



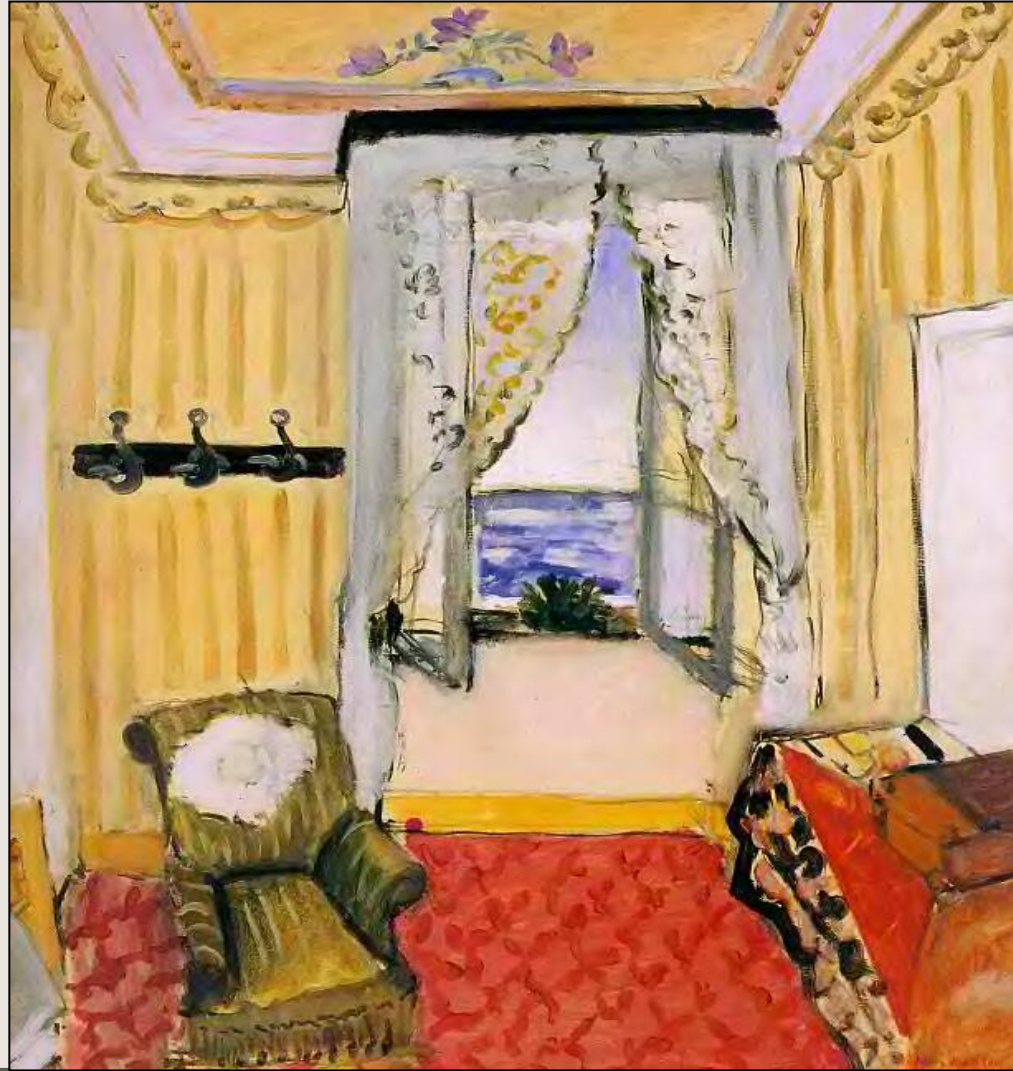
Il risveglio

COME FAVORIRE LA COLLABORAZIONE DELLA PERSONA
ANZIANA CON PROBLEMI COGNITIVI DURANTE LE
ATTIVITA' DI ASSISTENZA

09 Marzo 2022

Dr.ssa Giulia Zanoni – Psicologa, Psicoterapeuta

IL CONTESTO RESIDENZIALE



IL CONTESTO RESIDENZIALE

L'ingresso in struttura rappresenta per la persona un momento di forte CAMBIAMENTO:

- condizioni ambientali (abbandono della propria casa e del proprio paese)
- affettive (si lasciano parenti, amici e conoscenti)
- comportamentali (mutano a volte radicalmente le abitudini quotidiane)

Interrompe un vissuto di continuità, uno stile di vita e *può favorire risposte disadattive*

IL CONTESTO RESIDENZIALE

Le Case di Riposo sono spesso luoghi che impongono CONDIZIONI LIMITANTI PER LA LIBERA ESPRESSIONE della persona:

- ❑ rottura delle barriere tra diverse sfere di vita dell'individuo
- ❑ necessità organizzativa di avere tutto e tutti «sotto controllo» (spazio individuale ridotto)
- ❑ ritmo delle attività giornaliere prestabilito ed imposto
- ❑ attività pianificate
- ❑ pochi contatti con il mondo che sta fuori dall'Istituzione

→ aggravato da emergenza Covid-19

Un ambiente di vita di questo tipo può portare a quella che è stata definita “nevrosi istituzionale”, (Burton 1959) ovvero uno stato caratterizzato da apatia, mancanza di iniziativa, perdita di interesse specialmente per le cose di natura impersonale, sottomissione, evidente incapacità di fare piani per il futuro, mancanza di personalità e talvolta atteggiamento e andatura caratteristici



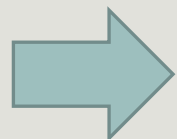
ORGANIZZAZIONE RSA: QUALI CRITICITA'?

- Sveglia
- Alzata
- Igiene
- Abbigliamento
- Colazione
- ECC.

SEGUE IL PIANO DI LAVORO / PROGRESSIONE STANZE

VS

FLESSIBILE: NUCLEI SPECIALISTICI PER LE DEMENZE



CRITICITA'?

ORGANIZZAZIONE RSA: QUALI CRITICITA'?

- Oppositività (resistenza alle manovre assistenziali)
- Agitazione
- Urla e imprecazioni
- Aggressività (graffi, pizzichi, calci..)
- Richiestività
- Etc.



ORGANIZZAZIONE RSA: QUALI CRITICITA'?

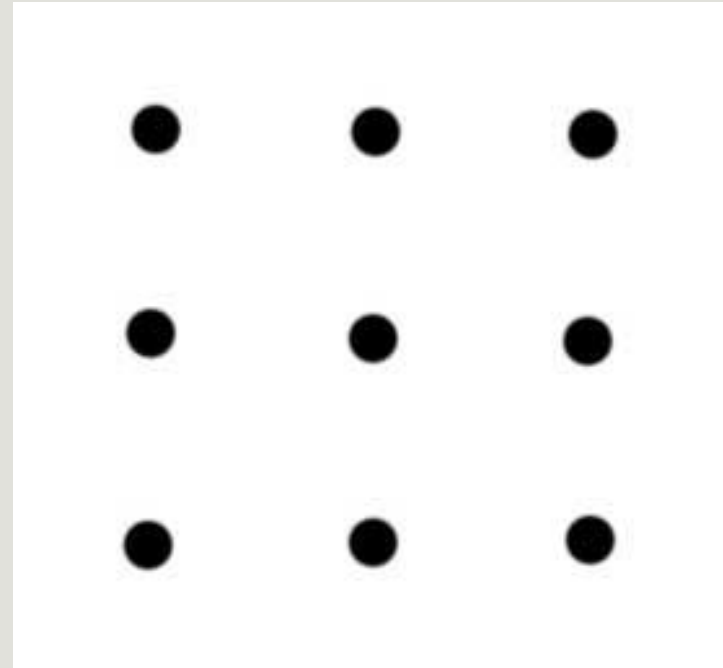
VISSUTI NEL PERSONALE DI ASSISTENZA:

- ❖ Rabbia
- ❖ Frustrazione
- ❖ Paura
- ❖ Timore del giudizio
- ❖ Senso di impotenza
- ❖ Etc.

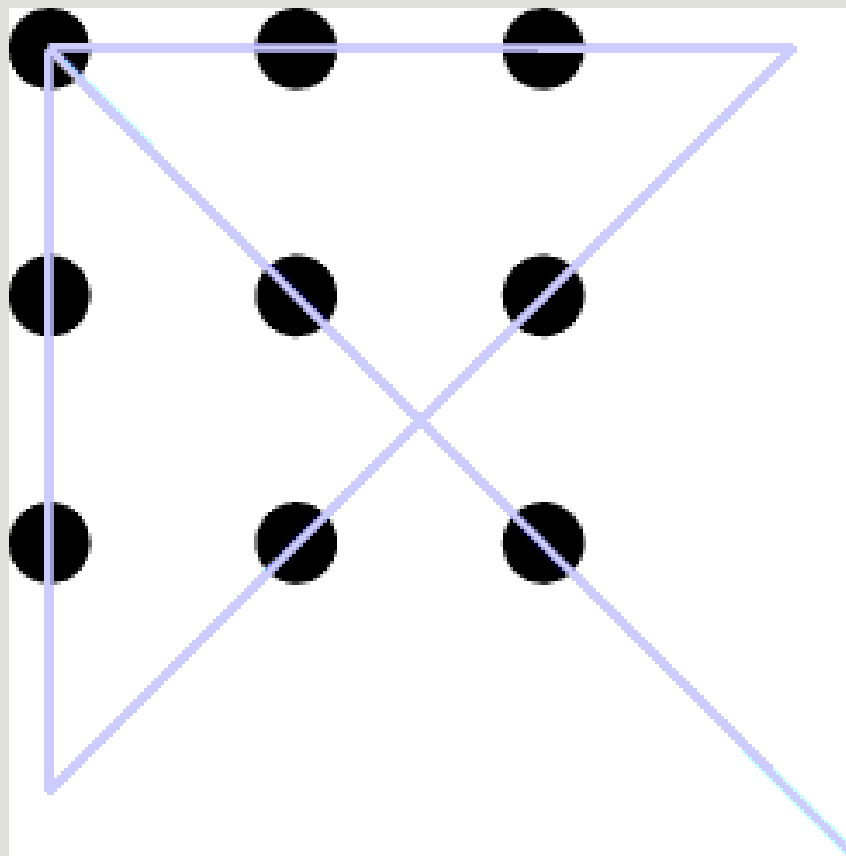
**Esistono strategie e strumenti
per rispondere in modo più efficace
alle criticità di gestione?**



IL PROBLEMA DEI 9 PUNTI



Traccia non più di quattro segmenti di linea per coprire tutti i 9 punti,
senza mai staccare la penna dal foglio



«...ma sei uscito dai bordi!»

Vero, ma le istruzioni non impedivano di farlo!

**Limitazioni auto-indotte: il modo in cui percepiamo il mondo
determina il modo in cui viviamo la realtà!**

TIPOLOGIA DI UTENZA

Persone affette da:

- Demenze
- Disturbi psichiatrici
- Disabilità fisiche
- Disabilità cognitive
- ecc

DEFINIZIONE DI DEMENZA (Spinnler, 1996)

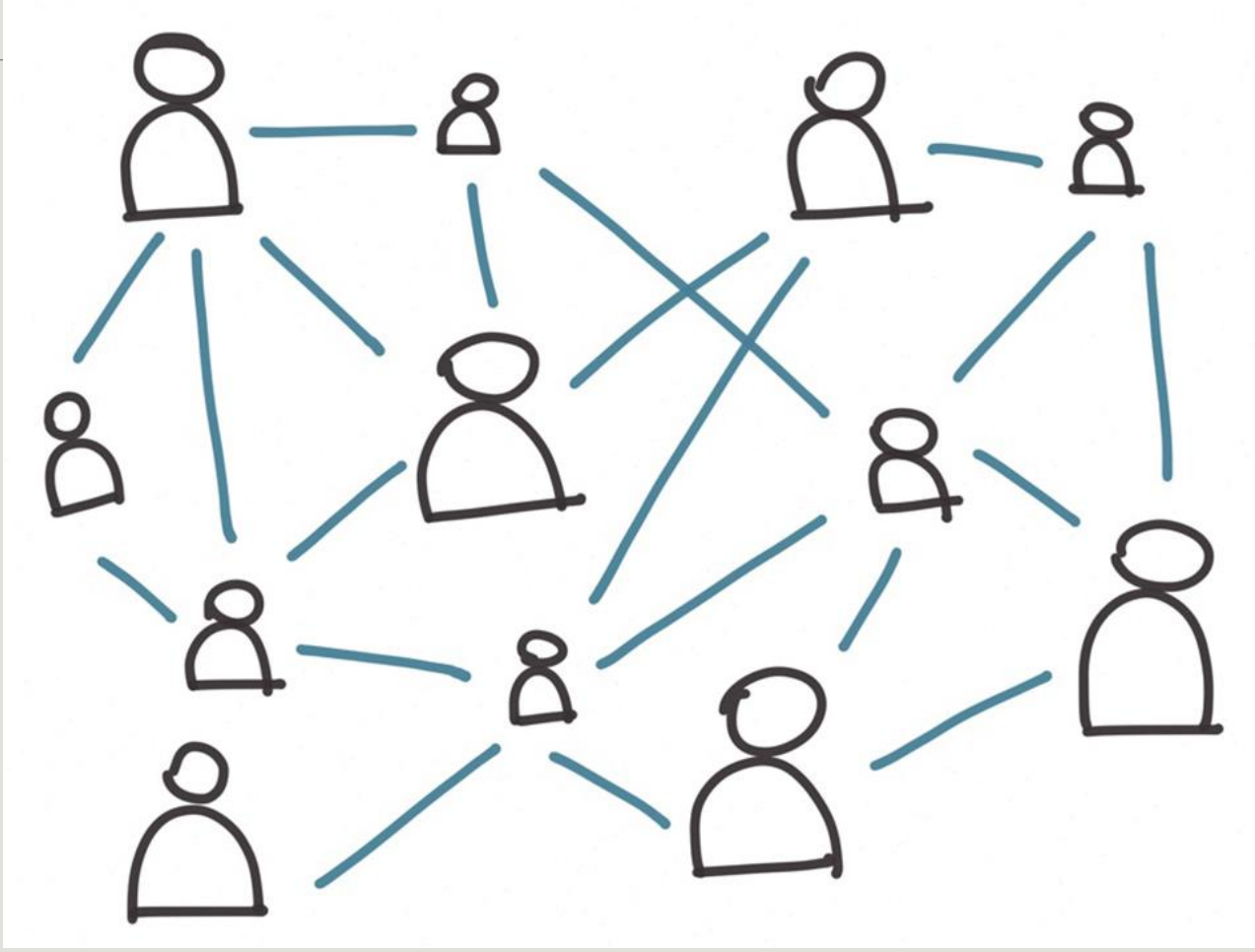
La demenza è
un'incompetenza cognitiva
cronico-progressiva
ad espressività ecologica

CAMBIO PARADIGMA

da modello **BIOMEDICO**



a modello **BIO - PSICO - SOCIALE**



Sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD)

- Allucinazioni e deliri
- Agitazione e aggressività
- Disinibizione
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi del comportamento motorio
- Disturbi del sonno
- Apatia
- Depressione

MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

Il GENTLECARE è un modello innovativo di assistenza ai malati di demenza inventato in Canada negli anni novanta dalla terapeuta occupazionale Moyra Jones

È possibile consentire alle persone affette da demenza di vivere e non solo di sopravvivere?

Filosofia del modello:

*“Le persone hanno un valore.
L'autonomia è migliore della dipendenza.
Gli individui hanno diritto ad un'esistenza significativa.”*

L'approccio coinvolge **tre elementi fondamentali**, la cosiddetta **“triade del benessere”**:

le persone - lo spazio - i programmi di attività

MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

- ❑ **Gentlecare** è un modello protesico di cura
- ❑ Continuità di quello che è stato il vissuto e la storia della persona
- ❑ Mantenere il più possibile l'autonomia
- ❑ Sostituisce o completa una parte mancante o difettosa
- ❑ Obiettivi: cura, promozione del benessere della persona malata e il contenimento dello stress del caregiver



MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

□ **PERSONE:** chiunque si prenda cura dell'anziano è stimolato a rispettarne la storia, le attitudini e la dignità, valorizzando la relazione con la persona anche quando vi è una demenza grave o comportamenti indicanti distress

ESEMPIO:

la persona non vuole essere spogliata per l'igiene e tende a mandare via l'operatore o ad opporre resistenza

MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

□ **SPAZIO:** gli ambienti sono pensati per essere sicuri e confortevoli, simili all'ambiente domestico e quindi familiari, prontamente identificabili dall'anziano anche con severi gradi di decadimento cognitivo

ESEMPIO:

la persona non riconosce il bagno e tende ad urinare in luoghi inappropriati

MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

□ **PROGRAMMI DI ATTIVITA'**: ciò che viene proposto all'anziano deve rispettare le sue preferenze e attitudini, preferibilmente trovando un collegamento con l'occupazione o gli hobby precedenti la malattia o la disabilità

QUANDO PROPONIAMO UN'ATTIVITA' AD UNA PERSONA DOVREMMO CHIEDERCI:

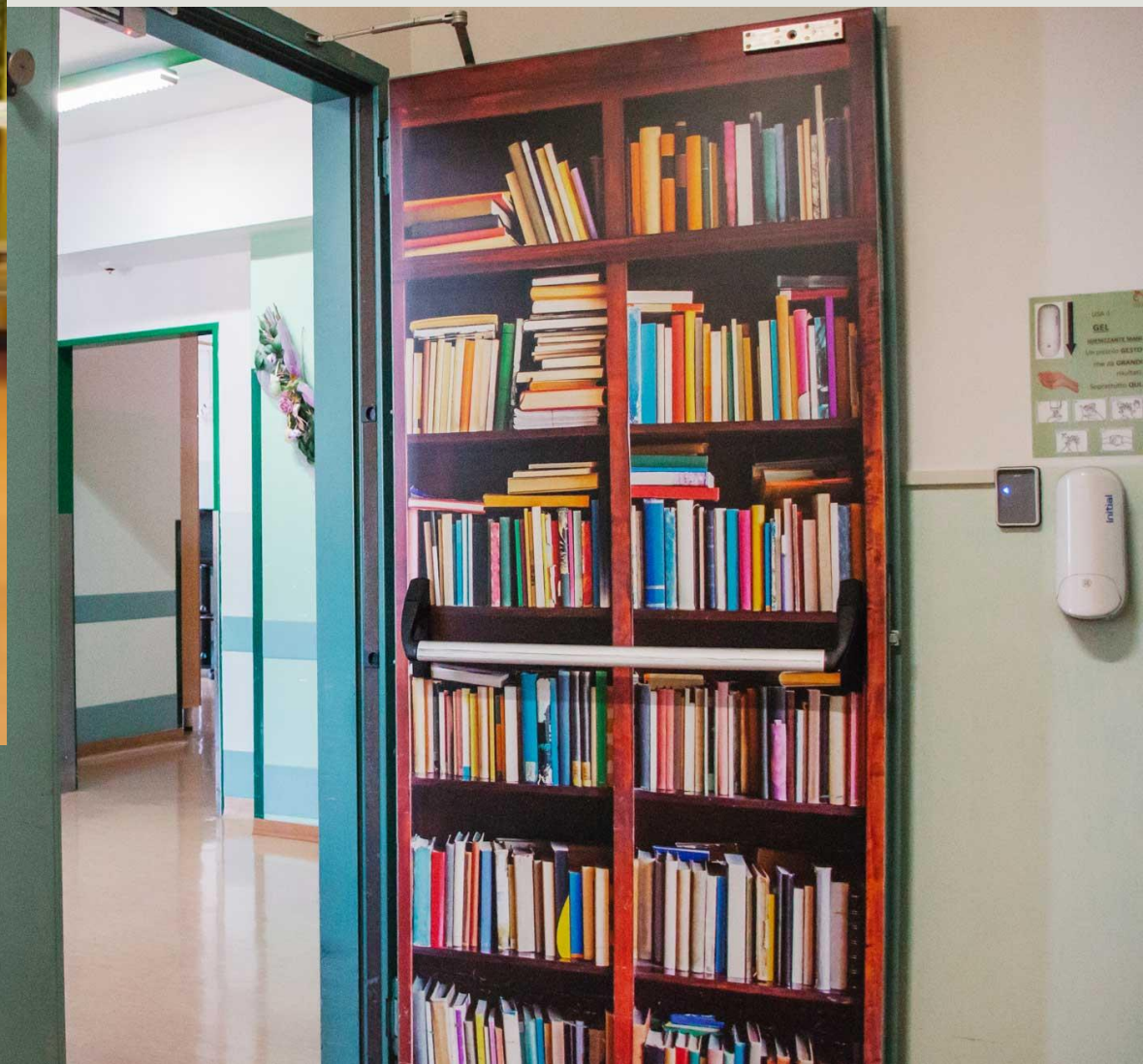
✓ Nel passato che cosa gli piaceva fare? Che cosa gli piace adesso? Come può venire modificata tale attività per adeguarla alle attuali abilità? Chi è disponibile ad aiutare in questa attività?

MODELLO GENTLE CARE - Moyra Jones

GentleCare fornisce un modello di assistenza PROTESICA in cui le tre componenti (persone, programmi e spazio fisico) lavorano in armonia per produrre un sostegno, o protesi, per la persona affetta da demenza

Cambio di prospettiva:

“NON E’ L’ANZIANO CHE VIVE DOVE LAVORO IO,
SONO IO CHE LAVORO DOVE VIVE L’ANZIANO”



MODELLO GENTLE CARE - criticità

- Caratteristiche ambientali: gli ambienti dovrebbero simulare un luogo di vita domestico e familiare che possa aiutare la persona ad avere ricordi della sua vita
- Formazione continua degli operatori: potrebbe andare oltre alle risorse a disposizione della struttura
- Emozioni: mette le figure che si prendono cura di una persona con demenza nella condizione di doversi mettere in gioco emotivamente

L'APPROCCIO CAPACITANTE – Vigorelli

L'Approccio si è strutturato nel tempo attraverso i contributi di:

- Approccio Conversazionale (Lai, anni 80): attenzione sul possibile dialogo (conversazione) con il malato Alzheimer
- Metodo Validation (Feil, anni 70): approccio olistico basato su empatia, fiducia e rispetto.
- Approccio di Cura Centrato sulla Persona (Kitwood, 1997)

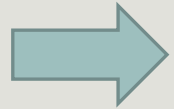
Quando si interagisce con un anziano fragile si tende a focalizzare l'attenzione sulla sua fragilità, sulle sue malattie, su quello che non può fare, che non ricorda, che non sa dire;

 in altre parole sui suoi **DEFICIT**

L'approccio capacitante propone invece di centrare l'attenzione sulle **CAPACITA'**

L'APPROCCIO CAPACITANTE

Focalizzare l'attenzione sugli aspetti negativi della persona comporta conseguenze sfavorevoli:



il mondo dei desideri, dei progetti, delle risorse, viene **ignorato** o **sottovalutato**

- ❑ L'anziano, influenzato dall'ambiente, percepisce se stesso come «bisogno di cure» e si adatta al ruolo di «ricoverato» o di «paziente»
- ❑ Ogni difficoltà che incontra conferma questa visione distorta di se stesso

CIRCOLO VIZIOSO:

- la persona è sempre più incentrata sul proprio malessere e sul proprio corpo malato;
- ciascuno di noi si rispecchia nell'altro: se chi assiste si focalizza solo sul deficit l'anziano tende a fare la stessa cosa

LA PROFEZIA CHE SI AUTOAVVERA



L'APPROCCIO CAPACITANTE

L'approccio Capacitante vuole invece spostare l'attenzione sulla **CAPACITA'**: in ogni fase della vita l'uomo ha delle capacità e riesce ad esprimerle al meglio se si trova in un ambiente favorevole

ESEMPIO:

Di fronte a un anziano che sa parlare ma perde il filo del discorso, che qualche volta non trova la parola giusta, che scambia una persona per un'altra, l'Approccio Capacitante focalizza l'attenzione sulla sua capacità di parlare, sull'ascoltare senza interromperlo ne correggerlo, cercando di capire ciò che vuole comunicare

ESEMPIO:

Di fronte a un anziano capace di alimentarsi da solo ma che si sporca e spreca parte del cibo, l'Approccio Capacitante invita a focalizzare l'attenzione su questa sua abilità, a dargli un tovagliolo più ampio, ad accettare il disordine pur di permettergli di nutrirsi in modo autonomo, così come riesce

L'APPROCCIO CAPACITANTE

Le Competenze elementari considerate sono cinque:

- la competenza a parlare: produrre parole
- la competenza a comunicare: linguaggio verbale, paraverbale e non verbale
- la competenza emotiva: provare emozioni, condividerle, riconoscere quelle dell'interlocutore
- la competenza a contrattare sulle cose che ci riguardano nella vita quotidiana (es. motivo narrativo durante gli scambi verbali)
- la competenza a decidere: anche in presenza di deficit cognitivi e in contesti di ridotta libertà decisionale (es. comportamenti di opposizione o chiusura relazionale)

L'APPROCCIO CAPACITANTE - effetti

Così facendo **si rompe il circolo vizioso** (che parte dalla focalizzazione sul deficit e sul senso di inadeguatezza) **e se ne instaura al suo posto uno virtuoso**

- ❖ Emerge l'immagine di una persona che, seppur con delle difficoltà, «ci prova», «fa quel che può»
- ❖ La persona si sente riconosciuta, rassicurata e diventa più vitale
- ❖ L'operatore si rende conto che l'altro è più sereno ed è contento di riconoscere le sue capacità
- ❖ L'operatore impara a rispettare pienamente l'altro, a riconoscerlo nella sua individualità, nella sua dignità e nelle sue effettive competenze

L'APPROCCIO CAPACITANTE - effetti

- Evita che si instauri un eccesso di disabilità
- Previene disturbi psicologici e comportamentali
- Favorisce la collaborazione
- Assicura migliore qualità della vita per anziano e operatore
- Non richiede particolari attrezzature: solo uso di ascolto e parola

MEMORIE IMPLICITE...

Il disturbo della memoria interessa soprattutto le parole e il loro significato ma il ricordo delle emozioni, il ricordo della piacevolezza di una certa situazione, il ricordo di una relazione accogliente e non giudicante persistono a lungo e tendono a connotare anche gli incontri successivi, probabilmente perché si rende conto, si ricorda, che sta per rivivere una situazione piacevole che ha già vissuto in precedenza

«La relazione cambia completamente
se è arricchita di fiducia»



Carl Rogers

LA CURA CENTRATA SULLA PERSONA – PCC, Tom Kitwood

DEMENZA=
DANNO NEUROLOGICO +
PSICOLOGIA SOCIALE MALIGNA

LE MANIFESTAZIONI E L'EVOLUZIONE DELLA DEMENZA SONO INFLUENZATE DAI SEGUENTI FATTORI

$$D = CN + S + B + P + PS$$

NI = Compromissione Neurologica

H = Salute e Stato Fisico

B = Biografia – vita della persona

P = Personalità

SP= Psicologia Sociale

Un modello bio-psico-sociale di benessere nella demenza

MODELLO VIPS - PCC

V= VALORIZZARE indipendentemente da età o deterioramento cognitivo

I= INDIVIDUALIZZARE trattare le persone come individui

P= PROSPETTIVA assumere quella della persona con demenza

S= SOCIALE le vite umane si fondono nelle relazioni -> necessità ambiente sociale arricchito che compensi i deficit offrendo opportunità di crescita

ESEMPI CLINICI – LE DEMENZE

SITUAZIONE: l'anziano durante l'igiene/il bagno manifesta agitazione psicomotoria o oppositività

PERCHE' ACCADE?

- E' convinto di essersi già lavato o ritiene di non averne bisogno
- Non vuole interrompere/ preferisce svolgere un'altra attività
- Ha paura: difficoltà percettive e di orientamento
- Si sente forzato, imbarazzato, impaurito
- Dignità

CASI CLINICI – LE DEMENZE

COSA SI PUO' FARE?

Adattare l'ambiente fisico – accorgimenti che diano sicurezza

Cercare di creare un «clima» (ambiente emotivo) di tranquillità e sicurezza

Curare le manovre di assistenza

Rispettare il bisogno di privacy e dignità

Garantire l'assistenza necessaria senza privare la persona della propria indipendenza

“Contrattare” la scelta del momento dell’igiene/bagno, favorendo la creazione di una routine

Psicofarmacologia

INTERVENTI COGNITIVI

- ✓ EVITARE DI FARE TROPPE RICHIESTE ALLA VOLTA
- ✓ AVERE UNA BUONA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE
- ✓ EVITARE GLI SCONTRI
- ✓ EVITARE SPIEGAZIONI LUNGHE
- ✓ FORNIRE PASSO DOPO PASSO UNA ASSISTENZA VERBALE, MA LASCIARE CHE L'INDIVIDUO FUNZIONI NEL MODO PIÙ INDIPENDENTE POSSIBILE
- ✓ EVITARE LE DOMANDE APERTE
- ✓ QUANDO POSSIBILE DARE DUE POSSIBILITÀ DI SCELTA ALTRETTANTO VALIDE

INTERVENTI SULLA COMUNICAZIONE

- ✓ PORSI ALLA STESSA ALTEZZA DELL'ANZIANO
- ✓ CERCARE DI COGLIERE L'EMOZIONE CHE ESPRIME
- ✓ EVITARE DI SOTTOLINEARE INUTILMENTE I SUOI ERRORI
- ✓ ADATTARE IL PROPRIO STILE DI LINGUAGGIO AL SUO
- ✓ USARE PAROLE E FRASI MOLTO BREVI, SEMPLICI E CONCRETE E AFFERMATIVE
- ✓ COMUNICARGLI UN MESSAGGIO PER VOLTA
- ✓ EVITARE DOMANDE APERTE
- ✓ NON INTERROMPERE, NON METTERE FRETTA, NON "IMBOCCARE" LE PAROLE

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

- ✓ Gesti LENTI E PACATI
- ✓ tono DOLCE
- ✓ volume BASSO della voce
- ✓ mimica facciale SERENA, SORRIDENTE, RASSICURANTE
- ✓ postura ALLA SUA ALTEZZA
- ✓ vicinanza dell'interlocutore

sono elementi che accompagnano il contenuto verbale della comunicazione aggiungendone informazioni.

Essa rimane preservata fino alla fase avanzata della malattia...e diventa molto più importante man mano che il linguaggio verbale si impoverisce!

L'ANZIANO CON DISAGIO PSICHICO – DSM V

Disturbo di personalità:

Modalità perduranti di percepire, rapportarsi, pensare a sé stesso e all'ambiente. I *tratti di personalità* sono aspetti rilevanti della personalità che vengono mostrati in un'ampia gamma di contesti sociali e personali. Quando sono rigidi, maladattivi e causano menomazione funzionale significativa o disagio soggettivo, configurano un Disturbo di Personalità (es. disturbo paranoide, antisociale, schizoide, etc.)

Disturbi psicotici:

I disturbi psicotici sono caratterizzati da deliri, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzato e sintomi negativi (es. schizofrenia, disturbo delirante, etc)

Disturbi affettivi:

nei quali il paziente vive una grave alterazione del tono dell'umore (es. disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, etc.)



Ex Ospedale Neuropsichiatrico di Sant'Artemio - Treviso

«Non esiste esperienza oggettiva»

Il rapporto tra mente e mondo è tale che è l'osservatore a dare contorni alle cose.

Gregory Bateson



Sospensione del giudizio

COME È POSSIBILE COMPRENDERE ED ENTRARE IN EMPATIA CON LA PERSONA AFFETTA DA DISAGIO PSICHICO?



PROCESSO FIGURA/SFONDO

Se si segue un altro bordo e si vede qualcosa che non c'era prima, poi non riesco più a non vederla



ESEMPI CLINICI – L'ANZIANO CON DISAGIO PSICHICO

SITUAZIONE: l'anziano ha atteggiamenti di rifiuto, agitazione, oppositività oppure appare richiestivo di fronte alla presa in carico dell'operatore

PERCHE' ACCADE?

Storia di vita

Comorbidità

Psicofarmacologia

Esempi di casi clinici

AGIRE TENENDO CONTO DEI BISOGNI DELLA PERSONA

- Evitare traumi e umiliazioni
- Cercare di realizzarsi
- Preservare a propria dignità e autostima
- Avere contatti sociali e farsi comprendere
- Cercare apprezzamenti e approvazione
- Cercare espressioni esplicite di amore
- Soddisfare i bisogni primari
- Muoversi scegliere
- Essere utile
- Controllare
- Possedere
- Privacy, serenità
- Autonomia, indipendenza

ESEMPI CLINICI – L'ANZIANO LUCIDO

SITUAZIONE: l'anziano appare eccessivamente richiestivo, polemico o poco rispettoso nei confronti dell'operatore

PERCHE' ACCADE? Esempi

Rischi per l'operatore:

- IDENTIFICAZIONI PROIETTIVE
- VISSUTI CONTROTRANSFERALI
- SENTIMENTI DI GIUDIZIO/SFRUTTAMENTO
- ESCALATION SIMMETRICA

IL BUON OSPITE

Il “Buon ospite” è colui che non è troppo esigente, che non pretende nulla più di quanto gli è offerto, che si adatta alla situazione accogliendo con gratitudine la generosità dell’ospitante, che si astiene dall’esprimere giudizi sull’ospitalità” (Censi, 2004)



«SALUTE»: CHE COSA SI INTENDE?

L'Organizzazione mondiale della sanità **OMS** la definisce «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia» (OMS, 1948)

Attuare scelte di cambiamento per la salute richiede di sviluppare consapevolezza circa:

- **cosa intendiamo per salute**
- **quali sono i nostri obiettivi di cambiamento**
- **quali sono le nostre abitudini**

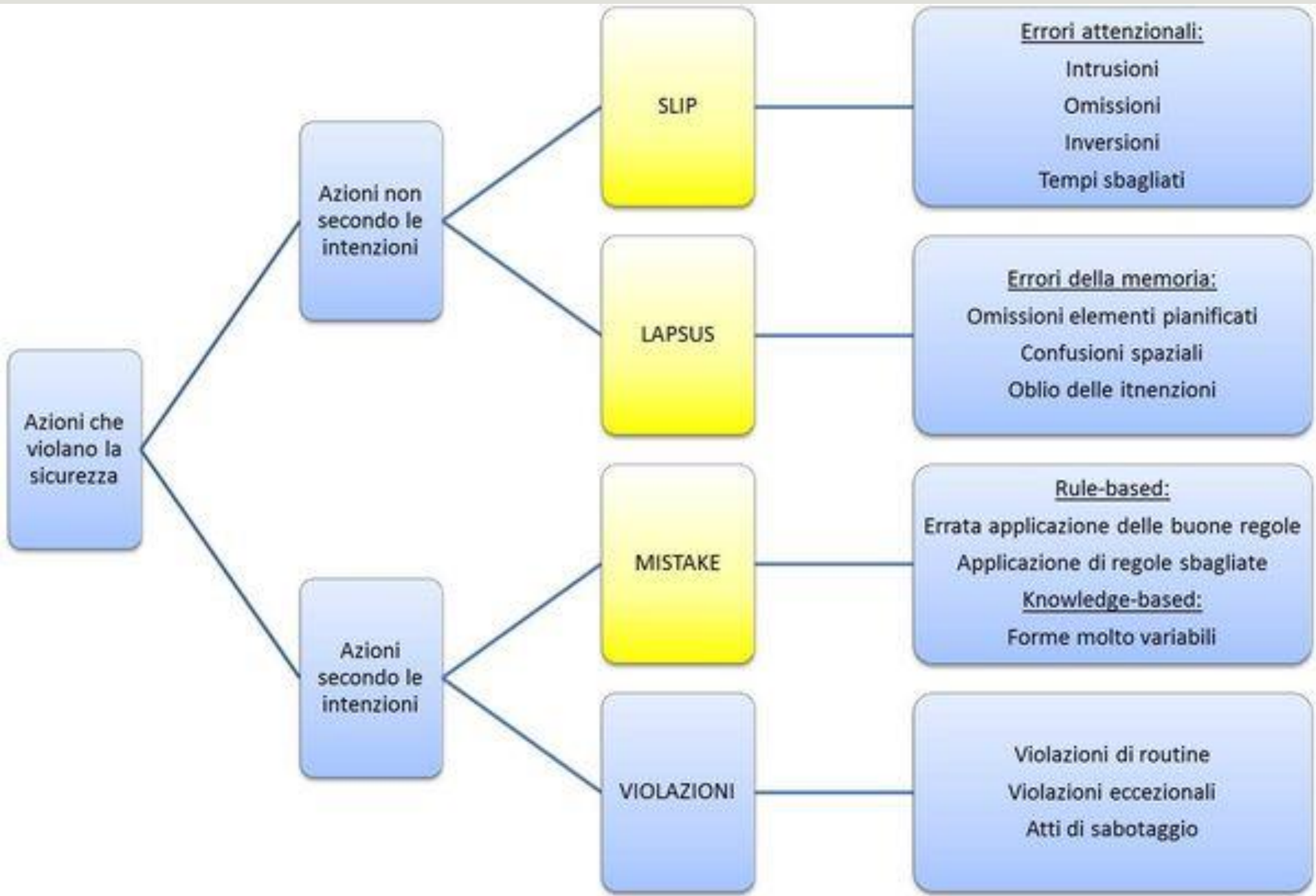
Solo la consapevolezza può consentirci di porre attenzione in modo intenzionale a qualcosa

RICONOSCERE LE ABITUDINI

Possiamo definire **abitudini** quelle risposte comportamentali automatiche ad uno stimolo, sviluppate attraverso la ripetizione del comportamento in contesti coerenti tra loro (Lally e Gardner, 2013)

➡ Funzioniamo con il «pilota automatico» ⬅

L'abitudine ci permette di economizzare sulle nostre risorse cognitive, *velocizzando* notevolmente il processo di *elaborazione delle informazioni*



Azioni che violano la sicurezza

Azioni non secondo le intenzioni

SLIP

Errori attenzionali:
Intrusioni
Omissioni
Inversioni
Tempi sbagliati

LAPSUS

Errori della memoria:
Omissioni elementi pianificati
Confusioni spaziali
Oblio delle intenzioni

Azioni secondo le intenzioni

MISTAKE

Rule-based:
Errata applicazione delle buone regole
Applicazione di regole sbagliate
Knowledge-based:
Forme molto variabili

VIOLAZIONI

Violazioni di routine
Violazioni eccezionali
Atti di sabotaggio

CIRCOLO VIRTUOSO

Importante attivare strumenti che possano semplificare e gestire in maniera ottimale il lavoro come ad esempio i Piani di Assistenza Individualizzati.

Questi piani implicano una valutazione **multidimensionale** necessaria di bisogni e risorse per raggiungere degli **obiettivi** che devono essere **chiari, realistici e misurabili** attraverso azioni da intraprendere e **indicatori** da usare per la **verifica**.

Con queste metodologie il personale operante sarà in grado di svolgere un lavoro accurato, mettendo sempre al centro dell'attenzione i bisogni e le esigenze del singolo anziano, dividendosi i compiti e le responsabilità in maniera equa e multiprofessionale.



Il paradosso del soccorritore

L'osservatore, con la cibernetica di secondo ordine, non può essere considerato neutrale rispetto al sistema osservato ma entra a far parte del processo e delle operazioni soggettive del conoscere...

CHE COS'E' LO STRESS?

- “È una serie di **forze esterne** che si abbattono su un individuo/gruppo”
- “È la **risposta** che un individuo attiva di fronte ad una **minaccia**”
- “È...”

È risultato di una TRANSAZIONE individuo-ambiente:

lo stress viene sentito dalla persona come affaticante o esorbitante rispetto alle risorse disponibili e dunque fonte di pericolo per il proprio benessere

LO STRESS...

La caratteristica più preoccupante dello stress è la sua **inevitabilità**

- non è possibile impedire che piccoli o grandi eventi spiacevoli avvengano nella nostra vita (Seyle H., The stress of life, 1956)

Nonostante lo stress sia inevitabile, è **possibile vivere bene sotto stress** (Antonovsky A., 1987)

- la maggior parte delle persone sotto stress riesce a mantenere un rapporto equilibrato con l'ambiente e in molti casi riesce a svilupparsi, a crescere

LE NOSTRE DIFESE DI FRONTE A UN PERICOLO

FIGHT
attaccare



FLIGHT
fuggire



FREEZING
bloccarsi



FAINT
svenire



PER GLI ESSERI UMANI LA **SICUREZZA** È UN BISOGNO FONDAMENTALE
LA MENTE È PROGRAMMATA PER EVITARE IL PERICOLO (FISICO O PSICOLOGICO)
ATTIVANDO DELLE DIFESE

Reazioni Emotive	Reazioni Mentali
Ansia	Confusione
Paura	Deficit di Memoria
Agitazione	Difficoltà di concentrazione
Irritabilità/Rabbia	Distraibilità
Tristezza	Pensieri Intrusivi
Senso di colpa	Flashback
Vulnerabilità	Incubi
Scetticismo	Pensieri Ossessivi
Schock	Ipervigilanza

Reazioni Fisiche

Reazioni Comportamentali

Affaticamento

Acting di Rabbia

Esaurimento

Uso di sostanze

Problemi Gastrointestinali

Isolamento

Problemi Respiratori

Difficoltà relazionali

Cefalee

Disturbi dell'appetito

Spasmi Muscolari

Disturbi del sonno

Sudorazione

Cambiamenti della libido

Vertigini

Agitazione

BURNOUT

Condizione di stress lavorativo riscontrabile con maggiore frequenza tra i soggetti impegnati in attività assistenziali: patologia professionale particolarmente rilevante per l'areasocio-sanitaria (*professione high-touch*)

Maslach: **“una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale”**

SINTOMI:

- Somatici
- Psicologici
- Comportamenti sociali

FATTORI:

- Individuali
- Di personalità
- Ambientali

COME INTERVENIRE?

- Informazione
- Formazione: strategie centrate sull'organizzazione vs. strategie di gestione individuale
- Prevenzione
- Discussione casi
- Supervisione
- Lavoro equipe
- Socializzazione

«Un grammo di prevenzione vale quanto mezzo kg di cura»

Maslach

ESCULAPPIO & CHIRONE



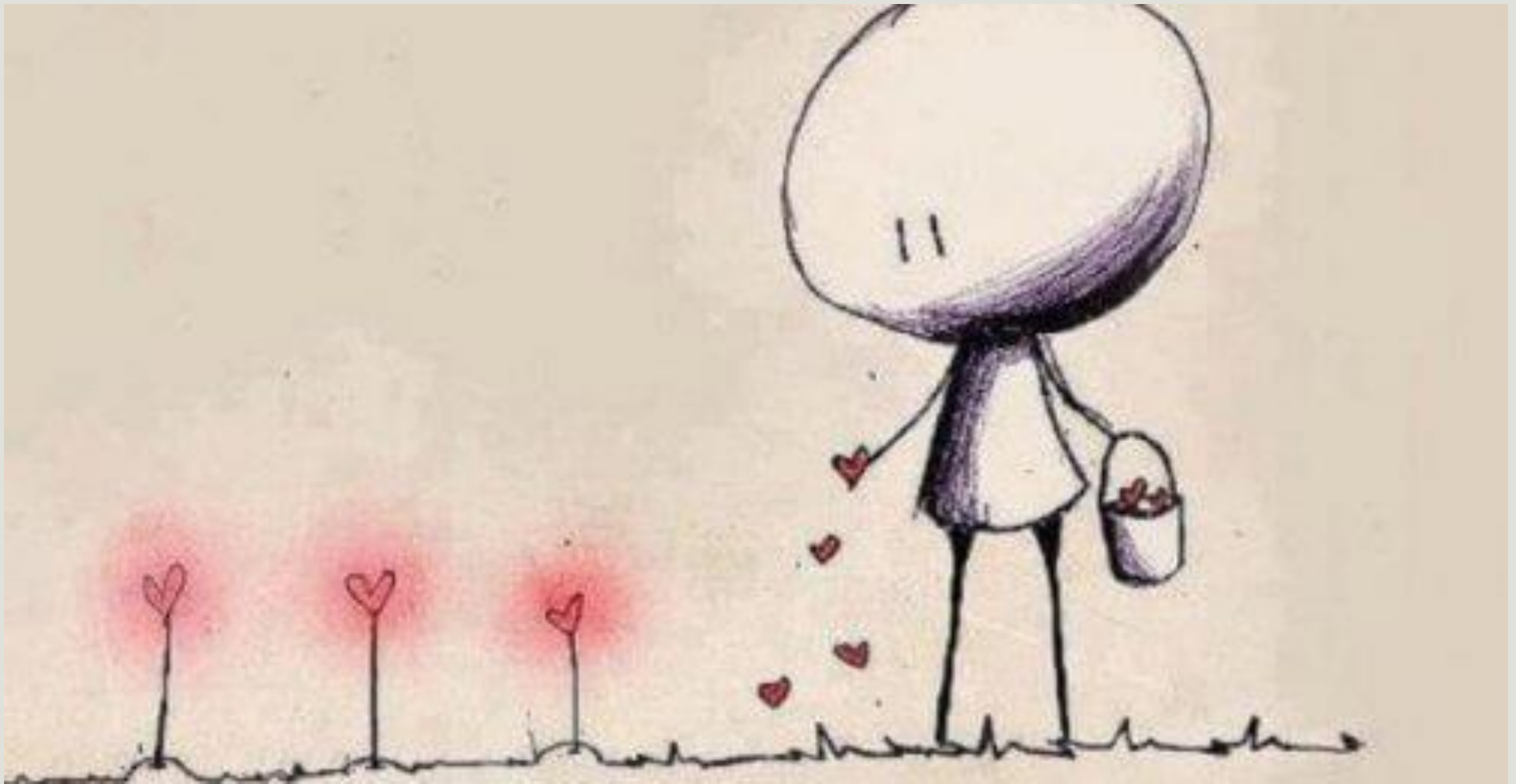
Cambiare prospettiva...

da GUARIRE: to cure/heal
a PRENDERSI CURA: to care

*Quando curi una malattia puoi vincere
o perdere..*

*..quando ti prendi cura di una persona
vinci sempre*





...grazie per l'attenzione!

Bibliografia

Censi A. (2001). *La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani*. Franco Angeli

Jones M.(2005). *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Carrocci

Vigorelli P. (2011). *L'approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Franco Angeli

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person come first*. Buckingham, Open University Press