Con-Tatto, percorsi di *caregiving*: *analisi di un'esperienza gruppale di caregivers con pazienti affetti da demenza*

Roberta Lampasona, Antonino Giorgi

Narrare i gruppi
Etnografia dell'interazione quotidiana
Prospettive cliniche e sociali, vol. 7, n° 2, Novembre 2012

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: **www.narrareigruppi.it**

Titolo completo dell'articolo

Con-Tatto, percorsi di *caregiving:* analisi di un'esperienza gruppale di *caregivers* con pazienti affetti da demenza

Autore	Ente di appartenenza
Roberta Lampasona	*Università degli Studi di Palermo*
Antonino Giorgi	*Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia*

To cite this article:

Lampasona R., Giorgi A., (2012), Con-Tatto, percorsi di caregiving: analisi di un'esperienza gruppale di caregivers con pazienti affetti da demenza, in *Narrare i Gruppi,* vol. 7, n° 2, Novembre 2012, pp. 141-150, website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.
Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

Ricerche /interventi

Con-Tatto, percorsi di *caregiving*: analisi di un'esperienza gruppale di *caregiver*s con pazienti affetti da demenza

Roberta Lampasona, Antonino Giorgi

Riassunto

In Italia recenti stime dell'ISTAT (2007) mostrano una costante crescita della popolazione anziana e un impoverimento di quella in età lavorativa. Tra le conseguenze di quest'andamento c'è l'aumento delle patologie legate al processo d'invecchiamento come le demenze (CENSIS, 2007). Il lavoro presentato, centra il suo focus su possibili strategie e piani di supporto e sostegno terapeutico su coloro i quali della malattia si occupano, nonché i *caregiver*s. La Ricerca-Intervento Cont-Tatto, nata all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale della regione Lombardia, prenderà in esame, passo dopo passo, il lungo e tortuoso cammino del prendersi cura del proprio caro malato e le molteplici complicazioni che sorgono a seguito dell'esordio di una malattia insidiosa, quale quella dell'Alzheimer.
Attraverso le varie fasi della Ricerca-Intervento, è stato possibile giungere alla comprensione di percorsi individuali in un'ottica di analisi interpretativa gruppoanalitica, con lo scopo di promuovere nei *caregiver*s nuove possibilità di approccio alla malattia e spazi di crescita e di progettualità. Quella che viene proposta, da un'analisi dell'esperienza gruppale dei *caregiver*s è dunque, una mappatura rispetto al percorso e ai vissuti di caregiving, tramite i quali è possibile ricostruire tutti i momenti più significativi legati alla malattia e al prendersi cura dell'altro.

*Parole chiave: caregiver*s/caregiving, demenza, gruppo

Con-Tatto [Con-Tact], the long processes of caregiving: analysis of a group experience of caregivers with dementia patients

Abstract

In Italy, recent estimates by ISTAT (2007) show a steady growth of the elderly population and the impoverishment of the working age population. Among the consequences of this trend is the increase in diseases related to the aging process such as dementia (CENSIS, 2007). The work we present focuses on possible therapeutic support strategies and plans of those who deal with the disease as well as caregivers. The Research-Action Con-Tatto [Con-Tact], born in a Residential Health Care in Lombardy, Italy, will examine, step by step, the long and tortuous path of taking care of our sick loved ones and the many complications that arise following the onset of an insidious disease, such as that of AD.

Through the various stages of the Research-Action, it was possible to come to an understanding of individual pathways in a perspective of group analysis interpretive analysis, with the aim of promoting new opportunities for caregivers in their approach to the disease and room for growth and planning. What is being proposed by an analysis of the caregivers' group experience is therefore a mapping of caregiving pathways and experiences, through which it is possible to reconstruct all the most important moments related to the person's disease and care.

Key word caregivers/caregiving, dementia, group

1. *Introduzione*

La Ricerca-Intervento Con-Tatto è stata concepita alla luce degli ultimi studi epidemiologici che indicano, come nel futuro prossimo, in molti dei paesi occidentali e non, l'invecchiamento della popolazione continuerà a ritmo spedito, con particolare accentuazione per le fasce più anziane, e ciò si accompagnerà ad un incremento delle patologie cronico-degenerative, dei problemi clinici e della conseguente disabilità.
Nella cura delle demenze il coinvolgimento delle famiglie è pressoché totale. Per il *caregiver*[1], in particolare, ovvero colui che in prima persona si prede cura del proprio caro, assumendo una funzione di accompagnamento e sostegno, sia psichico che materiale (Cigoli, Tamanza, 1996), il peso di tale coinvolgimento diviene talvolta insostenibile.
Ciò rimanda all'importanza del concetto di *caregiving* (Pearlin, Mullan, Semple, Skaff, 1990), vale a dire, tutta una serie diversificata di attività ed esperienze che riguardano il dare aiuto ed assistenza a familiari o amici non più in grado (come prima) di provvedere autonomamente a se stessi. Ciò è dovuto al fatto che il prendersi cura è, essenzialmente, una funzione familiare transgenerazionale prodotta all'interno del campo relazionale della famiglia[2], che attraversa in vari modi e secondo diverse intensità tutte le fasi del ciclo di vita familiare (Cigoli, 2006).
Questo processo, molto spesso, diventa per il *caregiver* fonte di stress, difficoltà economiche, isolamento sociale e alla lunga il progetto di cura diventa insostenibile e culmina con il ricovero forzato in una Residenza Sanitaria Assistenziale. Il ricovero è vissuto come un fallimento da parte del *caregiver*, inoltre la permanenza all'interno delle RSA spesso ne amplifica i disagi psicofisici già sperimentati (Cigoli, 2006; Tamanza, 2001).
In caso di malattia neurodegenerativa, il caregiving cambia e si modifica nel tempo. Dall'ordinaria assistenza tra due persone affettivamente vicine, esso diventa un compito straordinario che invade tutta la relazione, tanto da arrivare a trasformare un rapporto di mutuo e reciproco scambio in una relazione unilaterale, nella quale una parte

[1] Il termine *caregiver*, mutuato dalla letteratura anglosassone, identifica letteralmente "colui che presta cura". In italiano non esiste un termine altrettanto efficace ed incisivo. Inoltre, occorre fare una distinzione tra: il *caregiver* informale, detto anche "*primary caregiver*", e il *caregiver* formale (il medico, l'infermiere, o altro professionista). In questo lavoro si utilizzerà il termine *caregiver* facendo riferimento al *caregiver* informale.

[2] La famiglia è qui intesa come un'organizzazione di relazioni di parentela che ha una storia e che crea una storia. Tale organizzazione relazionale è strutturata dalle differenze di genere (asse coniugale), di generazione (asse genitoriale-filiale) e di stirpe (asse transgenerazionale): il *campo relazionale* della famiglia comprende, infatti, oltre al legame di coppia e al legame genitori-figli, anche le relazioni con le rispettive famiglie di origine e con le loro stirpi (Scabini, Cigoli, 2000).

è strettamente dipendente dell'altra. Questa condizione soverchiante, che si prolunga per molto tempo a causa della natura degenerativa della malattia (Mega, Cummings, Gorbein, 1996), può avere delle conseguenze molto negative sulla salute psicofisica del *caregiver*.
A questo si aggiunge un'inefficiente e confusa rete di aiuti da parte dei servizi territoriali che, anche dopo l'ingresso dell'anziano in RSA, continua a rimanere tale (Brizioli, Romano, Senin, Trabucchi, 2002). In sostanza, il ricovero in RSA avviene solo quando le famiglie, in particolare il *caregiver*, non riescono più a svolgere in modo efficace il proprio compito di cura. Questo momento, l'extrema ratio, è spesso vissuto più come il fallimento di un progetto divenuto insostenibile piuttosto che come la scelta della migliore tra le opportunità disponibili (Tamanza, 1998).

2. *Il contesto della Ricerca-Intervento*

Il lavoro è stato svolto all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale della Lombardia, ponendosi come macro obiettivo la condivisione della cura tra *caregiver* e caro ospite, utilizzando la *Touch Terapy* come modalità di intervento aspecifica per il trattamento delle demenze secondo le linee guida AIP 2006[3]. La Ricerca-Intervento Con-tatto ha avuto inizio nel febbraio 2011 con una durata complessiva di sei mesi. Nella ricerca sono stati coinvolti 6 ospiti (tutte donne) con grave decadimento cognitivo, allettati, e con altre patologie mediche e 6 *caregiver* di cui un solo uomo che hanno prestato cura al proprio caro ammalato in RSA per almeno 3 giorni alla settimana
Il percorso della Ricerca-Intervento è stato suddiviso in segmenti temporali, sono state così realizzate 4 fasi. *Preparatoria*: basata su un'indagine per rilevare lo stato di stress e motivazione nei *caregiver*s; l'intervento di *Touch Terapy*: inteso come attività di contatto corporeo anziano/*caregiver* durante la quale sono stati rilevati: pressione sanguigna e livello di saturazione di ossigeno nel sangue negli anziani, tramite saturimetro; la fase dell' *elaborazione individuale dell'esperienza*: consistente in colloqui clinici con i *caregiver*s e stesura di un diario; ed infine la fase dell'*elaborazione gruppale dell'esperienza*: intesa come condivisione tra i *caregiver*s rispetto ai vissuti esperiti lungo l'intero percorso della Ricerca-Intervento.
Verrà di seguito discusso, in termini di esplicitazione del setting e trattazione dei risultati, ciò che attiene l'ultima fase della Ricerca-Intervento, vale a dire l'elaborazione gruppale dell'esperienza, poiché inevitabilmente questa fase risente dell'influenza dell'intero percorso vissuto dai *caregiver*s, rappresentando il culmine dell'intera esperienza vissuta.
È grazie al gruppo che è stato possibile approfondire sia i processi individuali "*attraverso il gruppo*", sia quelli del "*gruppo*" attraverso i contributi dei suoi componenti.
Questo momento ha rappresentato l'apice dell'intera esperienza vissuta dai *caregiver*s, che all'interno di questo spazio si sono donati e hanno donato se stessi, permettendo un'analisi dell'intero percorso e delle esperienze vissute. L'osservazione delle interazioni altrui, e di quelle del gruppo nel suo insieme, ha consentito inoltre di ottenere importanti inferenze su dinamiche comunicative e di ruolo di notevole rilievo clinico.

[3] In "Interventi non Farmacologici per il Trattamento delle Demenze – Linee Guida Aip" (2006).

3. *Il gruppo: setting e obiettivi*

Il gruppo si è riunito per la prima volta l'8 marzo 2011 e ha visto la partecipazione dei *caregiver*s che hanno aderito insieme ai loro cari all'attività della *Touch Terapy*. Si tratta di un gruppo omogeneo, al cui interno hanno preso parte quattro donne e un uomo, tutti accumunanti dall'esperienza di assistenza e cura del proprio caro affetto da demenza. I cinque incontri programmati con cadenza mensile, sono stati pensati per dare l'opportunità di riflettere insieme e condividere l'esperienza della *Touch Terapy*, ma più in generale per dar spazio ai propri vissuti in merito al difficile compito di *caregiving*. Il dottor Giorgi, psicologo conduttore, affiancato da una pedagogista, ha aperto il primo incontro spiegando la finalità del gruppo; i partecipanti a turno si sono presentanti, parlando dei loro cari, della loro storia clinica e ricordando la date del ricovero in RSA. Sostanzialmente ogni *caregivers* ha avuto la possibilità di raccontare la propria esperienza personale maturata nell'arco dei cinque incontri, si è parlato della qualità del rapporto con il proprio caro e dei cambiamenti che via via si sono osservati con il progredire della malattia.
Il lavoro presentato, centra il suo focus su possibili strategie e piani di supporto e sostegno terapeutico su coloro i quali della malattia si occupano; l'obiettivo è quello di promuovere nuove possibilità di approccio alla cura e di proporre spazi di crescita e di progettualità, dimensione, quest'ultima, del tutto satura e non contemplata all'interno di una cornice in grado di racchiudere la sola natura mortifera dei vissuti.
E' possibile sostenere con più rigore epistemico ed interdisciplinare la centralità della dimensione relazionale[4], che costituisce lo scenario reale ed immaginario all'interno del quale la vita emotiva si dispiega (Lo Coco, Lo Verso, 2006). L'enfasi viene qui posta sulla qualità della relazione, e su come questa trovi nel gruppo la sua massima espressione (Giorgi, Lo Verso, 2011).
Verrà intrapreso un percorso interpretativo alla luce dei risultati ottenuti, giungendo in ultima analisi all'estrapolazione di una teoria generale sul funzionamento del gruppo e di come le dinamiche elicitatesi al suo interno abbiano rappresentato una fase di transizione per i *caregiver*s. Nel dettaglio gli obiettivi della Ricerca-Intervento Con-tatto, che hanno inizialmente orientato i ricercatori clinici[5], sono stati i seguenti:
Obiettivi per il caregiver, coinvolgimento nel processo di cura; potenziamento dei legami familiari; diminuzione del senso di impotenza; possibilità di percepirsi in grado di fare qualcosa di positivo per l'anziano.
Obiettivi del gruppo, possibilità di riflettere sul lavoro fatto; evidenziare ed elaborare i possibili cambiamenti inerenti tutte le fasi progettuali; scambio delle varie esperienze; elaborazione dei vissuti personali rispetto all'attività; creazione di legami significativi fra i *caregiver*s dell'RSA; poter rafforzare la propria rete familiare e sociale.

[4] Ciò rimanda al modello "mente-corpo-relazione" (Lo Verso, 1994; Giannone, Lo Verso, 1996; Di Blasi, Lo Verso, 2006). Non basta più parlare di rapporto mente-corpo, occorre aggiungere il terzo polo, il *polo della relazione*, poiché senza relazione non è dato né sviluppo corporeo né mentale: la relazione è la funzione integrativa.
[5] Gli obiettivi citati, hanno orientato la ricerca nella sua fase iniziale, tuttavia, trattandosi di una tipologia di ricerca-intervento, per natura stessa caratterizzata da un processo in continuo divenire, molti degli obiettivi, sono poi stati superati in termini di risultati ottenuti, al di là di ogni possibile aspettativa.

4. *Strumenti e Metodi*

In una fase iniziale della Ricerca-Intervento, sono stati utilizzati uno strumento di *self-report*, il *Caregiver Burden Inventory* (CBI), il *Mini-Mental State Examination*, per l'esplorazione delle funzioni cognitive e l'utilizzo del saturimetro, per l'accertamento del grado di ossigenazione dei pazienti.
Tutti i diversi momenti del progetto sono stati audio registrati e i dati raccolti sottoposti ad una analisi qualitativa. Per fare questo, sono stati analizzati i trascritti degli incontri di gruppo, in modo da cogliere direttamente il vissuto del soggetto attraverso il suo linguaggio, in cui errori, divagazioni, confabulazioni, diventano parte integrante del materiale oggetto di studio nel tentativo di fornire indicazioni cliniche sulla modalità di gestione del proprio caro e su come tale pratica si riversi nei vissuti dei *caregiver*s.
Il metodo utilizzato per l'analisi testuale è quello della *Grounded Theory*, una metodologia di ricerca qualitativa ormai ampiamente utilizzata in psicologia clinica centrata sulla ricerca di unità di significato a partire dai trascritti di materiale clinico (Del Corno, Rizzi, 2010). L'analisi dei dati avviene principalmente attraverso un processo definito come "codifica" (*coding*) che consiste nell'individuare un significato o categoria concettuale nel complesso dei dati che sia il più vicino possibile alle parole dei partecipanti. Confrontando sistematicamente le diverse categorie concettuali si è in grado di astrarre un significato più generale che renda conto delle categorie evidenziate e possa costituire la base di una spiegazione del fenomeno in esame. Per far ciò, ci si è avvalsi dell'utilizzo del software *Atlas.ti*, uno strumento la cui architettura è finalizzata alla ricostruzione delle teorie soggiacenti alle informazioni analizzate (De Gregorio, Lattanzi, 2011).

5. *Analisi dei risultati*

Prendersi cura del proprio caro, affetto da demenza, è un gesto meraviglioso, ma il più delle volte è tremendamente complicato. Il *caregiver* spesso va incontro a una realtà che fino ad allora non aveva mai conosciuto, una realtà fatta di paure, sensi di colpa e sofferenze. L'assistenza diventa, quindi una continua lotta interna tra la volontà di abbandonare tutto e lasciarsi andare e quella di combattere e salvare la persona che amiamo. Tuttavia un intervento fatto di "prove ed errori" e di scarsa preparazione, non porta a dei risultati soddisfacenti, anzi ha come unico risultato il *burnout* del *caregiver* (Lampasona, Giorgi, 2012).
I *caregiver*s coinvolti, avendo prestato assistenza e avendo affrontato richieste gravose in termini di tempo, energie ed emozioni, hanno mostrato marcati segni di stress e il bisogno di sostegno e di incoraggiamento, nonché di opportunità di dare sfogo ai propri sensi di colpa ed al proprio risentimento. Tale opportunità di sostegno è stata sperimentata all'interno del gruppo, che si è configurato come spazio privilegiato nell'avviare un processo trasformativo in tal senso.
Dall'analisi dei risultati ottenuti appare evidente come, la diagnosi di demenza o il solo sospetto, ha determinato diverse reazioni/emozioni nei *caregiver*s, quasi sempre di tipo negativo: ansia; depressione; rabbia; senso di colpa; rassegnazione; stress. Quest'ultimo non non sembra essere collegato al grado di disturbo comportamentale o cognitivo della persona con demenza, ma alle variabili personologiche e psicologiche del *caregiver* stesso (Bianchetti, 2002).

C'è varietà tra i *caregiver*s nel quantificare e riportare l'angoscia che sperimentano, ma la tendenza è di essere più vulnerabili alle emozioni negative se il disturbo del comportamento è particolarmente grave o se la loro relazione con il paziente affetto da DA è stata poco profonda (Bianchetti, 2002).
Da sottolineare, inoltre che alcune delle tensioni tra il paziente e il *caregiver*, risalgono al tipo di rapporto esistente prima dell'insorgere della demenza, e in particolar modo alla mancanza di forti legami con la figura di accudimento, che la malattia ha contribuito ad esasperare.
E' risultato totale il coinvolgimento della famiglia nella cura, nell'assistenza, nel sostegno psicologico e nella tutela del proprio congiunto, il quale è reso più dipendente e debole dalla progressione della malattia. Il risultato del prendersi cura, in modo così totalizzante dell'altro, porta il *caregiver*, ogni giorno che passa a perdere un po' più di se stesso, in una progressiva dissolvenza d'identità.
Un ulteriore aspetto molto interessante emerso dai resoconti dei *caregiver*s riguarda il dispendio oneroso in termini di tempo da dedicare al proprio caro: i familiari hanno dedicato mediamente sette ore al giorno all'assistenza diretta del paziente e quasi undici ore alla sua sorveglianza, inoltre l'impatto dell'attività assistenziale è stata vissuta come ancora più gravosa quanto più essa si sommava all'impegno legato allo svolgimento di altri ruoli professionali e familiari.
In sostanza, i *caregiver*s coinvolti sono stati costretti a mettere in campo risorse aggiuntive rispetto a quelle necessarie per portare avanti le ordinarie attività ed a ridefinire gli equilibri familiari (affettivi e di gestione delle risorse) alla luce delle esigenze assistenziali del proprio caro, peraltro crescenti con l'aggravarsi della malattia.
Il gruppo ha reso ancora più evidente la forte condizione di isolamento vissuta dai *caregiver*s e gli incontri che si sono susseguiti hanno rappresentato una valida possibilità di uscita da tale condizione con la conseguente ammissione di angosce, avversità e complicazioni incontrate durante il percorso di cura. Il riuscire ad ammettere ad altri *caregiver*s le difficoltà percepite nella propria vita e i sensi di colpa derivati dalle scelte fatte ha rappresentato un grande obiettivo per il gruppo, che dapprima presentava forti resistenze, non tanto nella condivisione del problema, quanto invece nel concedersi totalmente e pienamente all'altro. Solo dopo aver abbattuto tali resistenze, il gruppo è nato, un gruppo che ha reso possibile il rafforzamento dei *caregiver*s come persone, in grado di elaborare e non più negare la loro storia e quella dei loro cari.
Ecco dunque uno degli aspetti sorprendenti del gruppo, l'aver prodotto una grande e inaspettata trasformazione che potremmo definire come "*Caregiver* vs Persona", uno spazio che ha permesso lo svestimento dal ruolo di *caregiver* e la riappropriazione dei propri vissuti, il prendersi cura di se stessi e non soltanto in modo totalizzante del proprio caro.
Si è assistiti al passaggio da una dimensione satura ad una dimensione insatura, in cui il gruppo è divenuto progetto, pensiero, creatività, trasformazione, possibilità di cambiamento, acquisizione per i *caregiver*s di nuove priorità rispetto alla propria vita fuori e dentro l'RSA, uno spazio che ha reso possibile ciò che individualmente sarebbe stato molto più difficile.
Un altro obiettivo raggiunto dal gruppo è stato il cambiamento rispetto all'idea di separazione nei confronti del gruppo e del *caregiver*, da totalmente negata a meno dolorosamente accettata, così come la maturazione del pensiero relativo alla morte definita dai *caregivers* stessi al termine degli incontri di gruppo come il "dolce morire". Con questo appellativo si denota una maggiore predisposizione a comprendere come la morte

sia una fase inevitabile della vita, e se pur accompagnata dalla paura e dall'angoscia di perdere il proprio caro, attraverso il gruppo ci si è potuti preparare a questo momento liberandosi dal dolore e dai sensi di colpa che tenevano il *caregiver* in uno stato di dipendenza quasi ossessiva con il loro caro, raggiungendo un equilibrio psicologico che inizialmente sembrava impensabile.
I partecipanti hanno imparato insieme a prendere decisioni partecipate e consensuali, ad ascoltare gli altri, attraverso un *"sentirsi"* reciproco; a rispettare il diritto di ognuno di essere come si è e ad accettare la storia che ci rende unici. La nascita del gruppo, è stata così agevolata, in virtù della coesione vissuta dai partecipanti, che ha permesso di resistere e contrastare, tutte le forze tendenti alla separazione.
Inoltre il miglioramento dei propri stati emotivi e la serenità riscoperta si sono poi riflessi nella qualità dei rapporti tra *caregiver*-caro, con la conseguenza di una più evidente esternazione, nei propri cari malati, di sentimenti, gioie, fiducia in sé e maggiore interesse per ciò che li circonda. I *caregivers* hanno, inoltre, dichiarato di sentirsi rafforzati nel loro ruolo e che questo tipo di esperienza li ha indotti a riflettere proprio sul loro compito di *caregivers*.
Hanno imparato e migliorato tanto, a gestire il tono ed il modo della comunicazione - a voce bassa, lineare e tranquilla – guardando il proprio caro negli occhi, ottenendo, in questo modo la loro attenzione e trasmettendogli tranquillità. Hanno imparato a sapere essere interpreti delle loro necessità e delle loro emozioni, prendendo coscienza del fatto che la malattia non ha soltanto portato via, ma ha anche dato, consentendo un guardarsi dentro e apprezzare sempre di più il valore degli affetti e riscoprendo il piacere di vivere.
In conclusione l'analisi del gruppo ha quindi mostrato: una diminuzione del livello d'isolamento nella percezione di *caregiving*; condivisione dei vissuti personali; accettazione della malattia e dell'idea di morte; coinvolgimento attivo nei processi di cura; possibilità di non essere solo *caregiver*; riduzione dei livelli di stress esperiti.

6. *Riflessioni Conclusive*

Sono molteplici gli spazi di riflessione, di crescita e di raggiungimento di risultati in termini di conquiste, che grazie all'esperienza gruppale si sono raggiunti. Sembra, che il gruppo abbia migliorato la qualità della vita in pazienti affetti da demenza e fortificato i *caregivers* nello svolgere il loro compito permettendo la scoperta di nuovi ruoli.
Il gruppo si è configurato, dunque, nella forma del sostegno, in quanto ha aiutato a sentirsi capiti, a sentirsi meno soli in questo percorso, insegnando a *vivere* la malattia non più a *subirla*. I risultati di questo studio suggeriscono che al fine di migliorare le condizioni dei *caregivers* sarebbe utile intervenire in due direzioni.
Da una parte incentivare quegli interventi che mirano a ridurre le restrizioni del tempo personale, vale a dire rendere più accessibili ad anziani affetti da demenza i ricoveri di sollievo ed i centri diurni. Dall'altra, dare ai *caregivers* la possibilità di usufruire di interventi finalizzati ad affrontare il senso di fallimento e lo stress fisico, fornendogli un sostegno psicologico individuale, quale *counselling* breve o supporto psicologico continuativo ed informale.

Inoltre gli interventi di sostegno dovrebbero essere organizzati in modo da non richiedere al *caregiver* un eccessivo investimento di tempo personale e di risorse psicofisiche, così da evitare un aumento paradossale del carico soggettivo.
Il tempo speso con un paziente affetto da demenza, specialmente se sottratto ad altre attività, può influenzare il carico del *caregiver*. È quindi importante esaminare gli effetti del *caregiving* sulla qualità della vita.
L'obiettivo resta quello di ridisegnare le politiche locali d'intervento riguardanti le demenze, rendendo la rete dei servizi socio-sanitari integrata e non separata, attraverso la creazione di nodi della rete specializzati, in modo da favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali da un lato e garantire dall'altro una qualità della vita a chi si prende cura di questi pazienti.
A proposito della cura si è partiti con la consapevolezza, che la cura della persona con demenza si pone, per il carattere di malattia cronica che riveste, come cura a lungo termine che progressivamente impone la ricerca di soluzioni sempre più articolate di fronte all'emergere di bisogni progressivamente più complessi.
A fronte di ciò, l'obiettivo principale della cura diviene allora non più la guarigione bensì la promozione del benessere della persona, inteso come minor distanza possibile tra ciò che la persona vorrebbe essere e ciò che di fatto è, e il contenimento dello stress di chi del malato si occupa.
La centralità del malato, la ricerca e salvaguardia della sua continuità esistenziale, in accordo ad un sempre più efficace intervento sui *caregivers*, risulta essere la strategia migliore per contrastare l'emergenza verso cui siamo proiettati.

Bibliografia

Brizioli E., Romano M., Senin U., Trabucchi M., (2002), La rete dei servizi per gli anziani, in Cigoli V., (2006), *L'albero della discendenza,* Franco Angeli, Milano.
Censis, (2007), *41° Rapporto sulla situazione sociale del Paese,* capitolo: il sistema di welfare, website: http://www.censis.it/censis/attachment/protected_download/288?view_id=35, Dicembre 2007.
Cigoli V., Tamanza G., (1996), *Malattia di Alzheimer e caregiving familiare.* Ricerche di Psicologia, 4 (1), pp. 534 – 549, Franco Angeli, Milano.
Cigoli V., (2006), *L'albero della discendenza*, Franco Angeli, Milano.
De Gregorio E., Lattanzi P.F., (2011), *Programmi per la Ricerca Qualitativa. Guida pratica all'uso di Atlas.ti e MAXQDA*, Franco Angeli, Milano
Del Corno F., Rizzi P., (2010), *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici,* Raffaello Cortina, Milano
Di Blasi M., Lo Verso G., (2006), *La psicologia clinica.* Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento, 1, pp. 43–47, website: http:/www.rivistadipsicologiaclinica.it, Aprile 2008.
Giannone F., Lo Verso G., (1996), *Il self e la polis, il sociale e il mondo interno*, Franco Angeli, Milano
Giorgi A., Lo Verso G., (2011), Relazione, bios e sviluppo psichico, in Lo Verso G., Di Blasi M., (2011), *Gruppoanalisi soggettuale,* pp. 89–107, Raffaello Cortina, Milano.
ISTAT, (2007), *Previsioni Demografiche 1° gennaio 2007 – 1° gennaio 2051,* website: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080619_00/testointegrale20080619.pdf, Giugno 2008.
Lampasona R., Giorgi A., (2012), Ricerca-Intervento: Con-Tatto. Un'esperienza di Touch Therapy con anziani affetti da demenza e i loro caregivers, simposio: *Relazione, ricerca e lavoro*

clinico con i gruppi, AIP, XIV° Congresso Nazionale della sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, 20-23 Settembre 2012, Chieti.
Lo Coco G., Lo Verso G., (2006), *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
Lo Verso G., Federico T., (1994), Il rapporto mente-corpo in psicologia dinamica, in Lo Verso G., (1994), *Le relazioni soggettuali,* pp. 61–72, Bollati Boringhieri, Torino.
Mega M.S., Cummings J.L., Gorbein J., (1996), *The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease*, pp. 130–135, Neurology, 46.
Pearlin L.I., Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M., (1990), *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*, pp. 583–594, Gerontologist, 30.
Scabini E., Cigoli V., (2000), *Il famigliare. Legami, simboli e transizioni*, Raffaele Cortina, Milano.
Tamanza G., (1998), *La malattia del riconoscimento: L'Alzheimer, le relazioni familiari, il processo di cura*, Unicopli, Milano.
Tamanza G., (2001), *Anziani*, Franco Angeli, Milano.
Trabucchi M., Bianchetti A., (2002), *La depressione nell'anziano: un rilevante fattore di modulazione prognostica*, Quaderno AIP, Critical Medicine Publishing, Roma.
Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F., (2002), *Residenze sanitarie per gli anziani,* pp. 549-568, Il Mulino, Bologna.