

Studio qualitativo di fattibilità di un colloquio d'accoglienza di nuovi ospiti in strutture per anziani, basato sull'ApproccioCapacitante®

In questo numero la rivista, nell'ottica di dare spazio alle diverse esperienze, ospita un articolo riguardante l'ApproccioCapacitante®, promosso e diffuso dal Gruppo Anchise di Milano. Saremo lieti di ospitare ulteriori contributi.

di [Pietro Vigorelli](#) (Medico psicoterapeuta, promotore dell'Approccio Capacitante e del Gruppo Anchise, Milano), [Maria Paola Bareggi](#) (Psicologa, Residenza Borromea, Mediglia, Milano.), [Liliana Piccaluga](#) (Medico geriatra, Direttore sanitario della RSA L'Arca, ASP Pio e Ninetta Gavazzi, Desio, Monza Brianza), [Arianna Cocco](#) (Psicologa psicoterapeuta, Residenza Ballestrero, Torino), [Elisabetta De Lorenzi](#) (Medico geriatra, RSA Fiori di Loto, Quarto, Genova), [Giulia Martinenghi](#) (Psicologa psicoterapeuta, Azienda USL di Cesena, Forlì-Cesena), [Marie Victoria Gianelli](#) (Neuropsicologa, Università di Genova), [Alessandro Nobili](#) (Responsabile del Laboratorio Valutazione della Qualità delle Cure e dei Servizi per l'Anziano, Dipartimento di Neuroscienze, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano)

A partire dai primi anni 2000 in Italia si è diffuso l'ApproccioCapacitante®, un intervento professionale che vuole creare un ambiente capacitante nei luoghi dove vivono gli anziani fragili, in particolare quelli con demenza [Vigorelli et al, 2011; Lanzoni et al, 2018]. Il metodo, messo a punto da uno degli autori (Pietro Vigorelli) nell'ambito del Gruppo Anchise, è basato sull'uso consapevole dell'ascolto e della parola da parte degli operatori.

A partire dal 2011 il Gruppo Anchise¹ ha scelto di implementare il metodo proponendo a singoli operatori volontari di effettuare un colloquio d'accoglienza per i nuovi ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dei Centri Diurni (CD) utilizzando l'Approccio Capacitante.

Si è così avviato un progetto con caratteristiche di intervento, riguardo all'introduzione dell'Approccio Capacitante nelle strutture in cui il progetto stesso veniva realizzato, e caratteristiche di ricerca, riguardo ai cambiamenti che seguono al colloquio d'accoglienza effettuato con tale approccio.

Scopo

Lo scopo principale del progetto consiste nel valutare la fattibilità di un colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio Capacitante, ossia la possibilità di applicazione di tale approccio in contesti assistenziali diversi, da parte di operatori con professionalità di vario tipo, con pazienti affetti da disturbi cognitivi di gravità variabile. Uno scopo ulteriore consiste nel valutare, dopo 4 settimane, i cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori nell'interazione con i pazienti.

Materiale e metodi

Per valutare la fattibilità del colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio Capacitante sono stati raccolti i dati riguardanti la diffusione del progetto, le strutture, gli operatori, i nuovi ospiti e i colloqui. Per valutare gli effetti del colloquio sugli operatori che lo hanno effettuato e sui loro colleghi sono stati raccolti i dati riguardanti i cambiamenti nel

comportamento verbale dell'operatore che ha effettuato il colloquio d'accoglienza (nei confronti del nuovo ospite e degli altri ospiti) e i cambiamenti nel comportamento verbale degli altri operatori del team. Inoltre sono stati raccolti dati riguardanti la relazione tra operatore e ospite, i cambiamenti dell'ospite percepiti dall'operatore nelle 4 settimane successive al colloquio d'accoglienza, l'outcome dei nuovi ospiti dopo 4 settimane.

Il progetto è stato concepito in vista di una sua implementazione su larga scala: è di tipo qualitativo e si basa sull'adesione volontaria degli operatori, indipendentemente dalla qualifica.

La partecipazione dei pazienti è stata di tipo sequenziale, condizionata solo dalla presenza in turno dell'operatore e dalla possibilità concreta di svolgere il colloquio. In tre strutture è stato possibile il reclutamento della maggior parte dei nuovi ingressi: 80 colloqui (32,12%) nella Residenza Borromeo di Mombretto di Mediglia, 67 (26,90%) nella RSA l'Arca di Desio, 22 (8,83%) nella Residenza Ballestrero di Torino. Per favorirne la futura implementazione nella variegata realtà italiana è stata privilegiata la semplicità e sostenibilità del protocollo, nel rispetto della pratica clinica e organizzativa di ciascuna struttura. Il protocollo infatti vuole essere applicabile in contesti diversi, con operatori con qualifiche diverse, nei confronti di persone con livelli diversi di deficit cognitivi, ricoverate in RSA e CDI con diverse strutture organizzative. Complessivamente sono stati coinvolti 66 operatori e 249 nuovi ospiti.

Qui di seguito vengono descritti sinteticamente l'Approccio Capacitante, il protocollo del colloquio d'accoglienza, la formazione degli operatori, la registrazione e trascrizione dei colloqui, la scheda anagrafica e la scheda di follow up.

L'Approccio Capacitante

L'ApproccioCapacitante® è una modalità di rapporto interpersonale che si basa sul riconoscimento delle competenze elementari dell'interlocutore e che ha per fine una convivenza sufficientemente felice tra i parlanti.

Le Competenze elementari considerate sono cinque:

- la competenza a parlare, cioè la competenza a produrre parole, indipendentemente dal loro significato;
- la competenza a comunicare, mediante il linguaggio verbale, paraverbale e non verbale;
- la competenza emotiva, cioè la competenza a provare emozioni, a condividerle e a riconoscere quelle dell'interlocutore;
- la competenza a contrattare sulle cose che ci riguardano nella vita quotidiana (un'espressione di questa competenza la si osserva nella contrattazione del motivo narrativo durante gli scambi verbali);
- la competenza a decidere, anche in presenza di deficit cognitivi e in contesti di ridotta libertà decisionale (espressioni estreme di questa competenza sono rappresentate dai comportamenti di opposizione, di chiusura relazionale, di isolamento dal mondo).

Quando si crea un ambiente capacitante la persona anziana può svolgere le attività di cui è capace, così come è capace, senza sentirsi in errore, con il solo scopo di essere felice, per quanto possibile, di fare quello che fa, così come lo fa, nel contesto in cui si trova.

Il protocollo del colloquio d'accoglienza

Il colloquio d'accoglienza [Vigorelli P., 2011]; è stato concepito in modo da non interferire con le normali procedure d'accoglienza già in atto nelle RSA, viene eseguito in linea di massima il giorno successivo a quello dell'ingresso e viene condotto secondo l'Approccio Capacitante.

La durata prevista è di 5 minuti, ma può concludersi prima se l'anziano manifesta segni di affaticamento o di disinteresse oppure può durare più a lungo se l'anziano vuole proseguire a parlare e l'operatore è disponibile.

Il colloquio d'accoglienza non è condotto per raccogliere informazioni né per valutare lo stato cognitivo dell'anziano; questi scopi possono essere perseguiti in altri momenti e con altri strumenti.

Il colloquio d'accoglienza è concepito come un incontro tra due persone che non si conoscono e che hanno il desiderio e il timore di conoscersi e di farsi conoscere; il suo scopo primario consiste nel creare un'esperienza di *Coesistenza sufficientemente felice* nel qui e ora del colloquio, anche in presenza di deficit cognitivi.

A titolo di esempio citiamo alcuni frammenti di colloquio. Nel Box n. 1 si mette in evidenza l'evoluzione positiva di un colloquio iniziato con difficoltà, nel Box n. 2 si riportano le parole con cui i nuovi ospiti esprimono le loro emozioni al termine del colloquio

Inizio del colloquio:

1. OPERATRICE: Ciao Sara. Scambiamo due parole, trascorriamo insieme qualche momento.
2. NUOVA OSPITE: Oh santo cielo! Cosa mi dice questa donna qui! Mi ha tirato qui insieme per che cosa?
3. OPERATRICE: Ti ho accennato che volevo parlare con te, ma molto semplicemente. Vorrei registrare questa nostra conversazione, che serve a me per un lavoro di ricerca. Pensa come sei importante per me.
4. NUOVA OSPITE: Io non ho niente da dire.

Il colloquio prosegue con Sara che racconta liberamente di sé e dei suoi primi momenti in RSA, poi si conclude così:

1. OPERATRICE: Sara, se ti fa piacere, un'altra volta possiamo scambiarci ancora due parole. Per il momento ti dico grazie, Sara.
2. NUOVA OSPITE: Bene, sono stata contenta.

Box 1 – Colloquio che inizia con difficoltà e diffidenza e si conclude invece positivamente

1° Esempio

1. OPERATRICE: Perché mi sembra di capire che lei ha veramente tanto da raccontare.

2. NUOVA OSPITE: Sì, ho tanto da raccontare.

3. OPERATRICE: La ringrazio ancora, è stato un piacerissimo conoscerla.

4. NUOVA OSPITE: Grazie a lei di avermi ascoltato.

2° Esempio

1. NUOVA OSPITE: Il dottore mi diceva, parla parla... e se sono a casa da sola con chi parlo?

2. OPERATRICE: Eh certo, bisogna tenerla viva la parola, esercitarsi a parlare. Però bisogna avere qualcuno con cui parlare.

3. NUOVA OSPITE: Con chi parlo, con il muro?

4. OPERATRICE: Esatto! E qua avremo occasione di parlare.

5. NUOVA OSPITE: Sì.

6. OPERATRICE: Bene. Grazie Anna.

7. NUOVA OSPITE: Grazie.

3° Esempio

1. OPERATRICE: Bene bene. Ti ringrazio tanto per questa chiacchierata.

2. NUOVA OSPITE: L'ho fatto tanto volentieri... nessuno me l'aveva chiesto... oggi mi hai consolato...

4° Esempio

1. NUOVA OSPITE: Eh sì, perché se una dottoressa sì... si consuma il suo tempo per darmene un po' a me... eh... sì, è stato un granché, un granché... lei di che cosa è?

2. OPERATRICE: Io sono la psicologa...

3. NUOVA OSPITE: Eh, allora sa tutte le persone come agiscono, come fanno... io la ringrazio tantissimo.

5° Esempio

1. NUOVA OSPITE: Io sono felice di poter parlare e di stare con voi... perché parlare mi toglie i dispiaceri della vita.

6° Esempio

1. OPERATRICE: Allora... Signora Martine mi ha fatto molto piacere parlare con lei oggi.

2. NUOVA OSPITE: Anche a me... è così bello quando si parla...

3. OPERATRICE: Ha ragione... è proprio bello! Ci vediamo qualche altro pomeriggio, va bene?

4. NUOVA OSPITE: Sì sì... a che ora?

5. OPERATRICE: Ci vediamo sempre alle cinque.

6. NUOVA OSPITE: Allora le cose migliori sono sempre alle cinque... e sono... mi piace tanto...

Box 2 – Le parole dell'anziano esprimono il piacere dell'incontro e il desiderio di un nuovo colloquio

In questo lavoro, tra le competenze elementari, viene messa a fuoco soprattutto la competenza a parlare; l'operatore cioè cerca di creare le condizioni per cui il nuovo ospite possa parlare, anche in presenza di deficit cognitivi e di deficit di linguaggio. L'operatore che conduce il colloquio sceglie le parole da dire utilizzando alcune tecniche verbali che si sono dimostrate utili per favorire la produzione di parole anche da parte di persone con demenza (Box n. 3).

L'operatrice ascolta la nuova ospite (punteggio al Mini Mental State Examination di 7/30) rispettando la lentezza e le pause, senza interrompere, senza correggere, senza completare le frasi.

1. OPERATRICE: Allora metto questo registratore perché serve a me... Per prima cosa ben arrivata. Come andiamo... come andiamo?
2. NUOVA OSPITE: Andiamo bene.
3. OPERATRICE: Bene...
4. NUOVA OSPITE: Bene, siamo qui in casa belli al fresco... quando c'è pronto il mangiare continuiamo a guardare, ma cosa fai... cosa continui a bere, a bere... allora, su, di cosa fai, mangi ... bevi l'acqua... non fa bene, fa male... fa male la pancia.
5. OPERATRICE: Certo.
6. NUOVA OSPITE: E poi la... e poi il freddo... il freddo... fa freddo, fa freddo.
7. OPERATRICE: Fa freddo.
8. NUOVA OSPITE: Eh, ma dai, fa proprio freddo... speriamo che adesso venga fuori un briciolo di caldo, se no, se no qui si muore... (ride)
9. OPERATRICE: Ma qua dentro è più caldo.
10. NUOVA OSPITE: Sì sì.
11. OPERATRICE: Sì sta bene.
12. NUOVA OSPITE: Sì sì sì, qui si sta bene, mamma mia, e ciao, ridiamo un po', ma sì, dai, ridiamo un po'... dopo facciamo ancora... va bene va bene.

Box 3 – Utilizzo del linguaggio verbale anche da parte di pazienti con demenza di grado moderato – severo

Dal punto di vista dell'Approccio Capacitante, le **due tecniche più importanti** sono **Non fare domande** (in particolare non fare domande chiuse che metterebbero in difficoltà le persone con demenza) e **Restituire il motivo narrativo**, rispondere cioè all'anziano restituendogli il senso delle sue parole, così come l'operatore ha potuto comprenderlo (Box n. 4). Altre tecniche sono Ascoltare in silenzio, Rispettare la lentezza e le pause, Non correggere, Non interrompere, Non completare le frasi lasciate in sospeso, Rispondere alle domande, Fare eco (ripetere cioè le parole dell'anziano, così come le ha dette, quando non è possibile individuarne un senso). Il Protocollo richiede l'audio registrazione di tutti i colloqui.

L'operatrice utilizza ripetutamente la tecnica della Restituzione del motivo narrativo ottenendo un effetto facilitante sul proseguire della conversazione.

1. OPERATRICE: Come va?

2. NUOVA OSPITE: Eh... io... perché non mi rinvengo più... proprio... mi scordo le cose, non mi rinvengo ecco... mmh... proprio ho la testa che non mi rinvengo... non devo avere la testa... la testa...

3. OPERATRICE: Non si rinviene...

4. NUOVA OSPITE: Anche, per esempio, se mi domanda "Hai fatto..." per dire... "Cosa hai mangiato oggi, ieri sera?" io non lo so dire perché non me lo ricordo... non è che non lo voglio... non me ne ricordo, mi si ariga il cervello. Sa, mi dispiace perché avevo da stare bene... e invece ce ne è tanti che la testa l'hanno buona e io invece... Lo sa che cosa è... però non ho la testa buona, non c'è niente da fare... ma ho la salute...

5. OPERATRICE: Ha la salute ma non ha la testa buona.

6. NUOVA OSPITE: Ho detto... riconosciuto proprio da me, non è che me lo hanno detto, tanto è vero che... "Sì, non hai la testa buona, ce l'hai meglio di altri" mi dicono la gente che conosce, no? E invece io, lo sento proprio io, che che... per esempio la testa... non normale... come deve... non la vorrei avere così ecco...

7. OPERATRICE: Non vorrebbe la sua testa così.

8. NUOVA OSPITE: No... no... no... non la vorrei, sicché è segno che non va bene no? Ecco non so più che dire, perché io non mi rinvengo, sa? Proprio. E sa, mi dispiace... perché tutto... anche se per esempio mi domanda che ho mangiato ieri, non me ne ricordo, sa? non è che non lo voglio dire, non me ne ricordo, sa? Ieri sera che hai cenato?... (ride)... No no, io non lo so, sa? Non ho la memoria a posto. È la memoria che mi dà pensiero.

9. OPERATRICE: Quindi è preoccupata per la sua memoria.

10. NUOVA OSPITE: Sì, come... e anche, sì, perché sento che sto bene... e insomma, e anche per camminare e andare di qui e di là... insomma, sono sempre in gamba, per dire così, no? Però la memoria non ce l'ho, non ho proprio la memoria.

Nel frammento che segue l'operatrice utilizza la tecnica della Risposta in eco e la nuova ospite, paziente con demenza e gravi disturbi del linguaggio, prosegue la conversazione con due frasi ben costruite, utilizzando uno dei pochissimi sostantivi di tutta la conversazione.

1. NUOVA OSPITE: Ce n'è... ce n'è... ce n'è...

2. OPERATRICE: Ce n'è... (sorride)

3. NUOVA OSPITE: Guarda che carina! Che bella ragazza che è!

Box 4 – Esempi di tecniche utilizzate

La formazione degli operatori

Il progetto è stato concepito in modo da facilitare l'applicabilità del colloquio d'accoglienza nella realtà concreta delle strutture per anziani. Per questo motivo, così come è semplice e abbastanza flessibile il protocollo, è stata semplice e abbastanza flessibile la formazione richiesta agli operatori che hanno partecipato.

La partecipazione al progetto è stata volontaria, in base all'autocandidatura degli operatori, singola o in gruppo, e delle strutture. La formazione degli operatori era di varia durata, da tre ore (incontro illustrativo del Protocollo) a trenta (corso di formazione); nella maggior parte dei casi era strutturata in uno o due seminari e verteva sull'Approccio Capacitante, sulla sua applicazione nel colloquio d'accoglienza e sulle tecniche verbali da adottare.

La registrazione e trascrizione dei colloqui

Tutti i 249 colloqui sono stati audio registrati, con il registratore ben in vista, dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente, per quanto possibile, e del familiare di riferimento; 159 audio registrazioni sono poi state fedelmente trascritte, parola per parola, e sono state utilizzate per verificare l'adesione al protocollo; 33 di queste sono state utilizzate per la

redazione di un manuale di formazione che è ora disponibile per un'ulteriore implementazione spontanea del colloquio d'accoglienza.

La scheda anagrafica e il questionario di follow up

Per ogni paziente è stata compilata una scheda anagrafica – anamnestica e, quattro settimane dopo il colloquio d'accoglienza, un questionario di follow up con item che riguardano i cambiamenti nel comportamento verbale dell'operatore che ha effettuato il colloquio d'accoglienza (4 items nei confronti del nuovo ospite e 3 nei confronti degli altri ospiti), i cambiamenti nel comportamento verbale degli altri operatori del team (2), i cambiamenti dell'ospite così come sono percepiti dall'operatore (8), l'autovalutazione della relazione (2), l'outcome (1).

Risultati

Per una corretta valutazione dei risultati bisogna tenere presente che lo studio ha privilegiato il suo aspetto di intervento (diffondere la pratica del colloquio d'accoglienza) su quello di ricerca. Per questo motivo è stato utilizzato un protocollo semplice, che fosse utilizzabile da operatori con diverse qualifiche e che fosse attuabile senza interferire nelle abituali procedure d'accoglienza.

La flessibilità della proposta ha fatto sì, per esempio, che il colloquio d'accoglienza sia stato effettuato entro la prima settimana nel 93% dei casi, oltre il settimo giorno nel 7%. La durata media del colloquio è risultata di 9,83 minuti, quasi il doppio dei 5 minuti proposti. Il protocollo infatti indicava 5 minuti come tempo di riferimento ma precisava che il colloquio poteva proseguire in base alla disponibilità concreta sia dell'operatore che del nuovo ospite e che andava comunque concluso se l'anziano dava segni di stanchezza o di contrarietà. La durata relativamente lunga dei colloqui è da considerare un risultato positivo in quanto riflette la disponibilità dei due interlocutori superiore a quella prevista e concorda con una delle finalità dell'Approccio Capacitante che consiste nel favorire lo scambio relazionale operatore-paziente e l'uso della parola anche nelle persone con deficit cognitivi.

La diffusione del Progetto

Il progetto ha coinvolto 66 operatori di 38 strutture per anziani nel Nord, Centro e Sud Italia (Tab. n.1). Sono stati registrati 249 colloqui e sono state raccolte 164 schede di follow up (Tab. n.2).

Regioni coinvolte	7*
RSA coinvolte	33
CDI coinvolti	5
Operatori	66
Colloqui d'accoglienza	249
Schede di follow up	164
* Lombardia, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia nel Nord Italia; Marche e Toscana nel Centro; Sicilia nel Sud.	

Tabella 1 – La diffusione del Progetto Accoglienza

Struttura di provenienza	n. colloqui di accoglienza	n. di schede di follow up
RSA Residenza Borromea, Mediglia (Milano, Lombardia)	80	80
ASP Pio e Ninetta Gavazzi, Desio (Monza Brianza, Lombardia), gennaio 2011- dicembre 2012.	67	49
RSA Cardinale Balestrero (Torino, Piemonte)	22	17
RSA I Fiori di Loto di Quarto (Genova, Liguria)	10	7
RSA Fond. Santa Maria Ausiliatrice (Bergamo, Lombardia)	10	4
CDI Fond. Santa Maria Ausiliatrice (Bergamo, Lombardia)	6	1
CDA Rifugio Re Carlo Alberto, Luserna, (Piemonte)	6	0
RSA Il Castello,	4	1
RSA ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio (Milano, Lombardia)	4	0
RSA Asilo dei Vecchi (Piemonte)	3	0
RSA San Camillo, Carugate (Milano, Lombardia)	3	2
RSA Ente Morale Pio XI, Bresso (Milano, Lombardia)	3	1
Residenze Heliopolis Buccinasco (Milano, Lombardia)	3	0
RSA Soc. Coop. San Francesco	3	0
Casa di Cura Santa Maria, Mullimedica, Castellanza (Varese, Lombardia)	2	0
CDA INRCA – IRCCS (Ancona, Marche)	2	0
RSA Opera Pia Roscio	2	0
RiSS Premosello Chiovena (VCO, Piemonte)	2	0
Fondazione Sacchi	2	0
RSA Il Sole	2	0
Villaggio Amico, Gerenzago (Varese, Lombardia),	1	1

Tabella 2 – Colloqui d'accoglienza e Schede di follow up

La fattibilità del colloquio d'accoglienza è stata verificata con l'esecuzione di 249 colloqui d'accoglienza da parte di 66 operatori con qualifiche diverse e diversi livelli di formazione, in 33 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 5 Centri Diurni Integrati (CDI), in 7 diverse Regioni del Nord, Centro e Sud.

L'interesse della casistica studiata deriva dalla eterogeneità sia delle RSA che degli operatori e dei nuovi ospiti. Le RSA infatti sono sia di piccole che di grandi dimensioni e sono dislocate in regioni con tradizioni assistenziali e con legislazioni sanitarie differenti.

Le caratteristiche degli operatori

Gli operatori che hanno gestito i colloqui d'accoglienza ricoprono tutti i ruoli professionali che entrano in contatto con i nuovi ospiti, con una rappresentanza prevalente di Psicologi, OSS, Animatori, Medici e Responsabili di Struttura (Tab. n.3).

Ruolo professionale	Numero (%)
Operatori dell'assistenza (OSS/ASA)	17 (25,7)
Psicologi	14 (21,2)
Animatori	7 (10,6)
Medici	5 (7,6)
Coordinatori infermieristici	5 (7,6)
Fisioterapisti	4 (6,1)
Educatori	4 (6,1)
Infermieri	3 (4,5)
Arteterapeuti	3 (4,5)
Responsabili di Struttura	2 (3,0)
Terapisti occupazionali	2 (3,0)
TOTALE	66

Tabella 3 – Caratteristiche degli operatori che hanno condotto i colloqui

Gli operatori che hanno condotto i colloqui sono prevalentemente di sesso femminile (87,9%). La categoria più rappresentata nello studio è quella degli operatori dell'assistenza (OSS/ASA) (25,7%), seguono gli psicologi (21,2%), gli animatori (10,6%) e tutte le altre professionalità coinvolte nell'assistenza.

Oltre alle differenze nella specifica formazione professionale, gli operatori che hanno condotto i colloqui hanno anche avuto diversi livelli di formazione specifica al colloquio d'accoglienza (da 3 a 30 ore), riflettendo le diverse possibilità nelle singole realtà locali.

Molti operatori hanno trascritto un solo colloquio per partecipare al progetto, ma hanno poi proseguito spontaneamente.

Le caratteristiche dei nuovi ospiti

La popolazione studiata (Tab. n.4) rispecchia il noto mix dei nuovi ospiti in RSA in Italia, con una prevalenza di donne (65,5%), un'età media di 84,07 anni, un deficit cognitivo di grado medio-severo (punteggio medio del MMSE = 13,08).

Sesso		
	Numero (%)	
Maschi	88 (34,5)	
Femmine	163 (65,5)	
Eta		
Range	57 anni - 99 anni	
Media	84,07 anni	
Deviazione standard	6,76	
Scolarità in anni		
Anni	Numero di nuovi ospiti (%)	
0-4	46 (27,2)	
5-7	70 (41,4)	
8-12	37 (21,9)	
13-17	16 (9,3)	
Numero di pazienti valutati	169	
Deficit cognitivi valutati dall'operatore		
Gravità	Numero di nuovi ospiti (%)	
Non evidente	11 (5,3)	
Leggera	49 (22,7)	
Moderata	91 (40,1)	
Grova	65 (30,1)	
Numero di pazienti valutati	216	
MMSE		
Punteggio	Valore	
Range	0-28	
Media	13,08	
Deviazione standard	38,59	
Numero di pazienti valutati	210	
Grado di demenza in base al punteggio del MMSE		
Grado di demenza*	Punteggio grezzo del MMSE	Numero e % di nuovi ospiti
Assente	30-27	7 (3,3)
Possibile	26-25	3 (1,4)
Leggera-moderata	24-10	137 (65,2)
Moderata-grova	9-6	29 (13,8)
Grova	5-0	34 (16,2)
Numero di pazienti valutati		210

Tabella 4 – Caratteristiche dei nuovi ospiti che hanno fatto il colloquio d'accoglienza

I nuovi ospiti sono prevalentemente femmine (65,5%), hanno un ampio range di età (57-99 anni) e di deficit cognitivi (punteggio MMSE compreso tra 0 e 28).

Il mix altamente eterogeneo di RSA, operatori e nuovi ospiti coinvolti nello studio testimonia la fattibilità del colloquio d'accoglienza nella multiforme realtà assistenziale esistente nel territorio e non solo in situazioni standardizzate.

Le caratteristiche dei colloqui d'accoglienza

I colloqui d'accoglienza sono stati effettuati per lo più il giorno successivo all'ingresso (56,3 %) e hanno avuto una durata media di 9,8 minuti (Tab. n.5).

Giornata del colloquio		
	N. di colloqui	%
Giorno 0 (giorno dell'ingresso)	//	//
Giorno 1 (giorno successivo)	129	56,3
Giorno 2-7	84	36,7
Oltre il giorno 7	16	7,0
Numero di colloqui valutati	229	
Durata in minuti		
Range	3-45	
Media	9,83	
Deviazione standard	4,30	

Tabella 5 – Caratteristiche dei Colloqui d'accoglienza

I cambiamenti

Coerentemente con lo scopo principale dello studio sono stati raccolti i dati riguardo ai cambiamenti del comportamento verbale degli operatori che hanno condotto i colloqui e quelli avvenuti nei loro colleghi. Collateralmente sono stati valutati i cambiamenti dei nuovi ospiti, la relazione tra operatore e ospite, la qualità dell'inserimento e l'outcome dopo 4 settimane.

- *I cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori che hanno effettuato il colloquio d'accoglienza*

I cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori sono stati valutati sia nei confronti del nuovo ospite che degli altri ospiti (Tab. n.6,7,8), nelle 4 settimane successive al colloquio d'accoglienza.

	Nei confronti del nuovo ospite			Nei confronti degli altri ospiti		
	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito
L'operatore ha cercato di interagire con il nuovo ospite	12 (8,0%)	88 (59,1%)	49 (32,9%)	Non richiesto	Non richiesto	Non richiesto
L'operatore ha cercato di parlare con il nuovo ospite	10 (6,7%)	90 (60,4%)	49 (32,9%)	6 (4,0%)	114 (76,5%)	29 (19,5%)
L'operatore ha utilizzato qualcuna delle tecniche capacitanti	12 (8,0%)	94 (63,1%)	43 (28,9%)	7 (4,7%)	102 (68,5%)	40 (26,8%)

Tabella 6 – I cambiamenti degli operatori che hanno effettuato il colloquio d'accoglienza (149 schede)

	Nei confronti del nuovo ospite			Nei confronti degli altri ospiti		
	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito
L'operatore ha cercato di interagire con il nuovo ospite	//	3 (25,0%)	9 (75,0%)	Non richiesto	Non richiesto	Non richiesto
L'operatore ha cercato di parlare con il nuovo ospite	//	3 (25,0%)	9 (75,0%)	//	5 (41,7%)	7 (58,3%)
L'operatore ha utilizzato qualcuna delle tecniche capacitanti	1 (8,3%)	2 (16,7%)	9 (75,0%)	//	4 (33,3%)	8 (66,7%)

Tabella 7 – I cambiamenti degli operatori che hanno effettuato il loro primo colloquio d'accoglienza (dati relativi a 12 schede pervenute da operatori che hanno fatto il loro primo colloquio)

	Nei confronti del nuovo ospite			Nei confronti degli altri ospiti		
	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito	Meno del solito	Come d'abitudine	Più del solito
L'operatore ha cercato di interagire con il nuovo ospite	11 (9,1%)	78 (64,5%)	32 (26,4%)	Non richiesto	Non richiesto	Non richiesto
L'operatore ha cercato di parlare con il nuovo ospite	9 (7,4%)	80 (66,1%)	32 (26,5%)	6 (5,0%)	99 (81,8%)	16 (13,2%)
L'operatore ha utilizzato qualcuna delle tecniche capacitanti	10 (8,3%)	87 (71,9%)	24 (19,8%)	6 (5,0%)	92 (76,0%)	23 (19,0%)

Tabella 8 – I cambiamenti degli operatori che hanno effettuato 9 o più colloqui d'accoglienza (dati relativi a 121 schede pervenute da 6 operatori che hanno fatto in totale 154 colloqui)

Dall'analisi dei questionari di follow up risulta che 4 settimane dopo il colloquio gli operatori hanno cercato più del solito

di interagire con il nuovo ospite (32,9%), di parlare (32,9%) e di utilizzare alcune delle tecniche capacitanti (28,9%).

Per la valutazione di questi risultati bisogna tenere conto che la maggior parte dei colloqui di accoglienza (154 su 249, pari al 61,8%) sono stati fatti da un numero ristretto di operatori (6 su 66, pari al 9,1%) e che questi, quindi, al questionario di follow up rispondono di avere cambiato il loro comportamento verbale solo la prima volta, mentre rispondono di non averlo modificato nelle volte successive, confermando così che il cambiamento osservato all'inizio è diventato un'abitudine consolidata nel tempo. Questa osservazione è confermata dalla differenza dei risultati raggruppati per livello di esperienza degli operatori: dopo la prima esperienza di un colloquio capacitante gli operatori hanno dichiarato di avere cambiato il loro comportamento verbale nelle successive quattro settimane in una percentuale maggiore (66,66%) rispetto a quelli che hanno fatto più di 9 colloqui di accoglienza (26,44%).

La tecnica capacitante nei confronti del nuovo ospite che è stata indicata come quella utilizzata con maggiore frequenza (149 risposte), è risultata:

1. Ascoltare in silenzio (45 operatori) (30,2%)
2. Rispettare la lentezza e le pause (43 operatori) (28,9%)
3. Non correggere (24 operatori) (16,1%)
4. Non interrompere (11 operatori) (7,4%)
5. Non completare le frasi lasciate in sospeso (14 operatori) (9,4%)
6. Non fare domande o farne poche e aperte (8 operatori) (5,4%)
7. Rispondere alle domande (2 operatori) (1,3%)
8. Fare eco (2 operatori) (1,3%)
9. Restituire il motivo narrativo (0 operatori)
10. Somministrare frammenti pertinenti della propria autobiografia (0 operatori)

La tecnica capacitante nei confronti degli altri ospiti che è stata indicata come quella utilizzata con maggiore frequenza (148 risposte), è risultata:

1. Ascoltare in silenzio (45 operatori) (30,4%)
2. Rispettare la lentezza e le pause (34 operatori) (23,0%)
3. Non correggere (22 operatori) (14,9%)
4. Non interrompere (8 operatori) (5,4%)
5. Non completare le frasi lasciate in sospeso (12 operatori) (8,1%)
6. Non fare domande o farne poche e aperte (5 operatori) (3,4%)
7. Rispondere alle domande (5 operatori) (3,4%)
8. Fare eco (17 operatori) (11,4%)
9. Restituire il motivo narrativo (0 operatori)
10. Somministrare frammenti pertinenti della propria autobiografia (0 operatori)

Le tre tecniche capacitanti nei confronti del nuovo ospite che sono state indicate come quelle utilizzate di prima scelta e con maggiore frequenza sono risultate *Ascoltare in silenzio* (30,2%), *Rispettare la lentezza e le pause* (28,9%), *Non correggere* (16,1%).

Le tecniche di *Non fare domande o farne poche e aperte* e *Restituire il motivo narrativo*, considerate importanti dal

punto di vista dell'Approccio Capacitante, compaiono invece come utilizzate frequentemente solo come seconda e terza scelta. Questa discrepanza tra i risultati attesi dalla formazione e quelli ottenuti nella pratica dei colloqui è da attribuire alla più facile comprensione e adozione delle tecniche risultate come le più utilizzate, nonché alla constatazione della loro immediata efficacia nel favorire la prosecuzione del colloquio anche in presenza di deficit cognitivi. Lo stesso andamento delle risposte e le stesse considerazioni valgono per le tecniche utilizzate nei confronti degli altri ospiti. Per quanto riguarda i cambiamenti negli altri operatori del team, è risultato che chi ha condotto i colloqui d'accoglienza ne ha parlato con i colleghi nel 100% dei casi e ha notato che uno o più operatori del team, anche se non coinvolti direttamente nello studio, hanno provato a utilizzare alcune tecniche capacitanti nel 97,3% dei casi.

- *I cambiamenti nel comportamento verbale degli altri operatori del team*

I cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori sono stati valutati nelle 4 settimane successive al colloquio d'accoglienza (Tab. n.9).

	Si	No	Non so
Hai parlato del colloquio d'accoglienza o del progetto accoglienza o delle tecniche capacitanti con uno o più operatori del tuo team?	147 (100%)	//	//
Hai notato che uno o più operatori del tuo team hanno provato a utilizzare qualcuna delle tecniche capacitanti?	143 (97,3%)	4 (2,7%)	//

Tabella 9 – I cambiamenti degli altri operatori del team nei confronti degli ospiti del reparto

- *I cambiamenti dell'ospite percepiti dall'operatore nelle 4 settimane successive al colloquio d'accoglienza.*

Collateralmente agli scopi del progetto sono stati rilevati anche alcuni cambiamenti dei nuovi ospiti, a distanza di 4 settimane dall'ingresso (Tab. n.10), la relazione tra operatore e ospite (Tab. n.11) e la qualità dell'inserimento (Tab. n. 12).

	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Non so
Il nuovo ospite ha mostrato segni di piacere quando ti incontrava?	63 (42,3%)	60 (40,3%)	18 (12,1%)	5 (3,3%)	3 (2,0%)
Il nuovo ospite ha mostrato di riconoscerti?	54 (36,2%)	58 (38,9%)	19 (12,8%)	11 (7,4%)	7 (4,7%)
Il nuovo ospite ha cercato di parlare con te?	37 (24,8%)	67 (45,0%)	32 (21,5%)	12 (8,0%)	1 (0,7%)
	Sì		No	Non so	
Il nuovo ospite ha presentato disturbi psichiatrici e comportamentali tali da richiedere la nuova prescrizione di psicofarmaci o la modifica del loro dosaggio o l'intervento del medico?	29 (19,5%)		104 (69,8%)	16 (10,7%)	
Il nuovo ospite ha presentato disturbi psichiatrici e comportamentali tali da richiedere l'impiego di mezzi di contenzione fisica (es.: spondine, fasce contenitive, tavolino o divaricatore applicato alla carrozzina) per un tempo superiore alle 24 ore consecutive?	16 (10,7%)		122 (81,9%)	11 (7,4%)	

Tabella 10 – I cambiamenti dei nuovi ospiti (149 risposte)

Nelle 4 settimane successive al colloquio d'accoglienza hai incontrato nuovamente il nuovo ospite?	Spesso		Qualche volta	Quasi mai o mai
	49 (40,5%)		60 (49,6%)	12 (9,9%)
Come valuti la tua relazione con il nuovo ospite?	Pessima	Non soddisfacente o poco	Abbastanza soddisfacente	Soddisfacente
	3 (2,5%)	25 (20,6%)	63 (52,1%)	30 (24,8%)

Tabella 11 – La relazione tra operatore e ospite (121 risposte)

	Pessima	Non soddisfacente o poco	Abbastanza soddisfacente	Soddisfacente
Come giudichi la qualità dell'inserimento dell'ospite?	//	17 (12,1%)	88 (62,4%)	36 (25,5%)

Tabella 12 – La qualità dell'inserimento (141 risposte)

L'outcome dei nuovi ospiti dopo 4 settimane

L'outcome è stato valutato in base ai dati della cartella clinica (Tab. n.13). Dopo 4 settimane dall'ingresso l'81,1% degli ospiti era ancora ricoverata nello stesso reparto; 8,5 % avevano cambiato ubicazione; 10,4% erano deceduti.

	Numero	%
È tuttora ricoverato nello stesso reparto	132	81,1
È stato trasferito in un altro reparto	6	3,7
È stato trasferito in un'altra RSA	4	2,4
È stato trasferito in Ospedale	2	1,2
È tornato al domicilio	2	1,2
È morto	17	10,4
Non so dove attualmente si trovi	//	//
Numero di pazienti valutati	163	100,0

Tabella 13 – Outcome dei nuovi ospiti dopo 4 settimane

Collateralmente si segnala che gli operatori che hanno effettuato il colloquio d'accoglienza hanno valutato positivamente la relazione interpersonale (soddisfacente o abbastanza soddisfacente 76,9%) e l'inserimento dell'ospite dopo quattro settimane (soddisfacente o abbastanza soddisfacente 87,9%).

La valutazione globale fatta dagli operatori concorda anche con quella più dettagliata secondo cui i nuovi ospiti, nelle 4 settimane successive al colloquio, hanno cercato di parlare con l'operatore (spesso/qualche volta nell'69,8% dei pazienti), hanno mostrato di riconoscere l'operatore (spesso/qualche volta nel 75,1% dei pazienti), hanno mostrato segni di piacere all'incontro (spesso/qualche volta nell'82,6% dei pazienti). Questa valutazione soggettiva, pur in assenza di un gruppo di controllo, è concordante anche con la bassa incidenza di disturbi psichiatrici e comportamentali (BPSD) desunta dalle cartelle cliniche. Per questa valutazione sono stati considerati i BPSD che hanno richiesto la nuova prescrizione di psicofarmaci o l'intervento del medico (19,5% dei pazienti) e quelli che hanno richiesto l'impiego di mezzi di contenzione fisica per un tempo superiore alle 24 ore consecutive (10,7% dei pazienti).

I risultati emersi dallo studio sono concordanti anche con la valutazione dei responsabili delle due RSA che hanno fornito la maggior parte del materiale (Desio e Mediglia) e in cui il colloquio d'accoglienza è diventato prassi abituale: gli operatori che hanno partecipato allo studio tendono a utilizzare l'Approccio Capacitante come stile relazionale costante durante tutta l'attività professionale, non solo in occasione del colloquio d'accoglienza; il focus delle riunioni di team che prima era centrato sulla presenza/assenza dei BPSD si è spostato verso la ricerca di una correlazione tra BPSD e comportamento degli operatori stessi; i nuovi ospiti si inseriscono meglio e più rapidamente, con meno BPSD; anche i familiari percepiscono la qualità positiva dell'accoglienza e dell'inserimento e le lamentele relative ai primi giorni sono diminuite.

Conclusioni

Basandosi sullo studio di 249 colloqui d'accoglienza condotti secondo l'Approccio Capacitante, questo studio testimonia la fattibilità di tali colloqui in contesti eterogenei, con pazienti con deficit cognitivi di grado da lieve a severo, da parte di operatori con diverse mansioni e formazioni professionali. Il follow up a 4 settimane testimonia anche l'influenza positiva del colloquio sugli operatori che lo hanno effettuato, i colleghi e i nuovi ospiti.

Note

1. Il Gruppo Anchise è un'associazione tra esperti per la ricerca, la formazione e la cura degli anziani fragili, in particolare quelli con demenza, basata sull'ApproccioCapacitante®. E' stata fondata a Milano nel 2005 su iniziativa di Pietro Vigorelli (www.gruppoanchise.it)

Bibliografia

Lanzoni A Fabbo A., Basso D., Pedrazzini P., Bortolomiol E., Jones M., Cauli O. (2018), Interventions aimed to increase independence and well-being in patients with Alzheimer's disease: Review of some interventions in the Italian context, *Neurology, Psychiatry and Brain Research*; vol. 30:137-143.

Vigorelli P. (2012), *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'Approccio capacitante*, Milano, Franco Angeli.

Vigorelli P., Bonalume M., Cocco A., Lacchini C., Maramonti A., Negri Chinaglia C., Peduzzi A., Pezzano D., Riedo E., Sertorio S., (2011), L'Approccio Capacitante nella cura degli anziani fragili e delle persone con deficit cognitivi. 10 anni di esperienza, *Psicogeriatría*, 2: 58-70.