di orientamento su sé, sull'interlocutore e sul mondo.

A. Campana, laureanda in Terapia Occupazionale<sup>13</sup>, descrive nella sua tesi come sia possibile e utile integrare l'Approccio Conversazionale nelle attività di un Nucleo Alzheimer organizzato secondo la Gentlecare.

P. Banfi, diplomanda alla Scuola Shambala Shiatzu<sup>1</sup>, dopo aver partecipato ad alcuni Seminari Multiprofessionali Anchise ha effettuato un trattamento Shiatzu in dieci sedute di una paziente con probabile AD (MMSE 13/30), valorizzando le parole scambiate durante le sedute.

R. Regorda, laureando in Scienze dell'Educazione e dei Processi Formativi<sup>76</sup>, ha indagato le applicazioni che un educatore può derivare dall'Approccio conversazionale.

E. Galbiati, diplomanda in Arte terapia<sup>28</sup>, ha applicato l'Approccio Conversazionale in un setting di Arte Terapia osservando come tale approccio, insieme agli stimoli sensoriali, favorisce la produzione verbale e l'espressione delle Identità molteplici dei pazienti.

R. De Carli (fisioterapista) e D. Bellocchio (educatrice) hanno sperimentato l'applicabilità dell'Approccio Conversazionale e Capacitante nella terapia occupazionale di un paziente demente non collaborante<sup>25</sup>. Sul Sito sono inoltre riportate numerose conversazioni raccolte da operatori con diversi background formativi (infermieri, OSS, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali...) a dimostrazione dell'ampia applicabilità dell'Approccio Conversazionale.

### **Approccio Conversazionale, linguistica, socio-linguistica e teorie della comunicazione**

Il Conversazionalismo che fa capo a Lai<sup>37,44,54,57</sup> si distingue dall'Analisi della conversazione iniziata da H. Sacks<sup>9,65,79,80</sup> in quanto si pone la questione della felicità conversazionale, invece che avere una finalità prevalentemente descrittiva. Il Conversazionalismo inoltre si è nutrito della cultura e dell'esperienza psicanalitica, ma non solo. Fin dall'inizio Lai ha arricchito il proprio pensiero e la propria pratica terapeutica attingendo da altre discipline come la filosofia, la linguistica e la scienza della comunicazione. Ha attinto dalle Logiche modali che affondano le radici nella filosofia antica con Aristotele ed in quella medioevale con Guglielmo da Ockham, fino alla sistematizzazione moderna di Lewis C. I.<sup>59</sup>, ha inglobato le moderne teorie dei Mondi possibili che da queste sono derivate<sup>26,33,34,60,26</sup> e, soprattutto, si è confrontato con la linguistica e le teorie della comunicazione (da

Grace a Chomsky)<sup>30</sup>.

Negli anni recenti anche altri giovani ricercatori hanno cimentato il Conversazionalismo con la linguistica e le teorie della comunicazione.

A. Ullo<sup>93</sup> mette a fuoco il valore terapeutico dell'Approccio Conversazionale partendo dalla dissociazione modulare che si verifica nei pazienti alzheimeriani tra comunicazione e conversazione, fino alla situazione limite della "conversazione senza comunicazione": "La conversazione va distinta dalla comunicazione per ragioni cliniche e teoriche. La comunicazione è un processo interattivo d'informazione, mediato da qualsiasi tipo di segnali o simboli -visivi, acustici, gestuali, anche linguistici- e governato da regole logiche e pragmatiche; mentre consideriamo la conversazione come un oggetto puramente linguistico, cioè una sequenza di elementi discreti -le parole dette da una persona in presenza di un'altra persona- governata da regole grammaticali"<sup>38</sup>. Una riprova di questa intuizione la troviamo nel diario di un paziente Alzheimer che scrive: Può anche darsi che io non sappia sempre di cosa sto parlando, però, accidenti, riesco ancora a parlare<sup>31</sup>.

In sostanza, dunque, il paziente alzheimeriano sa conversare ma non sa comunicare<sup>42</sup>. Su queste premesse si basa la Terapia Conversazionale in cui il conversante restituisce al paziente i significati possibili delle parole ascoltate, anche quando non è in grado di coglierli chiaramente, o perché non ci sono, o perché non gli sono accessibili<sup>45</sup>. Nella Terapia Conversazionale emerge un'attitudine estremamente valutativa per la persona. Per mezzo delle parole, con le tecniche delle Risposte in eco e della Restituzione del motivo narrativo, il conversante comunica al suo partner di conversazione il riconoscimento dell'esistenza di un "tu" con cui è possibile scambiare parole e affetti, restituisce al paziente la dignità che gli compete e contribuisce ad aumentare la sua autostima.

G. Buttacchio<sup>12</sup> studiando i testi di dieci conversazioni "spontanee" con persone malate di AD ne propone un'analisi sociolinguistica. Nel suo studio pone particolare attenzione alla presenza/assenza di coerenza nel testo, alla relativa conservazione delle strutture grammaticali e sintattiche, nonché al fenomeno del *code-switching* dalla lingua italiana al dialetto. Quest'ultimo fenomeno è ritenuto importante per permettere lo scambio comunicativo anche in presenza di disturbi di linguaggio. Leggendo i testi delle conversazioni studiate si nota l'efficacia di alcune Tecniche Conversazionali come il Non fare domande, Restituire il motivo narrativo, Sommini-

strare frammenti di autobiografia, e si propone l'Approccio Conversazionale come una metodica per la riabilitazione cognitiva delle persone malate di Alzheimer.

Anche A.L. Visentini<sup>118</sup> affronta il problema della comunicazione con la persona malata di Alzheimer dal punto di vista sociolinguistico e propone l'Approccio Conversazionale come un metodo per conservare la competenza comunicativa attraverso il linguaggio verbale anche in presenza di disturbi del linguaggio, andando così oltre i propositi stessi del Conversazionalismo.

Uno studio approfondito sul valore comunicativo dell'uso della parola anche in presenza di gravi disturbi del linguaggio è stato condotto da D. Napoli<sup>69</sup>, esaminando le intersezioni tra il Conversazionalismo e la Teoria della Pertinenza di D. Sperber e D. Wilson<sup>87,88</sup>. Lo studio è basato sull'analisi indipendente di frammenti di testo tratti da 34 conversazioni immateriali riportate sul Sito. La scelta dei testi è stata mirata ai turni verbali non comunicativi, in cui si realizza cioè la situazione limite descritta da Lai della conversazione senza comunicazione<sup>52</sup>. Applicando la Teoria della Pertinenza il ricercatore cerca di capire "il senso inteso" del paziente, mediante l'inferenza basata sugli "stimoli ostensivi" da lui offerti (parole, gesti, contesto). In tal modo il conversante può cercare di "disambiguare" gli "indizi" forniti dal paziente con le sue parole alterate e incoerenti.

## Il Gruppo Anchise

Il principio ispiratore dell'Associazione (v. Nota 2) è il riconoscimento e la promozione della dignità, dell'autonomia e della felicità possibile della persona anziana, sia sana che malata, sia in casa che in situazione di ricovero. Una particolare attenzione viene posta agli anziani che hanno difficoltà nell'uso della parola a causa della malattia di Alzheimer, di un ictus cerebrale, di una condizione di fragilità o per altri motivi. La parola viene posta al centro dell'attenzione e costituisce l'oggetto principale della ricerca del Gruppo Anchise; il tener vivo l'uso della parola è un fine specifico del suo operare. L'uso consapevole dell'ascolto e della parola è considerato uno strumento privilegiato di cura ed un motivo di benessere per gli anziani, i familiari ed i curanti professionali. Gli anziani non sono considerati come semplice oggetto di cure, ma sono visti come soggetti attivi, artefici di un personale cammino verso una felicità possibile. La felicità possibile di anziani, familiari

e curanti professionali viene perseguita tenendo conto della diversità di competenze e di ruoli, del contesto di realtà in cui ciascuno si trova e della rete di rapporti personali di cui fa parte.

Nel corso degli anni all'interno del Gruppo Anchise si è sviluppato l'Approccio Capacitante, articolato in un metodo formativo, nei Gruppi ABC per i familiari di persone malate di Alzheimer e nei Gruppi di Riconoscimento per gli anziani fragili e le persone con demenza.

## L'Approccio Capacitante

Il metodo attinge a fonti culturali solo in parte già note ed integrate nella prassi geriatrica ed è descritto in modo dettagliato nel libro *L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*<sup>113</sup>. Tra gli Autori che più hanno contribuito ad arricchire l'Approccio Capacitante vanno citati N. Feil<sup>27</sup>, T. Kitwood<sup>32</sup>, A. Sen<sup>81</sup>. D'altra parte l'Approccio Capacitante si è sviluppato soprattutto basandosi sullo studio dei testi di conversazioni registrate, sull'esperienza e sugli incontri personali con le persone anziane ed i loro familiari, sul contributo di centinaia di operatori che lavorano in ambito geriatrico, che hanno partecipato ai corsi di formazione e che hanno fornito i testi oggetto di studio: Terapisti occupazionali, Educatori, Animatori, Operatori Socio-Sanitari, Fisioterapisti, Logopedisti, Infermieri, Assistenti sociali, Medici, Psicologi, Psicomotricisti, Operatori di Arte terapia e di terapie non farmacologiche, Musicoterapeuti, Volontari, Familiari, Assistenti familiari, Responsabili di struttura.

L'idea fondante dell'Approccio Capacitante è il Riconoscimento, riconoscimento delle Competenze Elementari (competenza emotiva, a parlare ed a comunicare, a contrattare ed a decidere), delle Identità Molteplici della persona (non solo una persona da assistere, non solo un malato) e dei Mondi Possibili in cui si trova a vivere.

Come sottolinea Trabucchi<sup>91</sup> (2011) nella Presentazione al volume citato, l'Approccio Capacitante è "un modo per avvicinarsi all'altro *ammalato* che è prima di tutto ottimistico sulle possibilità di una relazione significativa e quindi anche reciprocamente utile (...) esso focalizza l'assistenza non sui deficit, ma sulle capacità (...) fa comprendere agli operatori delle RSA che non entrano in un mondo popolato solo di fallimenti e di tristezza, ma che da loro dipende una parte non piccola della vita degli ospiti delle residenze".

L'Approccio Capacitante trova il suo impiego sia



negli incontri occasionali della vita quotidiana nelle RSA e nei Centri Diurni, che durante le attività specifiche che ciascun operatore attua secondo il proprio ruolo, sia in setting specifici come i Gruppi ABC per i familiari di persone malate di Alzheimer e i Gruppi di Riconoscimento per gli anziani fragili e le persone con demenza, fino a configurarsi come una Terapia del Riconoscimento, individuale e in gruppo.

## Il Gruppo ABC

Il Gruppo ABC riunisce i familiari che si occupano di persone malate di demenza. Le basi culturali e le tecniche di conduzione del gruppo sono descritte nel libro *Il Gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari dei malati Alzheimer*<sup>104</sup>. Qui si ricorda sommariamente che le riunioni hanno lo scopo di aiutare i partecipanti ad uscire dal tunnel dell'impotenza ed a diventare dei curanti esperti nell'uso della parola. L'obiettivo si raggiunge mediante un cammino in Dodici Passi (Tabella 3) che fornisce ai caregiver gli strumenti per diventare curanti esperti e la consapevolezza dei risultati raggiunti. Il Gruppo ABC è un piccolo gruppo di autoaiuto, con conduttore, semiaperto, eterocentrato, basato sull'Approccio Capacitante. Dopo le prime esperienze condotte da Vigorelli presso la Nuova Residenza per Anziani (Milano 2005), da Vigorelli e Tomaselli presso l'Ospedale San Carlo Borromeo (Milano 2005) e da Vigorelli presso le RSA Saccardo e S. Giorgio del Gruppo Segesta (a partire dal 2008), la metodologia è stata formalizzata e nel 2009 è stato organizzato dal Gruppo Anchise il primo Corso annuale di formazione per Conduttori di Gruppo ABC con 20 allievi. Il Corso si è ripetuto nel 2010 con altri 20 allievi e il terzo Corso è stato avviato nel 2011. I Gruppi ABC si sono rapidamente diffusi in Italia ad opera degli allievi (ne sono stati avviati più di 50) (Nota 3).

Il primo lavoro pubblicato<sup>105</sup> riassume i risultati di due Gruppi ABC confrontati con un gruppo di controllo costituito da 7 caregiver che hanno partecipato a due incontri informativi, nell'arco di 8 settimane, sulla malattia di Alzheimer e sulle terapie attualmente in uso. Il primo Gruppo ABC era costituito da 10 caregiver che hanno partecipato a 4 incontri nell'arco di 6 settimane, il secondo da 8 caregiver che hanno partecipato a 6 incontri nell'arco di 8 settimane.

Questo studio pilota ha messo in evidenza che la partecipazione al Gruppo ABC è seguita da un cambiamento nel comportamento verbale

dei caregiver, rendendolo più aderente ai Dodici Passi, senza modificare in modo significativo il comportamento verbale dei pazienti ed il carico assistenziale, misurato con il CBI. La percezione da parte del caregiver del cambiamento nel suo comportamento verbale è più elevata quando il comportamento verbale del paziente è più compromesso. Nessun cambiamento significativo è stato osservato nel gruppo di controllo (i dettagli dello studio sono consultabili sul Sito nella rubrica sui Gruppi ABC).

R. Stivala<sup>89</sup> ha effettuato un altro studio basato su un Gruppo ABC condotto a Catania da A. Ullo, costituito da 5 incontri con 8 caregiver. Basandosi su questionari di autovalutazione somministrati ai caregiver prima e dopo la serie di incontri, ha osservato che al termine del ciclo i caregiver accettano la malattia del congiunto più di prima, riescono ad occuparsi anche del proprio benessere, si sentono più esperti nell'uso della parola, sono consapevoli di contribuire al benessere del congiunto, si sentono meglio, passano più tempo a parlare con lui. D'altra parte il paziente prende più spesso l'iniziativa nel parlare, parla complessivamente di più ed è più contento di parlare, secondo la valutazione del caregiver. Nel Convegno "Il Gruppo ABC" (26 settembre 2009, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano) sono stati presentati altri dati che concordano con i risultati dei due studi citati.

**Tabella 3**

I Dodici Passi	
1.	Non fare domande
2.	Non correggere
3.	Non interrompere
4.	Ascoltare
5.	Accompagnare con le parole
6.	Rispondere alle domande
7.	Comunicare anche con i gesti
8.	Riconoscere le emozioni
9.	Rispondere alle richieste
10.	Accettare che faccia quello che fa
11.	Accettare la malattia
12.	Occuparsi del proprio benessere

### **Il Gruppo di Riconoscimento**

La costituzione di gruppi di conversazione per persone con demenza risponde a due esigenze: 1) ottimizzare l'impiego del tempo degli operatori e ridurre i costi; 2) sfruttare la situazione gruppale nelle sue potenzialità favorevoli la produzione verbale.

Si tratta di un gruppo strutturato con 5-7 pa-

zienti, condotto secondo l'Approccio Capacitante, che ha per scopo di tener vive le Competenze Elementari dei partecipanti (competenza emotiva, a parlare ed a comunicare, a contrattare ed a decidere), offrendo loro l'occasione di parlare così come sanno fare, senza essere corretti, interrotti, giudicati.

Il conduttore interviene per

- favorire l'espressione verbale dei presenti
- fare in modo che tutti possano parlare
- fornire a ciascuno il Riconoscimento delle sue Competenze Elementari e delle sue Identità Molteplici

Il gruppo funziona meglio se i pazienti hanno un livello omogeneo di competenze cognitive. Se si soddisfa questa condizione il gruppo è possibile anche con pazienti Alzheimer in fase avanzata. Accettando la Contrattazione del motivo narrativo da parte dei partecipanti ed accompagnandoli nei loro Mondi possibili mediante Interventi di sintesi e di Restituzione del motivo narrativo, si osserva che frequentemente il tema che emerge nel gruppo riguarda la ricostruzione della propria vita, attraverso la rievocazione o la riattualizzazione delle proprie Identità Molteplici.

Le prime esperienze di gruppo di conversazione basate sul Conversazionalismo sono state effettuate da Lai e Lavanchy presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo, Monza<sup>68</sup> e da Vigorelli presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano (2005). La valorizzazione della parola in una sessione di gruppo nell'ambito di un progetto riabilitativo basato sulla stimolazione sensoriale (Istituto Redaelli, Milano) è stata descritta da Bressan<sup>11</sup>

Le esperienze di gruppo condotte secondo l'Approccio Capacitante hanno messo in evidenza come un gruppo di conversazione sia possibile anche in presenza di demenza di grado severo, rendendo manifesta la competenza a parlare ed a comunicare anche quando questa era eclissata; anche la competenza emotiva risulta risvegliata nella situazione gruppale<sup>24</sup> e la competenza a contrattare e a decidere risulta evidente nella contrattazione del motivo narrativo effettuata dai pazienti (Lai 2005).

La ricerca metodologica e valutativa del Gruppo di Riconoscimento è tuttora in corso ed è già stato avviato un progetto sperimentale presso l'Isola in Città della Fondazione Manuli (Milano 2011) in cui il Gruppo di Riconoscimento con i pazienti si svolge parallelamente e contemporaneamente

al Gruppo ABC rivolto ai loro caregiver.

### **La formazione nell'ambito del Gruppo Anchise**

A partire dall'anno 2005 il Gruppo Anchise ha organizzato corsi di formazione basati essi stessi sull'Approccio Capacitante e sullo studio dei testi: Seminari Multiprofessionali (presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano), Corsi di formazione per Conduttori di Gruppo ABC e Corsi di formazione per Conduttori di Gruppo di Riconoscimento (presso l'ASP Pio Albergo Trivulzio di Milano).

Ai corsi hanno partecipato oltre 200 allievi di tutte le professioni coinvolte nell'assistenza agli anziani, provenienti dal Nord Italia, Centro, Sud e Isole.

Gran parte dei risultati che sono stati fin qui citati sono ottenuti da operatori che hanno seguito corsi di formazione costituiti da un piccolo numero di seminari di tre-quattro ore. Il corso di formazione standard è costituito da sette seminari di tre ore. Lacchini<sup>35</sup> ha studiato l'efficacia di un intervento formativo minimale, costituito da un'ora di formazione, rivolto a tre operatori che già si occupavano professionalmente di assistenza a persone con demenza. Sono state registrate sette conversazioni prima dell'intervento formativo e sette dopo. I pazienti erano affetti da AD di grado medio-lieve e severo: punteggio al MMSE, corretto per età e scolarità, compreso tra 11 e 23, punteggio medio 19,38. La differenza, prima e dopo l'intervento formativo, riguardo al Tasso dei nomi e all'Indice di Riferimento è risultata statisticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

### **Una via aperta**

L'Approccio Capacitante non è una teoria, ma trova giustificazione e s'interseca con varie teorie della comunicazione e con vari costrutti della linguistica e della neuropsicologia che l'hanno preceduto.

L'Approccio Capacitante è un modo di essere e di comportarsi che ha un obiettivo: il benessere dell'operatore (considerato con le sue competenze e ruolo professionale) e delle persone che vivono nelle RSA (con o senza deficit cognitivi). L'Approccio Capacitante è nato e cresciuto nell'ambito del gruppo Anchise a partire dall'Approccio Conversazionale e continua ad evolvere e ad arricchirsi in base ai contributi culturali e di esperienza che via via vengono forniti da parte degli operatori e delle istituzioni che lo adottano.

## Note

1) In questo contesto si allude all'assenza di capacità comunicativa intrinseca alle parole di un testo, senza contraddire quindi l'assioma *non si può non comunicare* della Pragmatica della comunicazione che fa riferimento invece alla comunicazione inserita nel contesto relazionale<sup>120</sup>

2) Soci fondatori del Gruppo Anchise: Filippo Agostara (medico), Martina Bonalume (psicologa), Cristina Cusi (medico neurologo), Antonino Frustaglia (medico geriatra), Daniela Myr (assistente sociale), Angela Peduzzi (formatore), Donatella Pezzano (caposala), Azalen Tomaselli (psicoterapeuta), Pietro Vigorelli (medico e psicoterapeuta), Flora Vitagliano Caracciolo (conversazionalista).

3) Gruppi ABC attivati nel periodo 2008-2011 (è indicata la città, l'istituzione e il conduttore): Anno 2008: Milano, Fondazione Don Carlo Gnocchi (P. Vigorelli). Bosa (OR), Associazione Malattia Alzheimer Sardegna (P. Vigorelli). Oristano, AMAS e Provincia di Oristano (P. Vigorelli).

Anno 2009: Bresso (MI): RSA Ente Morale Pio XI (A. Cocco, S. Sertorio). Genova Bogliasco (B. Parodi). Trento (E. Gadler). Chiuro (S. Sertorio, A. Cocco). Pesaro (PU), Fano (PU), Senigallia (AN) (A. Maramonti). Pozzo Maggiore (SS) (S. Peri). Massa Carrara (S. Frediani). Vignate (MI) (C. Paindelli, E.P. Costa). Lissone (MB) Casa di Riposo L. e A. Agostoni Onlus (G. Frasca). Como, Ospedale Valduce (M. Giambanco). Sant'Agata Militello (ME), Fondazione Mancuso (A. Ullo). Milano, Fondazione Don Carlo Gnocchi (P. Vigorelli); ASP Pio Albergo Trivulzio (A. Cocco, S.

Sertorio); La Piccola Casa del Rifugio (S. Canulli). Casalmaggiore (CR), Fondazione Conte C. Busi (R. Amico).

Anno 2010: Milano, Residenza S. Giorgio del Gruppo Segesta (P. Vigorelli); Fondazione Manuli (P. Vigorelli); Piccolo Cottolengo Don Orione (B. Pozzoli); CDI delle Residenze Saccardo del Gruppo Segesta (P. Riposo); La Piccola Casa del Rifugio (S. Canulli). Binasco (MI) Residenze Helio-polis (E. Riccardi). Veduggio con Colzano (MB), Associazione Madre Teresa di Calcutta Onlus (S. Scarani). Gallarate (VA), AIMA di Gallarate e Varese (C. Stanca, M. Pinciroli); Fondazione Bellora (C. Stanca). Ferrara, Associazione Alzheimer Ferrara (C. Succi). Cinisello Balsamo (MI), Residenza del Sole (A. Cocco, S. Sertorio). Senigallia (AN) (A. Maramonti). Bresso (MI), RSA Ente Morale Pio XI (A. Cocco, S. Sertorio). Monza, Centro Diurno Alzheimer di via Molise 13 (F. Giudici). Corinaldo (AN) (G. Massi). Bareggio (MI), Residenza Villa Arcadia, (F. Tringali). Cornigliano (GE) (B. Parodi). Mombretto di Mediglia (MI), Residenza Borromea (M.P. Bareggi). Aci Reale (CT), Dipartimento di Salute Mentale (A. Ullo). Carrara, Istituzione Comunale Casa di Riposo per Anziani (S. Frediani). Ascoli Piceno (F. Silvaggio, A. Pierantozzi). Pesaro (PU) (A. Maramonti). Fano (PU) (A. Maramonti). Como, Centro Estetico Lariano (M. Giambanco). Chiuro (S. Sertorio, A. Cocco). Lodi, ASP S. Chiara (S. Sarchi).

Anno 2011: Milano, Residenza S. Giorgio del Gruppo Segesta (P. Vigorelli); Fondazione Manuli Onlus (K. Stoico, P. Vigorelli); Consultorio familiare Kolbe (A. Cocco, S. Vicinelli);

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Banfi P. Shiatzu e Morbo di Alzheimer. Tesi di diploma Scuola Shambàla Shiatsu. Milano, Anno 2008.
- <sup>2</sup> Barni C, Blandi R, Cesario S, Silvestri C. Fenomeni ricorrenti. In: Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>3</sup> Barni C, Blandi R, Cesario S, Silvestri C. La "negazione" del fatto che il passato è passato e lo "spostamento" dell'iterazione del motivo narrativo. In: Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>4</sup> Bigatello G. La persistenza degli affetti. In: Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).

- <sup>5</sup> Bolis S. L'emergenza dell'attenzione alla soggettività nell'approccio alla demenza. Un contributo empirico. Tesi di Laurea in Psicologia (Relatore Stella S., Correlatore Cocco E.). Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano, Facoltà di Psicologia. AA 1998-1999.
- <sup>6</sup> Bolis S. Uno studio su testi registrati di conversazioni con pazienti dementi. Tecniche conversazionali 2001; 25:19-26.
- <sup>7</sup> Bonalume M. Tecniche di conversazione con pazienti affetti da demenza di Alzheimer. Tesi di Laurea in Psicologia (Relatore C. Papagno, Relatore esterno P. Vigorelli, Correlatore P. Rizzi). Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Psicologia. AA 2002-2003.
- <sup>8</sup> Bonalume M, Negri Chinaglia C, Vigorelli P. La produzione lessicale dei pazienti Alzheimer in relazione allo stile conversazionale dell'interlocutore. Atti del 48° Congresso Nazionale della SIGG. Firenze, 27-31 ottobre 2003.

- <sup>9</sup> Bongelli R. *La conversazione*. Mc Graw-Hill 2008.
- <sup>10</sup> Borgia L, Nava LA. La capacità conversazionale, risorsa e strumento nella coppia caregiver-paziente. *G Gerontol* 2008; 5:350-1.
- <sup>11</sup> Bressan L. Un'applicazione in campo riabilitativo: dagli stimoli sensoriali alle parole. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>12</sup> Buttacchio G. L'approccio linguistico allo studio della malattia di Alzheimer. Analisi sociolinguistica di un corpus di conversazioni. Tesi di Laurea Specialistica (Relatore F. Foresti, Correlatore N. Grandi). Università degli Studi di Bologna, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di Laurea Specialistica in Linguistica. AA 2008-2009.
- <sup>13</sup> Campana A. Il modello Gentlecare in un reparto Alzheimer RSA: un anno come tirocinante terapeuta occupazionale. Tesi di Laurea in Terapia Occupazionale. (Relatore C. De Sena Gibertoni, Correlatore: P. Vigorelli) Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia. AA 2004-2005.
- <sup>14</sup> Canulli S, Vigorelli P. Il Gruppo ABC: L'esperienza de La Piccola Casa del Rifugio - Milano. 5° Corso per Psicologi. 54° Congresso Nazionale SIGG (Poster con discussione). Firenze, 3-4 dicembre 2009.
- <sup>15</sup> Chomsky N. *Le strutture della sintassi*. Bari: Laterza 1970.
- <sup>16</sup> Chomsky N. *Language as a natural object* (1994). In Chomsky N. *New horizon in the study of language and min*. Cambridge: Cambridge University Press 2000.
- <sup>17</sup> Chomsky N. *New Horizons in the Study of language and Mind*. Cambridge University Press, 2000.
- <sup>18</sup> Clocchiatti I. Dalla crisi familiare alla costruzione di una nuova memoria. La demenza di Alzheimer. Tesi di Laurea in Discipline Psicosociali (Relatore A. Deponte). Università degli Studi di Trieste, Facoltà di Psicologia. AA 2009-2010.
- <sup>19</sup> Cocco A. Principi e metodi del Gruppo ABC. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 128). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>20</sup> Cocco A, Sertorio S, Maletta M, Vigorelli P. L'Approccio Conversazionale e Capacitante (ACC) nella gestione di un Alzheimer Café. *G Gerontol* 2008; 5:336.
- <sup>21</sup> Cocco A, Sertorio S, Vigorelli P. Il Gruppo ABC: La valutazione dei risultati. 5° Corso per Psicologi. 54° Congresso Nazionale SIGG (Poster con discussione). Firenze, 3-4 dicembre 2009.
- <sup>22</sup> Cocco E. A project of a comparative study of the profiles of textual indicators in vascular dementia versus Alzheimer's disease. Atti del Congresso Non-Alzheimer cognitive impairment. Newcastle, 2-7 aprile 2000.
- <sup>23</sup> Conti C, Fulcheri M, Vigorelli P. Conversazione e neuroimaging. Ricerca di correlazioni basate sull'Approccio Conversazionale (AC). 9° Corso multiprofessionale di nursing (comunicazione orale). 53° Congresso Nazionale SIGG, Firenze 26-29 novembre 2008.
- <sup>24</sup> Cornaggia C.M, Biagi E, Mascarini A, Moltrasio L. Conversare con l'Alzheimer: dal comunicare al risveglio emotivo. *G Gerontol*. 2005; 5:566-9.
- <sup>25</sup> De Carli R, Bellocchio D, Vigorelli P. Applicabilità dell'Approccio Conversazionale e Capacitante (ACC) in terapia occupazionale. Un caso di demenza fronto-temporale. 53° Congresso Nazionale SIGG, Firenze 26-29 novembre 2008. 7° Corso di Riabilitazione (poster).
- <sup>26</sup> Dolezel L. *Heterocosmica. Fiction e mondi possibili* (1998). Tr. it. Milano: Bompiani 1999.
- Feil N. *Validation. Il metodo Feil*. Ed it. a cura di V. de Klerk-Rubin. Minerva Edizioni 2003.
- <sup>27</sup> Galbiati E. Frammenti di sé. Immagine corporea e identità nell'Alzheimer grave. Tesi di Diploma in Arte Terapia (Relatore M. Della Cagnoletta). Programma di Formazione Quadriennale in Arte Terapia convenzionato con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna. AA 2007-2008.
- <sup>28</sup> Giambanco M. La relazione tra conduttore del Gruppo ABC e caregiver è lo specchio della relazione tra caregiver e persona malata di Alzheimer. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 130). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>29</sup> Grace HP. *Logica e conversazione. Saggi su intenzione, significato e conversazione*. Bologna: Il Mulino 1975.
- <sup>30</sup> Henderson CS, Andrews N. A partial view: an Alzheimer's journal (1998). Tr. it. *Visione parziale. Un diario dell'Alzheimer*. a cura dell'Associazione Goffredo de Banfield e Federazione Alzheimer Italia. Trieste: Editoriale Lloyd 2002.
- <sup>31</sup> Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press 1997.
- <sup>32</sup> Kripke S. *Esistenza e necessità. Saggi scelti* (a cura di G. Franci), Ponte alle Grazie 1992.
- <sup>33</sup> Kripke S. *Naming and Necessity*, Oxford, Basil Blackwell, (1980). Tr.it. *Nome e necessità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- <sup>34</sup> Lacchini C. L'Approccio conversazionale nello studio e nella cura dei disturbi del linguaggio del malato Alzheimer, con particolare riferimento all'uso dei nomi. Tesi di Specializzazione in Psicologia del ciclo di vita (Relatore D. Varin, Correlatore P. Vigorelli) Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Psicologia. AA 2006-2007.
- <sup>35</sup> Lacchini C, Vigorelli P. Efficacia di un intervento formativo breve sulla produzione di nomi nei malati Alzheimer. Studio basato sull'Approccio Conversazionale. 7° Corso di Riabilitazione (poster). 53° Congresso Nazionale SIGG, Firenze 26-29 novembre 2008.
- <sup>36</sup> Lai G. *La conversazione felice*. Milano: Il Saggiatore 1985.
- <sup>37</sup> Lai G. *Conversazionalismo*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- <sup>38</sup> Lai G. *La conversazione immateriale*, Torino, Bollati Boringhieri 1995.
- <sup>39</sup> Lai G. *Disidentità, Feltrinelli*, Milano 1988. Riedito da Franco Angeli 1999.
- <sup>40</sup> Lai G. Progetto Alzheimer (editoriale). *Tecniche conversazionali* 2000; 23:4.
- <sup>41</sup> Lai G. *Malattia di Alzheimer e Conversazionalismo*. *Terapia familiare* 2000; 63:43-59.
- <sup>42</sup> Lai G. *Conversazioni con l'Alzheimer. Prospettive sociali e sanitarie* 2000; 18:2-5.
- <sup>43</sup> Lai G. Cambiamenti nella teoria della conversazione e cambiamenti nella relazione con i pazienti Alzheimer. *Psicoterapia e scienze umane* 2001; 2:55-68.
- <sup>44</sup> Lai G. L'accesso ai mondi possibili nella malattia di Alzheimer. *Prospettive sociali e sanitarie* 2001; 4:7-11.
- <sup>45</sup> Lai G. Postulati, definizioni, algoritmi, teoremi del conversazionalismo. *Fondamenti dimostrativi o assiomi condizionali? Rivista italiana di gruppo analisi* 2003; 1: 9-47.
- <sup>46</sup> Lai G, Fioravanzo R. *La Conversazione Immateriale*. *Connessioni* 1992; 2:44-64.
- <sup>47</sup> Lai G, Gandolfo G. *Conversazione senza comunicazione*. *Tecniche conversazionali* 2000; 23:52-65.
- <sup>48</sup> Lai G, Lapertosa N. L'accesso ai mondi possibili nella malattia di Alzheimer. *Solitudine ed Alzheimer. Prospettive*

- sociali e sanitarie 2001; 4:7-12.
- <sup>49</sup> Lai G, Lavanchy P. La vendetta perfetta e l'imperfetta misericordia. Relazione al XXXVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria, Lucera (Bari), 29 novembre - 1 dicembre 2002.
- <sup>50</sup> Lai G, Lo Re E. Disidentità e mondi possibili nella malattia di Alzheimer, *Tecniche conversazionali* 2001; 25:57-64.
- <sup>51</sup> Lai G, Sedda L. Coerenza e coesione in conversazioni con pazienti Alzheimer. *Tecniche conversazionali* 2000; 24:26-40.
- <sup>52</sup> Lai G, Tamanza G, Viario M. Malattia di Alzheimer e conversazionalismo. *Terapia familiare* 2000; 63:43-69.
- <sup>53</sup> Lavanchy P. La rivincita dei numeri. *Tecniche conversazionali* 1999; 22:5-9.
- <sup>54</sup> Lavanchy P. Il linguaggio delle cellule. *Tecniche Conversazionali* 2000; 23:14-8.
- <sup>55</sup> Lavanchy P. L'Accademia tra due convegni, *Tecniche conversazionali* 2002; 27:4-6.
- <sup>56</sup> Lavanchy P, Lai G. La conversazione al servizio delle competenze del malato Alzheimer. In: Gala C, Bressi C, Rugatelli M. (a cura di), *Psichiatria e medicina*, Roma: CIC Edizioni internazionali 2003.
- <sup>57</sup> Lazzarino M, Lemut MC, Privizzini A. Le tecniche del conversazionalismo come strumento per accedere all'interiorità dei pazienti affetti da demenza. *G Gerontol* 2005; 5:586-7.
- <sup>58</sup> Lewis CI, Cooper HL. (1932) *Symbolic Logic*. Dover reprint, 1959.
- <sup>59</sup> Lewis D. *On the plurality of worlds*. Oxford: Blackwell 1986.
- <sup>60</sup> Lo Re E. Dalle parole alla relazione. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6 ed. 2010).
- <sup>61</sup> Maramonti A. Il mondo possibile della persona con demenza: dalla psicologia sociale maligna al conversazionalismo. Tesi di Laurea in Psicologia (Relatore M. Rossi Monti). Università degli Studi di Urbino, Facoltà di Psicologia. AA 2006-2007.
- <sup>62</sup> Maramonti A, Vigorelli P. Il deterioramento del linguaggio nella malattia di Alzheimer. Un metodo di valutazione basato sull'Approccio Conversazionale (AC). 7° Corso di Riabilitazione (poster). 53° Congresso Nazionale SIGG, Firenze 26-29 novembre 2008.
- <sup>63</sup> Maramonti A. La tecnica di conduzione del Gruppo ABC. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 129). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>64</sup> Marini A e Carlomagno S. *Analisi del discorso e patologia del linguaggio*. Milano: Springer, 2004.
- <sup>65</sup> Minervino A. Conoscere il conversazionalismo. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>66</sup> Moja E. Presentazione. In: Vigorelli P. *L'Approccio Capacitante*. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2011.
- <sup>67</sup> Moltrasio L. Applicazione sperimentale della tecnica conversazionale in persone con malattia di Alzheimer: analisi di un'esperienza di gruppo. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia (Relatore I. Carta, Correlatore G. Lai). Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Medicina e Chirurgia. AA 2001-2002.
- <sup>68</sup> Napoli D. *Conversazioni non comunicative*. L'apporto delle conversazioni nella malattia di Alzheimer tra Teoria della pertinenza e Approccio conversazionale. Tesi di Laurea Specialistica in Linguistica (Relatore A. Zijno). Università degli Studi di Padova, Facoltà di Lettere e Filosofia. AA 2009-2010.
- <sup>69</sup> Pellegrini V. *La conversazione con il malato di Alzheimer*. Tesi del corso di Specializzazione "Le demenze: diagnosi e riabilitazione neuropsicologica". Associazione Italiana di Neuropsicologia. Torino, 2005.
- <sup>70</sup> Peri S. La fatica di parlare e la cura con la parola nel Gruppo ABC e nella vita quotidiana. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 131). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>71</sup> Peroli P. *L'Approccio Capacitante attraverso la conversazione con l'anziano fragile in RSA*. Tesi di Master Universitario di II livello in Psicogeriatrics (Correlatore P. Vigorelli). Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. AA 2008-2009.
- <sup>72</sup> Peroli P, Vigorelli P. Un metodo per valutare l'efficacia dell'Approccio Conversazionale e Capacitante (ACC) nella cura dell'anziano fragile ricoverato in RSA. *G Gerontol* 2008; 5:336.
- <sup>73</sup> Peroli P, Vigorelli P. *L'Approccio Capacitante attraverso la conversazione con l'anziano fragile in RSA*. 54° Congresso Nazionale SIGG (comunicazione orale). Firenze, 2-5 dicembre 2009.
- <sup>74</sup> Peroli P, Vigorelli P. *Approccio Conversazionale e Capacitante nella cura degli anziani affetti da demenza*. *Psicogeriatrics* 2010; 1 (suppl.): 205-6.
- <sup>75</sup> Regorda R. Prendersi cura delle fragilità degli anziani all'interno delle RSA. Prospettive pedagogiche. Tesi di Laurea Triennale in Scienze dell'educazione e dei processi formativi. (Relatore E. Musi). Università Cattolica del Sacro Cuore. Facoltà di Scienze della Formazione - sede di Piacenza. AA 2009-2010.
- <sup>76</sup> Riedo E. *L'anomia nei dementi*. *L'Approccio conversazionale*. Tesi di Laurea Specialistica (Relatore C. Papagno, Secondo relatore P. Vigorelli, Correlatore F. Crippa) Università degli Studi di Milano - Bicocca, Facoltà di Psicologia, Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e neuropsicologia. AA 2008-2009.
- <sup>77</sup> Riedo E, Marelli MV, Piccaluga L, Vigorelli P. *L'anomia nei malati dementi: uno studio basato sull'Approccio Conversazionale*. 5° Corso per Psicologi. 54° Congresso Nazionale SIGG (Poster con discussione). Firenze, 3-4 dicembre 2009.
- <sup>78</sup> Sacks H, Schegloff E & Jefferson G. A simplest systematics for the organisation of turn taking for conversation. *Language* 1974; 50:696-735.
- <sup>79</sup> Sacks H. *L'analisi della conversazione*. Armando Editore 2008.
- <sup>80</sup> Sen A. *Inequality re-examined* (1992). Oxford University Press. Oxford. Tr. It. *La disegualianza*. Un riesame critico. Bologna: Il Mulino 2000.
- <sup>81</sup> Sen A. *Development as Freedom* (1999). Tr. It. *Lo sviluppo è libertà*. Milano: Arnoldo Mondadori 2000.
- <sup>82</sup> Sen A. *Identity and Violence: The Illusion of Destiny* (2006). New York - London: W. W. Norton & Company. Tr. It. *Identità e violenza*. Roma - Bari: Laterza 2006.
- <sup>83</sup> Sen A. *La libertà individuale come impegno sociale*. Roma - Bari: Laterza 2007.
- <sup>84</sup> Sen A. *The idea of justice* (2010). Tr. It. *L'idea di giustizia*. Milano: Arnoldo Mondadori 2010.

- <sup>85</sup> Sertorio S. I risultati dei Gruppi ABC. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 131). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>86</sup> Sperber D, Wilson D. Relevance. Communication and cognition. Oxford: Blackwell 1986. Tr.it. La pertinenza. Milano: Anabasi 1993.
- <sup>87</sup> Sperber D, Wilson D. Pragmatics, Modularity and Mind-reading. *Mind & Language* 2002; 17:3-23.
- <sup>88</sup> Stivala R. La "parola" ai familiari dei pazienti Alzheimer: come cambia la relazione dopo la partecipazione al Gruppo ABC. Valutazione iniziale e finale. Tesi di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (Relatore E. Aguglia). Università degli Studi di Catania, Facoltà di Medicina e Chirurgia. AA 2009-2010.
- <sup>89</sup> Tomaselli A. Una storia senza storia. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>90</sup> Trabucchi M. Presentazione. In: Vigorelli P. *L'Approccio Capacitante*. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2011.
- <sup>91</sup> Ullo A. L'epidemia silente del nuovo millennio: l'Alzheimer's Disease tra parole malate e memoria senza ricordi. Tesi di Laurea in Psicologia. (Relatore D. Lo Cascio) Università degli Studi di Palermo - Facoltà di Scienze della Formazione. AA 2004-2005.
- <sup>92</sup> Ullo A. Il Gruppo ABC: la cura con le parole per i familiari dei malati Alzheimer. Atti del III Convegno Nazionale di Psicologia dell'invecchiamento (pag. 129). Brescia 13-14 novembre 2009.
- <sup>93</sup> Vara S. La tecnica conversazionale. Nuovi orizzonti nell'assistenza infermieristica al paziente affetto da demenza di Alzheimer: descrizione di un'esperienza. Tesi di Laurea in Infermieristica. (Relatore M.V. Madaschi, Correlatore P. Vigorelli) Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia. AA 2002-2003.
- <sup>94</sup> Viaro M. Commento all'articolo di Giampaolo Lai: Malattia di Alzheimer e conversazionalismo. *Terapia Familiare* 2000; 63:61-9.
- <sup>95</sup> Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>96</sup> Vigorelli P. Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice. *G Gerontol* 2005; 53:483-7.
- <sup>97</sup> Vigorelli P. La Capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer. *I luoghi della cura* 2006; 4:15-8.
- <sup>98</sup> Vigorelli P. Dalla Riabilitazione alla Capacitazione: un cambiamento di obiettivo e di metodo nella cura dell'anziano con deficit cognitivi. *Geriatrics* 2007; 4:31-7.
- <sup>99</sup> Vigorelli P. La Capacitazione: un'idea forte per la cura della persona anziana ricoverata in RSA. *G Gerontol* 2007; 55:104-9.
- <sup>100</sup> Vigorelli P. *L'approccio conversazionale nella cura del malato Alzheimer: i principi generali (Vol I)*. Milano: J. Medical Books Edizioni 2007.
- <sup>101</sup> Vigorelli P. *L'approccio conversazionale nella cura del malato Alzheimer: che cosa dire, che cosa evitare (Vol II)*. Milano: J. Medical Books Edizioni 2007.
- <sup>102</sup> Vigorelli P. Alzheimer senza paura. Perché parlare, come parlare. Milano: Rizzoli 2008.
- <sup>103</sup> Vigorelli P. Gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2010.
- <sup>104</sup> Vigorelli P. The ABC Group for caregivers of persons living with dementia: self-help based on the Conversational and Enabling Approach. *Non-pharmacological therapies in dementia*. 2010: 3.
- <sup>105</sup> Vigorelli P. Riconoscere o negare la malattia di Alzheimer? *Geriatrics* 2010; 2:43-4.
- <sup>106</sup> Vigorelli P. Consapevolezza e scelte nel mondo Alzheimer. Atti del Convegno dell'Associazione Psicologi Italiani. Torino 23 ottobre 2010.
- <sup>107</sup> Vigorelli P. L'arte della conversazione con la persona affetta da demenza. *Psicogeriatrics* 2010; 1 (suppl.):90-3.
- <sup>108</sup> Vigorelli P. Non esiste una riabilitazione per l'autonomia, è l'autonomia che riabilita. *I luoghi della cura* 2010; 1:22-6.
- <sup>109</sup> Vigorelli P. Dall'approccio assistenziale all'Approccio Capacitante nella cura dell'anziano fragile. *Geriatric & Medical Intelligence*. *Medicina e anziani* 2010; 1:47-51.
- <sup>110</sup> Vigorelli P. L'ultimo Kant: un malato Alzheimer eccellente. *Psicogeriatrics* 2010; 1:17-20.
- <sup>111</sup> Vigorelli P. L'evidenza delle parole nella malattia di Alzheimer. Gruppo di Ricerca Geriatrica - news 2: 2010.
- <sup>112</sup> Vigorelli P. *L'Approccio Capacitante*. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Milano: Franco Angeli 2011.
- <sup>113</sup> Vigorelli P, Negri Chinaglia C, Bonalume M. Un nuovo approccio alla conversazione col malato Alzheimer. Atti del 48° Congresso Nazionale della SIGG. Firenze, 27-31 ottobre 2003.
- <sup>114</sup> Vigorelli P, Peduzzi A. Un metodo per prevenire il decadimento dell'anziano fragile. *Geriatric&Medical Intelligence*. *Medicina e anziani*. 2002; 1:41-8.
- <sup>115</sup> Vigorelli P, Peduzzi A. (a cura di) *Parole che aiutano* (relazione conclusiva del progetto *Parole che aiutano* cofinanziato dalla Provincia di Milano) in [www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it) 2009.
- <sup>116</sup> Villa MC, Vigorelli P. *L'Approccio Conversazionale (AC) nella cura del malato Alzheimer ospite in RSA*. 9° Corso multiprofessionale di nursing (poster). 53° Congresso Nazionale SIGG, Firenze 26-29 novembre 2008.
- <sup>117</sup> Visentini AL. Dinamiche comunicative nella malattia di Alzheimer. Tesi di Laurea in Scienze della comunicazione. (Relatore I. Quadrelli) Università degli Studi di Urbino, Facoltà di Sociologia. AA 2005-2006.
- <sup>118</sup> Vitagliano Caracciolo F. Tracce di emozioni. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>119</sup> Watzlawich P, Beavin J.H, Jackson D.D. *Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W. Norton 1967. Tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio 1971.
- <sup>120</sup> Zuczkowski A, Gabrielloni I. La conversazione nella vita quotidiana. In: Vigorelli P. (a cura di) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*. Milano: Franco Angeli 2004 (6° ed. 2010).
- <sup>121</sup> [www.anchise.it](http://www.anchise.it)