

Highlights

LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO. UN IMPEGNO FORTE PER AIP

VINCITORI E VINTI. CHI HA IL DIRITTO DI DECIDERE SULLA VITA DI CIASCUNO DI NOI?

I RISULTATI DELLA SURVEY AIP-SIGG SUL PAZIENTE CON DEMENZA "TERMINALE"
RICOVERATO IN OSPEDALE: TRA PROFESSIONALITÀ, ETICA E MEDICINA DIFENSIVA

LA DIAGNOSI DI DEMENZA NELLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ INTELLETTIVA:
IL DIRITTO DI SAPERE, NON L'OBBLIGO DI SAPERE

LA DEPRESSIONE, UNA SCOMODA COMPAGNA DI VIAGGIO DELLA MALATTIA DI PARKINSON

TECNICALITÀ, ETICITÀ, SIGNIFICATO DEL LIMITE E PROSSIMITÀ RESPONSABILE
NEI MESSAGGI DI PAPA FRANCESCO

MEDICO DEL CORPO, MEDICO DELLA MENTE

ELABORAZIONE DEL LUTTO IN TARDA ETÀ:
IDENTITÀ E DIVERSITÀ TRA DIFFERENTI GENERAZIONI

IL CONTRIBUTO DELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE:
PROFESSIONE A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

LA NARRAZIONE COME NUOVO STRUMENTO PER INTERPRETARE
LA DEMENZA: UN CASO CLINICO

STUDIO COMPARATIVO TRA LA TECNICA CONVENZIONALE E LA
COMUNICAZIONE NEL "REAL WORLD" SU UN CAMPIONE DI ANZIANI
AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER

RECENSIONI

POESIA

Psicogeriatricia

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Nicola Ferrara
Alessandro Padovani
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico

Roberta Annicchiarico
Raffaele Antonelli Incalzi
Fabrizio Asjoli
Matteo Balestrieri
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Giuseppe Bellelli
Carlo Adriano Biagini
Enrico Brizioli
Amalia Cecilia Bruni
Mattia Brunori
Carlo Caltagirone
Fabio Cembrani
Alberto Cester
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Luc Pieter De Vreese
Fabio Di Stefano
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Bianca Faraci

Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Domenico Foti
Lodovico Frattola
Pietro Gareri
Marcello Giordano
Guido Gori
Antonio Guaita
Ester Latini
Cristian Leorin
Daniela Leotta
Giancarlo Logroscino
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Patrizia Mecocci
Fiammetta Monacelli
Alessandro Morandi
Enrico Mossello

Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Luigi Pernigotti
Elvezio Pirfo
Nicola Renato Pizio
Giuseppe Provenzano
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Michaela Santoro
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Luca Serchisu
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Anna Laura Spinelli
Francesca Tesi
Claudio Vampini
Flavio Vischia
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani

QUADRIMESTRALE
ANNO XIII
NUMERO 1
GENNAIO-APRILE 2018

Rivista ufficiale



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Studio comparativo tra la Tecnica Conversazionale e la comunicazione nel “real world” su un campione di anziani affetti da Demenza di Alzheimer

SABINA BELMONDO¹, ANNA LAURA SPINELLI²

¹LM in Comunicazione e Laureanda in Infermieristica

²Associazione Italiana di Psicogeriatrics

sabina.belmondo@yahoo.it

Parole chiave: Approccio Capacitante, Alzheimer, Linguaggio verbale, Conversazionalismo.

Riassunto

Questo studio si è proposto di individuare ed analizzare gli effetti dell'Approccio Conversazionale sulla produzione lessicale di persone affette da AD di grado medio-grave e con deterioramento del linguaggio verbale che risiedono nel loro domicilio. Lo studio ha coinvolto 10 persone (5M, 5F) residenti nelle loro abitazioni comprese tra Spoleto e frazioni, affetti da AD di grado medio-grave, età compresa tra i 72 e i 97 anni, un punteggio MMSE compreso tra 11,7 e 18,5 e un MMSE è “Non somministrabile”, e con anni di scolarità mista. Ogni persona è stata sottoposta ad una conversazione di controllo, condotta dal caregiver informale e secondo le normali regole dell'attività assistenziale, e ad una conversazione tecnica nella quale sono stati applicati i principi del Conversazionalismo. I colloqui (10x2) sono stati audioregistrati e trascritti fedelmente. Lo studio è stato effettuato sui testi di ciascuna conversazione procedendo con alcuni conteggi (numero di parole totali, dei nomi, dei verbi, dei turni verbali) e al calcolo di alcuni indici testuali (tasso dei nomi, indice di riferimento, indice di partecipazione e indice di produzione verbale). I risultati delle conversazioni tecniche e di controllo sono stati riportati come Mediane (25%-75%). I confronti tra i dati relativi alle due conversazioni sono stati effettuati mediante il Wilcoxon test. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando un software SPSS 17.0 (IBM, Armonk, NY, USA). È stato fissato come limite di significatività $p < 0,05$. I risultati confermano l'utilità dell'Approccio Capacitante nel miglioramento della produzione lessicale in pazienti affetti da AD di grado medio-grave con deterioramento del linguaggio verbale.

Introduzione

Questo studio si è proposto di individuare e analizzare gli effetti dell'Approccio Conversazionale sulla produzione lessicale di pazienti affetti da Demenza di Alzheimer di grado medio-grave con deterioramento del linguaggio verbale e residenti nella loro abitazione. Nell'AD i deficit di linguaggio e la loro evoluzione non dipendono solo dal danno neuropatologico ma anche dalle circostanze ambientali, ivi compresi gli scambi verbali tra il paziente e chi lo assiste. È proprio da questo concetto fondamentale che il Conversazionalismo

di Giampaolo Lai, medico e psicoanalista, rappresenta un nuovo modo di parlare con i pazienti in cui sono le parole a costituire la terapia. Nato intorno agli anni Ottanta e basato sull'analisi del linguaggio per il trattamento di pazienti nevrotici e psicotici, a partire dal 1999 il Conversazionalismo è stato applicato anche allo studio e alla terapia dell'AD. Esso rappresenta un valido strumento per tener viva nel paziente la capacità di utilizzare la parola, riducendo il "deterioramento aggiuntivo" (Vigorelli P., 2001), ossia quel deterioramento che non dipende direttamente dalla malattia, ma che è conseguenza reversibile dell'interazione tra paziente e ambiente. Spesso nella fase intermedia della AD compare l'afasia fluente, ovvero la persona parla bene, con parole corrette e frasi ben costruite ma di senso incomprensibile. Partendo da questo dato il Conversazionalismo distingue due funzioni del linguaggio:

1. Quella Comunicativa, legata al senso e alla competenza linguistica;
2. Quella Conversazionale, legata alla competenza conversazionale, cioè alla capacità di rispettare i turni verbali ma completamente slegata di senso.

Tali funzioni non solo sono distinte nei pazienti con AD, ma quella comunicativa decade molto più precocemente rispetto alla funzione conversazionale, la quale permane più a lungo; di fatto, nonostante le parole del paziente sembrano perdere il loro significato, egli è ancora in grado di conversare secondo le abituali regole di cortesia conversazionale, prima tra tutte quella di dare e prendere la parola a tempo debito, rispettando l'alternanza dei turni verbali (Lai G. e Gandolfo G., 2000). Il Conversazionalismo distingue, inoltre, la conversazione materiale (scambio verbale che avviene in uno spazio preciso, in un tempo e in un luogo determinato) dalla conversazione immateriale (in cui il testo viene audioregistrato e trascritto) (Lai G., 1995). È mediante lo studio della conversazione immateriale che avviene la ricerca delle tecniche conversazionali utili. Quando il conversazionalista parla con il paziente, nella conversazione materiale, ha un'unica regola normativa: cercare di realizzare delle conversazioni felici, in cui il paziente parli, parli il più a lungo possibile e il più felicemente possibile.

Per raggiungere tale scopo il Conversazionalismo

ha messo a punto una serie di regole utili riassunte in un algoritmo (Lai G., 2003), cioè un protocollo da applicare nelle conversazioni, sia in un contesto terapeutico che negli scambi verbali della vita quotidiana, e che si può così riassumere:

- Mettere assieme un conversante (terapeuta, medico, infermiere, caregiver, familiare, volontario...) con un interlocutore (paziente con AD), in uno spazio determinato (stanza con due poltrone o situazioni diverse a seconda delle condizioni cliniche del paziente), per un tempo definito (circa 10-15 minuti, in considerazione dell'affaticabilità dei malati e dei limiti della capacità d'attenzione);
- Aprire la conversazione nei modi che il conversante ritiene più adatti affinché l'interlocutore parli, parli abbastanza a lungo e in modo felice;
- Mantenere aperta la conversazione iniziata:
 - Evitare di porre domande all'interlocutore (utilizzare frasi dichiarative al posto di quelle interrogative);
 - Non completare le frasi che il paziente lascia in sospeso;
 - Non interrompere le frasi del paziente;
- Individuare e restituire al paziente il motivo narrativo (l'unità minima di significato di un enunciato, di una frase, di un turno verbale o di una sequenza di turni);
- Somministrare frammenti della propria autobiografia (fornire argomenti personali restando nell'ambito dello stesso motivo narrativo del paziente);
- Non interpretare (mettersi in sintonia con le parole del paziente);

In questo studio sono state confrontate le conversazioni svolte dai caregivers con quelle effettuate seguendo l'Algoritmo conversazionale sui medesimi pazienti, dimostrando così come l'adozione di queste tecniche conversazionali possa effettivamente aiutare a migliorare la produzione lessicale delle persone affette da demenza di Alzheimer di grado medio-grave e con deterioramento del linguaggio verbale.

Materiali e metodi

Lo studio ha coinvolto 10 persone (5M, 5F) residenti nelle loro abitazioni comprese tra Spoleto

e frazioni, affette da AD di grado medio-grave e grave, età compresa tra i 72 e i 97 anni, un punteggio MMSE compreso tra 11,7 e 18,5 e un MMSE è "Non somministrabile", e con anni di scolarità mista (tre anni, otto anni, tredici anni e lauree). Ogni persona è stata sottoposta ad una conversazione di controllo, condotta dal caregiver informale e secondo le normali regole dell'attività assistenziale, e ad una conversazione tecnica nella quale sono stati applicati i principi del Conversazionalismo. Sia il conversante abituale che quello tecnico hanno ricevuto la medesima regola normativa: cercare di tener viva la conversazione per 10 minuti affinché l'anziano possa parlare e sentirsi bene durante la conversazione. I colloqui (10x2) sono stati audioregistrati e trascritti parola per parola. Lo studio è stato effettuato sui testi di ciascuna conversazione procedendo con alcuni conteggi (numero di parole totali, dei nomi, dei verbi, dei turni verbali) e al calcolo di alcuni indici testuali (tasso dei nomi, indice di riferimento, indice di partecipazione e indice di produzione verbale).

Il procedimento dell'analisi testuale si è realizzato in due fasi:

1. I conteggi;
2. Il calcolo degli indicatori.

Risultati

Tabella 1 – Risultati conversazioni Tecniche e di Controllo riportati come Mediane e elaborazione mediante Wilcoxon Test. Fonte: Sabina Belmondo.

	Valori MEDIANE (Range)		p-value
	Conversazione Controllo 50th (25th-75th)	Conversazione Tecnica 50th (25th-75th)	
Durata Conversazione	7 (3,75-8,25)	11,5 (10-19)	0,005
N° parole totali	74 (39,75-154,75)	223 (141,75-996)	0,005
N° turni verbali	65,5 (37-84,5)	18 (14-21)	0,009
N° nomi	6,5 (3,75-16,25)	33 (14-87,75)	0,008
N° predicati verbali	11,5 (5,25-28)	43 (28-194,75)	0,005
Tasso dei nomi	8% (7-11,5)	11,5% (9,25-14)	0,181
Indice di riferimento	0,5 (0,375-0,725)	0,6 (0,42-0,8)	0,609
Indice di partecipazione	0,2 (0,1-0,3)	0,8 (0,675-0,9)	0,005
Indice di produzione verbale	1,3 (0,9-1,925)	13,8 (7,7-37,5)	0,005

La prima fase (i conteggi) ha previsto:

- Conta dei turni verbali;
- Conta delle parole di ogni turno verbale;
- Conta dei nomi di ogni turno verbale;
- Conta dei predicati verbali di ogni turno verbale.

Nella seconda fase si è proceduto al calcolo degli indicatori testuali, in particolare del:

- Tasso dei nomi: numero nomi/numero parole totali, espresso in percentuale (%);
- Indice di riferimento: numero nomi/numero predicati verbali;
- Indice di partecipazione: numero parole totali/numero somma parole di entrambi i parlanti;
- Indice di produzione verbale: numero parole totali/numero turni verbali.

Analisi statistica

I risultati delle conversazioni tecniche e di controllo sono stati riportati come Mediane (25%-75%). I confronti tra i dati relativi alle due conversazioni sono stati effettuati mediante il Wilcoxon test, per dati non parametrici. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando un software SPSS 17.0 (IBM, Armonk, NY, USA). È stato fissato come limite di significatività $p < 0,05$.

Dall'analisi dei risultati si osserva innanzitutto come le conversazioni tecniche siano mediamente più lunghe delle conversazioni di controllo. Si è dunque proceduto al calcolo dell'indice di produzione verbale (numero parole totali/turni verbali), che valuta la quantità di parole prodotte dal parlante nella conversazione, espressa come numero medio di parole per turno verbale. Da questo dato emerge come la quantità di parole prodotte dal parlante nella conversazione tecnica (13,8) sia decisamente superiore rispetto a quella prodotta nella conversazione di controllo (1,3). La differenza è risultata statisticamente significativa ($p=0,005$) dimostrando che il maggior coinvolgimento del parlante nella conversazione gli permette di produrre una maggior quantità di parole.

Dalla tabella dei risultati si può osservare anche come le conversazioni tecniche siano più abbondanti di parole rispetto a quelle di controllo. Di fatto, nelle conversazioni tecniche i conversanti hanno prodotto mediamente 223 parole totali contro le 74 delle conversazioni di controllo, e tale differenza è statisticamente significativa ($p=0,005$). Si può osservare, inoltre, un aumento statisticamente significativo ($p=0,008$) della produzione di nomi e verbi: nelle conversazioni tecniche i conversanti hanno prodotto mediamente 33 nomi mentre in quelle di controllo 6,5. Per quanto riguarda la produzione dei verbi, nelle conversazioni tecniche i conversanti hanno prodotto mediamente 43 verbi, mentre in quelle di controllo 11,5 e la differenza è risultata statisticamente significativa ($p=0,005$). Una conversazione tecnica e capacitante stimola la persona affetta da Alzheimer a parlare e a parlare più a lungo. Tale dato si correla al numero dei turni verbali, che nelle conversazioni tecniche sono mediamente molti di meno (18) rispetto a quelli delle conversazioni di controllo (65,5), con una differenza statisticamente significativa ($p=0,009$), e all'Indice di partecipazione.

Tale indice, che valuta il grado di coinvolgimento del parlante nella conversazione, è statisticamente diverso ($p=0,005$) nelle due conversazioni: dai

dati emerge un basso coinvolgimento del parlante nella conversazione di controllo (0,2) rispetto alla conversazione tecnica e capacitante, in cui il suo coinvolgimento è nettamente maggiore (0,8).

Il tasso dei nomi, che valuta l'entità del fenomeno dell'anomia, è molto basso nelle persone con Alzheimer. Per tale ragione la differenza di questo indice testuale non è risultata significativa ($p=0,181$) nonostante nelle conversazioni tecniche si è ottenuto un tasso di nomi più alto (11,5%) rispetto alle conversazioni di controllo (8%).

Anche l'indice di riferimento, che è dato dal rapporto tra nomi e verbi prodotti dal parlante nella conversazione e che valuta la sua capacità di fare riferimento alla realtà, intesa come insieme di oggetti denominabili con un sostantivo, non ha mostrato alcuna differenza statisticamente significativa ($p=0,609$) nonostante nelle conversazioni tecniche sia maggiore (0,6) rispetto alle conversazioni di controllo (0,5).

Discussione e conclusioni

Questo studio ha voluto confermare l'utilità dell'Approccio Capacitante nel miglioramento della produzione lessicale in pazienti affetti da AD di grado medio-grave e severo con deterioramento del linguaggio verbale. Le conversazioni effettuate secondo i principi del Conversazionalismo hanno mostrato mediamente un numero maggiore di parole totali, ma anche di parole contenute (nomi, verbi) rispetto alle conversazioni di controllo. Dall'analisi dei risultati si è osservato anche come le conversazioni tecniche siano state mediamente più lunghe di quelle di controllo. Si può dunque ipotizzare che i principi del Conversazionalismo siano utili non solo per far sì che il paziente parli più volentieri ma anche più a lungo. L'impoverimento linguistico conseguente alla malattia viene così rallentato grazie all'uso di tecniche conversazionali e capacitanti.

Lo studio effettuato, seppur nella limitatezza del numero del campione preso in esame, ha messo

in evidenza due aspetti fondamentali:

1. L'operatore capacitante, riconoscendo le Competenze Elementari del paziente, permette di aumentare il suo grado di coinvolgimento nella conversazione favorendo l'emergere delle sue capacità conversazionali residue, dimostrate da un significativo aumento della produzione di parole contenuto;
2. L'importanza di una formazione ai caregiver sull'approccio capacitante.

Il caregiver non riconosce nel malato le cinque competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, a contrattare, a decidere, ad esprimere le emozioni), per cui nella quotidiana pratica assistenziale utilizza un approccio linguistico non adeguato a far emergere le capacità conversazionali residue del paziente.

La conversazione "tipo" di un caregiver non formato è caratterizzata da:

- Stile interrogatorio con sequenza incalzante di domande senza dare la possibilità e il tempo per rispondere;
- Suggerimenti di parole e di risposte;
- Completamento di frasi lasciate in sospeso;
- Correzione di parole mal formulate o che credono errate.

Il caregiver, utilizzando lo stile interrogatorio e incalzante, crede di poter risvegliare sia le memorie che il livello di attenzione del malato, cercando di riportarlo nel suo proprio "qui ed ora": questo atteggiamento è il riflesso di una mancata accettazione della malattia. Il mancato supporto psicologico e una adeguata formazione determinano, nel caregiver, aspettative irrealizzabili, frustrazione e stress di fronte all'evidenza della malattia neurodegenerativa.

D'altra parte l'anziano, di fronte ad un interrogatorio, si sente inadeguato e può reagire con lo scoraggiamento o con la rabbia o con la chiusura relazionale.

Da considerare poi che quanto più la demenza è grave, tanto più l'anziano non è in grado di for-

nire risposte. In un contesto del genere appare chiaro come l'infelicità conversazionale sia correlata alle parole scelte dal caregiver e al suo approccio linguistico non adeguato a far emergere le competenze conversazionali residue del paziente. La difficoltà a capire e a farsi capire, tra il malato e il caregiver, porta inevitabilmente all'abbandono dell'uso della parola, alla frustrazione, alla rabbia e all'isolamento del paziente, andando ad aggravare l'espressione sintomatologica della malattia.

Il conversante viene svalutato come possibile e valido interlocutore, gli viene negata la competenza a parlare e ad esprimere le proprie emozioni, competenze tra l'altro presenti anche nelle fasi più avanzate della malattia.

Le conversazioni tecniche evidenziano, infatti, come lo stesso conversante, seppur con grave deterioramento mentale, parli molto più a lungo e con una produzione nettamente superiore di parole.

L'importanza della formazione sull'Approccio Capacitante come una nuova strategia non farmacologica nel trattamento del paziente con AD può essere presa in considerazione non solo come specifico metodo terapeutico che i professionisti sanitari possono utilizzare con il paziente, ma anche come strumento operativo utilizzabile da parte dei caregiver o dei volontari nella vita di tutti i giorni, riducendo lo stress e la frustrazione che spesso si instaurano come conseguenza di un mancato scambio tra persone che non riescono a capire e a farsi capire.

Ponendo attenzione alla parola in quanto tale, indipendentemente dal suo significato, il caregiver sarà in grado di riconoscere le cinque competenze elementari del paziente e, attraverso l'ascolto e l'uso consapevole della parola, potrà contribuire non solo al miglioramento della sua autostima, al suo riconoscimento come valido interlocutore e rompere quel muro di isolamento che è fonte di sofferenza e di deterioramento aggiuntivo, indipendente dal danno anatomopatologico, ma contribuirà a mantenere vivo l'uso della parola nel malato, rallentando il suo impoverimento linguistico.

Tabella 2 - Indici testuali delle conversazioni registrate e trascritte. Confronto tra la Conversazione di Controllo e Tecnica dei 10 (dieci) pazienti esaminati. Fonte: Sabina Belmondo

Sig. Giacinto, MMSE non somministrabile, 72 anni, M	Conversazione Controllo (1)	Conversazione Tecnica (1)	Sig.ra Margherita, MMSE 18,5/30, 85 anni, F	Conversazione Controllo (2)	Conversazione Tecnica (2)
Durata Conversazione (min.)	2	17	Durata Conversazione (min.)	7	25
N° parole totali	1	62	N° parole totali	111	948
N° turni verbali	5	10	N° turni verbali	62	36
N° nomi	0	0	N° nomi	8	99
N° predicati verbali	0	3	N° predicati verbali	20	163
Tasso dei nomi	0%	0%	Tasso dei nomi	7%	10%
Indice di riferimento	0	0	Indice di riferimento	0,4	0,6
Indice di partecipazione	0,01	0,6	Indice di partecipazione	0,3	0,9
Indice di produzione verbale	0,2	6,2	Indice di produzione verbale	1,8	26,3
Sig.ra Camelia, MMSE 14/30, 85 anni, F	Conversazione Controllo (3)	Conversazione Tecnica (3)	Sig.ra Dalia, MMSE 13/30, 77 anni, F	Conversazione Controllo (4)	Conversazione Tecnica (4)
Durata Conversazione (min.)	7	25	Durata Conversazione (min.)	4	11
N° parole totali	172	1486	N° parole totali	44	78
N° turni verbali	89	18	N° turni verbali	43	14
N° nomi	15	214	N° nomi	5	8
N° predicati verbali	34	292	N° predicati verbali	7	16
Tasso dei nomi	9%	14%	Tasso dei nomi	11%	10%
Indice di riferimento	0,4	0,7	Indice di riferimento	0,7	0,5
Indice di partecipazione	0,3	0,9	Indice di partecipazione	0,2	0,5
Indice di produzione verbale	1,9	82,6	Indice di produzione verbale	1,0	5,6
Sig. Florenzio, MMSE 12/30, 97 anni, M	Conversazione Controllo (5)	Conversazione Tecnica (5)	Sig. Narciso, MMSE 17/30, 82 anni, M	Conversazione Controllo (6)	Conversazione Tecnica (6)
Durata Conversazione (min.)	9	12	Durata Conversazione (min.)	12	16
N° parole totali	149	223	N° parole totali	410	1140
N° turni verbali	76	24	N° turni verbali	83	16
N° nomi	20	34	N° nomi	30	84
N° predicati verbali	26	45	N° predicati verbali	63	290
Tasso dei nomi	13%	15%	Tasso dei nomi	7%	7%
Indice di riferimento	0,8	0,8	Indice di riferimento	0,5	0,3
Indice di partecipazione	0,3	0,8	Indice di partecipazione	0,5	0,9
Indice di produzione verbale	2,0	9,3	Indice di produzione verbale	4,9	71,3

Sig.ra Iris, MMSE 12/30, 85 anni, F	Conversazione Controllo (7)	Conversazione Tecnica (7)	Sig.ra Ortensia, MMSE 10/30, 95 anni, F	Conversazione Controllo (8)	Conversazione Tecnica (8)
Durata Conversazione (min.)	8	10	Durata Conversazione (min.)	7	10
N° parole totali	74	223	N° parole totali	74	163
N° turni verbali	119	18	N° turni verbali	69	20
N° nomi	15	32	N° nomi	5	16
N° predicati verbali	3	48	N° predicati verbali	10	32
Tasso dei nomi	20%	14%	Tasso dei nomi	7%	10%
Indice di riferimento	5,0	0,7	Indice di riferimento	0,5	0,5
Indice di partecipazione	0,1	0,7	Indice di partecipazione	0,2	0,7
Indice di produzione verbale	0,6	12,4	Indice di produzione verbale	1,1	8,2
Sig. Gelso, MMSE 11,7/30, 79 anni, M	Conversazione Controllo (9)	Conversazione Tecnica (9)	Sig. Acanto, MMSE 15/30, 84 anni, M	Conversazione Controllo (10)	Conversazione Tecnica (10)
Durata Conversazione (min.)	3	10	Durata Conversazione (min.)	4	9
N° parole totali	27	275	N° parole totali	55	215
N° turni verbali	19	18	N° turni verbali	45	14
N° nomi	3	39	N° nomi	4	27
N° predicati verbali	6	41	N° predicati verbali	13	33
Tasso dei nomi	11%	14%	Tasso dei nomi	7%	13%
Indice di riferimento	0,5	1,0	Indice di riferimento	0,3	0,8
Indice di partecipazione	0,1	0,8	Indice di partecipazione	0,2	0,8
Indice di produzione verbale	1,4	15,3	Indice di produzione verbale	1,2	15,4

Tabella 3 - Descriptive Statistics.

Fonte: Donatella Siepi

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
DURATA_CONV0	10	6,3	3,05687	2	12	3,75	7	8,25
NUM_PAR_TOTO	10	112	117,41668	1	410	39,75	74	154,8
NUM_TUR_VERBO	10	61	33,99673	5	119	37	65,5	84,5
NUM_NOMIO	10	10,5	9,3482	0	30	3,75	6,5	16,25
NUM_PRED_VERBO	10	18,2	19,0076	0	63	5,25	11,5	28
TASSO_NOMIO	10	9,2	5,18116	0	20	7	8	11,5
INDICE_RIFO	10	0,91	1,45331	0	5	0,375	0,5	0,725
INDICE_PARTECO	10	0,22	0,13812	0,01	0,5	0,1	0,2	0,3
INDICE_PROD_VERBO	10	1,61	1,2888	0,2	4,9	0,9	1,3	1,925
DURATA_CONV	10	14,5	6,13279	9	25	10	11,5	19
NUM_PAR_TOT	10	481	510,75196	62	1486	141,8	223	996
NUM_TUR_VERB	10	18,8	7,13053	10	36	14	18	21
NUM_NOMI	10	55,3	63,96362	0	214	14	33	87,75
NUM_PRED_VERB	10	96,3	111,34735	3	292	28	43	194,8
TASSO_NOMI	10	10,7	4,54728	0	15	9,25	11,5	14
INDICE_RIF	10	0,59	0,284605	0	1	0,45	0,65	0,8
INDICE_PARTEC	10	0,76	0,1349897	0,5	0,9	0,675	0,8	0,9
INDICE_PROD_VERB	10	25,3	28,019842	5,6	82,6	7,7	13,85	37,55

Tabella 4 - Test Statistics. Fonte: Donatella Siepi

	DURATA_CONV DURATA_CONVO	NUM_PAR_TOT NUM_PAR_TOTO	NUM_TUR_VERB NUM_TUR_VERBO	NUM_NOMI NUM_NOMIO	NUM_PRED_VERB NUM_PRED_VERBO	TASSO_NOMI TASSO_NOMIO	INDICE_RIF INDICE_RIFO	INDICE_PARTEC INDICE_PARTECO	INDICE_PROD_VERB INDICE_PROD_VERBO
Z	-2,809 ^a	-2,803 ^a	-2,599 ^b	-2,666 ^a	-2,803 ^a	-1,338 ^a	-,512 ^a	-2,823 ^a	-2,803 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,005	0,005	0,009	0,008	0,005	0,181	0,609	0,005	0,005

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Bibliografia

Lai G, Gandolfo G. Conversazione senza comunicazione. *Tecniche conversazionali*. 2000;23:52-65.

Lai G. *La conversazione immateriale*. Bollati Boringhieri, Torino 1995.

Lai G., Postulati, definizioni, algoritmi, teoremi del conversazionalismo. *Fondamenti dimostrativi o assiomi condizionali? Rivista italiana di gruppo analisi*. 2003;1:9-47.

Vigorelli P. Il danno aggiuntivo nell'Alzheimer. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2001;22(12):7-10.

Bibliografia Consigliata

Lai G. *La conversazione felice*. Il Saggiatore, Milano 1985.

Lai G. *Conversazionalismo*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.

Vigorelli P. *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer*. Franco Angeli, Milano 2004.

Vigorelli P. *Il gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati di Alzheimer*. Franco Angeli, Milano 2010.

Vigorelli P. *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA*. Franco Angeli, Milano 2012.

Vigorelli P. *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Franco Angeli, Milano 2012.

Vigorelli P. *Aria Nuova per le case per anziani. Progetti capacitanti*. Franco Angeli, Milano 2012.

Vigorelli P. *Alzheimer. Come favorire la comunicazione nella vita quotidiana*. Franco Angeli, Milano 2015.