

L'educatore e il mantenimento della competenza sociale nell'anziano affetto da Alzheimer

Un'indagine presso alcuni Centri Diurni Terapeutici Ticinesi

Studente/essa

Ana Raquel De Sousa Pereira

Corso di laurea

Lavoro sociale

Opzione

Educatrice sociale

Progetto

Tesi di Bachelor

Luogo e data di consegna

Manno, 16 Luglio 2021

*“Se ricordo chi fui, diverso mi vedo,
e il passato è il presente della memoria.
Chi sono stato è qualcuno che amo,
ma soltanto nei sogni.
È la nostalgia che m’affligge la mente,
non è mia né del passato veduto,
ma di chi abito
dietro agli occhi ciechi.
Nulla, se non l’istante, mi conosce.
Nulla il mio stesso ricordo, e sento
che chi sono e chi sono stato
sono sogni differenti.”*

(F. Pessoa dalle *Odi di Ricardo Reis*)

Alla mia famiglia, che ha creduto in me e mi ha sostenuta al di là di ogni difficoltà festeggiandomi nelle vittorie e sorreggendomi nelle sconfitte.

Alla mia cara amica Rita, compagna di viaggio, fonte di ispirazione e capace di un calore e una forza incredibili.

Un ringraziamento alla docente Cinzia Campello, che mi ha accompagnata e supportata lungo il percorso di stesura della tesi ascoltandomi e donandomi i suoi preziosi consigli.

Un grazie a me stessa, per non aver mai smesso di credere in questo sogno nonostante gli ostacoli e le difficoltà incontrate, augurandomi di riuscire sempre a rivedermi come professionista e persona in continuo divenire.

Abstract

Il tema approfondito nel lavoro di tesi si ricollega ad un'esperienza di stage svolta presso uno dei Centri Diurni Terapeutici presenti in Ticino. La struttura si presta ad anziani affetti da demenza e si basa sulla collaborazione di un'équipe multidisciplinare che propone attività per il mantenimento delle competenze e del benessere psicofisico della persona, oltre ad alleviare il carico dei caregivers. La necessità di ideare interventi adatti ai bisogni dell'utenza e la presenza di figure come quella dell'educatore, hanno portato all'ideazione di un interrogativo che si chinasse sul poter comprendere il modo in cui esso opera all'interno di tali strutture per il mantenimento delle competenze dell'anziano con Alzheimer. Da qui sono poi scaturiti gli obiettivi della tesi: capire gli interventi e le attività generalmente usate all'interno dei Centri per poi indagare nello specifico gli approcci usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale nel contesto. Si è rivelato necessario effettuare una scelta nei confronti della competenza da analizzare, di conseguenza ci si è indirizzati sulla competenza sociale che viene anch'essa intaccata con il progresso della malattia e che può difficoltà sostanzialmente la capacità di relazionarsi e di interagire con l'ambiente e le persone che lo abitano. Il suddetto scritto è stato costruito attraverso collegamenti tra teoria e pratica, sono state esaminate alcune teorie riconosciute nell'ambito della demenza come l'intervento Reality Orientation Therapy, la Validation Therapy, la stimolazione cognitiva ed altre ancora per considerare in seguito il sostegno che l'educatore può operare nei confronti delle specifiche esigenze, limiti e risorse della persona con Alzheimer anche in base alla fase della malattia. Per quanto riguarda l'aspetto pratico è stato utile attenersi alle interviste semi-strutturate proposte ad alcune educatrici dei Centri e i dati raccolti sono stati adoperati per ricostruire, insieme alla teoria, i possibili approcci per il mantenimento della competenza sociale in un'utenza che è caratterizzata da un declino progressivo. Dai risultati ottenuti, emerge che l'anziano affetto da Alzheimer sviluppa nel corso della sindrome una modalità del tutto personale di esercitare la socialità così come una modalità individuale rispetto al modo in cui vive e legge la realtà in cui è inserito. Ne consegue che sono i caregivers a doversi adattare alla sua singola realtà e a sostenerlo con attività e canali comunicativi specifici nella relazione con quanto lo circonda, per permettergli di mantenere il più a lungo possibile uno dei piaceri della vita, quello di sentirsi appartenenti ad un gruppo e un luogo. L'educatore ha dovuto allora riadattare il proprio modo di lavorare insieme ad un'utenza dove è necessaria una particolare attenzione alla comunicazione non verbale e dove l'operatività quotidiana si associa ad un'ottica di mantenimento e non di cambiamento, vista la sempre maggiore compromissione della persona dal punto di vista psichico, fisico e sociale. Con questo lavoro di tesi si esplicita il desiderio, a livello professionale, di non smettere di ripensarsi in quanto educatori e di aprirsi a nuove modalità e strategie d'intervento considerando quanto queste possano fare la differenza per gli altri. Infine, si sollecita la figura educativa a non astenersi dal cercare il significato che vi può essere dietro anche ai piccoli gesti della propria utenza.

INDICE

1. Introduzione	1
2. Descrizione contesto di riferimento.....	2
2.1. La politica dell'anzianità in Ticino	2
2.2. I Centri Diurni	3
2.3. I Centri Diurni Terapeutici.....	3
3. Quadro teorico	4
3.1. L'invecchiamento.....	4
3.2. Le demenze	5
3.3. Demenza di Alzheimer	6
3.4. Interventi non farmacologici con la persona affetta da Alzheimer	7
3.5. L'educatore in relazione alla persona affetta da Alzheimer.....	9
4. Metodologia lavoro di tesi.....	12
4.1. Domanda di indagine e obiettivi.....	12
4.2. Metodologia e strumenti adoperati	12
5. Dissertazione	14
5.1. Gli interventi usati nei Centri Diurni Terapeutici con le persone affette da Alzheimer e l'adattamento di quest'ultimi col progresso della malattia.....	14
5.2. Lo sguardo dell'educatore sulla competenza sociale e le attività adoperate per il mantenimento di quest'ultima nella persona affetta da Alzheimer.....	19
5.3. L'intervento dell'educatore in merito alle difficoltà dell'utenza affetta da Alzheimer nell'esercizio della competenza sociale	26
6. Conclusioni	30
6.1. Domanda di ricerca	30
6.2. Limiti della ricerca e spunti per il futuro.....	32
6.3. Riflessione personale sulla figura dell'educatore alla luce del lavoro di tesi	33
7. Bibliografia	36
Allegati	38

Lista delle abbreviazioni utilizzate

- UACD: Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio;
- LACD: Legge Cantonale sull'assistenza e cura a domicilio;
- CD: Centro Diurno;
- CDT: Centro Diurno Terapeutico;
- LAnz: Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane;
- OMS: Organizzazione mondiale della sanità;
- ROT: Reality Orientation Therapy;
- VD: Validation Therapy;
- MBT: Memoria a breve termine;
- MLT: Memoria a lungo termine.

1. Introduzione

Ritengo che il lavoro di tesi rappresenti un'importante tappa per lo studente, dà l'occasione al futuro operatore sociale di dedicarsi ad un tema di proprio interesse e di cui impadronirsi approfonditamente. È poi uno degli espedienti che lo avvicina al termine della formazione e al mondo del lavoro in cui potrà finalmente mettersi alla prova grazie alle competenze acquisite. Durante il mio percorso alla SUPSI ho avuto modo di svolgere uno stage presso un Centro Diurno Terapeutico (CDT), nel corso di tale esperienza mi sono confrontata con professionisti motivati e dediti al proprio lavoro, nel loro agire si intravedeva passione, voglia di esserci e di fare con l'altro. Questo è uno degli elementi che mi ha colpita fin dall'inizio, poiché non è scontato credere nella progettualità con l'utenza che frequenta questo tipo di strutture ovvero l'anziano affetto da demenza e altre patologie correlate. Una delle caratteristiche che contrassegna questa malattia è quella del progressivo declino cognitivo e delle modifiche che avvengono a livello sociopsicologico e che vanno ad impattare la relazione e l'interazione con l'altro (Kitwood & Raineri, 2015). Dinanzi ad un quadro in cui il cambiamento e l'evoluzione sembrano lontani, i diversi operatori si destreggiavano concentrandosi sul mantenimento delle risorse ancora presenti e talvolta nascoste. Questi elementi hanno suscitato in me interesse poiché ho iniziato a chiedermi come riuscissero ad operare in una dimensione così complessa e ad individuare gli aspetti su cui era ancora possibile lavorare insieme all'anziano con demenza, con una persona ormai adulta, formata e con un bagaglio completo di esperienze. Mi sono chinata nel chiedermi: quali sono i modi in cui l'operatore può sostenere l'utenza all'interno del CDT nel suo quotidiano? Tale interrogativo l'ho poi specificato sulla figura dell'educatore, in parte perché io stessa diventerò educatrice e poi perché all'interno del contesto la figura educativa che mi seguiva era molto presente nei miei confronti e mi poneva domande che scaturivano una lunga riflessione, una di queste è stata: *secondo te quale è il senso di un educatore in un ambito come questo?* Questo interrogativo è rimasto nella mia mente negli anni avvenire nonostante le successive esperienze lavorative, poiché le sensazioni, i pensieri e i quesiti a cui sono stata sottoposta durante tale stage non mi hanno mai abbandonata e mi hanno portata ora a voler approfondire ulteriormente il tema della demenza, nello specifico quella di Alzheimer e del sostegno che l'educatore è in grado di fornire alla persona che ne è affetta. Sapendo che all'interno del CDT viene svolto un importante lavoro sulle competenze rimanenti, ho pensato fosse un valido spunto di partenza per la domanda di tesi arrivando a formularla come segue: *"In che modo l'educatore opera un lavoro di mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer, all'interno dei Centri Diurni Terapeutici?"*. Intendo allora indagare gli interventi e il modo in cui l'educatore opera in questo ambito per sostenere l'anziano con Alzheimer nell'esercizio della competenza sociale, la scelta è ricaduta su quest'ultima poiché leggendo alcuni testi bibliografici ne scaturiva che *"come le emozioni, non è stata curata molto nella tradizione della psicologia cognitiva"* (Boccardi, 2007, p.105). Si è rivelato necessario effettuare una preferenza così da limitare il campo di ricerca, diviene allora un obiettivo poter comprendere come all'interno delle strutture terapeutiche l'operatore sociale riesca ad operare sul mantenimento di tale competenza, che apparentemente è poco discussa vista la prevalenza del lavoro sulla funzione mnemonica. In quanto futura professionista ritengo sia importante acquisire maggiore consapevolezza sul ruolo dell'educatore sociale all'interno di contesti peculiari e in minoranza sul territorio rispetto ad altri in cui vi è una maggiore presa a carico educativa. Tutto ciò per poter anche imparare di più sull'utenza specifica e comprendere alla

fine chi è veramente l'educatore che lavora al fianco della persona con tale patologia degenerativa e il modo in cui si adatta alle sue necessità man mano che questa avanza. Il lavoro di tesi sarà dunque costituito nella seguente maniera: dapprima vi sarà una cornice sull'anzianità nell'epoca odierna, considerando nel contempo la politica dell'anzianità in Ticino, poi ci si addenterà nell'ambito della demenza di Alzheimer e sulla tipologia di interventi non farmacologici che si utilizzano oggi. Sarà fatta anche una breve digressione sulla figura dell'educatore in relazione alla persona con Alzheimer. Nella parte successiva, sarà descritta la metodologia adoperata per la realizzazione del lavoro e nella parte centrale si troverà la dissertazione. All'interno di quest'ultima si presenteranno gli elementi che possono rispondere alla domanda di tesi e una riflessione alla luce della letteratura consultata e soprattutto delle interviste svolte con le educatrici dei vari CDT. L'ultima parte si focalizzerà sulle conclusioni nelle quali ci sarà una risposta riassuntiva alla domanda di ricerca, un'auto critica sui limiti di quest'ultima, per dedicarsi infine a delle considerazioni generali sul lavoro di tesi in relazione alla figura dell'educatore sociale.

2. Descrizione contesto di riferimento

2.1. La politica dell'anzianità in Ticino

L'invecchiamento della popolazione così come l'allungamento della vita sono eventi attestati all'interno del territorio ticinese. Oggigiorno la cifra della popolazione anziana è maggiore rispetto a quella dei giovani, ciò è dovuto al fenomeno dell'aumento della speranza di vita e all'evoluzione dei progressi nella medicina (Giudici et al., 2015). Non è raro che si superi la soglia degli 80 anni, questo comporta conseguenze sia per la società sia per le offerte messe a disposizione. L'Ufficio federale di statistica afferma che *“il numero di 65enni e oltre, che ammonta attualmente a 1,7 milioni di persone, subirà un'impennata nei prossimi 20 anni [...] nel 2045 oltre 2,7 milioni di abitanti faranno parte delle generazioni dei pensionati.”* (Ufficio federale di statistica, 2018, p.4). Questa tendenza non dà segni di retrocedimento e il Cantone dovrà dedicarsi sempre più alla comprensione delle mutazioni a livello di esigenze per questa fascia di popolazione (Giudici et al., 2015). In Ticino è presente l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), quest'ultimo opera nella pianificazione, nel finanziamento e nella regolamentazione della qualità delle organizzazioni per gli anziani. Il servizio è allestito in tre principali settori: strutture per anziani (case per anziani e appartamenti protetti); assistenza e cure a domicilio e mantenimento a domicilio (servizi d'appoggio quali trasporti, centri diurni, pasti a domicilio ed altri) (Ufficio - UACD (DSS) - Repubblica e Cantone Ticino, s.d.). La scelta del mantenimento a domicilio deriva dal fatto che vi è una posticipazione dell'entrata in casa per anziani e una predilezione per i servizi di sostegno transitori. Questa scelta emerge dal volere degli anziani e dai loro familiari, si opta dunque per un'ammissione in istituto solo quando la compromissione dello stato di salute dell'individuo non ne permette la gestione a domicilio. Il ruolo del servizio è quello di offrire ai suoi cittadini una proposta variegata di prestazioni che permetta loro di rimanere nella propria casa (Ufficio - UACD (DSS) - Repubblica e Cantone Ticino, s.d.). La casa rappresenta un riparo materiale ma anche una sicurezza e il senso di appartenenza al proprio territorio. Si può però pensare l'abitazione non solo come qualcosa di materiale ma di simbolico che permette il preservamento delle proprie radici (Scortegagna, 2013). A sostegno di ciò vi è la legge cantonale sull'assistenza e cura a

domicilio (LACD), del 30 novembre 2010. Al suo interno si veda l'Art.4 che afferma *“sono considerate prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio quelle che, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione dell'utente, ne favoriscono la permanenza a domicilio”* (LACD, 872.100, 2010, Art. 4). Come struttura di sostegno si può prendere in considerazione anche il Centro Diurno Terapeutico, contesto scelto per l'indagine della tesi e che offre prestazioni a chi necessita di cure e assistenza.

2.2. I Centri Diurni

Uno dei fini del Centro Diurno (CD) è quello di incentivare rapporti e aggregazioni a livello territoriale e di diminuire il carico psico-fisico del caregiver. In alcuni si prediligono attività ludico/ricreative, in altri si applicano sostegni sociosanitari in risposta a bisogni specifici cercando di preservare abilità compromesse. All'interno del CD vi è lo svolgimento di attività precedentemente ideate da professionisti, essi lavorano con piccoli gruppi e hanno così la possibilità di stimolare i rapporti relazionali. Il servizio riconosce l'importanza della domiciliarità e con il suo aiuto si propone di migliorarla, affinché ciò sia possibile gli operatori devono mantenere una collaborazione con gli altri caregivers poiché è auspicabile una continuità di interventi per il mantenimento della qualità di vita (Scortegagna, 2013). In Ticino, le principali fondazioni che offrono un Centro Diurno sono: Pro Senectute; l'Associazione Ticinese Terza Età; la Croce Rossa Svizzera e la Fondazione Vita Serena; vi sono poi CD introdotti all'interno di case anziani. Sono presenti delle differenze tra Centri: quelli socioassistenziali si rivolgono ad anziani autonomi interessati principalmente alla compagnia e ad occupare il tempo libero; quelli Terapeutici, sfondo indagato in questa tesi, rivolgono la loro attenzione a persone affette da sindromi demenziali come il morbo di Alzheimer o patologie correlate. In questo caso vengono messe a disposizione attività socio-ergoterapiche e un supporto specializzato (Pro Senectute, s.d.).

2.3. I Centri Diurni Terapeutici

I Centri Diurni Terapeutici offrono una copertura diurna e una presa a carico globale in base all'evoluzione della malattia. L'utenza può recarsi al Centro per un massimo di tre giornate settimanali e in casi straordinari si discute di una frequenza maggiore. La maggior parte delle strutture predispone spazi d'accoglienza fino a 11-15 utenti, vengono poi creati gruppi il più omogenei possibili rispetto alle fasi della demenza. Questo tipo di struttura si colloca nella categoria della prevenzione terziaria e si focalizza sulle necessità psico-fisiche e le risorse cognitive e sociali residue, cercando di rallentare il decadimento. Visti i bisogni specifici ne consegue un'équipe multidisciplinare che può essere composta da: infermieri; animatori; specialisti in attivazione; operatori socioassistenziali; ergoterapisti ed educatori. In un'ottica di prevenzione si reputa adeguato iniziare la frequentazione del CDT fin dall'inizio della demenza ricorrendo ad interventi che possono preservare le capacità più a lungo. Ciò non sempre è possibile, poiché il medico fatica a stipulare una diagnosi e una proposta di intervento basandosi solamente sui primi sintomi della malattia (Mariolini, 2007). A livello ticinese si constata la presenza di CDT da oltre vent'anni, i primi sono stati realizzati da Alzheimer Ticino e poi promossi da Pro Senectute Ticino e Moesano. Essi sono finanziati sottostando alla LACD tranne quelli gestiti dalle case anziani che sottostanno al finanziamento LAnz (Bernasconi, 2020). Attualmente si stima che in Svizzera vi siano 144'300 persone affette da demenza con

la comparsa di 30'910 casi ogni anno. Per quanto riguarda il Ticino il numero è di 7'665 persone e si presume che la cifra aumenterà. (Alzheimer Svizzera, 2020). Vista la volontà della persona di permanere a domicilio (*aging in place*), vi sarà una richiesta sempre maggiore di servizi in tal senso, ciò può rappresentare una difficoltà per il Cantone viste le già lunghe liste di attesa dei CDT, dove si nota una mancanza di posti per rispondere alle esigenze dell'utenza e dei rispettivi familiari (Bernasconi, 2020).

3. Quadro teorico

3.1. L'invvecchiamento

Definire l'invvecchiamento non è evidente, in quanto vi si possono attribuire diversi significati a dipendenza della disciplina applicata. Si possono pensare le dimensioni funzionali, biologiche, economiche, psicologiche o sociali ma da qualsiasi punto di vista lo si esamini l'invvecchiamento non ha una determinazione univoca. Per molti anni si è determinata la vecchiaia guardando al diritto di rendita di vecchiaia ponendo l'accento su una parte di popolazione non più attiva sul mercato del lavoro e su un cambiamento di ruolo nella propria società (Giudici et al., 2015). La possibilità di ricevere la rendita ha agevolato le condizioni economiche di coloro che non potevano più lavorare e ha permesso di definire legalmente la vecchiaia. Vi è da notare però che con gli sviluppi di nuove risorse, l'ottenimento di condizioni di vita migliori e l'allungamento della speranza di vita, la fine dell'attività lavorativa non forniva più un'adeguata base per determinare la vecchiaia. Si può affermare che sia sopraggiunta una nuova fase della vita, la "terza età" (Giudici et al., 2015). Il termine "terza età" può essere usato per determinare un momento della propria esistenza ancora ricco di possibilità e traguardi, una tappa da sperimentare prima che arrivino gli acciacchi o le patologie limitanti. L'arrivo del pensionamento non è più percepito come sosta di declino, ma è una fase a cui si può arrivare in buona salute, come persone capaci e motivate ad usare il tempo libero e scoprire nuovi interessi. In seguito, si giunge alla "quarta età", quest'ultima va ad inficiare diverse abilità presenti e residue. Tale tappa si può ricollegare al momento in cui si presentano alcuni processi di involuzione biologica e un progressivo decadimento delle funzioni. Con il maggiore allungamento della vita si deve considerare il rischio di convivere con la comparsa di malattie invalidanti e di natura senile tra cui la demenza di Alzheimer (Giudici et al., 2015). Alcune problematiche che possono emergere sia nella terza che nella quarta età riguardano le limitazioni fisiologiche e senso motorie che possono far affiorare fragilità a livello della vista, dell'udito, dell'olfatto e dell'apparato motorio. Oggigiorno si ritiene generalmente che una persona sia nell'anzianità se ha difficoltà legate all'autonomia e se non è in grado di svolgere attività quotidiane quali: la preparazione dei pasti; telefonare; mangiare; vestirsi; lavarsi; fare la spesa; svolgere lavori domestici; usare i mezzi pubblici; sedersi e/o sdraiarsi. Vi possono essere poi degli eventi che contribuiscono ad aumentare l'aspetto della dipendenza come le cadute e le malattie cardiovascolari e croniche dell'età (Ufficio federale di statistica, 2018). L'invvecchiamento è un processo individuale, non uguale per tutti e l'età anagrafica non è l'unico elemento su cui basarsi per definire tale fase della vita. Bisogna considerare anche quelle che sono le condizioni genetiche e quelle comportamentali quali lo stile di vita o l'alimentazione, le determinazioni ambientali come l'inquinamento ma anche il fattore economico così come l'attività professionale (Giudici et al., 2015). In Ticino si può osservare la presenza di una popolazione anziana eterogenea dove non esiste un unico profilo di

anziano. La maggior parte delle persone associate alla “terza età” appaiono in relativo stato di benessere e quelle accomunate alla “quarta età” non per forza in situazione di dipendenza, bensì di fragilità. Tale termine indica il cedimento della resilienza della persona e la sua incapacità nel salvaguardare il proprio equilibrio in relazione all’ambiente circostante o in caso sopraggiungano degli eventi ostacolanti (Cavalli, 2015). È appropriato sottolineare l’unicità dell’essere, non tutti i giovani anziani sono in situazione di buona salute e non tutti i grandi anziani sono affetti da patologie o isolati dalla società (Cavalli & Corna, 2020). La vecchiaia è caratterizzata da variabili siano esse il sesso, l’etnia, l’età, il reddito o altri e può essere letta come *“un insieme di storie di vita individuali che, in alcuni momenti e per alcuni aspetti, concorrono a creare delle storie collettive”*, la persona è quindi costituita anche dalle relazioni che intreccia con l’ambiente circostante (Tramma, 2017, p.26).

3.2. Le demenze

Con l’avanzare dell’età diventa cruciale identificare e distinguere i segnali dell’invecchiamento fisiologico e quelli che appartengono alla patologia. In tal senso, è auspicabile tenere sotto osservazione le *“perdite di memoria, le difficoltà nelle attività quotidiane, i problemi di linguaggio, il disorientamento nel tempo e nello spazio, la diminuzione della capacità di giudizio, eventuali cambiamenti di umore e la mancanza di iniziativa”* quest’ultima si manifesta spesso con una perdita di interesse (Gabelli & Gollin, 2008, p.20). L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce una definizione di demenza e la dichiara *“un deficit acquisito e globale dell’intelligenza, della memoria e della personalità che si verifica in assenza di alterazioni dello stato di vigilanza e di coscienza ed è causato da una patologia organica”* (OMS, 1992, citato da Barbot, 2016, p.27). La demenza è una malattia che lede il cervello, irreversibile, ha una progressione lenta e la cui evoluzione varia da persona a persona. Quest’ultima va a danneggiare le funzioni cognitive come: il linguaggio; la memoria; l’attenzione; la pianificazione e il ragionamento. Diventa difficoltoso per il soggetto portare a termine le attività di tutti i giorni, se nella fase iniziale è presente una difficoltà nell’esercizio di abilità complesse, con il passare del tempo anche le più semplici come il lavarsi, il vestirsi e l’alimentarsi vengono coinvolte (Gabelli & Gollin, 2008). È una patologia riscontrata di frequente negli anziani ma non viene considerata solo in questa fascia poiché la si può riscontrare in soggetti più giovani. Si possono identificare due gruppi di demenze: quelle primarie e quelle secondarie. Per quanto concerne quest’ultime sopraggiungono come effetto di altre patologie, vi può quindi essere una demenza conseguente un tumore al cervello, una tipica forma di demenza secondaria è quella vascolare. Invece nelle forme primarie la più frequente è la malattia di Alzheimer seguita dalla demenza a corpi di Lewy e dalle demenze fronto-temporali (Gabelli & Gollin, 2008). La demenza non colpisce solamente la persona ma chiunque le stia intorno, poiché porta diversi cambiamenti nel modo di vivere e nelle relazioni sociali. L’OMS ha poi elaborato un piano di azione globale, il quale è stato promosso durante la 70°esima assemblea mondiale della sanità. Questo piano viene esplicitato con l’intenzione di far divenire la demenza una priorità per tutta la politica sanitaria, con la volontà di apportare una maggiore conoscenza e consapevolezza della malattia, così da poter pensare a possibili strategie per ridurre i rischi della stessa e poter migliorare le diagnosi, l’assistenza e l’accompagnamento delle persone che ne sono affette (Ufficio federale della sanità pubblica, 2019).

3.3. Demenza di Alzheimer

La forma più comune di demenza è quella d'Alzheimer e deve il suo nome al neurologo Alois Alzheimer. La malattia incide su alcune aree del cervello intaccando la memoria, l'ideazione e il linguaggio. La persona affetta dalla malattia d'Alzheimer subisce compromissioni a livello cognitivo (problemi di memoria a breve termine, carenza dell'attenzione, difficoltà di comprensione), a livello emotivo (modifiche di personalità, carenza di introspezione e angoscia), a livello sociale (decadenza delle competenze sociali, difficoltà comunicative, riduzione degli interessi) e a livello corporeo (declino fisico globale) (Barbot, 2016). Sono diversi i test utilizzati per fare uno *screening* a livello cognitivo, si possono citare il *Milan Overall Dementia Assessment* e la *Blessed Dementia Scale* anche se al giorno d'oggi quelli più noti sono il *Mini Mental Status* e il test dell'orologio (Alzheimer Svizzera, s.d.). Il decorso della malattia può essere considerato in base a differenti stadi di progressione. Si parte dalla fase iniziale, caratterizzata da un ridotto disorientamento spaziale nei luoghi non solitamente frequentati e da alcune lievi alterazioni nel tempo (magari la persona non sa più dire quale sia il giorno attuale ma riconosce la stagione in corso). Per quanto concerne la memoria si evidenzia una perdita inerente agli avvenimenti recenti ma questa non inficia in modo massiccio lo svolgimento di attività del quotidiano, capita che l'individuo non si presenti agli appuntamenti medici o non ricordi quanto gli è appena stato detto. Si denota allo stesso tempo che le capacità motorie sono ben conservate. Allo stadio iniziale appaiono poi delle difficoltà inerenti all'uso della parola, ma l'abilità di comprenderne il significato è ancora mantenuta. Talvolta in questa fase si notano sensazioni di ansia o depressione e spesso la persona è consapevole di ciò che sta avvenendo e dei propri deficit, questi generano reazioni di paura e rifiuto. Ciò fa sì che essa diventi più passiva sul piano cognitivo e meno intraprendente verso ciò che la circonda, vi è quindi una perdita di motivazione inerente diverse attività (Ritter-Rauch, 2017). Successivamente, si evidenzia lo stadio medio o la fase moderata, la malattia evolve e i precedenti disturbi diventano più evidenti. I vuoti di memoria sono legati anche al ricordo di nomi di familiari o amici e la persona fatica a rammentare quello che ha mangiato o se ha svolto un'attività in specifico. Il linguaggio diventa più contorto, nel senso che la persona fatica ad esprimersi ma anche a comprendere ciò che gli viene riferito, sente ciò che viene detto ma non sempre riesce a capire il significato del messaggio. Vengono maggiormente toccate anche le capacità pratiche poiché lavarsi, vestirsi e mangiare non sono più atti del tutto autonomi, vi è quindi la necessità di supervisione e sostegno da parte di terzi. In più, anche il disorientamento nello spazio e nel tempo si aggrava e la persona può avere difficoltà nell'orientarsi all'interno della sua stessa casa o riconoscere l'anno o la stagione in corso. In questo stadio sono diversi gli individui che accusano allucinazioni e deliri vedendo e sentendo persone o voci. La sensazione di agitazione vissuta si può rivedere nel *wandering*, un vagabondaggio che riflette l'incapacità di stare fermi e insorgono evidenti trasformazioni nel comportamento (Ritter-Rauch, 2017). Si identifica poi lo stadio avanzato nel quale la memoria è gravemente compromessa. Anche la MLT (memoria a lungo termine) che di solito viene mantenuta per molto viene meno. La persona non ricorda più le persone care o le storie del passato. Emerge il mutismo poiché la pronuncia della parola è scarsa se non assente. Vi è una distanza dal mondo circostante e si incrementano i problemi inerenti all'alimentazione. A livello motorio sopraggiungono cadute giacché non vi è una deambulazione stabile e vi è la perdita di controllo della vescica e dell'intestino che comporta incontinenza. A questo punto il

caregiver spesso inizia a prendere in considerazione il collocamento in un istituto a lunga degenza (Ritter-Rauch, 2017).

3.4. Interventi non farmacologici con la persona affetta da Alzheimer

Gli interventi non farmacologici permettono all'individuo di salvaguardarsi dal rischio di isolamento, dal decadimento delle competenze e dalla riduzione dell'autostima. Un consiglio dell'Associazione Alzheimer è quello di allenare la memoria, questa può essere esercitata anche all'interno dei vari CDT. Si propone di realizzare attività creative perché possono permettere all'altro di esprimersi attraverso di esse. Sono utili anche le attività conviviali poiché l'attività grupale non è fine a sé stessa ma stimola sensazioni di condivisione e felicità. Ne consegue che cantare, fare ginnastica, leggere e passeggiare di fianco a persone conosciute sia motivo di benessere, non si deve infatti sottovalutare il beneficio dello stare con altre persone. Le attività dovrebbero essere svolte all'interno di spazi tranquilli e precedentemente pensati dall'operatore che prepara il *setting*, in vista di un mantenimento dell'attenzione e dello scambio di opinioni tra i partecipanti. Si invita il personale curante come i familiari a creare momenti di gioco in quanto ciò può facilitare la comunicazione con il soggetto (Ritter-Rauch, 2017). L'uso di terapie non farmacologiche mira a rallentare il declino cognitivo, funzionale, emozionale e sociale così come i disturbi comportamentali. Alcune di quelle utilizzate sono:

- **La stimolazione cognitiva:** utile nella fase lieve della malattia, consta nell'esercizio delle rimanenti abilità cognitive. Si incentiva l'esercitazione di capacità quali: il ragionamento; il giudizio; l'attenzione e la prassia (funzione cognitiva di programmazione del movimento). La persona viene incoraggiata a usare tattiche che l'aiutino a memorizzare informazioni e poi recuperarle. In tal senso si veda il metodo dell'associazione dove si impara ad associare una nuova informazione ad un'altra già in proprio possesso, questo aiuterà la persona a ricordare quella nuova (esempio: *"il mio nuovo dottore si chiama Paolo come mio zio"*). Quando si mettono in atto attività legate alla cognitività si può fare uso di ausili esterni alla memoria (Gabelli & Gollin, 2008). La stimolazione cognitiva può poi essere messa in atto attraverso cruciverba, *memory* e *quiz* (programmati dall'operatore che dovrà scegliere se eseguirli in gruppo o a squadre, favorendo così la dimensione sociale) (Busato et al., 2020);
- **ROT (*Reality Orientation Therapy*):** utile nella fase lieve o moderata della malattia, questo intervento mira al miglioramento dell'orientamento nel tempo, si va ad esercitare quello che è il ricordo del giorno, mese, anno, stagione, feste, ecc. Si tocca l'orientamento nello spazio (si fa riferimento ad alcuni luoghi o spazi visitati) e l'orientamento verso sé stessi (si fa riferimento alla propria storia di vita). Queste esercitazioni dell'orientamento vengono continuamente ripetute nel tempo e sostenute da strategie visive, scritte, uditive o verbali. Vi è inoltre la ROT formale, che deve essere svolta da un professionista specializzato in piccolo gruppo (costituito da individui con un grado simile di deterioramento cognitivo) e la ROT informale svolta da qualsiasi caregiver che riesca a riportare l'attenzione del soggetto durante il corso della giornata agli ausili utili per il mantenimento dell'orientamento (orologi, cartelloni, calendari ed altri) (Boccardi, 2007);
- **La terapia di reminescenza:** utile nella fase lieve o moderata della malattia, consta in una tipologia di intervento psicosociale, si propone in piccolo gruppo e si utilizza la storia passata dell'individuo. Si vanno a stimolare le potenzialità della memoria rimanente e si sostiene l'altro nel rinforzare la propria identità attraverso la storia di vita. Per fare ciò si

riprende il ricordo passato e lo si valorizza nella condivisione comune (anche con materiali fotografici) (Gabelli & Gollin, 2008). Proprio perché si può svolgere in gruppo non si vanno a lavorare solo le abilità mnestiche ma anche quelle sociali. Attraverso tale intervento, si punta alla promozione della memoria autobiografica ma anche a favorire l'espressione delle emozioni visto che l'emotività permane a lungo nella persona affetta da demenza (Busato et al., 2020);

- **La terapia di rimotivazione:** utile nella fase lieve o moderata della malattia, è un intervento cognitivo comportamentale che viene attuato in piccolo gruppo. Si vuole contrastare la predisposizione della persona ad isolarsi e incrementare le sue competenze sociali e relazionali. Può nascere una discussione su argomenti di attualità e di interesse culturale, visti alla televisione o sul giornale. Questa terapia supporta l'interazione sociale e il miglioramento dell'autostima (Gabelli & Gollin, 2008). La lettura del giornale dovrebbe essere un'attività da proporre giornalmente così da incentivare l'individuo a rimanere ancorato all'attualità. Leggere e commentare articoli è un modo per allenare l'attenzione e la memoria così come la capacità critica e la partecipazione sociale attraverso una discussione in gruppo tenuta sotto monitoraggio dall'operatore (Busato et al., 2020);
- **La terapia occupazionale:** utile nella fase lieve o moderata della malattia, si tratta di un intervento applicato con attività di rieducazione strumentale e funzionale, individualmente o in piccolo gruppo. Dopo un'osservazione, che deve tenere conto degli interessi dell'utente, si effettuano attività che possono recuperare o potenziare le abilità cognitive e funzionali rimanenti favorendo la socializzazione. Questo tipo di attività può rientrare nei seguenti esempi: cucina; artigianato; pittura; cucito; vestiario; igiene; attività di cura del sé, giochi di società (tombola, partite a carte, *puzzle*) e passeggiate. Si mira ad una maggiore autonomia per quanto riguarda gli aspetti della vita quotidiana e l'operatore deve fare attenzione a non sostituirsi alla persona permettendogli di sperimentarsi dove possibile (Barbot, 2016). Il tema della cucina nella persona con Alzheimer innesca benefici psicofisici, poiché vengono adoperate la memoria procedurale e autobiografica riannunciandosi ad aneddoti, ricordi di famiglia e al pasto che ha una forte connotazione culturale e che è spunto di racconto e condivisione (Busato et al., 2020). Poi, attraverso le attività di cura del sé la persona ha ancora modo di sentirsi capace nei compiti di tutti i giorni. Anche nella pittura il soggetto trova lo spazio per esprimere le emozioni mettendo in gioco creatività e allenando coordinazione e concentrazione (Busato et al., 2020);
- **La Validation Therapy:** utile nella fase moderata della malattia, può essere adoperata sia individualmente che in piccolo gruppo. Tramite l'attuazione di un atteggiamento privo di giudizi e bensì di ascolto, osservazione e sensibilità, l'operatore deve cercare di capire e conoscere quella che è la realtà vissuta dalla persona per poi rafforzare il legame emotivo. Con la VD non si forza l'altro a ritornare all'epoca attuale ma si cerca di immergersi nel suo mondo per entrare in contatto con le sue emozioni e il suo vissuto. Può essere usata con le persone che credono di vivere in momenti passati della propria vita proprio perché nella persona con Alzheimer la MBT (memoria a breve termine) viene inficiata fin dallo stadio iniziale e l'individuo tende a rifugiarsi in tempi remoti (Gabelli & Gollin, 2008);
- **Le attività motorie:** utili in tutte le fasi della malattia, favoriscono un maggior benessere psicofisico, possono essere effettuate sia individualmente sia in gruppo incrementando l'aspetto della socializzazione (Gabelli & Gollin, 2008). Ad esempio la ginnastica dolce è un'attività a bassa intensità che presenta esercizi di *stretching*, allungamenti o piegamenti.

I movimenti compiuti dal professionista sono lenti e gradualmente considerando la situazione muscolare e articolare dei soggetti che dovranno a loro volta ripeterli attraverso l'osservazione. Questa ginnastica è versatile ed è possibile proporla anche da seduti (Busato et al., 2020);

- **Il Gentlecare:** utile in tutte le fasi della malattia. È un modello di intervento protesico attuato attraverso il sostegno dell'operatore o caregiver nell'arco delle 24 ore. Tale intervento intende limitare e compensare le perdite conseguenti la malattia e alimentare le abilità cognitive e sociali residue. Quando si utilizza il termine protesi si fa riferimento a uno strumento artificiale che può sostituire una parte mancante ma in questo caso l'operatore funge da supporto e non solo da esecutore (Barbot, 2016);
- **La musicoterapia:** utile in tutte le fasi della malattia, mira a favorire l'espressione della persona tramite l'ascolto di brani musicali o l'utilizzo di strumenti, pone attenzione alla comunicazione non verbale. La musicoterapia porta a un maggior benessere e facilita la comunicazione e la socializzazione (Gabelli & Gollin, 2008). Dovrebbe essere attuata in un *setting* precedentemente pensato e sarebbe opportuno disporre le persone in cerchio di modo che si guardino in faccia. La musica migliora il tono dell'umore e le abilità mnestiche, aiuta a ricordare episodi del passato correlati a un'emozione vissuta (Busato et al., 2020).

Questi sono alcuni interventi utilizzati, ve ne sono altri che possono essere impiegati a dipendenza dello sviluppo della malattia. Alcune terapie menzionate vengono effettuate da specifici professionisti e possono essere svolte in maniera diversa dalle figure. Qualsiasi sia l'approccio scelto, l'operatore deve essere in grado di tenere conto della funzione cognitiva e degli aspetti caratteriali ed emotivi di ogni utente (Gabelli & Gollin, 2008). Qualunque cosa decida di fare deve domandarsi quale è il suo obiettivo, se è chiaro e ben definito, poi attraverso l'empatia, l'osservazione e la propria sensibilità, deve riconoscere quando è più importante per l'utente svolgere un'attività piuttosto che un'altra. L'équipe fornisce un sostegno al singolo professionista, può aiutare nella programmazione delle attività ma sono necessari lo spirito di iniziativa e la creatività di ciascuno per i nuovi interventi (Barbot, 2016).

3.5. L'educatore in relazione alla persona affetta da Alzheimer

Un educatore che mette in atto un intervento coerente deve possedere delle conoscenze basilari sulla persona con cui si trova a contatto, da lì si potranno pensare azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi congruenti ai limiti e risorse della persona e in base ai suoi desideri. Difatti la figura educativa deve saper operare nei contesti in modo personale ma anche critico, non solo quando progetta ma pure quando realizza e valuta l'intervento, basandosi sulla complessità e la dinamicità delle sue conoscenze, sulle varie procedure metodologiche ed esperienze vissute (Milani, 2020). Per essere consapevole dell'ambito cognitivo inerente il soggetto con Alzheimer e ipotizzare un sostegno, l'educatore deve informarsi sulle metodologie di lavoro con tale utenza e anche sul concetto di cognizione nell'essere umano affetto dalla patologia. La cognizione è la capacità di percepire l'ambiente circostante e permette di creare una propria rappresentazione astratta di ciò che viene percepito. In altre parole, la cognizione fa in modo che il soggetto riesca a costruirsi una propria mappa della realtà così da potervi entrare in relazione e interagirvi (Boccardi, 2007). Inoltre, si può affermare che la cognizione esista poiché è costituita dall'interazione di diverse funzioni cognitive. Nella demenza di Alzheimer le funzioni cognitive possono essere compromesse in

livelli separati perché si verificano in differenti aree del cervello. Le funzioni cognitive hanno luogo nella corteccia cerebrale che è suddivisa in quattro lobi: frontale; parietale; temporale e occipitale. Ad esempio, la corteccia frontale si occupa degli incarichi più complessi come la pianificazione e la progettazione, mentre la corteccia parietale è legata alle conoscenze semantiche acquisite grazie alle interazioni dell'individuo con il suo ambiente. Il sistema cognitivo, che opera come un tutt'uno, è legato a diversi tipi di funzioni quali quelle emozionali, le competenze sociali, il pensiero, l'attenzione, la percezione, la memoria, il movimento, il linguaggio e la creatività della persona (Boccardi, 2007). È stato necessario fornire questa breve spiegazione in quanto un operatore che affianchi una persona affetta da Alzheimer deve imparare ad interagire anche con le sue difficoltà a livello cognitivo. Se non si comprendono queste aree del cervello, più o meno compromesse dalla malattia, non si riusciranno ad individuare i passaggi mancanti nella rielaborazione cognitiva dell'individuo e di conseguenza nemmeno individuare l'approccio o l'attività più adeguata per il mantenimento di una determinata competenza (Boccardi, 2007). In questa tesi si è prefissato di indagare quello che è il lavoro dell'educatore per il mantenimento della competenza sociale nella persona affetta da Alzheimer, ergo questo capitolo si districcherà in tal senso. Fino ad ora la competenza sociale non è stata molto curata in questo ambito, essa viene definita come *"la capacità di intendere i desideri, le aspettative, le possibili reazioni degli altri, e di adattare il proprio comportamento a un ambiente particolare, che non è l'ambiente fisico ma, appunto, il contesto sociale"* (Boccardi, 2007, p.105). La particolarità del contesto sociale è che è animato da persone aventi una propria storia e un proprio carattere, è interessante indagare come una persona affetta da Alzheimer si rapporti e socializzi con un suo simile nonostante i limiti presenti. Uno dei primi aspetti che si forma nella competenza sociale è il riuscire ad adattarsi alle regole dell'ambiente in cui si vive e se si riflette sul fatto che in diversi contesti esistono differenti regole, ci si avvicina alla complessità della competenza. Inoltre, le persone che compongono il contesto sono abitate da un proprio mondo imprevedibile, quindi quando ci si rapporta si deve tener conto di azioni o reazioni inaspettate messe in atto dall'altro (Boccardi, 2007). Si verifica che la competenza sociale è maggiormente presente in coloro che hanno mantenuto una certa integrità del sistema emotivo. Nei malati di Alzheimer vi è la capacità di affacciarsi in maniera compatibile allo stato d'animo altrui, si è in grado di entrare in empatia con gli altri e dunque si riesce, nelle prime fasi della patologia, a relazionarsi con altri in modo conseguente al loro vissuto emotivo. In aggiunta, la maggioranza delle funzioni che favoriscono un'accettabile interazione sociale è preservata in diversi malati di demenza (Boccardi, 2007). La figura educativa deve osservare e valutare quella che è l'emotività e la motivazione della persona a partecipare all'attività creata, si deve assicurare che l'utente riconosca, anche solo in maniera implicita, le persone appartenenti al gruppo, poiché queste possono essere fonte di rassicurazione e motivazione all'interazione (Boccardi, 2007). Si usa il termine implicito in maniera intenzionale perché difatti l'anziano affetto da Alzheimer, se accompagnato nell'inserimento al contesto, può affezionarsi e gradire la compagnia dei suoi simili. Se l'educatore si assicura che il soggetto si trova a suo agio nell'ambiente e con il resto del gruppo, si possono pensare ad attività in cui il comportamento sociale sia facilitato dal suo operato. Egli può ipotizzare ad esempio di progettare un momento *ad hoc* in cui uno specifico utente serva il tè o il caffè ad altri membri del gruppo. Qui si potranno individuare degli spontanei comportamenti di buona educazione e di apprezzamento da parte dei pari. Ogni attività deve essere ben strutturata e guidata, si deve tenere a mente quello che è lo scopo dell'attività ed evitare che i problemi cognitivi diventino motivo di imbarazzo per la persona. Un operatore sociale deve essere in grado di cogliere l'importanza di questi semplici gesti, perché

significano per chi li compie una maggior fiducia in sé stessi e la creazione di un vissuto che rispecchia un essere umano ancora capace e utile per coloro che lo circondano (Boccardi, 2007). Altri interventi che l'educatore potrebbe stimolare sono quelli dell'aiuto reciproco. Quando qualcuno ha difficoltà nel fare qualcosa si potrà incentivare il vicino o chi ne sia in grado a dargli un sostegno. L'ambito della competenza sociale è essenziale perché è quello che consente di impegnarsi e migliorare le proprie funzioni cognitive con concentrazione e senso di piacere, percependo in queste attività una dimensione di affetto che è essenziale per l'autostima di ognuno (Boccardi, 2007). L'educatore può essere portatore del valore della relazione e stimolare le interazioni che talvolta sfuggono all'occhio di altri, in tal senso si pensi a quella che deve essere l'attenzione continua verso la comunicazione non verbale. Gli esempi in tal senso sono diversi: *“uno accompagna l'altro alla toilette e attende che finisca...un uomo e una donna formano un legame non detto, uno percepisce che un altro ha fame e gli porta un piatto supplementare di cibo [...]”* (Kitwood & Raineri, 2015, p.131). La figura educativa non è solamente ideatrice di grandi progetti ma anche promotrice della vita sociale e del piacere dello stare assieme, promuovendo semplici momenti della quotidianità in cui l'utenza può ancora godere della compagnia altrui poiché il semplice fatto che *“tre persone escono insieme per rilassarsi al sole”* è nutrimento per la loro socialità (Kitwood & Raineri, 2015, p.131). L'agire dell'educatore, in tarda adultità, dovrebbe chinarsi in un'ottica di progettazione esistenziale, cioè una visione che sia promotrice di apprendimenti nuovi e di riacquisizione di competenze che negli anni possono essersi indebolite (Xodo & Porcarelli, 2017). Ciò lo si può applicare anche con un anziano affetto da Alzheimer poiché nonostante vi sia la presenza di limiti e un declino psicofunzionale, si può fare leva sulle potenzialità residue. In riferimento a ciò si reputa auspicabile che i professionisti dell'educazione riescano a mettere a disposizione, organizzare e pensare, esperienze che permettano all'anziano di ritrovarsi nell'ambiente con un ruolo attivo, esperienze che gli consentano di ritrovare il piacere dello stare assieme ad altri individui addentrandosi nella propria sfera sociale e provando la gioia di essere ascoltati e di capire di avere ancora molto da condividere e di a modo proprio riuscire ancora a farlo (Dozza & Frabboni, 2012). L'educatore può promuovere iniziative inerenti all'appartenenza alla propria comunità anche in un'area dell'anzianità in cui vi sono condizioni fragili, siccome la persona affetta da demenza beneficia del sentirsi protagonista della sua storia, delle sue relazioni e del suo ambiente. La figura educativa è allora quella che indaga sui minimi elementi di autonomia nell'utenza, visto che quest'ultimi gli permettono di effettuare ipotesi di intervento personalizzate e ragionate sulle caratteristiche del singolo individuo. Talvolta l'educatore può anche diventare fonte di consulto per i propri colleghi visto che la sua visione mira all'integrità globale della persona (Xodo & Porcarelli, 2017). Per il raggiungimento di una maggiore competenza sociale, è utile ripensare l'intervento educativo nell'ottica dello “stare con” avendo come fine il benessere e la qualità di vita che riemergono dalla qualità delle relazioni. È essenziale far notare che la presa a carico di persone affette da demenza comporta non soltanto per l'educatore, bensì per tutta l'équipe, una grande responsabilità poiché possono essere richieste decisioni complesse legate alla cronicità della patologia (Quadri, 2016). In questo caso il lavoro non viene svolto per l'acquisizione ma è volto al mantenimento, un accompagnamento dell'individuo verso obiettivi concreti e che se anche raggiunti parzialmente, favoriscono la globale qualità di vita e il suo nucleo familiare. In tal senso ci si può ricollegare a una delle competenze d'intervento del *Bilancio del profilo di competenze* del Bachelor in Lavoro Sociale, che riporta la competenza di un operatore sociale a *“creare e organizzare, nel quadro delle sue attività professionali, delle alleanze di lavoro e di collaborazione con i diversi attori (utenti, genitori, parenti, e altre persone significative)”*

(SUPSI, DEASS, s.d.). Se ne deduce allora che anche l'educatore all'interno del CDT debba essere in grado di costruire dei rapporti di fiducia e di trasparenza sia con la propria utenza sia con la rete coinvolta. In più, si evince quanto sia essenziale che il professionista sappia strutturare il proprio operato avendo in mente le risorse dell'utenza e il modo in cui le andrà a lavorare attraverso il suo intervento. A tal proposito si dichiara che l'operatore deve *“strutturare l'intervento operativo in modo da utilizzare al meglio le risorse dell'utenza e mantenere o rafforzare la sua capacità d'agire”* (SUPSI, DEASS, s.d.). L'educatore non è legato solamente ai progetti di cambiamento, ma può rivestire un ruolo anche nella fase del mantenimento, che come accennato precedentemente, è fondamentale per la qualità di vita e il preservamento delle competenze dell'anziano affetto da Alzheimer. In conclusione, questa figura può rivelarsi utile grazie alle sue conoscenze e abilità così come anche altre figure che permeano il contesto con differenti formazioni. L'educatore si approcherà però con la propria ottica che lo contraddistingue applicando un accompagnamento quotidiano della persona nel suo percorso di vita attraverso la promozione dell'autonomia e delle relazioni in vista di un'auspicata inclusione sociale (SUPSI, DEASS, s.d.) L'educazione e l'educabilità sono infatti aspetti di fondamentale importanza nel percorso di ognuno, nonostante l'età, i bisogni e i differenti cambiamenti che la persona si trova a dover affrontare nell'arco della vita. Ci sono allora delle basi per il soggetto per continuare a rafforzarsi anche in un momento che viene considerato involutivo, viste le perdite progressive a livello mentale e fisico (Luppi, 2008).

4. Metodologia lavoro di tesi

4.1. Domanda di indagine e obiettivi

Tale lavoro di tesi si focalizza sulla compromissione della competenza sociale nell'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. Si è deciso di ricollegarsi al lavoro dell'educatore all'interno dei CDT per il mantenimento della sopracitata competenza, cercando di concepire come la figura educativa può operare in tal senso. La scelta di indagare il lavoro dell'educatore nel mantenimento non è dettata solo dalla volontà di incrementare le conoscenze in merito all'utenza specifica, ma anche dal desiderio di trasmettere al lettore una visione più completa sul significato della presenza educativa all'interno del contesto del CDT. Tale scritto viene eseguito con l'intento di dare importanza al mantenimento delle competenze là dove sono presenti il declino e delle difficoltà. La domanda di tesi si manifesta come segue: *“In che modo l'educatore può operare un lavoro di mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer, all'interno dei Centri Diurni Terapeutici?”* e si districa con i seguenti obiettivi: *“Comprendere quali sono gli interventi generalmente usati con le persone col morbo di Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici”* e *“Indagare gli approcci specifici che l'educatore utilizza per il mantenimento della competenza sociale nei Centri Diurni Terapeutici”*.

4.2. Metodologia e strumenti adoperati

È stato possibile pensare la metodologia in seguito alla definizione del tema, della domanda e degli scopi da raggiungere. Dopo aver preso in considerazione tali parametri si è optato per un approccio qualitativo che *“cerca di approfondire in dettaglio aspetti quali gli atteggiamenti, i comportamenti e le esperienze di specifici gruppi sociali o di singole persone”* (Carey, 2013,

p.48). Tale approccio è preferibile per permettere agli individui di esprimersi attraverso la propria soggettività, con le proprie esperienze lavorative, idee e vissuti. L'aspetto qualitativo viene scelto con l'intento di dare voce alle opinioni e alle modalità personali applicate dagli individui nel contesto identificato. Vista la domanda di indagine, si è poi ritenuto opportuno effettuare una raccolta dati tramite interviste semi-strutturate. Questo stile di intervista riflette un connubio tra quesiti predefiniti e parti non programmate “[...] *le domande strutturate creano un chiaro collegamento con la domanda di ricerca identificata, mentre la componente non predefinita dà lo spazio per esplorare eventuali altri aspetti che emergono da quanto dice il partecipante*” (Carey, 2013, p.138). L'intervista semi-strutturata si è rivelata la scelta più congrua per permettere all'intervistatore di avere autonomia nella scelta dei temi e fornire all'intervistato l'espressione del proprio pensiero, “*spesso infatti il linguaggio verbale è il mezzo migliore attraverso cui le persone riescono ad articolare e spiegare i loro pensieri, le loro opinioni e le loro esperienze*” (Carey, 2013, p.135). Si è poi proseguito formulando delle domande puntuali che consentissero all'intervistato di fornire informazioni concrete e aggiunte personali. La creazione delle domande è avvenuta tramite la riconsiderazione della teoria e degli elementi che si volevano indagare. Per la loro formulazione è stato conveniente mettere su carta gli obiettivi che si volevano raggiungere e le rispettive domande cercando di ricollegarle agli obiettivi a fianco, in questo modo si visualizzavano diverse combinazioni e se vi era un obiettivo che non veniva preso in considerazione in modo sufficiente. Per quanto concerne il campionamento, è avvenuto seguendo i seguenti criteri: figure che ricoprivano il ruolo educativo all'interno dei CDT, che conoscevano, entravano in relazione ed elaboravano attività quotidiane con l'utenza e che lavoravano presso la struttura da almeno un anno e dunque avevano avuto modo di accompagnare una parte del percorso dell'utenza. Successivamente, si sono contattate le figure identificate, il contatto con la prima educatrice è avvenuto tramite telefonata e questa si è dimostrata disponibile alla richiesta. Questa figura ha poi indicato i nominativi di altre educatrici/educatori inserite/i all'interno di vari CDT e si è attuato con loro la stessa modalità di contatto. In seguito, è emersa la necessità di individuare un luogo in cui svolgere le interviste, di comune accordo si è deciso di realizzarle presso ogni struttura in ufficio o nella sala conferenze. La predilezione di tali ambienti è scaturita da bisogni personali dei professionisti e perché si preferiva uno spazio silenzioso per godere di uno scambio libero e ininterrotto. Prima di procedere con la realizzazione delle interviste, è stato impartito il documento del consenso informato. Quest'ultimo è stato firmato al fine di salvaguardare l'anonimato, ottenere l'autorizzazione alla registrazione e informare gli interessati sugli obiettivi perseguiti. Lo svolgimento dell'intervista è stato allora possibile grazie all'utilizzo del registratore, ciò ha facilitato l'ascolto reciproco, l'attenzione e il contatto visivo. Si è poi passati alla fase di trascrizione ed è stato necessario scegliere dei criteri per esporre le interviste e garantire l'anonimato: C = Conduttore intervista, I = Intervistato, (...) = frasi interrotte nella registrazione, X = nomi di strutture e dati personali sugli intervistati che potevano ledere all'anonimato. Infine, è stato necessario stampare tutte le trascrizioni delle interviste effettuate, rileggerle e evidenziare gli elementi centrali che si prestavano alla stesura di una tabella appositamente creata per la codifica dati. Si sono usati dei colori per identificare elementi comuni, discordanti, dati simili e nuovi dati emersi, la rispettiva leggenda si trova nella tabella in allegato al lavoro di tesi. Infine, i risultati emersi sono stati rielaborati e valutati con il sostegno della teoria precedentemente esposta e di quella ulteriormente consultata nella fase di dissertazione.

5. Dissertazione

In questo capitolo saranno trattati la domanda di ricerca e i temi ad essa inerenti ricollegandoli a teorie e letteratura affrontate, insieme a quest'ultimi si adopereranno i dati emersi dalle interviste svolte alle figure educative dei Centri Diurni Terapeutici. Vi è da considerare che i professionisti intervistati sono cinque e condividono tra loro una formazione in ambito educativo e le testimonianze rappresentano un campionamento ristretto, non sono stati presi in considerazione tutti i CDT del territorio poiché si mirava ad una raccolta dati conseguente specifici criteri. La dissertazione sarà suddivisa come segue: inizialmente, si affronteranno gli interventi attualmente usati all'interno del CDT in relazione alla persona affetta da Alzheimer, cercando di comprendere come vengano modificati a dipendenza della fase della malattia. In secondo luogo, si tratterà il punto di vista dell'educatore sulla competenza sociale e le possibili attività che esso mette in atto per il mantenimento di tale competenza con l'utenza affetta da Alzheimer. Infine, ci si focalizzerà sulle possibili difficoltà riscontrate nell'utenza durante l'esercizio della competenza sociale e sul modo in cui l'educatore può esserle di sostegno, considerando anche come alcune delle difficoltà legate alla competenza sociale possano variare a dipendenza dello sviluppo della patologia.

5.1. Gli interventi usati nei Centri Diurni Terapeutici con le persone affette da Alzheimer e l'adattamento di quest'ultimi col progresso della malattia

Appare adeguato elargire uno spazio per l'analisi degli interventi e delle attività svolte all'interno del CDT in modo da riuscire a rispondere alla domanda di tesi prendendo in considerazione il suo contesto di sfondo. Questo tipo di struttura propone una presa a carico terapeutica a coloro che necessitano di cure e accompagnamento per conseguire, dove possibile, un mantenimento delle competenze rimanenti. All'interno del contesto protetto vi è un programma di attività finalizzate al preservamento della sfera cognitiva e al rallentamento del decadimento psicofisico, cercando allo stesso tempo di sgravare i rispettivi caregivers e mantenere la persona a casa (Bernasconi, 2020). Nel corso del tempo vi sono stati diversi interventi applicati con l'anziano affetto da Alzheimer, alcuni sono diventati basi nel lavoro quotidiano e parte dei professionisti vi fa riferimento anche nelle interviste. Partendo dalla terapia ROT si evince che è stata introdotta da Taulbee e Folsom (1966) e prevede una continua stimolazione e ripetizione verso la persona con Alzheimer riguardo il tempo e lo spazio presenti. Per fare ciò si ricorrono a differenti ausili come calendari, diari, cartelloni o orologi e si parte dal principio che la persona è disorientata a livello spazio-temporale, si vuole provare a restituire l'orientamento alla realtà ancorandosi al fatto che la ripetizione di un concetto favorisce il suo consolidamento nella memoria (Boccardi, 2007). Questo intervento ha rivelato le sue criticità, dimostrava risultati positivi nella persona ma questi erano legati a diverse funzioni cognitive non all'orientamento spazio-temporale nello specifico, inoltre, si è giunti alla consapevolezza che il vero recupero dell'orientamento nella persona non è possibile (Boccardi, 2007, p.55). Si noti che tale intervento viene menzionato in due interviste su cinque, *“la ROT che è una terapia e un approccio sicuramente indicato per persone con sì un disorientamento spazio temporale però all'inizio della demenza quindi per persone che ha ancora senso cercare di strapparli dal loro mondo fatto sempre più da oblio e cercare di rimmetterli nel qui e ora [...] da noi qui al CDT sicuramente viene fatta però solo con gruppi con un certo declino cognitivo iniziale”* (Allegato 3 – Intervista 3). Emerge allora un importante

elemento da considerare: la validità degli interventi in determinate fasi della sindrome di Alzheimer. Cercare di utilizzare tutti gli interventi in tutte le fasi è rischioso siccome si può andare a confondere, iper stimolare o frustare la persona a cui sono diretti. È difatti auspicabile evitare di inserire la persona in una situazione che non può comprendere e in cui continuerà a commettere errori poiché molto spesso si ancorerà allo sbaglio non alla spiegazione data. Da un certo momento in poi non ha senso continuare a sollecitarla a ricordare, è necessario *“contrastare la nostra naturale tendenza a far provare il paziente a ricordare una cosa anche se non ne è sicuro”* (Gabelli & Gollin, 2008, p.47). Quando l'individuo con Alzheimer è inserito in una situazione in cui si accorge di avere dimenticanze, può provare sensazioni di ansia, smarrimento e ciò può risultare controproducente poiché si può innescare una marcata reazione difensiva. La figura educativa poc'anzi citata riferisce *“sta a noi curanti o anche familiari a calarci nel mondo del malato di demenza [...] non possiamo più pretendere che lui viva e si orienti nel nostro mondo reale ma calarci nel suo mondo individuale e del tutto personalizzato”* (Allegato 3 – Intervista 3). Un altro intervento su cui si basa spesso il lavoro con la persona affetta da Alzheimer è la *Validation Therapy*, ideata da Naomi Feil (1992) la quale sosteneva che non era adeguato provare a riportare l'individuo alla realtà o fargli recuperare l'orientamento. Credeva fosse più benefico che il professionista cercasse di avvicinarsi alla realtà vissuta dalla persona per captare le sue difficoltà e avviare una relazione autentica (Boccardi, 2007). Feil aveva una sua visione del disorientamento derivante dall'Alzheimer a *“esordio tardivo”*, pensava che fosse un tentativo della persona di risolvere aspetti appartenenti a determinate fasi di sviluppo che non erano stati affrontati. Si considerava che avesse una concezione della malattia abbastanza discutibile, ma nonostante ciò, sono diversi i professionisti che continuano ad utilizzare la VD poiché ne riconoscono aspetti importanti. Valido è il suggerimento di non forzare l'altro ad ancorarsi alla nostra realtà e di cercare di dialogarci immergendoci nel suo mondo che è costituito anche da deliri (Boccardi, 2007). Quindi, si può ritenere tutt'ora questo intervento essenziale nella relazione giacché convalida l'individuo come qualcuno che ha ancora presente in sé il proprio vissuto emotivo, i propri desideri, le proprie frustrazioni e ciò che interessa all'operatore è avvicinarsi allo stato d'animo e ai collegamenti che il malato affetto da Alzheimer interpone a determinati eventi fornendovi il suo significato. In quattro interviste su cinque le figure educative hanno confermato l'utilizzo della VD, *“Ad esempio, se la persona ti viene a chiedere del genitore in quel caso li puoi usare la Validation perché ti fa avvicinare alla persona e al suo vissuto e lavori tanto sull'emozione”* (Allegato 3 – Intervista 1). Con questo metodo l'operatore cerca di attuare il riconoscimento e l'accettazione della realtà della persona, di comprenderne il significato e il bagaglio emotivo attuale. La VD consente di andare oltre l'apparenza di un comportamento che può sembrare strano o esuberante, siccome le azioni del soggetto hanno un significato che spesso dall'esterno non si riesce a cogliere. Cercare di modificare i comportamenti delle persone che accompagniamo non è in realtà di aiuto poiché l'obiettivo da proporsi per meglio riuscire a sostenere l'altro è *“sviluppare una relazione migliore con questa persona e comunicare con lei, non di cambiare il suo comportamento [...] accettarla per quello che è”* (Klerk-Rubin, 2015, p.32). Applicare questo intervento è anche una sfida per l'operatore poiché sta a lui cercare di individuare la connessione tra il pensiero dell'altro e quello che traduce in comportamento. La VD viene utilizzata all'interno di strutture come i CDT perché aiuta ad applicare un'osservazione più dettagliata della persona, un ascolto autentico del suo mondo, un mantenimento della relazione e un modo di esserci e stare che fuoriesce dai ritmi sfrenati. Chi affianca il malato di Alzheimer deve imparare a stare semplicemente al suo fianco, a rimanere in silenzio, accompagnarlo in modo che non si isoli trasmettendogli la propria

presenza e calore. Questo aspetto emerge chiaramente dalle interviste, *“il riuscire a restare in silenzio, che talvolta, dalla mia esperienza, vedo che è un fattore molto difficile per gli educatori perché l'educatore spesso ha l'impressione del dover fare e qua col malato di demenza una specificità è quella del sostare quindi il semplice stare accanto [...] tra tutte le terapie viste quella che io prediligo è sicuramente la Validation perché più che uno strumento è un atteggiamento che il curante deve avere e mi piace il pensiero di Naomi Feil che dice che c'è sempre una motivazione per cui il malato dice o fa qualcosa”* (Allegato 3 – Intervista 3). Un ulteriore intervento che è fuoriuscito durante la raccolta dati è il Metodo Montessori applicato all'anziano. La maggior parte delle volte quando si cita il metodo della pedagoga lo si ricollega al mondo dell'infanzia ma negli ultimi anni questo ha trovato un aggancio col mondo dell'anzianità. Montessori credeva nel bisogno di osservare il bambino all'interno di un ambiente precedentemente pensato e preparato poiché quando vi era necessità di intervenire e applicare delle modifiche lo si faceva sullo specifico contesto e non sul bambino (Poi et al., 2020). Credeva che la capacità motoria fosse un aspetto chiave nella psiche del piccolo e che attraverso le proprie mani e i propri sensi esso creasse la forma della propria mente (Fondazione montessori italia [FMI] & Maruca, 2018). In tal senso, si crea un parallelismo con l'anziano affetto da demenza perché anche in quest'ultimo il lavoro manuale è essenziale per il mantenimento delle capacità residue e per preservare la propria autonomia. Si veda come il bambino attraverso lo sperimentare il proprio ambiente con “il fare” crei la sua mente e l'anziano, che ha già un bagaglio di vissuti, attui “il fare” che gli permette di mantenere una delle memorie che permane a lungo nonostante la malattia, quella procedurale. La memoria procedurale è tema di interesse nella persona con Alzheimer, essa consente di svolgere attività legate al proprio quotidiano e alle proprie abitudini, consente azioni che vengono definite automatiche poiché non le si deve pensare per attuarle. Si reputa auspicabile incentivare le attività manuali dove ancora si fanno movimenti in autonomia perché questi sono legati ai ricordi vissuti e alle routine, si promuove così la manualità fine e si mantengono le competenze acquisite (FMI & Maruca, 2018). In un certo senso, si può ricollegare il metodo Montessori alla persona affetta da Alzheimer perché era la stessa pedagoga a vedere ogni persona come unica e speciale, ogni individuo con le sue necessità e competenze, non si considera l'anziano come un bambino ma come una persona. Vi sono dunque delle similitudini, sia il bambino che l'anziano anche se si trovano in differenti stadi della vita hanno bisogni comuni, è necessario che abbiano al loro fianco qualcuno che li accompagni e li curi, che guardi ad un contesto adatto alle loro necessità (FMI & Maruca, 2018). È compito dell'educatore e dei suoi collaboratori far sì che l'utenza possa muoversi nello spazio in modo libero e che possa esercitare la libertà di scelta anche per quanto concerne le attività. Il primo ad associare il metodo Montessoriano alla sindrome demenziale è stato lo psicologo Cameron Camp con il suo Programma Montessori per la Demenza che cerca di usare gli aspetti salienti del metodo per il mantenimento delle capacità e lo svolgimento di attività della vita quotidiana. In ogni caso, l'educatore in questo campo deve continuare a guardare alle competenze residue invece che a quelle che non ci sono più, perché in questo modo si continua ad affiancare la persona avendo in mente la sua qualità di vita e il suo ruolo nella società. Il contesto del CDT permette agli individui con Alzheimer di essere ancora utili all'interno di un gruppo e bisogna continuare a fornire loro delle attività significative proprio perché può essere benefico anche nella diminuzione di comportamenti disturbanti o altri come il *wandering* (FMI & Maruca, 2018). Questo intervento è innovativo a livello territoriale, in due interviste su cinque viene manifestato l'inizio di un'introduzione a quello che è il metodo e l'idea di usarlo in futuro all'interno del CDT. Mentre, in una intervista su cinque si afferma concretamente che il metodo viene adoperato,

attraverso quest'ultimo ci può essere l'utilizzo di oggetti e attività individuali che riportano ai vissuti e alla biografia della persona coinvolgendola maggiormente nell'attività specifica, *“abbiamo creato queste cassette, delle scatole individualizzate per ogni utente in cui può trovare delle attività che in qualche modo lo riportano alla sua vita passata e gli permettono di mantenere certe competenze. Alcuni magari hanno delle attività di geografia piuttosto che delle immagini della sua regione del sud con i prodotti tipici, qualcuno invece ha delle attività di infilo perché era una sarta, dipende sempre anche dal grado della malattia e dalle capacità residue”* (Allegato 3 – Intervista 5). Ancora una volta viene sottolineata l'importanza di prestare attenzione allo stato del declino della persona dinanzi ad un'attività, questo è un metodo che sta entrando ora nella realtà territoriale e si può ipotizzare che per un certo periodo di tempo si continuerà a fare riferimento agli interventi già conosciuti, ma sembra essere fonte di innovazione per il lavoro con l'anziano affetto da Alzheimer. All'interno del contesto terapeutico vengono poi presentate attività di tipo socio-ergoterapico sia in forma individuale che grupppale per inseguire *“il mantenimento dei gesti della vita quotidiana e la stimolazione delle capacità mentali degli ospiti”* (Pro Senectute, s.d.). Nonostante la malattia di Alzheimer porti alla perdita delle cellule cerebrali, queste non vengono perse immediatamente, si tratta di un percorso lento, di conseguenza è importante che vi siano professionisti che lavorino per riuscire a preservare il più a lungo possibile le connessioni cerebrali e rallentare il progresso della malattia, un modo per farlo è attraverso la stimolazione cognitiva (Quaia, 2006). Questo tipo di intervento emerge chiaramente nelle interviste così come nella teoria iniziale del lavoro, in relazione agli interventi non farmacologici in tre interviste su cinque le figure ricorrono quotidianamente ad attività legate alla stimolazione cognitiva e al mantenimento della memoria. L'intervento legato alla stimolazione cognitiva tiene conto della fase della malattia in cui si trova il soggetto dato che le proposte di attività devono considerare se vi è ancora una capacità di attenzione, memoria e linguaggio così come di lettura o scrittura. Ne consegue che un'attività presentata in una fase lieve della malattia dovrà essere ripensata per una fase moderata o avanzata (Quaia, 2006). Quando l'operatore propone delle attività legate alla sfera cognitiva deve considerare che tipo di memoria vuole andare a sollecitare perché la memoria a breve termine (MBT) è quella che viene compromessa fin da subito, mentre la memoria a lungo termine (MLT) viene preservata più a lungo permettendo alla persona di basarsi sulla propria autobiografia, questo vale anche per la memoria semantica e quella procedurale che rimane attiva fino allo stadio avanzato (Quaia, 2006). Le funzioni cognitive sono al centro dell'attenzione nel lavoro al CDT poiché con la malattia di Alzheimer è essenziale iniziare il prima possibile ad esercitare *“attenzione, percezione, movimento, memoria, emozione, linguaggio, pensiero, perché solo continuando a esercitarle possono essere mantenute attive il più a lungo possibile”* (Grandi, 2016, p.19). Vengono poi prese in considerazione attività di movimento legate alla motricità e alla ginnastica perché donano benefici al benessere psico-fisico della persona e permettono di conservare le abilità motorie (Gabelli & Gollin, 2008), ciò è raggiungibile anche attraverso delle passeggiate che vengono citate in due interviste su cinque. Sono poi condivise le attività ludiche come la tombola e quelle creative che comprendono la pittura, il disegno, il ritaglio, che appartengono alla terapia occupazionale ma anche la cucina, il giardinaggio, la cura dell'orto o degli spazi che invece vertono sul mantenimento della memoria procedurale. Gli esempi portati dalle figure educative sono diversi ma il punto centrale che fuoriesce da questo tipo di attività è che vengono proposte con l'intento di *“far fare”* poiché *“il fare e le occupazioni sono essenziali alla salute dell'essere umano [...] la mente è un'estensione delle mani, degli strumenti usati e delle attività”* (Grandi, 2016, p.19). Un'ulteriore attività proposta e che in tre interviste su cinque viene discussa è

quella di reminiscenza, usare la storia di vita delle persone per renderle nuovamente protagoniste e consentire po' di conforto rivedendosi nel passato, si pensi all'uso che si fa in tal senso con la musica e il canto che viene svolto giornalmente nella maggioranza delle strutture. Questo tipo di intervento è ragguardevole perché sollecita a livello emotivo, si fornisce modo al soggetto di condividere con il gruppo e con sé stesso facendo leva sui ricordi e rafforzando la propria identità (Gabelli & Gollin, 2008). Un aspetto che è doveroso rimarcare è che qualsiasi sia l'intervento o l'attività proposta si deve tener conto dell'unicità dell'individuo, è necessario informarsi sulla sua biografia e pensare degli stimoli che siano in stretta relazione con hobby, esperienze e interessi del passato così da ottenere un maggiore coinvolgimento. L'efficacia di una proposta sta anche nella conoscenza della persona poiché se si presentano offerte che non coincidono con le sue caratteristiche, si osserva spesso un rifiuto nella partecipazione, *“la potenziale efficacia delle proposte riattivanti, decade immediatamente se non rientra nelle abitudini di colui cui le destiniamo o se non è compatibile con il suo grado di cultura”* (Quaia, 2006, p.23). Questo elemento emerge in modo sostanzioso all'interno delle interviste, dove quattro figure educative su cinque rimarkano la necessità di adoperare stimoli basati sulla persona, *“se tu proponi un attività che loro vedono lontana o che non hanno mai avuto a che fare vedi proprio che l'interesse non c'è”* (Allegato 3 – Intervista 1). Un altro principio da tenere a mente è quello di spiegare nel modo più semplice possibile ciò che si andrà a fare poiché se l'altro non comprende ciò che diciamo o se il compito appare troppo impegnativo potrebbe allontanarsi (Quaia, 2006). Anche ciò è oggetto di accordo tra le figure intervistate, in tre interviste su cinque condividono la medesima opinione e un'educatrice afferma *“si spiega il senso dell'attività, perché viene proposta, anche perché così loro possono dare senso a quello che facciamo altrimenti magari ti dicono: non siamo all'asilo, non abbiamo voglia di stare qui a fare i calcoli”* (Allegato 3 – Intervista 2). Poi, citata in un'intervista su cinque, vi è la preparazione del *setting*, il modo in cui viene allora impostato lo spazio di lavoro, con i suoi oggetti, rumori, luci ha un diretto impatto sulla fluidità e attrattività dell'attività, *“ci tengo a preparare minuziosamente il setting e ridurre gli stimoli esterni come il rumore, le luci, la televisione accesa, la musica, la cuoca che sbatte delle pentole in cucina, eccetera e quindi rendere più sicuro l'ambiente già stimola loro di partecipare”* (Allegato 3 – Intervista 3). Un tema che merita poi riflessione e a cui si è fatto già cenno durante il capitolo, è il riuscire ad adeguare le attività in base allo sviluppo della malattia. A dipendenza del suo progresso si osservano dei cambiamenti a livello di attenzione, linguaggio, reattività ma anche l'attuazione di alcuni comportamenti che possono essere visti come disturbanti, si fa più marcato il declino cognitivo ma vi sono sfere che rimangono intatte più a lungo di altre. Nella fase iniziale si possono ancora stimolare diverse capacità presenti e quindi si ricorre all'utilizzo di immagini, associazioni, rime, giochi più complessi o attività autobiografiche. Con l'avanzare della malattia invece, la sfera che permane è quella procedurale ed è adeguato continuare a stimolarla per cercare di conservare anche ciò che è ormai automatizzato (Gabelli & Gollin, 2008). Si può dedurre che con l'avanzare della malattia si andranno a proporre attività che sollecitino le competenze ancora presenti, mentre altre a cui magari si ricorre nella fase iniziale vengono lasciate da parte poiché l'obiettivo è far sentire la persona al sicuro, ancora utile e capace, non provocare il panico o l'agitazione. Visto che le necessità dell'individuo con Alzheimer si modificano con il tempo anche gli interventi cambieranno di conseguenza, esistono delle proposte come la VD o la musicoterapia che sono benefiche e possono essere adoperate a lungo, mentre la stimolazione cognitiva e la ROT sono da applicare piuttosto alla comparsa della malattia (Gabelli & Gollin, 2008). In tal senso, i professionisti intervistati condividono la necessità di suddividere i gruppi nel modo più omogeneo possibile, da una parte le persone

con capacità più preservate e dall'altra individui il cui il declino è più marcato, ciò si vede in quattro interviste su cinque. Tale divisione non è frutto di discriminazione bensì un modo di preservare e proteggere le persone da troppi o pochi stimoli e quindi da vissuti negativi legati all'ambiente e alle attività. Infine, un aspetto rilevante per la modifica degli interventi a dipendenza dello sviluppo della sindrome è l'adeguare attività già esistenti a dipendenza del gruppo con cui si lavora, *“prendiamo come esempio l'attività di memoria, tipo il gioco nomi, cose, città, animali, frutta e verdura, se si fa con una persona che la malattia è al primo stadio chiaramente si possono prendere più categorie e si può dire: okay iniziamo con la lettera A, poi fai lettera per lettera, invece con una persona in malattia più avanzata devi ridurre le categorie e qualsiasi lettera va bene, vai su categorie più semplici. Dalla stessa attività puoi un po' cambiare grado di difficoltà”* (Allegato 3 – Intervista 4). L'educatore deve essere consapevole dell'adattabilità da applicare al momento in relazione agli utenti che accompagna e alle attività pensate. Ne consegue che in una fase iniziale possono ancora essere validi interventi che stimolano diversi ambiti della sfera cognitiva mentre col progresso della malattia si andranno a lavorare la memoria procedurale, la motricità, l'aspetto sensoriale poiché sono ambiti in cui la persona è ancora in grado di fare e trarre piacere, *“evitiamo di frenare la sua voglia di fare, molte attività possono essere accessibili al malato se eliminiamo strumenti pericolosi [...] curare piccole piante d'appartamento può diventare un'occupazione per chi era abituato a potare le piante nei campi”* (Gabelli & Gollin, 2008, p.49), anche le azioni più semplici servono all'autostima e al mantenimento dell'individuo.

5.2. Lo sguardo dell'educatore sulla competenza sociale e le attività adoperate per il mantenimento di quest'ultima nella persona affetta da Alzheimer

In questa parte del lavoro di tesi il focus sarà centrato sulla competenza sociale e sullo sguardo e la considerazione che l'educatore ha di essa, andando poi a rivelare le attività che utilizza per il mantenimento della competenza sopracitata. La competenza sociale, come si evince da quanto esposto nella parte iniziale del lavoro, verte la sua attenzione sul riuscire ad intendere lo stato emotivo, i desideri, le reazioni altrui e si basa sulla capacità dell'individuo di riuscire ad adattare il proprio comportamento all'ambiente in cui è inserito ponendo attenzione al contesto sociale di cui fa parte per entrarvi in interazione. Questa definizione viene condivisa dalle figure educative intervistate le quali rivedono nella competenza sociale una forma di adattamento al luogo e alla situazione presentatesi, ritenendo che tale competenza si esprima nel riuscire a relazionarsi con le persone che ci circondano e nell'adoperare la socializzazione. Le intervistate pongono poi l'accento sull'aspetto dell'adattamento poiché per inserirsi nel contesto e nel gruppo si deve tener conto del comportamento e del proprio modo di fare in relazione ai presenti per trovare un proprio spazio ed essere accolti. Quando si tratta di pensare la competenza sociale in termini generali, si evince che condividono il concetto espresso nella letteratura, quando però essa viene ripensata in relazione all'anziano con Alzheimer si notano degli accorgimenti e dei discostamenti nel pensiero delle educatrici rispetto alla definizione standard. Come già affermato lungo il lavoro di tesi, sono osservabili dei cambiamenti nella persona rispetto alle sue risorse e difficoltà col progresso della malattia, così come sono noti i disturbi del comportamento che tendono ad intensificarsi negli stadi più avanzati della stessa. Il deterioramento delle capacità dell'individuo si manifesta in maniera inarrestabile anche se lento e con un ritmo variabile, se inizialmente emergono problemi legati alla memoria, confusione e alcune difficoltà nel sostenere le conversazioni questi aspetti

progrediranno nella sindrome così come i sopracitati problemi comportamentali, uno degli aspetti che emergerà di più è anche il ritiro in sé stessi e l'auto isolamento. La persona con Alzheimer inizialmente è consapevole della riduzione delle sue capacità, tenderà a volerlo nascondere, ma quando ciò non sarà più possibile si chiuderà maggiormente in sé stessa e avrà meno contatto con i sentimenti altrui (Greutzner & Spinnler, 1991). Si dà il caso che i vuoti di memoria saranno sempre più vistosi e proprio perché scaturiscono insicurezza è probabile che la persona, finché sarà in grado, cercherà di negarli nel tentativo di omettere i propri errori; le reazioni emotive non saranno poi più sotto controllo e si verificherà un'instabilità emotiva sotto forma di cambiamenti di umore altalenanti (Greutzner & Spinnler, 1991). Questi sono solamente alcuni elementi che portano in rilievo il fatto che la persona con Alzheimer sperimenta diversi mutamenti nella sua esistenza con la malattia, quest'ultimi impatteranno il suo modo di vivere il mondo, di socializzare e di esercitare la competenza sociale, poiché la persona non è più la stessa e non ha le capacità di prima. L'esercizio della competenza sociale viene allora rivisitato e ripensato nella persona affetta da Alzheimer siccome il suo modo di intendere e vivere il mondo è cambiato rispetto alla comparsa della sindrome. Una delle figure intervistate difatti fa emergere che *"[...] non è uno stimolare la competenza sociale ma cercare di non perderla del tutto. [...] Lavorando con Alzheimer veramente devi adattare e abbassare tante volte le aspettative, poi ti stupiscono però è una malattia che ti dice di partire con piccole cose, già frequentare il Centro è stimolare la competenza sociale"* (Allegato 3 – Intervista 5). L'educatore non pretende che un individuo con tale malattia interpreti e rispetti le regole dell'ambiente tenendo in considerazione i suoi principi e valori. In un contesto esistono dinamiche tra persone e differenti regole, siano esse esplicite o implicite, l'ambiente esprime dunque una complessità che un anziano con Alzheimer fa sempre più fatica a comprendere e come già affermato precedentemente deve essere il caregiver a modificare le proprie aspettative nei confronti altrui e attuare un cambiamento in sé stesso e nel modo di vedere la persona con i suoi atteggiamenti. Può essere utile per l'educatore dirigere la sua attenzione e osservazione verso piccoli elementi che la persona è ancora capace di attuare per rimanere all'interno del contesto ed attuare la competenza sociale, puntando lo sguardo sulle risorse là dove esse sembrano essere nascoste e utilizzandole anche in maniera minima per l'esercizio di tale competenza. Si tratta di guardare alla specificità dell'individuo e a come lui vive il mondo ed interagisce con esso e di conseguenza alla modalità individuale che ha di operare la sua socialità, sta di fatto che *"l'educatore professionale è ritenuto un operatore che ha come compito generale individuare/promuovere/sviluppare le cosiddette potenzialità (cognitive, affettive, relazionali) dei soggetti individuali e collettivi"* (Tramma, 2018, p.18). Dalle interviste emerge chiaramente che la competenza sociale deve essere ridefinita in base allo specifico contesto in cui si trova la persona affetta da Alzheimer e in base alle difficoltà e potenzialità che ancora ha. Una delle educatrici afferma *"con una malattia di Alzheimer questo non è così facile perché visti tutti i freni inibitori che ti toglie viene poi a mancare un po' questa capacità e sta a noi cercare di contenere certe esuberanze della persona ma di farla sentire comunque a casa e di sentirsi parte di un gruppo"* (Allegato 3 – Intervista 1). L'educatore rivisita la sua concezione di competenza sociale e specifica l'intervento in base alla persona, tiene a mente quella che è la capacità particolare della persona alla suddetta competenza poiché potrebbe applicarla in modi non strettamente convenzionali. Tale figura si avvicina poi alla persona con Alzheimer tenendo a mente che essa si relaziona e vive nel mondo a modo suo e dunque avrà una modalità del tutto personalizzata di esercitare la competenza sociale anche attraverso piccoli gesti che potrebbero discostarsi dalle sue aspettative. Una delle intervistate dichiara *"il malato di demenza ha sicuramente e mantiene viva la sua competenza sociale fino*

alla fine perché a modo suo ha trovato e ha sviluppato un suo modo di stare nel mondo, sta a noi accettare il suo modo particolare di stare nel mondo” (Allegato 3 – Intervista 3). Si rivede quindi che è la figura educativa ad avvicinarsi al modo che ha l’altro di stare nel mondo e di relazionarsi con esso, distinguendo quello che può essere il suo valore e la sua concezione di competenza sociale rispetto a quella del malato di Alzheimer e a come la vive lui. Per una persona affetta dalla sindrome, che con il progredire della malattia farà sempre più fatica a dialogare e comprendere ciò che le viene detto, esercitare questa competenza può essere altro rispetto a ciò che ci si attende. L’individuo trova il modo di esserci e comunicare anche nel non verbale e attraverso questo si relaziona con il mondo, alla fine arriva ad esercitare la competenza sociale attuando in un modo tutto suo la relazione con l’ambiente. Una delle educatrici afferma *“ci sono delle persone che fanno fatica a parlare però ecco c’è tutto un altro mondo da osservare, c’è il non verbale, la mimica, lo sguardo e comunque rimane sempre secondo me qualcosa della competenza sociale che magari non è come la penseresti tu [...] per me anche se già solo mi sta cercando con lo sguardo e vedo che mi guarda vuol dire che è attento a quello che succede e che mi sta cercando, vuole un’interazione con me anche se magari non riesce ad averla come avrebbe fatto prima”* (Allegato 3 – Intervista 5). Si denota nella presenza dell’educatore un’attenzione ai dettagli e ai particolari comunicativi che fuoriescono dal tradizionale messaggio verbale, poiché attraverso la comunicazione non verbale l’educatore riesce a cogliere informazioni sullo stato emotivo della persona che può avere difficoltà nella comunicazione verbale e che agisce la competenza sociale al di fuori del dialogo ma attraverso gesti, sguardo e mimica. Il corpo manifesta infatti diversi segnali, che vanno dalle espressioni facciali, al tono della voce, alla postura e comunica informazioni sulla persona e su come si sente in relazione agli individui circostanti (Miodini & Zini, 2003). Questo è un importante concetto di cui l’educatore fa uso in relazione alla persona con Alzheimer proprio perché cerca di cogliere il modo in cui l’individuo fa uso della sua competenza sociale nonostante le difficoltà presenti, per poterlo incentivare ulteriormente nei piccoli gesti che già adopera per mantenerla nel suo quotidiano. Lavorare su questo tipo di competenza è dunque importante proprio perché attraverso di essa l’individuo continua a relazionarsi nonostante i limiti presenti, incrementando il suo senso di appartenenza al gruppo e alla comunità e soddisfacendo il bisogno di essere accettato. Come è emerso all’inizio del lavoro di tesi, esercitare la competenza sociale è anche un modo per incrementare la stima di sé e avvertire un sentimento di utilità all’interno del gruppo di cui si fa parte. L’ambito della competenza sociale assume un suo significato nell’Alzheimer perché nonostante ci siano degli ostacoli nella comunicazione e nella relazione, il fatto che vi sia la presenza di un educatore che osservi e accompagni questo tipo di necessità può aiutare la persona a rimanere nella dimensione del gruppo e ad interfacciarsi agli altri con il suo modo di essere e di vivere la socialità, senza sentirsi esclusa a causa della malattia. Come affermato dapprima, la competenza sociale a sua volta aiuta il mantenimento e influisce positivamente altre competenze e funzioni cognitive poiché è quel tipo di competenza che viene messa in atto con piacere e concentrazione e che porta all’individuo senso di riconoscimento e affetto essenziali per la sua autostima. Quanto appena espresso emerge in modo sostanziale dalle educatrici intervistate, una di queste dichiara *“è importante anche per far parte di una società, è la base di qualsiasi relazione la competenza sociale [...] deve essere mantenuta perché ti fa sentire parte di un gruppo nonostante la malattia presente”* (Allegato 3 – Intervista 1). Da queste parole si evince che la possibilità di mantenerla è essenziale poiché soddisfa nell’individuo il cosiddetto bisogno di appartenenza e di affetto studiato da Abraham H. Maslow. Lo psicologo difatti identificava i bisogni fondamentali all’interno di una piramide che doveva essere letta in maniera gerarchica,

partendo dal fondo si trovano le necessità materiali e risalendo si arriva ai bisogni più immateriali, per poter soddisfare un determinato bisogno sarà stato necessario aver realizzato quello precedente. Nelle cinque categorie identificate da Maslow il bisogno di affetto e appartenenza si trova al terzo posto, identificato come essenziale all'individuo per poter sentire di avere un posto nel gruppo e nella sua famiglia e viene inseguito intensamente nel corso della vita poiché intravisto come scopo da realizzare (Maslow, 2010). In tal senso, una delle educatrici si esprime concordando che *“è un bisogno primario dell'essere umano interfacciarsi con altre persone e quindi è anche uno dei motivi per cui i familiari mandano i parenti qui al Centro così sanno che si relazionano con altre persone perché se fossero a casa regredirebbero maggiormente”* (Allegato 3 – Intervista 2). Da ciò emerge la ricchezza che viene offerta dalla frequentazione di un posto come il CDT, che non sostiene solamente il carico del caregiver allentandolo significativamente ma che risulta essere luogo di socializzazione e confronto con altri individui, con altri modi di essere e di vivere permettendo così ad ognuno di mantenersi attivo con competenze e risorse. Un'altra figura educativa intravede nell'esercizio di questa competenza lo sguardo dell'altro su di sé, *“noi siamo ciò che vedono gli altri in noi, l'essere umano è vivo grazie allo sguardo degli altri e io non mi posso sottrarre dalla socialità del gruppo perché sono gli altri che mi definiscono [...] la persona la vedo in funzione del gruppo tante volte, certo ha le sue specificità e le sue competenze però l'essere inserito nel gruppo fa di lui ancora un'altra persona”* (Allegato 3 – Intervista 3). Viene alla luce un ulteriore sguardo educativo dove l'osservazione dell'educatore evidenzia che un individuo cambia anche in funzione di chi e cosa lo circonda e dunque può cambiare in funzione del gruppo di cui fa parte. Si è allora all'interno di un sistema che si trasforma e la figura educativa è cosciente nel lavoro con il singolo così come con il gruppo dei cambiamenti di questo sistema a dipendenza di ciò che viene inserito o tolto dall'insieme e riflette sugli effetti che potrebbero scatenare tali trasformazioni. Dalla precedente citazione emerge che l'educatrice riconosce la propria utenza di riferimento, l'unicità e l'individualità del singolo e come questa può manifestarsi o meno all'interno della dimensione gruppale donando all'individuo sfaccettature differenti rispetto a quelle che si potrebbero osservare in altre situazioni. All'interno del contesto del CDT l'educatore si dedica allora al mantenimento della competenza sociale del singolo così come a quella gruppale, dato che nella dimensione di gruppo possono essere rinforzate le individualità di ognuno ma si può anche favorire la crescita sociale di tutti, tenendo in considerazione la sensibilità altrui e non rivolgendo le attenzioni solo verso sé stessi. In un certo senso, vivere nel gruppo permette il confronto tra le diversità dei singoli e vi è la possibilità di convivere in uno spazio protetto e di presenziare difficoltà che tra alcuni individui possono essere molto simili (Miodini & Zini, 2003). Un'ulteriore visione della suddetta competenza verte sul fattore dell'isolamento o per meglio dire sul tentativo di evitare l'auto isolamento che, come affermato, diviene più marcato col tempo, difatti una delle educatrici asserisce *“[...] l'isolamento veramente uccide eh, il fatto di puntare sulla competenza sociale è proprio per tenere viva la persona, in qualche modo la socialità e la competenza sociale stimolano anche tutte le altre competenze perché se tu sei motivato, sei in un ambiente allegro e con altre persone sei anche più stimolato a tenerti attivo, a livello motorio e cognitivo”* (Allegato 3 – Intervista 5). L'educatore attraverso il mantenimento della competenza sociale sostiene la persona nel gestire la tendenza, determinata in parte dalla malattia, ad allontanarsi da coloro che la circondano. Il completo ritiro sociale non è sano per l'individuo e la presenza di strutture come il CDT così come di figure professionali che aiutino al mantenimento dei rapporti sociali è fondamentale, non si tratta di forzare l'individuo a partecipare ad ogni attività di gruppo, ad essere più “chiacchierone” o interessato ad ogni

aspetto del contesto, ma di stimolarlo e sostenerlo in quei piccoli aspetti della competenza sociale di cui è ancora capace, come semplicemente potersi sedere in compagnia di qualcuno, scambiarsi qualche sguardo o dei sorrisi, *“con le persone con Alzheimer è tipo un confronto anche solo con uno sguardo però c'è qualcosa, cioè ci stiamo vedendo, ci stiamo sorridendo, tutte queste cose a un certo punto sono vita ed è questo che ti rimane [...]”* (Allegato 3 – Intervista 5). L'educatore diventa promotore non solo della competenza sociale fine a sé stessa ma del generale benessere della persona, poiché è attento a cogliere le piccole sfumature che la animano e i suoi bisogni, così come la volontà di vicinanza e contatto che non vengono espresse in modo evidente all'occhio di tutti. D'altra parte, una situazione sociale può essere talvolta troppo pesante da vivere per un anziano con l'Alzheimer, quando si afferma che l'educatore può essere una figura di riferimento per il mantenimento di determinate competenze, lo si esprime sempre con un correlato senso di rispetto e accettazione della persona per quello che è, per le sue volontà, giacché ad un certo punto *“è logico aspettarsi che la persona affetta dalla malattia si ritiri sia dalle attività di tipo sociale che dai suoi compiti”* e l'educatore così come le altre figure devono stimolarla e incentivarla quando intravedono la disponibilità e lo stato emotivo adeguati per lavorarci (Greutzner & Spinnler, 1991, p.30). La figura professionale riconosce che il deterioramento delle capacità e dello stato cognitivo possono aver reso l'individuo meno flessibile e propenso a situazioni che intravede come stressanti e portatrici di tensione, è dunque auspicabile mirare a momenti di collaborazione in cui, attraverso l'esercizio della competenza sociale, l'altro può ancora trarre degli elementi positivi e di piacere per sé, rispettando allo stesso tempo il suo desiderio di allontanarsi qualora esso sia presente. L'educatore agisce allora una riconsiderazione delle sue aspettative una volta a conoscenza delle specificità di ogni individuo e dei dettagli legati alla malattia, non si aspetta che esso si relazioni in base a criteri imposti dalla società, visto l'ambiente protetto vi è effettivamente una libertà di essere e d'espressione che probabilmente in altri contesti la persona non troverebbe e anche attraverso gesti ed emozioni inaspettatamente espresse il soggetto trova il modo di confrontarsi con gli altri. Rispetto a ciò una professionista dice *“[...] hanno diritto ad esprimere emozioni negative come la gelosia, l'invidia, la rabbia o la cattiveria. Sono convinta che questo sia importante perché forse non hanno potuto esprimerlo durante tutta la vita e finalmente in una demenza dove non devono dimostrare niente a nessuno possono esprimere ciò che hanno oppresso per tutta la vita”* (Allegato 3 – Intervista 3). Per riuscire poi nell'obiettivo di mantenere la competenza sociale sono state identificate alcune attività, attraverso il supporto delle figure intervistate, che saranno considerate in seguito. Una delle attività che viene citata in tre interviste su cinque è legata alla musicoterapia o ad altri momenti in cui si usa il canto come strumento quotidiano. La musicoterapia avviene in presenza di un professionista che, di comune accordo con il team, si reca in struttura mentre i momenti di canto vengono condotti dalle varie figure dell'équipe multidisciplinare. Le educatrici ricorrono a questo tipo di attività poiché la considerano estremamente utile non solo per il ricollegamento al passato del soggetto e all'attivazione della memoria biografica ma perché cantare insieme instaura un buon clima relazionale tra le persone dando origine a qualche confronto. Una delle educatrici si esprime dicendo *“Magari si parte da una canzone e poi ognuno ci collega la propria esperienza o anche il ballo, è divertente perché magari ti raccontano che ai loro tempi non si poteva andare a ballare e che scappavano di casa per andare di nascosto e poi magari uno dice che gli è successa la stessa cosa e tra di loro si forma questa condivisione, una condivisione di momenti passati che magari li unisce di più”* (Allegato 3 – Intervista 1). L'educatore crea con il canto l'occasione affinché le differenti persone si possano interfacciare ricollegandosi ai propri e altrui vissuti, facendo ciò

si attiene al suo compito di evidenziare interventi e azioni educative che potenzino e portino alla luce le risorse ancora presenti nell'individuo, a prescindere dall'età ma valutando piuttosto le specificità del singolo e/o del gruppo. Il canto diviene uno degli strumenti idonei che si presta alla persona con Alzheimer e al mantenimento di alcune competenze (Miodini & Zini, 2003). Successivamente, emerge chiaramente l'utilizzo della lettura del quotidiano, tutte le educatrici affermano di ricorrere a questo tipo di attività poiché permette la socializzazione tra i diversi individui. L'educatore è responsabile della conduzione dell'attività, tenendo sotto controllo la discussione e intervenendo quando necessario. Ad esempio, applica una scelta degli articoli da trattare e commentare assieme fornendo uno spunto di conversazione. Questo tipo di attenzione ci deve essere visto che una persona affetta da Alzheimer fa fatica ad approcciarsi ad argomenti legati all'attualità come alle questioni politiche, invece argomenti più generali o inerenti fatti attuali ma simpatici e di facile comprensione sono motivanti e adeguati alle rimanenti potenzialità. Un'educatrice dichiara *"[...] possono essere tematiche generali che scaldano un po' gli animi e certo nasce socializzazione, essendoci una patologia però c'è un confronto che dura cinque minuti e poi ci deve essere l'operatore che li stimola a portare avanti la discussione"* (Allegato 3 – Intervista 3). L'educatore in questo caso funge da garante per il mantenimento di una relazione tra i presenti ma anche nei confronti del proprio territorio, nonostante si comprendano le notizie in modo parziale. Un'ulteriore attività che viene presa in considerazione è legata alla collaborazione tra i membri del gruppo, non è una vera e propria attività ma, più che altro, è necessario mettere a disposizione uno spazio che abbia le dovute condizioni affinché possa essere stimolato l'accudimento e dunque vi è da assicurarsi che l'ambiente permetta alle persone di esprimere il loro desiderio di accudire ed essere accuditi. In due interviste su cinque si menziona questo aspetto, *"c'è qui una persona che praticamente non parla ed è molto compromessa a livello cognitivo [...] lei se vede una persona in sedia a rotelle le viene da avvicinarsi e cercare di aiutarla ed è incredibile. E poi se ci pensi che le fai vedere un'immagine di un cavallo e non ti sa dire che è un cavallo però se vede invece la persona nella carrozzina le viene da aiutarla, è qualcosa che veramente rimane, la vicinanza con gli altri e un po' l'empatia"* (Allegato 3 – Intervista 5). Emerge quindi un elemento evidenziato anche nella teoria iniziale dove si sostiene che parte della competenza sociale è anche il riuscire ad avvicinarsi e relazionarsi ai sentimenti e alle emozioni altrui. Alcuni dei racconti delle educatrici dimostrano che questo tipo di capacità permane, fino ad un certo punto, nella persona affetta da Alzheimer e la figura educativa contribuisce a facilitare la competenza sociale di tali individui quando è attenta al contesto ambientale e alle relazioni interpersonali che vi intercorrono e si attiene ad un altro dei suoi compiti che è quello di favorire *"lo scambio e la relazione tra il gruppo in generale e i soggetti nei vari momenti della giornata"* (Miodini & Zini, 2003, p.130). Un'altra attività adoperata da una delle educatrici è quella di accompagnare, qualora vi sia la copertura necessaria a livello di personale, l'utenza a svolgere i propri acquisti nel territorio. La professionista sostiene la persona affetta da Alzheimer non soltanto nell'orientamento a livello dello spazio ma anche ad adempiere a mansioni quotidiane che in presenza della malattia non sempre sono possibili, *"lei chiede spesso di poter uscire e di essere accompagnata da noi per fare i pagamenti in posta, per andare a fare la spesa al negozietto [...] queste sono occasioni al di fuori del Centro per potersi confrontare con chi lavora in altri posti nel territorio [...] creare delle occasioni di scambio anche con persone che non appartengono all'ambiente del CDT"* (Allegato 3 – Intervista 2). In questo frangente la figura educativa sostiene il soggetto nell'operare delle scelte in autonomia ma anche nel reinserimento sociale e territoriale e si vede come riesce ad utilizzare un'occasione del quotidiano con una retrospettiva educativa. In aggiunta, emerge che tre intervistate su cinque

evidenziano l'importanza di creare delle occasioni di scambio per le persone affette dalla sindrome, fare quindi delle passeggiate, creare spazi di comunicazione così che possano esprimere le emozioni, lasciare degli spazi affinché socializzino senza ricevere continui stimoli dagli operatori, possono essere solo alcuni degli incentivi adatti alla competenza sociale. Per riuscire in ciò bastano anche piccoli momenti *"[...] lo stare assieme dopo pranzo quando c'è l'ora di riposo e tranquillità, c'è chi vuole dormire o leggere il giornale ed è interessante vedere come si relazionano tra di loro, questo è il fine del nostro lavoro, che possano socializzare fra di loro senza essere perennemente stimolati da noi operatori"* (Allegato 3 – Intervista 3). L'educatore così come le altre figure dell'équipe si assicura che vi siano a disposizione momenti in cui gli utenti possano prendersi delle pause dalle attività più impegnative e dunque scegliere di relazionarsi con il proprio modo e secondo i propri tempi con i coetanei. È benefico cogliere la possibilità di godersi semplicemente la compagnia di chi si ha a fianco e di scegliere senza impostazioni o condizionamenti degli operatori gli argomenti da affrontare, questo diviene per l'educatore un momento in cui *"osservare e registrare i comportamenti individuali e di gruppo"* e dunque arricchire la sua conoscenza dei partecipanti, dei loro bisogni e potenzialità (Miodini & Zini, 2003, p.129). Vengono quindi ripresi come momenti adatti alla promozione della competenza sociale anche quelli dei pasti come il pranzo, la merenda oppure il caffè della mattina che funge da accoglienza al gruppo. Durante questi avvenimenti sia l'educatore che gli altri operatori che preparano la tavola possono concentrarsi nel cogliere le dinamiche che intercorrono, captando la convivialità, il flusso di interazione poiché vi possono essere delle preferenze da parte dei partecipanti rispetto a chi vogliono vicino o con cui avrebbero più da discutere, individui che nutrono antipatie gli uni nei confronti degli altri oppure utenti che necessitano di sostegno da parte del professionista per potersi alimentare dovutamente. In qualsiasi caso, sono opportunità di socializzazione di cui l'educatore fa parte e in cui può sollecitare una persona ancora capace e coinvolgerla in alcuni compiti, come aiutare qualcun altro a bere se ha bisogno, pulire i piatti e aiutare a mettere via alcune delle stoviglie utilizzate. L'educatore si aggancia alla rimanente autonomia e al desiderio della persona di sentirsi ancora utile e produttiva all'interno del gruppo, infatti *"quando qualcuno stenta a fare qualcosa, il vicino spontaneamente si alzerà per aiutare, e sarà ringraziato di cuore dalla persona aiutata"* (Boccardi, 2007, p.161). In aggiunta, si considerano anche le attività ludiche come un efficace mezzo per la socializzazione delle persone con Alzheimer, alcune di quelle menzionate sono centrate sui giochi di società come la tombola oppure si menziona il calcetto o il bigliardino. Queste sono utili al coinvolgimento di più persone e allo scambio tra di esse, inoltre, con l'utilizzo di queste, si può incentivare anche la collaborazione e l'aiuto reciproco poiché una delle persone può avere difficoltà più marcate rispetto ad un'altra e venire dunque aiutata (Busato et al., 2020, p.129). Infine, una delle attività a cui ricorrono tre educatrici su cinque è quella di memoria biografica che stimola l'auto narrazione e il confronto sulle storie vissute. Da una delle professioniste emerge che *"se io mi trovo con tre persone e so che tutte hanno avuto un figlio o una vita matrimoniale magari so che posso parlare di questi temi e lì veramente viene fuori tantissimo dalle persone che non ti aspetteresti o che pensavi non si ricordassero niente"* (Allegato 3 – Intervista 5). L'educatrice pone l'accento sull'importanza di documentarsi dovutamente sulle persone che accompagna nel quotidiano, in modo da essere cosciente dei temi che può o meno trattare in determinati gruppi. Per poter fare ciò l'educatore fa riferimento alla rete dei familiari dell'utente per ricavare le adeguate informazioni. Quest'ultima rappresenta difatti una delle possibili alleanze della figura educativa, poiché essa non si trova mai ad operare da sola ma *"interagisce funzionalmente con altri per sviluppare le necessarie sinergie conoscitive e operative"* (Miodini & Zini, 2003,

p.19). Le attività legate alla biografia degli utenti sono allora particolarmente apprezzate dalle educatrici perché permettono di rinforzare l'identità e di mantenere delle relazioni attive attraverso temi di conversazione e vissuti simili.

5.3. L'intervento dell'educatore in merito alle difficoltà dell'utenza affetta da Alzheimer nell'esercizio della competenza sociale

Quest'ultimo capitolo della dissertazione si centerà sulle difficoltà che l'educatore rileva nell'utenza con Alzheimer nell'esercizio della competenza sociale e sul tipo di sostegno che opera per sostenerla in merito a tali difficoltà. Innanzitutto, è adeguato soffermarsi sul fatto che l'educatore per operare nel quotidiano insieme all'utenza si basa sullo strumento della relazione. La relazione interpersonale è uno dei modi che egli ha per avvicinarsi ad un'interazione di fiducia con l'altro così come al confronto sulle difficoltà e sulle risorse. La relazione è di per sé uno degli aspetti distintivi della figura educativa e rappresenta il modo attraverso cui le sue intenzioni diventano lavoro educativo. Nella relazione l'educatore usa sé stesso come strumento pedagogico, vive e fa insieme all'altro e utilizza una tipologia di rapporto continuativo per l'atto educativo (Tramma, 2018). Allo stesso modo l'educatore che lavora assieme alla persona con Alzheimer si basa sulla quotidianità e sulla relazione continuativa che è stato in grado di instaurare per potersi affacciare a difficoltà e risorse della persona e trasformarle in obiettivi su cui lavorare. Si può poi affermare che la relazione educativa sia atto educativo poiché si impone un insieme di azioni coerenti che abbiano un fine, un obiettivo e un'intenzione dichiarate (Tramma, 2018). Nel suo lavoro la figura educativa considera la globalità della persona e la osserva nel suo insieme, nell'operatività considera sia il passato del soggetto sia il futuro, dunque cosa si può ancora andare a stimolare e sorreggere. Questo concetto trova un'affinità con quanto già espresso precedentemente nel lavoro di tesi e cioè la necessità di dedicarsi alle parti sane e ancora competenti della persona con Alzheimer tenendo a mente chi è stata nel passato con i suoi hobby, passioni, lavori e relazioni e pensando a come la si può ancora incentivare a rimanere persona utile e capace nel presente. Nel quotidiano l'educatore all'interno del CDT fa uso della relazione per poter accompagnare la persona con Alzheimer nelle sue specificità, facendo riferimento alla specificità della competenza sociale emerge che può essere essenziale avere almeno due operatori durante un'attività o nel momento di gruppo. Ciò perché se emergono difficoltà da parte di uno o più individui un operatore ha modo di ritagliarsi uno spazio individuale per colloquiare con la persona mentre l'altro può continuare a coordinare il gruppo nell'attività prescelta. Questo aspetto emerge in due interviste su cinque e le educatrici sottolineano la necessità di individualizzare l'intervento quando il caso lo richiede, spesso tale necessità si manifesta in modo più evidente con l'avanzare della malattia dove la persona è maggiormente compromessa e può far fatica a rimanere all'interno del gruppo e a socializzare con esso, in tal senso una delle educatrici verbalizza *“da vicino, ti siedi e cerchi di capire i suoi bisogni però a livello di competenza sociale se la fai sedere per far sì che possa stare nel gruppo ma subito dopo si alza e va non la puoi nemmeno costringere e qui ascolti il suo bisogno e cambia l'intervento”* (Allegato 3 – Intervista 2). L'educatore modifica il suo intervento in base al bisogno osservato, se rileva che vi è una difficoltà a rimanere nella dimensione gruppale, in questo caso a causa del *wandering*, l'obiettivo di far mantenere la competenza sociale viene ridimensionato e viene data voce alla volontà della persona e alla sua capacità di scelta. La difficoltà non viene però sorvolata, ma con un approccio al singolo si cerca di instaurare una

vicinanza per comprendere cosa gli può recare disturbo o difficoltà nella determinata situazione sociale. Successivamente, viene data importanza all'aspetto dell'osservazione prima di intervenire nella specifica situazione o insieme alla persona. Ad esempio, due educatrici su cinque manifestano la necessità di osservare prima di agire nei confronti degli individui e del contesto, questo è un'ulteriore caratteristica della figura educativa poiché una professionista dichiara *"[...] vivere in comune vuol dire anche arrivare a discutere magari persino un litigio, avere malintesi, la vita vuol dire accettare che questo accade. Non sono dell'idea che la persona deve essere tutelata in tutto e per tutto, vivere nella socialità vuol dire avere delle pietre d'inciampo e significa trovare strategie per superare le pietre d'inciampo. Non sta sempre a me come operatore togliere tutti gli ostacoli anzi è giusto che ci siano. Se ad esempio durante un'attività due persone iniziano a discutere io non intervengo ma osservo e intervengo solo dove ritengo che ci sia un pericolo"* (Allegato 3 – Intervista 3). La figura educativa dapprima riflette sul fatto che nell'esercizio della competenza sociale ci possono anche essere situazioni di scontro e malinteso e che è auspicabile fornire alla persona con Alzheimer una possibilità per confrontarsi e conoscersi sotto altre sfaccettature, perché antipatie e litigi sono caratteristiche possibili in ogni relazione e poiché anche attraverso lo scontro la persona sta nutrendo a suo modo la socialità. Poi viene data rilevanza alla caratteristica dell'osservazione di cui fa uso l'educatrice per comprendere se c'è un sollecitamento al suo intervento immediato oppure no, difatti *"l'osservazione avvolge e dà costantemente significato all'intero processo di lavoro, accompagnando l'educatore nell'attività quotidiana e nella formulazione del programma d'intervento per i soggetti a cui si rivolge"* (Maida et al., 2009, p.18). In questo senso la professionista fa uso dell'osservazione per captare sia la difficoltà dell'utente sia l'urgenza d'intervento in caso di pericolo. Le figure educative possono avere il medesimo obiettivo e operare con modalità differenti, una di queste preferisce aspettare prima di intercedere, un'altra può optare per un confronto con le persone inserite all'interno della discussione approcciandosi così diversamente alla competenza sociale dei singoli. Ad esempio, una delle educatrici ha affermato che *"dipende da utente a utente perché magari con uno la puoi anche buttare sul ridere e sullo scherzo però ecco si stava nascendo questa discussione e ho cercato anche di sviare via la cosa e di far tornare la calma, ognuno di loro è diverso e penso che ti devi avvicinare diversamente, con uno fai la battuta e con l'altro un po' meno"* (Allegato 3 – Intervista 4). Si denota quindi come siano elementi ricorrenti sia la dovuta conoscenza dell'utenza sia la necessità di avvicinarsi diversamente a dipendenza del soggetto. In una determinata situazione l'educatore può ricorrere all'ironia e allo scherzo per mediare il conflitto mentre con altri individui può adoperare un'altra strategia sostenendoli comunque nella competenza sociale anche se con modalità congruenti rispetto alle persone osservate. Inoltre, nonostante le attività proposte siano degli utili strumenti per il mantenimento di diverse competenze, l'educatore è sollecitato a ricordarsi dei tempi di cui necessita ogni persona per lo svolgimento di alcune mansioni e compiti che possono differire da quelli di altri soggetti, infatti il mantenere la competenza sociale può essere anche semplicemente il guardare ed essere nel gruppo senza parteciparvi attivamente, *"anche solo guardare gli altri e l'attività è uno stimolo e può far venire poi voglia di fare"* (Allegato 3 – Intervista 1). L'educatore mette in risalto e valorizza anche il minimo di ciò che la persona è ancora disposta a fare collaborando e partecipando secondo le possibilità del momento. Questo rispecchia un'altra caratteristica dell'operato educativo che solitamente non si impronta solo sulle difficoltà del soggetto riportandole a un problema o a un malessere, ma piuttosto applica una visione che rispecchia la volontà di ridurre il malessere dove esso si manifesta, cercando così di rafforzare gli aspetti della persona che ancora le recano benessere

(Tramma, 2018). Si può inoltre evidenziare che nella persona con Alzheimer la competenza sociale può venire fortemente scalfita nelle fasi più avanzate della malattia, ciò si rivede soprattutto nell'aspetto comunicativo adoperato dal soggetto. Le professioniste intervistate concordano sul fatto che nella fase iniziale si riesce maggiormente ad agire su tale competenza perché l'utenza dialoga spontaneamente e preserva un buon linguaggio, l'operatore è richiamato solo quando è necessaria un po' di mediazione tra i soggetti mentre nella fase media e avanzata della malattia vi sono ulteriori modifiche. Un'educatrice sostiene che *"nella seconda fase oltre al supporto ci vuole sicuramente una stimolazione e ci vogliono conoscenze di tecniche comunicative perché sennò si entra dentro a una dinamica poco funzionale e in un terzo stadio invece ci vuole la capacità dello stare e dell'accettare il silenzio, la comunicazione verbale non ha più questa grande importanza e si ritorna al non verbale e la capacità di parlare con lo sguardo [...]"* (Allegato 3 – Intervista 3). Il professionista si rende conto di dover accompagnare e stimolare la persona alla competenza sociale con modalità diverse guardando anche alla fase della malattia in cui si trova. Man mano che le difficoltà comunicative si fanno più marcate e la comunicazione verbale viene abbandonata, o perde di significato condiviso per chi abita il contesto, l'educatore si va a concentrare e specializzare sulla comunicazione non verbale per riuscire a mantenere una relazione e decodificare il messaggio che vuole inviare la persona, per poi trasmetterlo anche al resto del gruppo. Diviene così sostegno efficace per la competenza sociale della persona che ha maggiori difficoltà e non soltanto di quella all'inizio della malattia. Difatti l'individuo nonostante abbia problemi a comunicare continua ad avere emozioni e pensieri che vorrebbe fare arrivare a chi lo circonda, la sindrome non annulla la persona e i suoi desideri ma è l'incomprensione e la distanza di chi accompagna il malato a rischiare di farlo portare all'isolamento e quindi ad allontanarlo dal piacere di comunicare e interagire con gli altri, togliendoli così uno dei piaceri della vita, quello di relazionarsi con il prossimo (Liscio et al., 2000). L'educatore si fa carico di riuscire a trovare il canale comunicativo più adatto alla necessità del singolo, in questo modo nonostante vi siano difficoltà nella comunicazione verbale, esso trova nell'identificazione del non verbale altri segnali con cui interagire con la persona e da trasmettere agli individui del gruppo divenendo garante della socialità e dell'inclusione di coloro che si trovano in fasi più problematiche della malattia. In tal senso una delle educatrici afferma *"normalmente se vedi qualcuno in difficoltà a livello di comunicazione tendi a sostituirti ma io voglio lasciargli il tempo affinché si esprima da solo. Poi per certi utenti questo non è fattibile perché vedi che stanno cercando le parole e non escono dalla bocca e allora lì è necessario un po' intervenire e cercare di capire cosa vuole dire la persona e sostenerla con il suo verbale, mi prendo un momento e poi condivido con gli altri quello che penso voglia dire"* (Allegato 3 – Intervista 2). L'educatore porta pazienza e attende affinché l'altro provi a comunicare come meglio riesce, nel caso che perduri la difficoltà interviene procedendo con delle brevi domande, con frasi semplici, andando per eliminazione cercando la conferma dell'interlocutore non sottolineando il problema o la non riuscita dell'intento del soggetto ma cercando di agevolarlo in ciò che voleva trasmettere. Si noti che non anticipa ciò che vuole dire, non si sostituisce ma impara invece a dialogare con la persona utilizzando il suo stesso linguaggio e dunque trovando un canale che risulta chiaro ad entrambi. Il fatto di attendere che l'altro provi ad esprimersi è importante siccome in questo modo l'educatore dimostra non soltanto di rispettare i tempi e i ritmi della persona ma anche che è interessato e attento a ciò che sta cercando di dire. Queste sono accortezze che la figura educativa tiene a mente poiché la persona con Alzheimer all'inizio della malattia è ancora cosciente delle sue difficoltà comunicative e ciò gli crea ansia e insicurezza, ne consegue che se l'operatore la correggesse di continuo, l'anticipasse o

parlasse al posto suo, non farebbe altro che accelerare il declino delle rimanenti capacità verbali e renderebbe così la persona più dipendente poiché non nutrirebbe più fiducia in sé stessa (Liscio et al., 2000). Come affermano due educatrici su cinque è importante non sminuire la persona ma bensì tutelarla e cercare di mantenerla con un suo ruolo all'interno del gruppo. Per poter fare ciò si adoperano alcune accortezze, ad esempio una professionista fa particolare attenzione al disagio che può essere manifestato tramite la comunicazione non verbale e in tal caso cerca di accompagnare l'individuo fuori dalla situazione stressogena proponendogli un momento insieme in terrazza oppure facendo una passeggiata. Vi sono strategie e modalità differenti adoperate a dipendenza del professionista ma hanno l'obiettivo di sostenere la persona in maniera discreta ed efficace evitando così le sensazioni di imbarazzo personali o dinanzi agli elementi del gruppo. Un'altra educatrice fa particolarmente caso allo sguardo e dunque al contatto visivo per riuscire a cogliere lo stato emotivo e mantenere un contatto con la persona, ripone nello sguardo una componente che dona vita ed afferma *“A volte alcuni entrano nella stanza e sono i primi e gli fa strano se è vuota, ti dicono “eh ma non c'è nessuno?” e si guardano tipo [...] è vero una stanza di gente magari fa paura ma una stanza con gente che anche sorride quando entri è diverso rispetto ad entrare e non vedere nessuno”* (Allegato 3 – Intervista 5). L'educatore è consapevole dell'importanza del gruppo per alimentare la competenza sociale così come dei segnali non verbali che vengono inviati e li alimentano a sua volta come, ad esempio il sorriso o vedere che vi è qualcuno in attesa della propria presenza e che dà il benvenuto. Diviene necessario per il professionista specificarsi in questi canali comunicativi alternativi al linguaggio verbale poiché gli permettono di *“raccolgere molte informazioni, soprattutto sugli stati emozionali del soggetto con problemi di comunicazione”* (Miodini & Zini, 2003, p.60), informazioni che potrà utilizzare per sostenere la persona e il suo ruolo nella dimensione condivisa con gli altri. Un'ulteriore difficoltà che può andare ad incidere sulla competenza sociale della persona con Alzheimer si rivede nei momenti in cui il soggetto vive forti momenti di ansia ed agitazione. Questi vissuti influenzano a loro volta anche il clima del contesto e diviene più complesso far integrare la persona insieme al resto dei coetanei. Rispetto a ciò le educatrici sono consapevoli che col il progredire della malattia si devono ridimensionare le proprie aspettative e il desiderio di ulteriori cambiamenti relazionati alla competenza sociale, dunque ci si concentra su piccoli elementi che in alcuni momenti della giornata possono ancora far percepire all'individuo la propria appartenenza al gruppo. Uno degli escamotage è usare proprio usare i momenti del pasto, in cui l'operatore si assicura che la persona si sieda per alimentarsi dovutamente, e dove si favorisce la competenza sociale reinserendo l'individuo per i brevi istanti in cui riesce ancora a stare e condividere la compagnia del gruppo. La figura educativa applica quindi una modifica alla propria visione, infatti una professionista attesta *“già solo che escono di casa, siano state in furgone con altre persone, abbiano parlato con l'autista e poi hanno visto me è già qualcosa [...] già frequentare il Centro è stimolare la competenza sociale”* (Allegato 3 – Intervista 5). Se ne deduce che per poter lavorare sulle difficoltà di una persona con Alzheimer in relazione alla competenza sociale ma anche in termini generali, sia essenziale prima di tutto presentarle uno spazio e delle occasioni in cui possa sperimentarsi e fare uso, secondo le proprie modalità, di diverse competenze. Compito dell'educatore è quello di riuscire a scorgere un allenamento della competenza sociale anche nei frangenti del quotidiano in cui essa viene manifestata discretamente dato che fa parte del modo di vivere e di relazionarsi della persona con il contesto e con chi lo abita. Quindi l'educatore osserva per poterla ritrovarla anche nelle piccole cose. La figura educativa in questo specifico frangente non può fare a meno di far notare che nella relazione con l'utenza si guarda al cambiamento e alla possibilità di evoluzione in

maniera ridimensionata e realistica rispetto alle condizioni derivanti dalla patologia. Comunemente questa figura viene associata alla possibilità di promuovere un incremento del benessere e dell'autonomia dei soggetti cercando allo stesso tempo di individuare un cambiamento positivo rispetto alla situazione iniziale, la possibilità di cambiamento nutre infatti la costituzione del progetto e dell'esperienza (Tramma, 2018). In questa realtà però la figura educativa non può sorvolare la compromissione delle funzioni cognitive e dunque apporta il suo contributo attenendosi a un discorso di mantenimento cercando di inseguire quelle capacità e potenzialità che ancora permangono nell'individuo. Infine, si noti che proprio perché l'educatore si china sulla relazione in base alla specificità dell'utente è anche consapevole che la fase della malattia in cui si trova quest'ultimo non definisce il tutto. Certamente questa può essere un'indicazione riguardo a bisogni più emergenti rispetto alle fasi iniziali dove ancora molto è celato dalla persona ma ogni individuo è unico e ciò va al di là della fase della sindrome poiché non si categorizzano le persone in base alle fasi ma esse sono solamente una guida che indica il declino e il manifestarsi di alcuni sintomi di cui i caregivers si accorgono per potersi poi riadattare alle specifiche esigenze, *“diciamo che il grande lavoro di un CDT almeno penso a livello di X è quello di guardare l'utente individualmente e valutarlo individualmente con un suo piano di cura di tipo sanitario che però include anche aspetti relazionali e educativi” (Allegato 3 – Intervista 5)*. Dunque, l'educatore guarda al di là delle categorie riconosciute per la malattia e le utilizza come una bussola per l'adattamento dell'intervento ancorandosi al fatto che la malattia non definisce l'essenza e il valore della persona che è chiamato ad accompagnare.

6. Conclusioni

6.1. Domanda di ricerca

Le interviste svolte alle diverse figure educative e la letteratura consultata hanno fatto sì che fosse possibile costruire un quadro più chiaro dell'ambiente del CDT con le sue attività, la sua utenza di riferimento e gli interventi proposti dai professionisti presenti, nello specifico da parte dell'educatore. Questi elementi hanno permesso di rispondere all'iniziale domanda di ricerca che è la seguente: *“In che modo l'educatore può operare un lavoro di mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer, all'interno dei Centri Diurni Terapeutici?”*. Innanzitutto, è necessario che tale figura, così come altre presenti nell'équipe multidisciplinare, abbia una conoscenza sulla sindrome di Alzheimer e sugli effetti e sintomi che ne derivano. L'operatore deve essere informato su alcuni aspetti cruciali della malattia e su come questi possono impattare la vita quotidiana della persona e trasformare le sue necessità e bisogni rispetto alla comparsa della stessa. Attraverso questa conoscenza di base e il confronto con gli altri membri del team, che a loro volta hanno formazioni utili al lavoro con la persona affetta da Alzheimer, l'educatore potrà situarsi nei confronti dell'individuo prendendo in considerazione una progettazione rispettosa di risorse e limiti. Successivamente, emerge come elemento chiave il fatto di dover riconsiderare la competenza sociale rispetto a quella che è la sua definizione standard. L'esercizio della stessa viene rivisitato e ripensato dalla figura educativa poiché essa è consapevole del modo in cui è cambiato il mondo e l'aspetto della socialità per la persona affetta dalla sindrome. Il contesto con le sue regole e dinamiche sociali rappresentano un elemento di complessità che un anziano con Alzheimer fa fatica ad intendere e comprendere, ne consegue che sono i caregivers, come l'educatore, a

modificare le proprie aspettative nei confronti altrui e ad adeguarsi al modo di vedere la realtà dell'altro. L'educatore in questo contesto riesamina la propria visione di competenza sociale e guarda ai minimi elementi che la persona riesce ancora ad adoperare per tenere viva tale competenza, cerca di alimentarli e stimolarli affinché essa percepisca ancora un senso di appartenenza, utilità e di ruolo nel gruppo. Inoltre, il professionista sa che l'individuo ha un suo modo del tutto personale di esercitare la competenza sociale e che la può attuare attraverso piccole azioni, gesti inaspettati e non strettamente convenzionali ma che rappresentano la modalità della persona di riuscire ancora ad interagire con il proprio ambiente. L'educatore sostiene poi la persona nel mantenimento della competenza sociale riponendo particolare attenzione all'aspetto della comunicazione non verbale. Visto che con l'avanzare della malattia sono sempre più frequenti disturbi del comportamento così come l'incomprensione di ciò che viene detto e la difficoltà nel parlare per riferire disagi o bisogni, esso va a specializzarsi in questo settore per trovare un canale comunicativo alternativo. Si guarda quindi alla mimica, allo sguardo, alla postura, al tono della voce, alle espressioni facciali e quant'altro per poter percepire lo stato emotivo dell'individuo e comprendere cosa vuole manifestare. In seguito, l'educatore sosterrà la persona nel portare il proprio messaggio al resto del gruppo, facendo così da intermediario e parafrasando ciò che si è interpretato dall'interazione. Inoltre, favorisce la messa in atto di semplici gesti in coloro che più si trovano in difficoltà, come il fatto di dare opportunità all'utente di sedersi in compagnia di qualcuno, di scambiarsi uno sguardo o un sorriso. La figura educativa è consapevole dell'importanza di mettere a disposizione spazi e momenti in cui le persone con Alzheimer possano esprimersi in relazione alle proprie emozioni e sentimenti, talvolta anche negativi, ma che è importante far emergere, siccome costituiscono parte del bisogno del singolo. Il professionista della relazione si assicura che l'individuo riesca a far trasparire il suo stato d'animo, dando una possibilità alla libertà d'espressione che in altri contesti non protetti probabilmente non avrebbe. Per promuovere il mantenimento della competenza sociale la figura educativa fa poi uso di alcune attività. Si occupa di organizzare e mettere in atto attività legate alla musicoterapia, al canto, alla lettura del quotidiano, crea le condizioni affinché venga stimolata la collaborazione e l'accudimento tra i membri del gruppo permettendo così alle persone di alimentare la competenza sociale avvicinandosi anche alle emozioni altrui. Un altro sostegno che mette in atto è l'accompagnamento dell'utenza nel territorio per adempiere ai propri bisogni personali come spese e pagamenti vari, sostenendola nell'esercizio della propria autonomia e nel contatto con il proprio contesto abitativo favorendo così l'inclusione sociale. L'educatore utilizza poi i momenti dei pasti, in cui vi è un bisogno primordiale di alimentarsi, per far interagire e promuovere la socialità dei diversi membri del gruppo. In più, ricorre all'utilizzo di attività ludiche e di giochi di società per la socializzazione ma anche ad attività di memoria biografica in cui si stimola l'auto-narrazione e il confronto con altre storie di vita. La figura educativa è quindi a conoscenza delle diverse attività che si utilizzano all'interno del contesto e sul tipo di bisogni e competenze alle quali queste vanno a rispondere. Di conseguenza per alimentare la competenza sociale seleziona delle attività rispetto ad altre, con l'obiettivo di fare interagire e dare modo alle persone di ricollegarsi al proprio passato e ai propri vissuti e condividerli con il gruppo creando un confronto che anima la vita. L'educatore funge allora da garante per il mantenimento delle relazioni tra le persone poiché stimola quando necessario con nuovi spunti di conversazione e tiene sotto controllo il clima e le dinamiche relazionali del gruppo, per fare ciò diviene prezioso l'utilizzo dello strumento da egli riconosciuto come osservazione. Si può evidenziare che diviene essenziale pure la relazione di fiducia che è riuscito ad instaurare con ogni soggetto per poter lavorare sulle risorse rimanenti, senza questo elemento sarebbe arduo per l'educatore riuscire a

stimolare la persona a compiere determinate attività o a partecipare alla vita di gruppo. Invece, proprio perché c'è una dimensione di fiducia tra i due, si riesce a mettere in atto un percorso che vada a mantenere le diverse competenze, tra cui anche quella sociale dato che l'utente, basandosi sulla fiducia e stima che ha per l'operatore, lo segue nelle offerte messe a disposizione. L'educatore porta quindi pazienza, attende che la persona provi ad esprimersi da sola con il proprio ritmo e i propri tempi e solo nel caso che la difficoltà perduri interviene sostenendola con il suo verbale, cercando di riformulare quanto voleva dire e riportandolo in una dimensione più ampia. Egli non si sostituisce, non anticipa le intenzioni ma diviene il ponte che si intrapone tra il mondo personalizzato dell'anziano con Alzheimer e la realtà circostante.

6.2. Limiti della ricerca e spunti per il futuro

All'interno della tesi sono sicuramente riscontrabili dei limiti e delle criticità, ritengo sia compito dell'autore del lavoro provare ad individuarli una volta giunti alle conclusioni in modo da affinare la propria capacità di auto-riflessione e di auto-critica. Il primo limite è quello di non essere riuscita a prendere in considerazione tutti gli elementi emersi dalle interviste. Diverse educatrici hanno affermato di sentire il bisogno di avere un'ulteriore presenza educativa all'interno dell'équipe così da ritrovare un equilibrio di ruoli e una figura professionale con lo stesso *background* metodologico con cui potersi confrontare riguardo all'utenza. Difatti oggi vi è una maggioranza di personale infermieristico all'interno dei CDT e nonostante questa sia presente, poiché necessaria rispetto ai bisogni dell'utenza, ciò che fuoriesce dalle interviste è la necessità di avere uno scambio con altri educatori che abbiano acquisito gli stessi concetti teorici, la stessa formazione e che possono avere una somiglianza maggiore riguardo al modo in cui si osserva la persona. Uno spunto per il futuro potrebbe essere quello di andare ad approfondire ulteriormente il vissuto dell'educatore all'interno di queste strutture per riuscire a meglio identificare i loro bisogni e i possibili cambiamenti che si possono pensare in seguito a tali *feedback*, tenendo allo stesso tempo in considerazione il contributo che la figura educativa apporta in questo contesto. Inoltre, nelle interviste emerge più di una volta l'argomento della pandemia che è tutt'ora in corso e di come questa abbia impattato il lavoro dei professionisti, la relazione con l'utenza così come lo svolgimento delle attività al CDT. Questo elemento non è stato preso in considerazione poiché non era legato alla domanda di tesi ma sarebbe interessante indagare il modo in cui le strutture si sono dovute adeguare ai bisogni dell'utenza e delle famiglie in contemporanea al Covid-19 e riflettere poi sulle modifiche apportate affinché i partecipanti potessero continuare a ricevere il sostegno dei professionisti e mantenere le dovute competenze. Un ulteriore spunto per un'indagine futura sarebbe quello di informarsi maggiormente sul tipo di interventi che tutt'ora si stanno integrando all'interno dei CDT, è emerso che si sta iniziando ad utilizzare il metodo Montessori con l'anziano, intervento alquanto recente nella dimensione dell'anzianità e della persona con demenza in Ticino. Vista la novità a livello territoriale potrebbe essere innovativo indagare gli effetti e i benefici che questo metodo porta all'utenza e come i rispettivi professionisti vi si sono dovuti adeguare. I limiti evidenziati derivano in parte da una mancanza di spazio per un'approfondita riflessione all'interno della tesi e poi dalla necessità di applicare una scelta inerente agli elementi da prendere in considerazione per rispondere in maniera mirata alla domanda di ricerca. Rilevo inoltre come criticità il fatto di aver intervistato cinque educatrici in totale siccome ho avuto a disposizione un campionamento ristretto su cui basare le teorie integrate nel lavoro. Penso sia stata una criticità parziale poiché è stata fatta una distinzione in base a criteri precedentemente

identificati per rispondere al quesito di tesi, vi erano allora figure che non avevano molti anni di esperienza all'interno dei CDT e fuoriuscivano dai prerequisiti individuati. Poi, vi è da considerare che un campionamento maggiore legato all'educatore in tale contesto sarebbe stato difficoltoso da pervenire, visto che questo tipo di offerta a livello territoriale è in minoranza rispetto ad altre istituzioni in cui vi è una maggiore presa a carico educativa. È comunque necessario sottolineare che i risultati non sono generalizzabili e si applicano quindi solamente al campionamento selezionato. In aggiunta, ritengo apprezzabile far emergere che non è stata utilizzata una teoria specifica legata all'educatore in relazione all'anziano con Alzheimer poiché nella letteratura questa dimensione non viene analizzata in modo esauriente. È stata una responsabilità personale informarsi sulle competenze e le mansioni dell'educatore e metterle in relazione ai bisogni e alle specificità dell'anziano con Alzheimer che vengono affrontate nei testi bibliografici e nelle interviste svolte.

6.3. Riflessione personale sulla figura dell'educatore alla luce del lavoro di tesi

Attraverso la consultazione dei testi e soprattutto dei confronti *vis à vis* con le educatrici dei CDT, rivedo nella figura dell'educatore sociale un'essenza estremamente flessibile e fluida, un professionista che deve avere la capacità di lavorare in diversi contesti sociali e che si adatta ad ogni situazione, incertezza e imprevedibilità. Come ben afferma il professore Sergio Tramma la figura dell'educatore è *“costitutivamente incerta, alle volte quasi sfuggente, costantemente in via di definizione, restia a qualsiasi tentativo di stabilizzazione all'interno di una rassegna esaustiva di compiti e funzioni”* (Tramma, 2018, p.11). Questo tipo di professionista a mio parere si presta a conoscersi, anche attraverso l'esperienza accumulata nel tempo e ad affrontare mutamenti che derivano dal contesto in cui opera che è in continuo mutamento ed evoluzione. All'interno del CDT le figure educative imparano a sostare nell'incertezza poiché non vi è la garanzia del proprio intervento ma bensì fiducia nell'intenzione con cui questo viene operato. L'educatore cerca di fare del suo meglio per sostenere il concetto di vita dignitosa con un'utenza che rispetto ad altre è ben più vicina alla fine del suo percorso. Ritengo che questo sia un concetto importante per l'educatore sociale e che esso debba cercare di impegnare tutti i suoi sforzi e credere nella progettualità e nei risvolti benefici che questa può avere su un'utenza dove apparentemente è visibile perlopiù il declino. È quindi compito dell'educatore andare a rinvenire dietro i veli quelle risorse che rendono ancora viva e capace la persona con le sue caratteristiche e desideri. A tal proposito, una delle professioniste intervistate afferma *“io sono qui per la persona, per condurla fuori, la sostengo e cerco di condurla fuori dalla spirale dell'ansia e dalla paura sapendo benissimo che ci riuscirò solo per 10 minuti e poi ritornerò [...] la capacità di accettare che il nostro intervento è limitato nel tempo”* (Allegato 3 – Intervista 3). L'educatore, che abitualmente si ritrova ad essere promotore del cambiamento, si riadatta in questo contesto e si rivede in base all'utenza affetta dalla specifica patologia. Osservo allora nell'educatore all'interno del CDT una grande forza di volontà e fiducia in quello che è il potenziale di mantenimento delle risorse ancora presenti e penso che venga messa in atto un'altra importante caratteristica educativa, che egli deve esercitarla in ogni contesto in cui si ritrova, ovvero la spiccata capacità di osservazione per meglio comprendere sé stesso e le figure con cui si relaziona. L'educatore è poi confrontato con l'aspetto dell'inevitabilità, con una malattia inarrestabile, ma sceglie di investire non sulla patologia bensì sulla persona che vi è nonostante la presenza di quest'ultima, mettendosi a disposizione per continuare a ripensare i suoi interventi e gli obiettivi

e riconsiderare anche il suo agire proprio in relazione all'utenza con cui lavora. Ritengo che questo sia uno degli elementi essenziali nell'operato quotidiano dell'operatore e che esso debba riuscire a scorgere l'essenza e la ricchezza della persona, del suo carattere con aspirazioni e volontà, e quindi vedere oltre i limiti per potervi mettere in atto un rapporto vero e autentico, aperto al dialogo e al confronto con qualcuno che può essere estremamente diverso da sé ma che allo stesso tempo può dare tanto anche attraverso minimi sguardi. Inoltre, anche grazie all'analisi effettuata per redigere questo lavoro, mi è stato possibile vedere l'educatore come una figura che si colloca all'interno della complessità. In tal senso, si rivedano le educatrici che più volte hanno affermato di doversi confrontare con situazioni molto differenti e singolari. La figura dell'educatore riesce quindi a guardare alla presenza della malattia ma prende in considerazione la globalità della persona e la riconosce come unica e diversa rispetto a tutte le altre. Nell'altro vi è un essere umano con rispettivi bisogni, interessi, passioni e una storia di vita irripetibile e l'educatore sociale ha il privilegio di poter entrare a far parte di ognuna di queste ed esserne toccato a sua volta. Poi, visto il modo in cui la malattia va ad inficiare la persona e la rete che la circonda e i rispettivi vissuti di ansia e agitazione, ritengo che sia richiesta anche una continua auto-osservazione da parte degli operatori, che di fronte a situazioni così delicate e coinvolgenti dal punto di vista emotivo possono essere interessati in situazioni travolgenti e difficili da elaborare e gestire. Come afferma l'autore Tom Kitwood *“dovremmo riflettere se le nostre personali risorse empiriche siano sufficientemente sviluppate al punto di riuscire a dare aiuto alle persone in difficoltà”* (Kitwood & Raineri, 2015, p.35). Inoltre, nella relazione con l'utenza, che a causa del declino cognitivo riuscirà solo fino a un certo punto a mantenere la propria capacità di fare, emerge come sia importante per l'educatore specializzarsi nella dimensione dello stare. Esso si rileva capace anche di essere presente in silenzio, dentro al disagio, alla sofferenza e al dolore, cercando di far percepire all'altro un reale interesse verso la sua persona e mantenendosi in relazione attraverso strategie comunicative alternative. Il lavoro di tesi mi ha poi permesso di confrontarmi con il ruolo dell'educatore all'interno di un contesto abitato da differenti figure professionali e di scoprire come questo operi le sue competenze e la sua missione in collaborazione a tali figure, che talvolta possono essere difficili da distinguere all'interno del CDT poiché tutti gli operatori sono attivi nello svolgere attività e nel relazionarsi con l'utenza. L'educatore si rileva quindi capace di attuare una collaborazione con altri ruoli presenti e di svolgere mansioni che talvolta si penserebbero attribuite al settore sanitario. Si veda ad esempio il fatto che una delle educatrici ha menzionato di accompagnare quotidianamente gli utenti al bagno e di aiutarli nello svolgimento della propria igiene siccome rivede in questo momento un potenziale relazionale estremamente alto in quanto riesce ad usufruire dell'intimità e dello spazio privato che si ritaglia con l'individuo, approcciandosi in maniera differente rispetto a come farebbe all'interno del gruppo. La specificità dell'educatore sta quindi nel riuscire ad utilizzare la dimensione relazionale in modo individualizzato rispetto a chi si trova dinanzi, cogliendo le diverse occasioni e momenti della giornata per osservare e implementare attraverso i propri saperi delle azioni utili al benessere dell'altro, in questo caso relazionandosi con persone anziane, facendo loro compagnia e stimolandole attraverso attività che favoriscono il mantenimento delle competenze e della propria autonomia. Ma proprio perché rappresenta una figura flessibile l'educatore riesce a lavorare in team, integrandosi alle visioni e considerando le opinioni altrui, poiché esso, secondo il mio personale parere, dovrebbe sempre essere aperto alla novità e quindi anche ai diversi saperi che possono apportare altri ruoli. Grazie a questo lavoro ho potuto riflettere maggiormente anche sul mio ruolo di educatrice e sulle modalità con cui voglio avvicinarmi alle persone con cui mi relazionerò in

futuro. Ho potuto riflettere sull'importanza che hanno strutture come i CDT e sul modo in cui possono impattare positivamente la vita delle persone con Alzheimer così come i rispettivi familiari curanti e su come queste dovranno continuare ad essere elemento di considerazione ed evoluzione all'interno del contesto territoriale vista la volontà della popolazione anziana di mantenersi a domicilio e la rispettiva crescita di patologie come la demenza. Inoltre, ho potuto riflettere sulla capacità intrinseca che deve avere l'operatore sociale di adattare il proprio intervento individualizzandolo quando il caso lo richiede, aspetto con cui sicuramente sarò confrontata nel mio avvenire. Infine, tale lavoro mi ha sostenuta nel ponderare il fatto che ogni operatore agisce la progettualità attraverso le proprie modalità personali, difatti può esistere un obiettivo comune ma per inseguirlo si applicano scelte operative differenti e in ciò si rivedono anche le specificità e le caratteristiche individuali di ogni professionista. Dal mio punto di vista, una delle grandi risorse che accompagnerà sempre l'educatore sociale è la possibilità di essere un'identità in divenire e ciò gli permetterà di alimentare la sua creatività tramite un'apertura al mondo, a nuove visioni e conoscenze così come a nuovi apprendimenti che lo porteranno ad incrementare il proprio essere professionale e personale al di là di ogni immaginazione.

7. Bibliografia

Alzheimer Svizzera. (s.d.). *Sulla via della diagnosi*. Alzheimer Schweiz. Recuperato 29 maggio 2021, da <https://www.alzheimer-schweiz.ch/it/ticino/sulla-demenza/articolo/sulla-via-della-diagnosi>

Alzheimer Svizzera. (2020, gennaio 7). *La demenza in Svizzera 2020, cifre e fatti*. Alzheimer Schweiz. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/07.01I_2020_cifre-demenza-svizzera.pdf

Barbot, D. (2016). *Fiori sotto zero. Manuale per la formazione degli operatori addetti all'assistenza dei malati di Alzheimer*. Franco Angeli.

Bernasconi, S. (2020). *Pianificazione integrata LAnz—LACD 2021-2030. Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici*.

Boccardi, M. (2007). *La riabilitazione nella demenza grave. Manuale pratico per operatori e caregiver*. Erickson.

Busato, V., Cecchinato, C., & Girardello, S. (2020). *E ora che faccio? Attività da svolgere con l'anziano in RSA o a domicilio*. ED Editrice Dapero.

Carey, M. (2013). *La mia tesi in servizio sociale. Come preparare un elaborato finale basato su piccole ricerche qualitative*. Erickson.

Cavalli, S. (2015). Rivista per le Medical Humanities. *Fragilità e disuguaglianze di salute nella terza e nella quarta età.*, 30, 6.

Cavalli, S., & Corna, L. (2020). Rapporto per il Dipartimento della sanità e della socialità. *Il ritratto dell'anziano di domani*, 48.

Dozza, L., & Frabboni, F. (2012). *Pianeta anziani. Immagini, dimensioni e condizioni esistenziali*. Franco Angeli.

Fondazione Montessori Italia, & Maruca, M. (2018, dicembre). MOMO. Rivista sul mondo montessori. *Il materiale di sviluppo: fare significato. Montessori 0-99.*, 16, 72.

Gabelli, C., & Gollin, D. (2008). *Stare vicino a un malato di Alzheimer. Dubbi, domande, possibili risposte*. Il Poligrafo.

Giudici, F., Cavalli, S., Egloff, M., Masotti, B., Tessin, & Tessin (A c. Di). (2015). *Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino*. Ufficio di statistica.

Grandi, E. (2016). *Costruire la storia di vita con la persona con demenza. Attività pratiche per la stimolazione delle funzioni cognitive residuali*. Erickson.

Greutzner, H., & Spinnler, H. (1991). *Alzheimer. Una malattia da vivere. Guida pratica all'assistenza* (R. Occhetti, Trad.). Tecniche nuove.

Kitwood, T., & Raineri, M. L. (2015). *Riconsiderare la demenza* (R. Mazzeo, Trad.). Erickson.

Klerk-Rubin, V. D. (2015). *Il metodo Validation. Costruire relazioni serene con la persona con demenza* (M. Largaiolli, Trad.). Erickson.

Liscio, M., Cavallo, M. C., Moderato, P., & Rovetto, F. (2000). *La malattia di Alzheimer. Dall'epistemologia alla comunicazione non verbale*. McGraw-Hill.

Legge cantonale sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) (del 30 novembre 2010), Raccolta delle leggi del Cantone Ticino <https://m3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/364#>

Luppi, E. (2008). *Pedagogia e terza età*. Carocci.

Maida, S., Molteni, L., & Nuzzo, A. (2009). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Carocci Faber.

Mariolini, N. (2007). *Centri Diurni Terapeutici in Ticino. Fabbisogni e tendenze*. 33.

Maslow, A. H. (2010). *Motivazione e personalità*. Armando editore.

Milani, L. (2020). *Competenza pedagogica e progettualità educativa*. Scholè.

Miodini, S., & Zini, M. T. (2003). *L'educatore professionale. Formazione, ruolo, competenze*. Carocci Faber.

Poi, R., Perino, A., & Taddia, F. (2020, settembre 20). *Prendersi cura degli anziani con il metodo Montessori*. Erickson. <https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/prendersi-cura-degli-anziani-con-metodo-montessori/>

Pro Senectute. (s.d.). *Centri diurni terapeutici*. Pro Senectute Schweiz. Recuperato 16 maggio 2021, da <https://ti.prosenectute.ch/it/aiuti/prestazioni-di-sgravio/centri.html>

Quadri, P. (2016). Rivista per le Medical Humanities. *Alzheimer. E poi?*, 33, 4.

Quaia, L. (2006). *Alzheimer e riabilitazione cognitiva. Esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*. Carocci editore.

Ritter-Rauch, R. (2017). *Vivere con la malattia di Alzheimer. Consigli utili per i familiari e i curanti*. (R. Moresi, Trad.). Alzheimer Schweiz. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/it/Publikationen-Produkte/Cura_e_assistenza/consigli-utili-per-i-familiari.pdf

Scortegagna, R. (2013, gennaio). Animazione sociale. *Quali risposte al bisogno dell'abitare con l'anziano? Famiglie sospese tra domiciliarità e residenzialità.*, 269, 40–49.

SUPSI, DEASS. (s.d.). *Bilancio del profilo di competenze*.

Tramma, S. (2017). *Pedagogia dell'invecchiare. Vivere (bene) la tarda età* (1° edizione). Franco Angeli.

Tramma, S. (2018). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Carocci Faber.

Ufficio federale della sanità pubblica. (2019). *La demenza in Svizzera. Panoramica dei risultati della strategia nazionale sulla demenza 2014-2019*.

Ufficio federale di statistica. (2018, aprile 26). *L'invecchiamento attivo*. Ufficio federale di statistica. [/content/bfs/it/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.5046991.html](https://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/)

Ufficio—UACD (DSS)—Repubblica e Cantone Ticino. (s.d.). Recuperato 16 maggio 2021, da <https://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/>

Xodo, C., & Porcarelli, A. (2017). *L'educatore. Il «differenziale» di una professione pedagogica*. Pensa Multimedia.

Allegati

ALLEGATO 1 – CONSENSO INFORMATO

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Consenso informato

Studente	Direttore di tesi
Ana Raquel De Sousa Pereira	Cinzia Campello
Corso di laurea	Modulo
Lavoro sociale	Tesi di Bachelor
Anno	
2021	

Egregio signor/signora...

Con la presente le chiedo l'autorizzazione a svolgere un'intervista finalizzata alla raccolta di dati che confluiranno in una ricerca dal seguente tema:

In che modo, l'educatore, può operare un lavoro di mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer, all'interno dei Centri Diurni Terapeutici?

Tale ricerca costituisce la base del mio Lavoro di Bachelor, che si propone di:

- Comprendere quali sono gli interventi generalmente usati con le persone affette dal morbo di Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici;
- Indagare gli approcci specifici che l'educatore utilizza per il mantenimento della competenza sociale nei soggetti affetti dal morbo di Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici.

La sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento senza alcuna motivazione.

Con il presente documento intendo richiedere il suo consenso informato per la registrazione dell'intervista e il trattamento dei dati secondo i criteri sopracitati.

L'intervista sarà svolta in luogo di sua scelta, in tempi a lei consoni, preventivamente determinati. L'intervista sarà registrata per garantire di poter trascrivere il suo racconto e procedere ad un'analisi qualitativa dei contenuti.

In un secondo tempo le verrà trasmessa la trascrizione integrale dell'intervista cosicché avrà modo di valutare se ciò che è stato scritto corrisponde a quanto detto; in caso contrario avrà l'occasione di poter porre eventuali modifiche o correzioni al testo. In seguito, procederò con l'analisi dei dati emersi durante l'incontro.

Confidenzialità dei dati

Tutti i dati raccolti saranno trattati in modo strettamente confidenziale.

Persone di contatto

Se desidera ulteriori informazioni riguardo l'intervista o lo studio non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

Studente in Lavoro Sociale

De Sousa Pereira Ana Raquel

e-mail: anaraquel.desousapereira@student.supsi.ch**Direttore di tesi**

Campello Cinzia

e-mail: cinzia.campello@supsi.ch**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:**

Io sottoscritto:

Dichiaro di aver compreso lo scopo del Lavoro di Bachelor e le modalità di trattamento dei dati personali. Dichiaro il mio consenso informato a questa intervista.

Luogo:

Data:

Firma:

STUDENTSUPSI

STUDENTSUPSI

ALLEGATO 2 – TRACCIA INTERVISTE

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?
2. Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?
3. Tenendo conto della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?
4. Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?
5. Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì, me ne può fare qualche esempio?
6. In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine "competenza sociale"?
7. Con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?
8. Dalla sua esperienza lavorativa come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia? Se sì quali?
9. Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?
10. In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?
11. Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

Conclusioni: Desidera aggiungere ancora qualcosa a quanto è già stato detto?

ALLEGATO 3 – TRASCRIZIONE INTEGRALE DELLE INTERVISTE

Trascrizione Integrale Intervista n° 1 – 01 giugno 2021

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. C: Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?

I: Dal X.

2. C: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?

I: Dal X.

3. C: Tenendo conto della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Allora principalmente accogliere la persona quando è in difficoltà, spesso loro hanno questi momenti di crisi dove non si rendono conto di che cosa sta succedendo o perché vanno in ansia (...) prenderla da parte, ascoltarla, lasciarla sfogare tutto quello che ha da raccontarti, mantenere il rapporto e la relazione con lei. Poi bisogna cercare di riportarli al qui e ora, alla realtà questo però non viene fatto bruscamente ma sviarli su argomenti più generali, sulle emozioni e sulla difficoltà che provano, cercare di capire cosa c'è che non va ed usare le emozioni del momento. Soprattutto con i malati di Alzheimer se loro ti dicono ad esempio "c'era qui la mia mamma con me" e tu dici "no questo non è vero, non può essere che era qui" fai l'effetto contrario e li agiti di più, tu non devi dire una bugia ma cerchi di sviare sul generale parlando ad esempio del rapporto che aveva col genitore in questo modo spesso si riescono a placare i momenti di ansia. Poi a dipendenza del bisogno e della situazione in cui ti trovi usi un

intervento piuttosto che un altro (...) quando c'è la crisi ci è stato detto che non bisogna mai fare un'attività, non riesci a calmarli e magari gli proponi delle cose che in quel momento non sono in grado di capire e di affrontare. Quindi a dipendenza della situazione un educatore prende una strada piuttosto che un'altra ma non c'è una filosofia stabilita che viene applicata tutti i giorni ma a dipendenza delle situazioni si adotta di più magari il metodo Validation rispetto ad altri. Ad esempio, se la persona ti viene a chiedere del genitore in quel caso lì puoi usare una Validation perché ti fa avvicinare alla persona e al suo vissuto e lavori tanto sull'emozione. Dopo se devo essere sincera alcune volte si adottano dei sistemi, io non so bene se so usando un sistema o un altro, non ho una conoscenza così precisa di un sistema, ma a volte usi una certa tecnica e se la usi con un utente funziona e la riprovi con un'altra persona e vedi che non funziona, io vado molto a sensazione e a istinto, a dipendenza della persona.

C: Ma queste tecniche che lei usa sono riconosciute all'interno della struttura?

I: Sì quello sì ma diciamo che non se ne parla esplicitamente, quando facciamo gli incontri tra di noi non è che si dice "oggi ho usato la Validation piuttosto che un'altra", non facciamo riferimento alla terminologia. Io mi baso molto sull'esperienza maturata in questi anni, sai prima per me questa era una casistica sconosciuta e quindi all'inizio sono andata molto a sensazioni e a tentativi, poi ho cominciato ad interessarmi a fare (...) non ho ancora fatto corsi specifici finora, l'unico che abbiamo fatto è quello legato al metodo Montessori perché si sta pensando di spostarsi verso questo metodo anche con l'anziano. Io ero molto scettica su questa cosa, dicevo "Montessori e bambini, ma cosa centra qui?" e invece ci sono parallelismi tra anziani e bambino e c'è una retrogenesi che ti fa vedere l'anziano con Alzheimer che ha lo sviluppo al contrario del bambino. Il bambino sviluppa prima alcune capacità mentre l'anziano con Alzheimer quando si ammala perde praticamente le prime capacità che il bambino assume e questo ti fa capire come intervenire con la persona, se ha un'età mentale di un bambino di 2 anni tu non puoi proporgli un'attività dove la capacità è maggiore perché sarebbe un fallimento e gli creeresti ancora più ansia. Se si riuscisse a mettere veramente in pratica questo metodo sarebbe bello ma ci sono sempre i "se". Sta di fatto che per me la persona con demenza è ancora una persona che può apprendere, che può fare dei piccoli cambiamenti e quindi non è vista come una patologia ma può essere vista come una disabilità la malattia di Alzheimer. È molto interessante pensare al lavoro che si potrà fare in futuro soprattutto, io all'inizio ho avuto un po' di difficoltà come educatore perché sono tutti infermieri e mi sono scontrata con una realtà diversa dove tutto era basato sullo sguardo infermieristico, l'importanza dei parametri e io dico "sì vero ma c'è una persona dall'altra parte" e forse mi sono più adeguata io a loro e non viceversa. Io cerco di portare la mia visione da educatore, quello che secondo me bisognerebbe fare ma poi non è sempre così facile essere accolti e ascoltati e poi mettere in pratica ciò che viene detto. Ecco sono un po' una pecorella smarrita (risata). Anche avere il tempo per fare una buona osservazione e scrivere, è tutto così di corsa. In generale fai fatica a prenderti il tempo per osservare però è importante perché da quella tu riesci a capire perché succedono certe cose sai, forse manca un po' questa cosa ma anche perché la visione dell'infermiere è un po' diversa mentre noi educatori cerchiamo di avere una visione a 360 gradi. Difatti avevo proposto una volta un progetto, c'era

questo signore che allungava un po' le mani e ho detto agli altri "vediamo quando succede" allora ho fatto una tabellina e così e spesso si dimenticavano di compilarla e allora alla fine che senso ha? Cioè nel senso mi chiedete di provare e poi non viene accolto quello che faccio allora me lo faccio per conto mio, osservo io e poi riferisco. Spesso è per mancanza di tempo ma anche per differenza di visione. Mi piacerebbe forse che ci fosse più presenza educativa all'interno del Centro, almeno un paio di educatori sì, ogni tanto mi trovo con l'animatrice e già abbiamo visioni più simili dove tu osservi la persona veramente sotto un altro aspetto.

4. C: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?

I: Allora si cerca sempre di fare delle attività di interesse nel senso che quando facciamo una raccolta dati sulla persona si cerca di indagare sugli hobby che hanno avuto perché questo è un buon metodo di lavorare, tu vai a prendere i ricordi che ci sono e che puoi risvegliare proponendo delle attività più mirate sull'interesse della persona. Si è visto che questo cambia l'interessarsi della persona, se tu proponi un'attività che loro vedono lontana o che non hanno mai avuto a che fare vedi proprio che l'interesse non c'è. Se tu invece lavori con delle attività conosciute, che sai che gli piacciono già ad esempio sapendo che uno faceva il pescatore e fai un'attività sui pesci vedi che quello si illumina. È importantissima la raccolta delle informazioni e sulla sua vita passata anche se magari sono attività che ora non fanno più però nei ricordi rimangono, perché hai imparato qualcosa come andare in bicicletta, una volta che impari ce l'hai (...) sì si lavorare sui ricordi, sulla loro biografia e sulle esperienze trovo.

C: E per svolgere le attività di cui ora mi parlava, mettete gli utenti in comune o individualmente?

I: Con il gruppo grande si fanno spesso attività differenziate con 3 o 4 persone con gli stessi interessi ma quando c'è un numero limitato è un po' più difficile, le attività individuali si fanno anche quando c'è più personale. Oppure si fanno attività che vanno bene anche ad altri, se c'è un utente che non ha un bisogno così specifico lo si può inserire nello svolgimento di più cose e riesci a stimolarlo su cose che magari non fanno neanche parte del suo vissuto. Dipende molto dalle persone che ci sono, quando si riesce si fanno attività differenziate sennò si cerca di trovarne una che può andare bene a tutti quanti. Dipende tutto molto anche dalla giornata e da come stanno, se sono agitati o nervosi puoi riuscire a fare una semplice attività cognitiva che va bene per tutti quanti. Per l'esempio l'attività sulla cucina funziona quasi sempre, l'altro giorno l'ho fatta e c'erano due signori e mi dicevo "chissà come andrà magari non hanno mai cucinato" e alla fine c'era un signore che aveva già una buona conoscenza di cucina e c'era un altro che invece no però ci ha provato e ha messo da parte secondo lui gli ingredienti che pensava ci volessero per la ricetta del risotto alla milanese, se l'è cavata, è stato carino perché lui diceva che non aveva mai cucinato e sapeva di avere difficoltà ma poi nel procedimento è riuscito comunque con una capacità di astrazione ad immaginarsi il procedimento del piatto. In quel caso lì le due donne sapevo che erano ben preparate e con gli uomini invece è meno evidente e mi sono detta "io provo" e si può sempre provare a vedere e si può modificare in base ai tentativi. È una lotteria

ogni volta, prima di pensare ad un'attività devo vedere l'utenza e vedere come stanno per capire se l'attività che avevo pensato potrebbe funzionare o se è improponibile. È un lavoro molto dinamico, devi essere pronto ai cambiamenti se le persone non sono pronte ad accogliere ciò che vuoi dare anche quando c'è qualcosa in programma.

5. C: E vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì, me ne può fare qualche esempio?

I: Sì, noi abbiamo addirittura due Centri, uno qui a X e uno a X, in questo qui ci sono le persone con capacità più elevate e nell'altro sono proprio le persone con la malattia più avanzata e con capacità ridotte. Si cambiano certamente le attività, un'attività che propongo in questo Centro magari non mi viene da proporla di là. Di là sono attività più semplici, più sui sensi e sul tatto, o sul visivo, o più sensoriali perché sono le cose che ti rimangono anche con l'avanzare della malattia. Si può lavorare anche sull'immagine, proiettare un'immagine e far dire loro tutti i dettagli che vedono e poi da lì parti a fare un lavoro di risveglio memoria trattando certi argomenti. Ad esempio, magari c'è una foto di bambini sul prato e vai a toccare anche la loro di infanzia e queste cose, vai indietro e sulla memoria a lungo termine. Mentre per la memoria a breve termine un'attività che faccio ogni tanto è magari scrivo delle parole alla lavagna, le nascondo e vedo se si ricordano quello che c'era scritto e quello che si vede è che più lo fai e più la memoria rimane un pochino. Se tu rifai sempre la stessa attività vedi proprio dei miglioramenti sull'arco del tempo non su una settimana. Magari si ricordano di averla già fatta prima o alcuni passaggi che devono fare anche con la ginnastica ad esempio, ripetendo sempre gli stessi esercizi gli utenti cominciano a fare l'esercizio e magari se lo ricordano collegandolo anche alla musica che ascoltano nel frattempo, bella questa cosa perché vedi che è utile. Per chi ha una malattia di Alzheimer la regolarità è importante, è una sicurezza. Io ad esempio suono la chitarra e dopo un po' riescono a collegarmi col fatto che faccio questa azione. Diciamo che le attività sono diversificate ma anche adattate diciamo che possono essere uguali perché proponi le stesse cose ma le adatti alla persona. Nel Centro a X con le persone nella fase più avanzata non propongo ad esempio il gioco di nascondere le parole però magari anche di là si fa il gioco dei nomi, cose, città anche se è un gruppo compromesso c'è chi prevale che ha più capacità. Qui si fa tutto in generale, si lavora molto sul risveglio memoria e sulla discussione che nasce da tale attività, magari si fanno lavori manuali anche a dipendenza del periodo dell'anno e si decora il Centro e li fai fare qualcosa anche con la manualità e non solo con la testa, perché l'esperienza passa dalle mani, facciamo anche i cruciverba e parliamo del giornale. Nel momento iniziale c'è il caffè e sempre la lettura del giornale e parliamo delle notizie sentite per vedere se loro hanno coscienza di quello che sta succedendo nel mondo ma anche riferito a questo virus, all'inizio proprio parlavamo di questo e di cosa bisogna fare per cercare di non contagiarsi, non è così evidente tenersi su le mascherine e ogni tanto bisogna rispolverarli un pochino e riportarli a questa cosa che sta succedendo.

6. C: In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine “competenza sociale”?

I: Ehm, la competenza sociale è una forma un po' di adattamento, della capacità di adattarsi a dipendenza del luogo, della situazione in cui ti trovi e riuscire a trovare il tuo spazio, di non sentirti a disagio ma di sentirti accolto, utile. Con una malattia di Alzheimer questo non è così facile perché visti tutti i freni inibitori che ti toglie viene poi a mancare un po' questa capacità e sta a noi cercare di contenere certe esuberanze della persona ma di farla sentire comunque a casa e di sentirsi parte di un gruppo. C'è una signora infatti che ci dice sempre “qui con voi sto proprio bene e si vede che fate volentieri il vostro lavoro” e questo per me è una grande soddisfazione ed è lo scopo principale che la persona si senta a suo agio. Da una parte è vero che a casa propria ci sono altre dinamiche, per il parente non è facile convivere con una persona malata di Alzheimer e che magari non ti riconosce anche se la affianchi da 40 anni e quindi per il parente è difficile comprendere che non è la persona che fa apposta ma è la malattia. Poi nell'altro Centro mi ricordo che c'è un signore che mi dice sempre “perché devo andare a casa? Sto bene qua” e bisogna fargli capire che la giornata finisce e che può tornare il giorno dopo.

7. C: E secondo lei con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Mah, un'attività precisa è difficile da pensare, non c'è perché per quanto mi riguarda (...) perché per mantenerla la competenza sociale è molto importante il dialogo e il coinvolgere le persone ad esempio con la musica perché li accomuna molto. Magari si parte da una canzone e poi ognuno ci collega la propria esperienza o anche il ballo, è divertente perché magari ti raccontano che ai loro tempi non si poteva andare a ballare e che scappavano di casa per andare di nascosto e poi magari un altro dice che gli è successa la stessa cosa e tra di loro si forma questa condivisione, una condivisione di momenti passati che magari li unisce di più. Anche il momento della lettura del giornale (...) il fatto che ogni tanto raccontiamo cose nostre personali della nostra vita e loro mi chiedono “come sta la bambina?” e condividiamo degli aneddoti sui figli e questo crea un'unione tra le persone perché magari c'è chi ascolta soltanto e magari c'è chi dice “sì anche a me...mia sorella e la mia mamma anche...”, è un'attività di relazione anche se non è specifica. Ad esempio, i lavori dei laboratori io non li ho mai amati perché si centrano troppo sul concetto del lavoro mentre a me piace la relazione diretta dove lo strumento è la relazione con la persona e non è il lavoro o altre cose. Ma anche nelle attività stesse che proponiamo fa tanto come tu sei con la persona e vedi la differenza tra i colleghi che sono bravissimi su alcuni aspetti ma carenti su altri e magari coinvolgono meno la persona. Mentre altri sono magari meno forti sulla teoria e più forti sulla relazione e queste cose qua e hanno poi un risultato diverso quindi anche tutto quello che è conoscenza delle pratiche professionali è importante ma secondo me portiamo anche tanto del nostro modo di essere, con una buona conoscenza di tecniche e di capacità relazionale è un connubio perfetto secondo me.

C: Quindi se non ritiene ci sia un'attività specifica riesce a pensare delle piccole azioni che incentivano questo tipo di competenza?

I: Ah beh sì magari con la collaborazione (...) magari c'è un utente ecco che è in difficoltà e si chiede (...) a volte spontaneamente lo fanno perché spesso arriva spontaneamente. Questa generazione è molto sull'aspetto sociale, penso alla nostra generazione e non penso che siamo così, loro sono molto altruisti nei confronti di una persona che vedono in difficoltà e sono i primi che si alzano per andare ad aiutarla oppure anche a sparecchiare ecco queste cose qui. Puoi anche usare la volontà di qualcuno di aiutarti in cucina ad asciugare i piatti e trovo che in questa generazione lo fanno più facilmente da soli. Anche per esempio c'è una signora che si deve sedere sulla poltrona e c'è un signore che la va ad aiutare ad alzare le gambe e lo fa spontaneamente senza che dobbiamo stimolarlo oppure te lo fa notare e ti dice "guardi che la signora ha bisogno di alzare le gambe", c'è molto questa cosa senza doverla creare, sono abituati ad occuparsi degli altri visto che si occupavano anche dei loro genitori. Poi ad esempio io suono la chitarra e posso chiedere loro cosa pensano del testo, secondo loro cosa si intendesse con una certa parte del testo e dopo lì magari si va (...) magari chiedi se ai loro tempi era diverso e si sfrutta uno strumento per arrivare a coinvolgerli. Magari collaborano a preparare il pasto o la merenda e si è lì tutti a tavola, o c'è un lavoro da fare a catena e quindi uno fa una cosa e si aspetta che quello finisca affinché la passi all'altro e magari si fanno questi tipi di lavori dove collaborano.

8. C: Poi, vorrei sapere se dalla sua esperienza come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia e se sì quali?

I: Eh sai in quelli più compromessi magari è più difficile perché poi magari subentrano certe cose come se hanno difficoltà di parola o proprio di comprensione, all'inizio invece parlano ancora e la comprensione c'è. È più difficile avere (...) quello che resta di più nel gruppo più compromesso è proprio la fase di accudimento di un'altra persona e quindi se vedono che ha bisogno magari cercano di fare un gesto per aiutare con una coperta o col da bere mentre quello che è più il dialogo è più difficoltoso per loro proprio perché hanno difficoltà nella comunicazione, magari non parlano più o magari usano parole non coerenti con quello che si sta dicendo ma usano più il gesto concreto. Infatti, poi con loro diventano quasi interventi a uno a uno perché magari arrivano in struttura già agitati e vogliono andare a casa e questo poi destabilizza il gruppo, allora devo prendere a carico l'utente e riuscire a vedere come riesco a farlo stare meglio e un altro operatore deve gestire chi rimane. Nella fase avanzata ci sono meno attività che puoi fare in tal senso e quello che funziona sempre benissimo è la musica e il canto, questo li fa stare sempre bene. A volte diventa difficile farli collaborare perché se c'è una persona agitata questo scombuscola proprio tutto il gruppo infatti spesso ci sono due persone che vanno via prima e tutti gli altri cominciano a chiedere quando anche loro possono andare a casa e lì non è sempre facile. Qui c'è proprio un bisogno personale, primario cioè nel senso "sono io" e si vede meno magari l'altro. Nella fase iniziale magari più leggera secondo me si riesce di più ad agire su questa competenza.

9. C: Come affronta poi eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?

I: Cerco prima di tutto di capire cosa può dare o meno fastidio a questa persona nel momento che stiamo vivendo lì, tutto dipende se sono da sola o se sono con qualcuno, cerchiamo di essere in due magari uno può cercare di staccarsi e prendere la persona e cercare di capire la persona, se ha un malessere o se è qualcosa dell'attività che gli dà fastidio, insomma lo ascolto ecco. Magari all'inizio provo all'interno del gruppo a chiedere alla persona se c'è qualcosa che non va se poi mi dà delle risposte che lo calmano allora rimane all'interno se invece si agita ancora di più lo stacco perché magari non vuole parlarne davanti agli altri, magari si imbarazza o non ha piacere di condividere qualcosa con qualcuno, dipende dalla situazione.

C: E poi se l'aiuta succede che l'utente rimane fuori dall'attività o lo sostiene a rientrare nel gruppo?

I: Ecco quello viene chiesto alla persona, se ha piacere di rientrare va bene altrimenti capisco che gli è bastato quello che ha vissuto e niente. Si cerca di rispettare quando uno non ha voglia di fare e non lo obbligo, anche solo guardare gli altri e l'attività è uno stimolo e può far venire poi voglia di fare. Dipende tutto da cosa succede, in passato è successo che due signori si sono quasi menati perché uno ha fatto un apprezzamento che non è stato gradito e in quel caso li si è dovuti per forza intervenire perché era in gioco un aspetto molto fisico. In altri casi si interviene cercando di capire cosa causa il conflitto tra le persone cercando di rimarginare quello che si è creato. A volte si interviene anche da lontano, io osservo la situazione per capire come sta evolvendo perché trovo che sia anche giusto che provino a risolversi da soli le loro cose. Se tu intervieni sempre non li aiuti ad imparare a gestire queste cose, quindi anche qui prima di intervenire osservi la situazione per vedere com'è e come non è, cerchi di aiutarli a trovare una soluzione tra di loro.

10. C: In quanto educatore/trice quali sono secondi lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?

I: Allora la visione della persona nel senso la conoscenza della persona nelle sue caratteristiche, nella sua storia e penso che come educatori si ha una sensibilità diversa rispetto ad altre professioni, tipo mezzi psicologi, abbiamo qualcosa in più che ci permette di aiutare la persona a mantenere queste capacità. Però ecco è importante anche per far parte di una società, è la base di qualsiasi relazione la competenza sociale, noi dobbiamo relazionare con tutti e se abbiamo questa capacità possiamo integrarci in una società altrimenti veniamo messi nell'angolo e considerati asociali o cattivi, questa capacità deve essere mantenuta perché ti fa sentire parte di un gruppo nonostante la malattia presente. Poi quando questa avanza hai comportamenti che non sono accettati da altre persone e quindi coinvolgere anche l'altra utenza senza Alzheimer va bene per esempio c'è una signora che ha un Parkinson e magari le dà fastidio l'atteggiamento di un signore ma cerchiamo di farle rendere conto che quest'altra persona ha delle difficoltà e che non fa apposta per darle fastidio ma che la malattia lo porta a comportarsi in un certo modo e quindi lavorando su questo anche

l'altra utenza accetta di più queste persone. Questo non è facile perché a volte hanno atteggiamenti un po' fuori dalle righe, un po' esuberanti sia verbalmente che fisicamente, poi ogni tanto queste cose vengono anche prese sul ridere ma direi che con questa competenza si cerca di accettare l'altro come una persona diversa da me. Per me è importante mantenerla per potersi sentire a proprio agio in un luogo, in una società e ecco in qualsiasi posto.

11. C: E ora l'ultima domanda, nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

I: Così come stiamo andando adesso mi sembra di andare in una buona direzione, ehm, forse ampliare un po' di più questo tipo di attività o coinvolgere di più questa competenza in altre attività. Magari partendo da un'attività cognitiva cercare di sviluppare un po' anche la competenza sociale proprio per il fatto che è importante mantenerla. Ma direi però che ora come ora mi sembra si vada abbastanza bene, l'unica cosa è cercare di inserire anche un po' di più questa parte nell'attività cognitiva però di per sé viene fatto già indirettamente perché nasce già questo coinvolgimento sociale anche solo partendo da una parola poi le persone si mettono ad interagire, però per ora è più un automatismo che non ti rendi conto di farlo, una cosa spontanea e naturale e quindi forse si può esplicitare di più.

C: Benissimo, abbiamo concluso se desidera può aggiungere qualcosa a quanto è già stato detto altrimenti possiamo terminare.

I: Voglio dire che mi ha fatto davvero piacere questa intervista perché le domande mi hanno dato modo di pensare al lavoro che sto facendo e a cosa posso eventualmente cambiare e questo è sempre importante per non essere statici, bisogna sempre portare qualcosa in più e non perché lavoro da X anni non devo cambiare quindi è stato utile.

Trascrizione Integrale Intervista n° 2 – 02 giugno 2021

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. C: Da quanto tempo è formato/a come educatore/trice sociale?

I: Non vorrei sbagliarmi ma mi sembra che ho avuto il diploma nel X per cui sono X anni.

2. C: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?

I: Dal X quindi sono più meno X anni e qualche mese.

3. C: Tenendo conto della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Okay, è una domanda generale sì, ecco il principale intervento che viene svolto qua al Centro è molto basato sulle attività terapeutiche di cui la principale se vuoi è quella della memoria, noi abbiamo un piano strutturato settimanale dove sono previste delle attività di memoria più tutte quelle che vengono fatte extra. Quello che secondo me all'interno di questo contesto è l'intervento che viene fatto più frequentemente è legato appunto al mantenimento della memoria ovviamente. Poi c'è tanto un lavoro che si espande alle famiglie, di ascolto e di sostegno, noi facciamo anche un po' dei gruppi di parola e adesso c'è l'idea di aprire un gruppo di parola tra familiari e quello sarà un nuovo intervento che verrà proposto. Invece con gli utenti non ti so bene rispondere perché a livello di approcci teorici con i colleghi non è che ne abbiamo mai discusso veramente sai delle terapie a livello teorico e così, si basa tutto molto sul pratico e la teoria è un po' lasciata così a sé o perlomeno non se ne parla, sta alla base ma non se ne discute poi tanto. Però

sicuramente ecco la Validation c'è ma altro non saprei dirti, quella però sta alla base di tutti i Centri Diurni Terapeutici penso, difatti quando ho fatto il colloquio per essere assunta era una delle cose che mi avevano chiesto. Calcola comunque che la giornata è strutturata in un certo modo e che al mattino si punta di più sulla stimolazione cognitiva, perché gli utenti sono più riposati e nel pomeriggio invece vengono proposte attività più ludiche, cose un po' più tranquille e rilassanti ecco per farli ingranare dopo il riposo.

4. C: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?

I: Allora devo dire che col gruppo che abbiamo ora siamo abbastanza fortunati perché sono tutte persone abbastanza attive e non c'è bisogno di fare grandi interventi affinché partecipino alle attività. Però in passato avevamo degli utenti che tendevano ad essere un pochino apatici e quindi in quel caso, dal mio punto di vista, è buona cosa che ci siano due operatori a gestire l'attività, una che è il conduttore e una persona che sta un po' affianco a queste persone, che ripete le domande da vicino e cerca di stimolare in maniera più diretta e individuale. Questo è ciò che facciamo generalmente poi si spiega anche il senso dell'attività, perché viene proposta, anche perché così loro possono dare senso a quello che facciamo altrimenti magari ti dicono "non siamo all'asilo, non abbiamo voglia di stare qui a fare i calcoli" e quindi spieghiamo un po' cosa ci sta sotto, l'obiettivo e insieme si crea il senso di quello che si fa al Centro così anche per loro ha senso stare qui e trascorrere il tempo in un determinato modo.

5. C: Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì, me ne può fare qualche esempio?

I: Allora abbiamo dei gruppi che sono abbastanza omogenei ora e questo ci facilita un po' perché non c'è bisogno di dividere il gruppo o così via. In passato avevamo una signora che aveva questo wandering e quindi si alzava, iniziava a camminare per la struttura ed era una persona che non parlava più, era in fase talmente avanzata che era privata di linguaggio e quindi la si affiancava, si camminava con lei, si controllava che non cadesse, che non si ferisse e visto che stava molto in piedi ogni tanto si inclinava indietro allora un operatore si staccava e garantiva un rapporto uno a uno in modo che fosse sempre sorvegliata. Poi ora abbiamo qui un signore che ha avuto un ictus qualche anno fa e anche lui non parla però a livello cognitivo sembrerebbe abbastanza intatto anche se ciò è difficile da valutare con certezza e capire a che punto sta la persona. Con lui alle volte facciamo delle attività di memoria visiva e qui c'è bisogno dell'uso della parola e lui ne è privato e cerchiamo di fargli scrivere oppure se ha difficoltà a livello di motricità fine e non riesce a scrivere quel giorno allora un operatore si stacca e a uno a uno si propongono altre attività in modo che non debba stare in un'attività che non riesce a partecipare. Spesso il rapporto individuale è più presente nella fase avanzata, ci sono spesso persone che non ricordano dove si trovano oppure si preoccupano che i parenti non sappiano dove si trovano e quindi anche lì magari c'è l'operatore

che si siede a fianco e gli ricorda che è stato portato alla mattina e che il familiare è informato, che a un certo orario tornerà a casa e poi succede anche che lo si faccia chiamare a casa.

6. C: Adesso andiamo verso delle domande più specifiche, le chiedo allora in quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine “competenza sociale”?

I: In un contesto come questo siamo abbastanza facilitati in questo senso perché comunque abbiamo delle persone che più o meno sono nella stessa fascia d'età, hanno più meno gli stessi vissuti e dei trascorsi simili quindi essendo comunque che frequentano il Centro nello stesso orario e sono nello stesso gruppo, le persone si ritrovano e capita anche che si riconoscono e si crea un gruppo di parola e di confronto per questa competenza. Il fatto di venire qui al Centro è occasione di socializzazione perché se stessero a casa avrebbero meno occasione di confrontarsi con altre persone e con altre figure. Quindi penso che la competenza sociale sia anche relazionarsi con chi ti sta attorno e questo è un contesto affinché si possa creare questo confronto e l'occasione di parola.

7. C: Con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Abbiamo ad esempio una signora che viene qua da noi e vive ancora da sola a casa, è più meno autonoma e lei chiede spesso di poter uscire e di essere accompagnata da noi per fare i pagamenti in posta, per andare a fare la spesa al negozietto e queste sono occasioni al di fuori del Centro per potersi confrontare con chi lavora in altri posti nel territorio, quando a livello di personale puoi garantire di poter uscire si cerca anche di portarli fuori a fare delle passeggiate, creare delle occasioni di scambio anche con persone che non appartengono all'ambiente del CDT, ovviamente questa cosa è stata più limitata con l'arrivo del virus, alcuni gruppi si erano dimezzati però ecco sono cose che normalmente faresti.

C: Quindi riformulando mi sembra di capire che applicate anche una socializzazione con il territorio e all'interno della struttura ci sono delle attività specifiche o momenti in cui allenare questa competenza?

I: Di per sé tutte le attività ludiche si prestano bene a far sì che gli utenti interagiscono tra di loro, ad esempio la tombola e il canto sono attività che scaturiscono pensieri legati al passato e allora le persone iniziano a raccontarsi tra di loro sui loro vissuti. Ovvio che se metti in atto un'attività con una scheda individuale per ogni persona quel tipo di attività fa sì che la concentrazione rimanga un po' nel tuo e non si guardi molto al vicino, queste attività permettono meno il confronto e meno socializzazione mentre magari con la lettura del giornale si crea già più confronto sicuramente secondo me.

8. C: Dalla sua esperienza lavorativa come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia?

I: È un po' lo stesso discorso di prima perché ora abbiamo un gruppo abbastanza omogeneo se penso a quelle persone che veramente erano in fase avanzata sicuramente c'erano differenze perché noi avevamo utenti che non si relazionavano praticamente più né con noi né con gli altri utenti e quindi in quel caso cosa fai (...) da vicino, ti siedi e cerchi di capire i suoi bisogni però a livello di competenza sociale se la fai sedere per far sì che possa stare nel gruppo ma subito dopo si alza e va non la puoi nemmeno costringere e qui ascolti il suo bisogno e cambia l'intervento. Magari in questa fase avanzata il lavoro per quella competenza lo fai su cose più piccole anche solo il momento del pranzo è comunque un momento in cui per la persona in fase avanzata è più facile stare nel gruppo perché ha un altro stimolo e sta a tavola per mangiare e questo è aiuto per rimanere con gli altri però si bisogna concentrarsi sulle cose piccole perché a livello di lavoro vai molto sul mantenimento essendo comunque anche in età avanzata e bisogna anche accontentarsi, come educatore il nostro lavoro qui rispetto a un lavoro con ragazzi giovani cambia completamente. Comunque, ecco sì con chi comunque è più autonomo qui anche solo ad esempio leggendo il giornale c'è chi magari a livello cognitivo nella fase iniziale dialoga e si confronta volentieri con gli altri utenti anche senza il mio intervento, al limite faccio un po' di mediazione quando loro non si capiscono. A volte poi facciamo pittura e magari capita che ci sono dei presenti che aiutano degli utenti ipovedenti e quindi anche qui c'è più scambio, magari c'è uno che aiuta a colorare il foglio di un'altra persona o si scambiano il foglio e anche già solo qui si vede l'interazione. Ma di solito se gli utenti notano che altri sono in difficoltà sentono di voler intervenire e questo viene già da loro, anche con la cucina si verifica un momento in cui sicuramente viene facilitato lo scambio e l'interazione tra di loro però qui bisogna entrare nel fatto che il potenziale sta nel mantenimento e ci si accontenta dei piccoli passi e non ci sono stravolgimenti enormi come può essere quando lavori con un ragazzo giovane che è in fase di evoluzione, di crescita e di apprendimento. Secondo me qui l'educatore deve cambiare un po' mentalità senza nulla togliere agli altri contesti, è solamente diverso perché c'è un altro tipo di presa a carico, l'educatore deve scendere a patti che qui non può più lavorare sulle stesse cose con cui avrebbe lavorato con altre casistiche e non vuol dire che è peggio o meglio. Poi tu qui sei un educatore e ti confronti con gli infermieri però non hai uno scambio diretto con altri educatori quindi cambia un po' anche l'approccio a dipendenza delle figure con cui sei nel contesto.

9. C: Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?

I: In genere c'è sempre un operatore in più come l'apprendista o l'allievo infermiere che siede a fianco alla persona che ha più difficoltà e cerca di mediare tra lei e il gruppo e cerca di aiutarla, è la strategia più usata.

C: Capisco, quindi mi sembra di comprendere che essere in due è importante secondo lei ma come educatore/trice come interviene quando vede che la persona è in difficoltà?

I: Ah sì beh quello che mi sono sempre detta io è che non mi piace parlare al posto degli altri e normalmente se vedi che qualcuno è in difficoltà a livello di comunicazione tendi a sostituirli ma io voglio lasciargli il tempo affinché si esprima da solo. Poi per certi utenti questo non è fattibile perché vedi che stanno cercando le parole ma non escono proprio dalla bocca e allora lì è necessario un po' intervenire e cercare di capire cosa vuole dire la persona e sostenerla con il suo verbale, mi prendo un momento con lei e poi condivido con gli altri quello che penso voglia dire.

10. C: In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?

I: Perché è comunque un bisogno primario dell'essere umano interfacciarsi con altre persone e quindi è anche uno dei motivi per cui i familiari mandano i parenti qui al Centro così fanno che si relazionano con altre persone perché se fossero a casa regredirebbero maggiormente. Qui invece fanno attività, stanno a contatto con altra gente, vedono facce nuove, si confrontano e quindi hanno stimoli che stando a casa non avrebbero a disposizione. Se non ci fossero i CDT le alternative sarebbero tenerli a casa o mandarli direttamente in casa anziani quindi questo è un modo per far sì che durante la giornata possano parlare con delle persone e conoscere gente e tornare poi alla sera dai loro parenti.

11. C: Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

I: Adesso stavamo proprio riguardando tutto il piano delle attività e sicuramente ci saranno delle modifiche, da parte mia mi piacerebbe creare più momenti di dialogo e socializzazione, adesso come adesso il gruppo è omogeneo ed è un incentivo in più per cogliere l'occasione visto che non sarà sempre così mentre con un gruppo così è più fattibile e c'è meno bisogno di mediazione da parte dell'operatore ed è più probabile che tutti riescano a partecipare ed esprimersi. Concretamente come fare non saprei bene cosa proporre, bisogna un po' pensarci, pensavamo a dei gruppi di parola anche tra gli utenti ma bisogna capire se ha senso farlo nel gruppo grande o se è meglio suddividere in gruppi. Si sta entrando un po' in una fase di sperimentazione però si vuole creare qualcosa che dia loro più voce e più parola. Anche se non viene manifestata la competenza sociale viene già implementata in diversi piccoli momenti perché vi sono diverse occasioni in cui loro si interfacciano tra di loro anche ad esempio solo nei pasti si mangia assieme e non separati. Però ha senso pensare a delle attività più strutturare proprio col fine di farli socializzare e così è una cosa più ragionata ed intenzionale. Poi il cruciale del CDT sono proprio le attività perché tanti operatori dopo che sono qua per un po' hanno la percezione di riproporre sempre le stesse attività e si fa fatica ad immaginare cose nuove e

nuovi stimoli. Forse quello che è un po' peccato è che all'interno di X ci sono pochi scambi tra le diverse strutture e magari anche io in passato ho pensato "magari a X propongono delle cose a cui noi non abbiamo pensato e viceversa" e allora sarebbe bello avere maggiori scambi con gli altri per darsi delle idee nuove, per avere nuovi stimoli, questa però è la mia percezione di educatore perché ogni tanto mi sento un po' in colpa a proporre sempre le stesse cose.

C: Okay, la ringrazio, siamo alla conclusione, se vuole aggiungere qualcosa a quanto è stato detto può farlo.

I: Per me va bene così grazie e spero di averti dato un aiuto.

Trascrizione Integrale Intervista n° 3 – 08 giugno 2021

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. C: Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?

I: Dal X.

2. C: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?

I: Da X anni.

3. C: Tenendo conto, della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Allora gli interventi non farmacologici sicuramente l'intervento (...) diciamo lo strumento principale è quello della relazione quindi il mantenersi in continua relazione con il malato di Alzheimer. Ci sono diversi approcci sicuramente potrei parlare di una relazione comunicativa quindi l'utilizzo di una corretta comunicazione con l'utente che può essere ad esempio di tipo assertivo o prendendo spunto da un metodo come la Validation di Naomi Feil che a mio avviso è uno degli interventi più importanti che si possono avere con un malato di demenza, più che uno strumento è un atteggiamento che si ha con una persona disorientata. Oltre alla comunicazione c'è la comunicazione non verbale quindi il riuscire a restare in relazione anche in silenzio, che talvolta, almeno dalla mia esperienza, vedo che è un fattore molto difficile per gli educatori perché l'educatore spesso ha l'impressione del dover fare e qua col malato di demenza sicuramente una specificità dell'educatore è quella del sostare quindi il semplice saper stare accanto che smuove tantissime cose dentro la persona che (...) dentro l'educatore ecco fa riflettere molto perché è molto più difficile secondo me restare in

silenzio che parlare ecco sopportare i silenzi e anche il senso di impotenza e sopportare il fatto che non si educa perché un anziano secondo me non si educa più. Questi sono elementi importanti per l'educatore e molto difficili da attuare a mio avviso però molto interessanti. E poi sicuramente la Validation come la vede Naomi Feil è indicata per persone con uno stato di disorientamento piuttosto marcato ed è utilizzabile con persone molto vecchie quindi la vecchiaia di quarto grado (...) lei parla se non sbaglio dai 79 anni in poi cosa che sicuramente spesso qua accade perché abbiamo persone molto anziane ci sono anche persone meno anziane però ecco diciamo che tra tutte le terapie viste quella che io prediligo è sicuramente la Validation perché più che uno strumento è un atteggiamento che il curante deve avere e mi piace il pensiero di Naomi Feil che dice che c'è sempre una motivazione per cui il malato di demenza dice o fa qualcosa. Tante volte c'è l'idea di dire "ah ma tanto lui fa così perché ormai è demente" io penso che fa così perché ha un motivo per fare così e quindi sta a noi curanti o anche ai familiari a calarci nel mondo del malato di demenza. Noi non possiamo più pretendere che lui viva e si orienti nel nostro mondo reale ma calarci nel suo mondo individuale e del tutto personalizzato, questo mi piace perché più che convalidare ciò che dicono è convalidare ciò che esprimono a livello emotivo. Il classico esempio può essere il malato di demenza che dalle 14:00 in poi, dopo il pranzo quando di solito nasce l'ansia di dover tornare a casa, che dice "devo andare" in maniera molto insistente perché dice che deve andare a cucinare per i suoi bambini. Secondo me è inutile cercare di far ragionare un malato di demenza quello che io ogni tanto vedo sono persone che insistono sul farlo riflettere, è chiaro che lo si manda solo più in confusione e allora sta a noi calarci nel suo mondo, il suo mondo in quel momento lì è fatto di ansie ed angosce e sta esprimendo un'ansia del voler tornare a casa dove si sente utile e produttivo e come figura educativa io devo attaccarmi a questo elemento qua. È anche vero che per veramente fare della Validation corretta sotto tutti gli aspetti bisogna essere operatori di Validation ed è una formazione molto lunga che io per esempio non ho fatto, ho solo il corso base e quindi io posso solo dire che mi approccio con un atteggiamento convalidante. L'altra terapia è la ROT che è una terapia e un approccio sicuramente indicato per persone con sì un disorientamento spazio temporale però all'inizio della demenza quindi per persone che ha ancora senso cercare di strapparli dal loro mondo fatto sempre più da oblio e cercare di rimmetterli nel qui e ora quindi sono delle terapie che spesso si vedono anche a casa, con bigliettini che dicono "oggi è martedì, ci troviamo a X, siamo in primavera, la data è questa, lei ha 3 figli" ecco delle indicazioni di questo genere, da noi qui al CDT sicuramente viene fatta però solo con gruppi con un certo declino cognitivo iniziale. A un certo punto però il nostro compito è di accettare che qualcosa del genere non ha più senso che anzi dandogli troppo elementi rendiamo la loro quotidianità solo con più elementi confusionari che non riescono più a gestire.

4. C: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?

I: *Allora sicuramente bisogna dapprima iniziare a dire che il malato spesso è consapevole delle lacune che ha, non sempre il malato di demenza è stato informato della sua diagnosi, che a mio avviso è un diritto di ogni essere umano sapere che tipo di diagnosi ha, purtroppo non è una scelta nostra nel senso che dipende dai familiari e*

tanti familiari, persino su consiglio medico, evitano di parlare di demenza e di Alzheimer, è ancora un grandissimo tabù e quindi tanti non sono consapevoli di averla però malato di Alzheimer non vuol dire essere stupido hanno una saggezza che a mio avviso è anche una saggezza dell'anziano e quella di sapere che c'è qualcosa che non funziona e quindi cosa fanno loro per difendersi? Come ogni essere umano fanno quasi sempre attacco o fuga, spesso come meccanismo di difesa il malato di demenza sceglie la fuga quindi una fuga di tipo sociale e quindi rinuncia a partecipare alla vita sociale perché è un ambito dove è consapevole che non riesce più a rendere come una volta. Quindi quando qui al CDT vengono proposte delle attività che magari esulano dalle solite attività vediamo che dicono "no oggi non ho voglia" oppure "no oggi non me la sento" cioè cercano di evitare un confronto con la propria patologia e con i propri limiti perché hanno paura di mostrare agli altri la propria debolezza e non vogliono fare figure. Come posso stimolarli io come educatore? Innanzitutto, con molta pazienza e con molto rispetto, certo posso stimolarli invitandoli più volte e spiegando molto bene l'attività, perché tante volte la cosa nuova per loro è fonte anche di angoscia quindi spiegare bene cosa si andrà a fare. Poi ci tengo a preparare minuziosamente il setting e ridurre gli stimoli esterni come il rumore, le luci, la televisione accesa, la musica, la cuoca che sbatte delle pentole in cucina, eccetera e quindi rendere più sicuro l'ambiente, t già stimola loro di partecipare. Poi penso che un altro aspetto è sicuramente la fiducia che loro hanno negli operatori perché anche se non ci riconoscono come persone con il ruolo di infermiere o educatore sanno che siamo persone su cui fare affidamento e questo aiuta molto. E poi ci tengo anche a rispettare che non vogliono partecipare e si accetta che uno ha semplicemente voglia di stare lì a guardare mentre gli altri fanno l'attività e non insistere a fare qualcosa che magari non ha mai fatto. Un classico esempio è la tombola, io spero che a me mai mi proporranno una tombola quando sarò anziana (risata) perché sarò quella che non vorrà partecipare e spero che tutti accetteranno la mia volontà.

5. C: Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì quali, me ne può fare qualche esempio?

I: Allora qui noi cerchiamo di creare gruppi il più omogenei possibile quindi quando si fa un'ammissione a un utente uno dei punti che guardiamo subito è che sia inserito nel gruppo idoneo a lui e che a livello cognitivo non venga iper o ipo stimolato cognitivamente. Un altro elemento importante e che sicuramente qui il ruolo dell'educatore è fondamentale è comprendere la composizione delle dinamiche sociali di gruppo quindi è chiaro che un signore con una demenza frontale quindi disinibito non lo inserirò in un gruppo di attività di sole donne dove poi possono nascere delle dinamiche molto difficili da gestire non tanto per le persone che soffrono di demenza frontale ma per il resto del gruppo, anche se per esempio ora abbiamo meno persone per via del virus comunque le dinamiche di gruppo secondo me non sono da sottovalutare. Questa è comunque una prima scelta che gli operatori fanno poi in secondo luogo, bisogna anche guardare alla scelta individuale cioè io non posso classificare sempre i malati di demenza a un primo, secondo o terzo stadio perché magari uno con un Mini Mental Test piuttosto alto quindi che potrebbe essere alla fase iniziale non riesce magari a partecipare ad attività di tipo motorie o oculari o per

esempio alle attività dove è importante sapere usare la manualità con la cucina, il giardinaggio dove tutta la memoria procedurale non funziona più e allora è inutile inserirlo in quel gruppo lì. Diciamo che il grande lavoro di un CDT almeno penso a livello di X è quello di guardare l'utente individualmente e valutarlo individualmente con un suo piano di cura di tipo sanitario che però include anche aspetti relazionali e educativi. Ad esempio, abbiamo persone con un Mini Mental Test bassissimo inserite in dei gruppi piuttosto prestanti semplicemente per il fatto che a livello relazionale sono abili e si inseriscono bene anche nella comunicazione poi certamente vengono aiutati e sostenuti ma è tutto molto individuale.

6. C: In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine "competenza sociale"?

I: È una buona domanda sì, allora competenza sociale per me è il saper stare ed essere nel mondo e dunque il malato di demenza ha sicuramente e mantiene viva la sua competenza sociale fino alla fine perché a modo suo ha trovato e ha sviluppato un suo modo di stare nel mondo, sta a noi accettare il suo modo di particolare di stare nel mondo. Quindi se c'è una persona fortemente disorientata non posso dire che questa persona non è più capace di stare nel mondo al massimo è il mondo che non più capace di prenderla così come è. Stare nel mondo per me vuole anche dire relazionarsi con le persone, un malato di demenza fino alla fase terminale sta nel mondo e si relaziona con gli altri a modo suo, in un modo che può stupire o far paura o rattristare chi sta intorno però la capacità comunicativa persiste nella demenza. È un mondo affascinante ed è un mondo che mi interessa nonostante tutti gli anni che lavoro scopro sempre elementi particolari ed elementi dove mi dico "aveva ragione Naomi Feil che diceva che ogni cosa che fa il malato ha il suo senso e la sua funzionalità" e sta a noi capirlo.

7. C: Con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Sicuramente stimolando la persona a stare nel gruppo perché la tendenza è quella dell'isolamento e mi viene in mente un esempio. C'era questa utente ex medico, sposato e la moglie non lo portava più fuori perché veniva riconosciuto dagli altri purtroppo quest'utente soffriva di demenza frontale ed era disinibito e per la moglie era un trauma portarlo fuori e vedere che faceva apprezzamenti a tutte le donne che incrociava. Allora per difendere la sua dignità non lo portava più fuori e l'unico momento in cui usciva di casa era per venire qui al CDT quindi sicuramente per lui questo era un elemento importante poter stare ancora con altre persone, poter esprimere la sua socialità. Quello che secondo me è importante e io vedo che gli educatori su questo sono molto bravi è il lasciare spazio alla comunicazione degli utenti in gruppo. Per me è sempre importante non intervenire troppo e intervengo soltanto se le esternazioni di qualcuno possono ferire altre persone però ecco anche per esempio il concetto di poter esprimere le proprie emozioni questo a volte viene affermato ma poi quando si tratta di emozioni negative l'operatore tende subito a intervenire e io penso che no che anche hanno diritto anche ad esprimere emozioni negative come la gelosia, l'invidia, la rabbia o la cattiveria. Sono convinta che questo sia importante perché forse non hanno potuto

esprimerlo durante tutta la vita e finalmente in una demenza dove non devono dimostrare niente a nessuno possono esprimere ciò che hanno oppresso per tutta la vita. C'è una signora che ha avuto una vita molto difficile e lei dice che ha sempre dovuto dimostrare di essere capace, di essere al di sopra del dolore e non ha mai potuto esprimerlo e fare finta di nulla ma ora esprime tutto il dolore in merito al suo lutto e anche se l'ha vissuto molti anni fa è inutile che io educatrice intervengo e dico "non si preoccupi, ormai sono morti tanti anni fa e la vita è così" cioè io devo riuscire a stare in questa tristezza qua e accogliere ciò che mi sta esprimendo in tutti i suoi modi, anche quando è delirante. Poi sicuramente le attività legate alla memoria biografica quindi all'auto narrazione sono utili a promuovere questa competenza però anche qui con un malato di demenza si è spesso tra realtà e finzione, magari in quel momento per quell'utente è importante raccontare che ha baciato la fronte della regina Elisabetta e non sta a me immaginare se è vero o falso ma devo accettare che per la persona è importante dire questa cosa qua e può essere che lo dica per mantenere la sua autostima dinanzi al gruppo. Poi anche attività semplici cioè lo stare assieme dopo pranzo quando c'è l'ora di riposo e tranquillità, c'è chi vuole dormire o leggere il giornale ed è interessante vedere come si relazionano tra di loro, questo è il fine del nostro lavoro, che possano socializzare fra di loro senza essere perennemente stimolati da noi operatori. Ovviamente sta anche all'operatore riuscire a stimolare la narrazione e la discussione in gruppo, quello che sicuramente aiuta la competenza sociale sono le attività legate al ragionamento, cosa che a me piace molto fare, cioè stimolare la memoria prospettica ad esempio proporre un'attività di riflessione dove chiedo "cosa fareste se vedeste una bambina rubare al supermercato?" e allora arriva quella che dice "io la sgriderei subito e lo direi al cassiere" e l'altro si aggancia e dice "ma no è un bambino probabilmente ha fatto così perché aveva fame" ecco allora qui vengono stimulate queste competenze anche prospettiche dove la persona si mette in un ruolo e c'è tanto confronto. A volte sta anche all'operatore stimolare con tematiche estreme per risvegliarli e fare in modo che possano entrare in relazione. Anche solo con la lettura del giornale ci può essere questo, con un classico articolo che fa scaldare gli animi, è chiaro che non deve essere preso di riferimento uno troppo legato all'attualità perché purtroppo questa non viene più riconosciuta come tale però possono essere tematiche generali che scaldano un po' gli animi e certo nasce socializzazione, essendoci una patologia però c'è un confronto che dura cinque minuti e poi ci deve essere l'operatore che li stimola per portare avanti la discussione però l'operatore serve anche a questo altrimenti non saremmo qui.

8. C: Dalla sua esperienza lavorativa, come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia? Se sì quali?

I: *Io direi che spesso quando si parla della malattia di Alzheimer si considerano solo tre fasi però ci possono essere più di tre, a grosso modo nella prima fase sicuramente la stimolazione alla competenza sociale può essere minima e può essere piuttosto di supporto perché le persone hanno generalmente un buon linguaggio. Certo se c'è una persona afasica con una difficoltà di linguaggio ci smena perché non è avvantaggiata come anche chi soffre di sordità, però ecco nella prima fase io sono più di supporto, magari riporto la persona alla tematica di cui si stava parlando perché magari si è un*

po' persa via. Nella seconda fase oltre al supporto ci vuole sicuramente una stimolazione e ci vogliono conoscenze di tecniche comunicative perché sennò si entra dentro a una dinamica poco funzionale e in un terzo stadio invece ci vuole la capacità dello stare e dell'accettare il silenzio, la comunicazione verbale non ha più questa grande importanza e si ritorna al non verbale e la capacità di parlare con lo sguardo, qui l'utilizzo della musica può essere molto importante. Secondo Naomi Feil, il malato di demenza ha bisogno di 3 fattori, di sentirsi amato e protetto, che possa esprimere le sue emozioni e che possa sentirsi utile e produttivo. Se uno di questi fattori non viene vissuto la persona come risposta si rifugia nell'oblio e il declino si deteriora ulteriormente, è una cosa terribile a dirsi se si pensa cosa vuol dire e significa che se questi fattori ci sono molto probabilmente il deterioramento sarà più lento. Io vedo spesso che con la persona l'elemento fondamentale è quello di sentirsi amato e protetto, per me penso in fase finale l'aspetto fondamentale è far sentire l'altro amato e protetto ed è anche per questo che il CDT viene considerato luogo protetto, non c'è un via vai, devono sentirsi sicuri qua dentro. Un malato di demenza in fase avanzata probabilmente non riuscirà più a sentirsi utile e produttivo quindi l'operatore deve sapergli stare accanto e convalidare le poche emozioni che magari esprime. Nel nostro lavoro questo è molto difficile ed è quello che vedo che per gli educatori è difficile stare in silenzio ecco. Bisogna dare significato alle cose che loro esprimono in quel momento però è anche vero che i CDT, almeno quello di X, non è pensato proprio per la fase finale però bisogna dare senso a ciò che viene. E io spesso ci penso sai, penso "ma che senso ha un educatore con un anziano?" e mi piace pensare che il suo senso sia quello di ex ducere cioè condurre fuori, io conduco fuori da certe emozioni che possono essere inesprese o espresse, oppure emozioni fortemente negative e io sono qui per la persona, per condurla fuori, la sostengo e cerco di condurla fuori dalla spirale dell'ansia e della paura sapendo benissimo che ci riuscirò solo per dieci minuti e poi ritornerà (...) la capacità di accettare che il nostro intervento è limitato nel tempo.

9. C: Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?

I: Ehm io penso che spesso si cerca di tutelare al massimo le persone come se si volesse sempre ridurre al massimo gli effetti negativi del vivere in comune ma vivere in comune vuol dire anche arrivare a discutere magari persino un litigio, avere malintesi, la vita vuol dire accettare che questo accade. Non sono dell'idea che la persona deve essere tutelata in tutto e per tutto, vivere nella socialità vuol dire avere delle pietre d'inciampo e significa trovare strategie per superare le pietre d'inciampo. Non sta sempre a me come operatore togliere tutti gli ostacoli anzi è giusto che ci siano. Se ad esempio durante un'attività due persone iniziano a discutere io non intervengo ma osservo e intervengo solo dove ritengo che ci sia un pericolo. Non c'è il giusto o sbagliato ma la giusta misura, mettere le cose sulla bilancia e scegliere il minor dei mali ma perché la vita è così e va vissuta anche con una demenza. Poi se la persona vive difficoltà durante un'attività il mio compito è sicuramente di tutelare, non ne parlo con lei davanti a tutti ma cerco di non sminuire il suo ruolo all'interno del gruppo e di mantenere la sua autostima. Se io vedo che una persona fa fatica a esprimere il suo concetto e formulare una frase e io so che di per sé il concetto è nel cervello e magari fa fatica a esprimerlo allora non rivolgerò una domanda diretta a questa persona ma la

rivolgerò nel gruppo, vedo se ha il coraggio di rispondere a modo suo e poi faccio una parafrasi di quello che ha detto, cerco di sostenere la sua autostima all'interno del gruppo e di stimolarla a partecipare certo ma anche tutelarla dinanzi alle esternazioni del gruppo. Perché bisogna dire una cosa, tanti malati di demenza, non hanno più remore nel dire ciò che pensano veramente quindi può capitare che delle persone dicono ad un'altra "eh ma non sei neanche più capace di parlare, dio santo ma cammina più dritto" e vedono subito i limiti degli altri perché fanno da specchio della propria demenza e questo fa molta paura, vedono come potrebbero finire loro e come difesa allontanano subito queste persone. Per questo è importante creare gruppi omogenei perché una persona a inizio demenza se la metto in un gruppo con un forte declino rimarrà scioccata perché vedrà il suo futuro e lo fa sminuendo gli altri e per innalzare la propria autostima. È molto importante conoscere le singole persone, percepire dal loro corpo e dalla loro comunicazione non verbale se una persona non si sente a suo agio e poi riuscire a condurla fuori da questa situazione in maniera molto fine, per non rimarcare di fronte al gruppo che una determinata persona sta facendo fatica. Magari dico "signora ho bisogno di lei un momento, può venire con me?" e in genere questa è un'ancora di salvezza e dicono di sì, allora si conducono fuori dall'ambiente di gruppo magari li si accompagna fuori un po' in terrazza o a fare una passeggiata, si dedica loro del tempo ma l'importante è che sono stati condotti fuori da una situazione intollerabile.

10. C: In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?

I: Perché noi siamo ciò che vedono gli altri in noi, l'essere umano è vivo grazie allo sguardo degli altri e io non mi posso sottrarre dalla socialità del gruppo perché sono gli altri che mi definiscono. Quindi magari l'occhio osservatore di un educatore può essere utile proprio a questo, capire che anche il malato di Alzheimer cambia in funzione del gruppo in cui è inserito, di cui fa parte. La persona lo vedo in funzione del gruppo tante volte, certo ha le sue specificità e le sue competenze però l'essere inserito nel gruppo fa di lui ancora un'altra persona, fa di lui una persona con altre sfaccettature che magari in famiglia non attua. È questo lo sguardo dell'educatore qui, sapere che qui siamo un sistema e ogni sistema cambia se viene tolta o integrata una nuova persona. Altra cosa fondamentale è quando c'è il cambio d'équipe, ci sono dinamiche che cambiano quindi vedremo sicuramente anche dei cambiamenti nella nostra utenza. L'occhio vigile dell'educatore è proprio questo, vedere la persona non solo come sistema biologico, con una patologia ma andare oltre e vedere che è inserita in un contesto, in un gruppo e che attua delle difese per tenere alta la propria autostima e la propria dignità.

11. C: Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

I: Innanzitutto, lavorare in un'équipe multidisciplinare riduce questo desiderio di cambiamento perché il modo di lavorare è molto olistico, molto completo ma non mi dispiacerebbe avere un'altra persona in équipe che sia educatore, potrebbe essere interessante non solo per quanto riguarda la visione di questa competenza ma in

generale. Per me la competenza sociale è già una cosa che accade di per sé perché la persona è inserita all'interno di un gruppo, la competenza sociale lì è fondamentale. In rari casi, se questa competenza è talmente ridotta all'osso si può arrivare a discutere di una dimissione, come facciamo a tenere qui una persona che non è più capace di inserirsi in un gruppo? Allora lì bisogna attuare altri tipi di interventi a domicilio, in un rapporto uno a uno, con una relazione privilegiata. L'aspetto sociale è già parte integrante del CDT perché si tratta di un gruppo. Per nostro mandato non siamo chiamati a fare attività di rapporto uno a uno, certo si fanno se proprio è necessario ma già all'ammissione bisogna capire se la persona ha ancora competenze per stare nel gruppo e se è in grado di sostenere il perenne confronto con altre opinioni e le altre visioni di vivere e di stare in gruppo. Se una persona è talmente in avanti con la patologia a mio avviso il CDT non è più il luogo adatto ecco. Poi c'è da dire che nell'équipe vi è una maggioranza infermieristica ma potrebbe essere interessante avere una persona con la mia formazione con cui scambiare altre metodologie e altri concetti di vedere la persona. Io faccio spesso un esempio che è di bassissimo livello però fa capire la differenza tra infermieri e educatori, magari c'è un utente a tavola e gli cade il fazzoletto, ecco dalla mia esperienza il primo che si alza a raccogliergli è l'infermiere perché vede il rischio che il paziente possa sbattere la testa al tavolo mentre raccoglie il fazzoletto, mentre l'ultimo che si alzerà è l'educatore perché vede la potenzialità di mantenere una risorsa che è quella di chinarsi, riuscire con la motricità fine a prendere il fazzoletto e accettare il rischio che possa sbattere la testa. A mio avviso però siamo all'avanguardia per quanto riguarda gli interventi con i malati di demenza, semplicemente potrebbe esserci un equilibrio di ruoli e dunque di visioni all'interno dell'équipe e la cosa che apprezzo è che abbiamo libertà di attuare gli interventi nonostante siamo tenuti a sottostare al settore sanitario e a certi tipi di interventi che devono essere promossi da infermieri.

C: D'accordo, la ringrazio, abbiamo finito, se vuole aggiungere qualcosa a quanto è stato detto però può farlo.

I: Non mi viene in mente nient'altro, grazie.

Trascrizione Integrale Intervista n° 4 – 08 giugno 2021

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. C: Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?

I: Dal X quindi sono X anni.

2. C: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?

I: Da X circa.

3. C: Tenendo conto, della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Allora cerco di vedere i bisogni e la malattia che hanno, il grado della malattia e di far fare loro delle attività per mantenere quelle capacità che ancora hanno, attività sia di gruppo sia magari a uno a uno. Vado più sul concreto ecco. Le principali sono quelle di memoria, che vertono sul cognitivo, risveglio memoria e anche di ginnastica e poi nella settimana si fanno altre attività come il canto, anche a dipendenza del periodo in cui siamo magari decorazioni, pitturare, ritagliare, cose che vanno sulla manualità e poi si decora il Centro. Poi ci sono quelle più ludiche, giochi di società, lanci coi palloni per la motricità, passeggiate e quant'altro.

C: Capisco e a livello di ancoraggi teorici vi è qualcosa a cui si attiene?

I: C'è la Validation e si sta cercando di (...) dicevano che ci facevano fare dei corsi per cercare di introdurci maggiormente la filosofia del metodo Montessori e vediamo. C'è

un'idea di andare in questa direzione però ecco è solo un'idea, di base sì ora c'è quello che è Validation.

4. C: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?

I: Prima di tutto chiedo più a loro cosa vogliono fare, è chiaro che abbiamo un programma qui però non sono io che dico "ora facciamo questo" quindi cerco di sapere anche cosa vogliono fare loro e almeno se mi rispondono e mi dicono il nome di un gioco almeno so da dove partire e quale è il desiderio del momento. E sennò li motivo (...) punto sul fatto di essere in gruppo, poi se vogliono partecipare partecipano sennò niente, però almeno di stare un po' tutti assieme che è anche lo scopo di questo Centro, di evitare che si isolino quindi di dire "siamo in un gruppo, facciamo questa cosa assieme" e poi ognuno è libero di partecipare di più o di meno. Poi c'è anche il fatto che alcuni di loro comprendono l'importanza delle attività nel senso che si dice loro che le attività aiutano a tenere le capacità di memoria che ancora hanno o la ginnastica quindi i movimenti e alcuni di loro capiscono l'importanza di non lasciarsi andare del tutto. Quindi ecco spiego un po' il senso di quello che si fa. Poi col parente si chiede un po' quali sono le attività che piacevano o che gli piace ancora fare alla persona e quindi quelle informazioni le prendi e cerchi di riprodurle qua perché sai che sono cose che piacciono, tipo la lettura, pitturare o il giardinaggio.

5. C: Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì quali, me ne può fare qualche esempio?

I: Sì nel senso che dipende molto dalla fase in cui è e poi anche dalla persona stessa, anche dai giorni perché magari in un giorno la persona è performante e in un altro giorno no quindi veramente considerare queste 3 cose per me. Con una persona che il grado di Alzheimer è tipo all'inizio puoi proporre un po' di più e la persona stessa fa meno fatica a fare mentre se il grado è più alto devi abbassare l'asticella, non riuscirà a fare così tanto, devi stimolarla di più perché magari si rende conto della malattia e preferisce non partecipare o non rispondere. Prendiamo come esempio l'attività di memoria, tipo il gioco con nomi, cose, città, animali, frutta e verdura, se si fa con una persona che la malattia è al primo stadio chiaramente si possono prendere più categorie e si può dire "okay iniziamo con la lettera A" e poi fai lettera per lettera invece con una persona con la malattia più avanzata devi ridurre le categorie e qualsiasi lettera va bene e vai su categorie più semplici. Dalla stessa attività puoi un po' cambiare il grado di difficoltà. Con una persona all'inizio della malattia ci puoi anche discutere sulla categoria cioè se come animale sceglie la tigre puoi chiederle secondo lei in che nazione si trova, quale è il colore dell'animale mentre in fase avanzata non vai a cercare queste informazioni. Si cerca di tenere le attività in tutte le fasi della malattia, non perché una persona ha una fase avanzata della malattia si scarta a priori l'attività, è proprio un (...) della stessa attività cercare di adeguare.

6. C: In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine “competenza sociale”?

I: Allora direi essere in grado di inserirsi in un gruppo di persone e saper adeguare il proprio comportamento e il proprio modo di fare in base a questo gruppo e magari anche gestire il proprio atteggiamento e così.

7. C: Con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Come prima cosa c'è il fatto di dare loro l'opportunità di essere con qualcuno quindi in un gruppo, al di là delle attività che si fanno è importante questo anche perché a casa hanno la famiglia ma il fatto di incontrarsi con persone nuove è importante, persone al di fuori della cerchia familiare. Qui l'attività che va di più oltre la lettura del giornale è anche il canto, nel senso che loro fanno le loro canzoni, c'è molto questo ricordare e andare indietro negli anni e si crea una sorta di discussione sui vecchi tempi e quindi sì è un'attività che li fa socializzare. Per quello che vedo io in altre attività è più domanda e risposta diretta e meno interazione tra di loro mentre nel canto e nelle passeggiate o anche nei giochi ludici qui c'è di più questa competenza secondo me. Anche il pranzo o la merenda tutti assieme e mentre mangi chiacchieri con chi ti sta vicino.

8. C: Dalla sua esperienza lavorativa, come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia? Se sì quali?

I: È vero che ci possono essere delle differenze sai, se penso ad un utente che ha già un grado di Alzheimer avanzato magari ha più difficoltà ad esprimersi e quindi è più difficile farlo integrare con gli altri. O chi ha questa necessità di camminare spesso come il wandering anche qui è più difficile farlo stare nel gruppo o il gruppo stesso vede queste difficoltà e c'è meno quel dire “vieni con noi e fai con noi”. Tra di loro vedono chi (...) c'è un utente che nota maggiormente chi ha più difficoltà e tende un po' a non sopportarli, tra di loro riconoscono chi è simile e chi ha più difficoltà. Poi magari c'è anche chi per carattere preferisce stare più in disparte e per i fatti suoi però è anche vero che la malattia fa tanto su questo ed impronta molto la relazione e lo stare assieme o in disparte. Loro hanno (...) riescono maggiormente nella fase iniziale ad interagire mentre chiaramente una persona con più difficoltà fa fatica.

9. C: Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?

I: Cerco di far sì che il gruppo si conosca maggiormente sai, anche con l'attività dei loro nomi, si mettono in cerchio, ognuno pesca un cartellino con il nome dell'altro e si cerca di farli capire chi è chi. E se vedo che qualcuno è in difficoltà cerco di fare un po' di mediazione se magari è in difficoltà nell'interazione con qualcun altro, e far capire ad entrambi cosa volesse dire uno e cosa voleva dire l'altro o sì un po' questo la mediazione. O forse se vedo che qualcuno è in difficoltà nell'attività specifica forse li

non intervengo subito perché comunque sei in un gruppo ma magari riprendo la persona in un successivo momento solo io e questa persona per capire un po' perché era in difficoltà (...) dopo anche solo quando gli altri lasciano la sala magari sto lì un attimo con la persona e capisco perché così magari la prossima volta si può anche proporre qualcosa di diverso perché magari era in difficoltà a seguire l'attività e vedere gli altri che rispondono e lei che non sa cosa dire già quello mette in difficoltà a volte. Poi per alcuni utenti devi stimolarli ad aiutarsi tra di loro e dove ci sono delle differenze e queste vengono notate bisogna intervenire e far capire che un utente ha più difficoltà perché (...) non per questo dev'essere escluso. Ma è anche già successo che tra due utenti stesse nascendo un confronto ma l'altro non capiva bene e ecco (...) però ecco dipende da utente a utente perché magari con uno la puoi anche buttare sul ridere e sullo scherzo però ecco si stava nascendo questa discussione e ho cercato anche di sviare via la cosa e di far tornare la calma, ognuno di loro è diverso e penso che ti devi approcciare diversamente, con uno fai la battuta e con l'altro un po' meno.

10. C: In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?

I: Penso evitare che arrivi la solitudine e l'isolamento della persona, favorire quindi l'interazione e poi lo scambio di parole, di episodi, di ricordi cioè una messa in comune dei loro ricordi perché questo aiuta molto ad avviare la discussione. Anche solo quando parlano e discutono si mettono in moto tante cose e queste sono importanti per evitare che la persona da sola perda le sue capacità se non viene stimolata o messa all'interno di un gruppo a fare attività.

11. C: Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

I: Secondo me si sta già facendo abbastanza per questa competenza perché le diverse attività che si fanno oltre allo scopo di mantenere le capacità cognitive hanno anche lo scopo di mantenere la parte più sociale e relazionale. Poi sicuro che ci sono altre attività e ben vengano però ora come ora non mi viene in mente niente per fare di più in tal senso. Poi la competenza sociale viene un po' già da sé, è anche qualcosa che può nascere anche in modo spontaneo e tu come operatore cerchi un po' di alimentarla e di non farla scemare subito. Poi in questa struttura manca un po' secondo me uno spazio verde, con un orticello con le piantine, questo potrebbe essere utile per loro. Ho visto un altro CDT che ha anche questo ed è veramente bello perché oltre a quello che è la cura dell'orto c'è proprio il lavorare la terra con le proprie mani e può essere positivo per alcuni utenti, qui ecco immagino una collaborazione tra di loro che qui potrebbero fare qualcosa di concreto, non solo di testa, ma qui lavorerebbero e vedrebbero subito il risultato assieme, poi mentre fanno magari nascono degli scambi. Poi penso che qui si fanno già diverse letture non solo del giornale, ma anche letture più specifiche su racconti e leggende del territorio e questo li coinvolge nella discussione penso.

C: D'accordo, siamo allora alla conclusione, le offro la possibilità di aggiungere qualcosa a quanto è già stato detto se vuole.

I: Magari aggiungo che l'educatore in questi Centri secondo me è comunque una figura importante perché senza nulla togliere agli altri però forse ha un po' più l'attenzione verso i bisogni dell'utenza e quindi assieme agli infermieri si lavora veramente su quello che sono i bisogni però ecco l'educatore ha questo occhio più sensibile. Io vedo un po' questo, è difficile dirlo a parole sai però ecco va magari oltre quelli che sono i dolori visibili e fisici e va a vedere e conoscere la persona e a capire le necessità.

C: Bene la ringrazio per l'aggiunta.

I: Niente, spero di averti aiutata e di aver detto cose chiare.

Trascrizione Integrale Intervista n° 5 – 09 giugno 2021

Introduzione:

Mi chiamo Ana Pereira e sono una studentessa del Bachelor in Lavoro Sociale, presto diventerò educatrice. Per il mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sul ruolo dell'educatore all'interno dei Centri Diurni Terapeutici nel mantenimento della competenza sociale, più in specifico in relazione all'anziano affetto dal morbo di Alzheimer. I miei obiettivi sono quelli di indagare in generale gli interventi usati con le persone affette dall'Alzheimer all'interno dei Centri Diurni Terapeutici e poi di indagare quali approcci vengono usati dall'educatore per il mantenimento della competenza sociale con l'anziano affetto dal morbo di Alzheimer nel CDT.

Le porrò delle domande e l'intervista rimarrà anonima, ne consegue che il suo nome non apparirà anche se registreremo la conversazione. Mi occuperò di fare una successiva trascrizione di quanto detto e se vorrà rileggere l'intervista gliela farò avere il prima possibile dopo averla trascritta.

È d'accordo ad iniziare l'intervista?

Domande:

1. **C: Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?**

I: Dal X.

2. **C: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?**

I: Sono quasi X anni.

3. **C: Tenendo conto, della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal morbo di Alzheimer?**

I: Quello che facciamo tanto sono attività che vanno specialmente a stimolare la sfera sensoriale, facciamo tantissima musicoterapia e anche tanti interventi con la musica che non sono prettamente strutturati. Facciamo tanta attività motoria comunque e cerchiamo di stimolare sia dal punto di vista motorio che anche procedurale, quindi facciamo attività per ricordare un po' le attività che facevano prima come la cucina però facciamo anche attività di stimolazione della memoria o attività di stimolazione del linguaggio. Un'altra cosa che, però appunto dipende un po' anche dal grado della malattia (...) negli avanzati proviamo comunque a fare un po' di reminiscenza e a farli parlare un po' di sé, cercare di rievocare i ricordi. C'è chi fa anche aromaterapia, abbiamo delle persone formate che lo fanno qui quindi ecco con gli oli essenziali, queste cose qui che vanno anche a stimolare la sfera sensoriale come ti dicevo prima. Vediamo poi altro, ci sono anche le attività ludiche come il calcetto o il bigliardino olandese che non so se conosci, poi attività dell'orto per il mantenimento della memoria procedurale e varie attività creative che sono sempre utili per l'orientamento temporale

perché a dipendenza delle feste, del periodo e così e con i risultati che vengono fuori ci decori il Centro.

C: Quindi mi sembra di capire che avete a disposizione differenti attività da proporre e a livello di approcci teorici ve ne è qualcuno a cui si attiene?

I: Noi seguiamo l'approccio Montessori adattato all'anziano sì quindi ecco c'è tutta una serie di attività che sono prettamente individuali, potrebbero essere anche di gruppo però diciamo che l'abbiamo sviluppato un po' di più così ora anche con il virus, sembra strano ma ci ha aiutato a sviluppare il Montessori perché questo punta molto alla persona, il Montessori punta molto alla biografia della persona quindi l'attività deve essere mirata a quello che è la persona e a quelli che erano i suoi interessi e a quelli che sono gli interessi adesso. Quindi abbiamo create queste cassette, delle scatole individualizzate per ogni utente in cui può trovare delle attività che in qualche modo lo riportano un po' alla sua vita passata e gli permette di mantenere certe competenze. Alcuni magari hanno delle attività di geografia piuttosto che delle immagini della sua regione del sud con i prodotti tipici, qualcuno invece ha delle attività di infilo perché era una sarta, dipende sempre anche dal grado della malattia e dalle capacità residue. Il Montessori lo stiamo ancora un po' sviluppando in realtà perché il metodo ti direbbe che hai quest'armadio magari con a disposizione tutte le cassette e le persone vanno e le prendono, questo nell'ideale ma questo non sempre era possibile quindi a volte ci sono le persone che te lo chiedono di avere la cassetta e in altri momenti magari sei tu che se vedi che fa più fatica, sei tu a proporre le 3 diverse attività che ha lì magari, ma si cerca comunque di lasciare sempre la possibilità di scelta. Queste sono attività in più perché magari ci sono dei momenti in cui non si svolge l'attività di gruppo o comunque ci sono persone che non hanno voglia di partecipare sempre al gruppo e allora gli si propone quello, noi comunque siamo anche dell'idea che se una persona non ha voglia di fare per noi va bene perché già comunque essere uscita di casa, aver varcato la soglia, aver camminato fino a qui, essere stata in un ambiente stimolante con persone che parlano è già un'attività ed è già impegnativo per qualcuno con Alzheimer. E poi anche perché quello che fanno deve avere un senso non serve solo a occupare le mani.

4. C: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?

I: Diciamo che fa tanto la conoscenza che hai della persona che ti sei fatta conoscendola sul campo ma fa anche tanto leggere la sua biografia se è stato possibile raccogliarla e quindi conosci già le cose che preferisce. Tante volte non devi neanche motivare perché proponendo a una persona una determinata cosa tu sai già che automaticamente è stimolata perché è una cosa che gli piace, cerchiamo di proporre sempre cose che piacciono alle persone che sappiamo che piacciono ecco. Sennò appunto, allora cerco di avere un approccio individualizzato, conosciamo benissimo le persone con cui lavoriamo, sai che con una persona l'invito di gruppo del tipo "su andiamo facciamo" non funziona, non lo recepisce magari, dipende dal grado della malattia anche però secondo me fa tanto che la persona sente che vuoi lei per quella attività quindi cerchiamo di andare vicino, metterci a un'altezza adeguata e non troppo

sopra, più abbassati e magari dire “le piacerebbe venire, ecco adesso noi facciamo questo” sempre facendo sentire la persona ben voluta a fare l’attività.

5. C: Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì quali, me ne può fare qualche esempio?

I: Diciamo che ci sono delle attività che possono essere fatte, conoscendo un po’ le persone e le competenze che sono rimaste, magari sappiamo già noi cosa possiamo offrire e cosa no. Attualmente le persone alla mattina sono distinte in 2 gruppi e li abbiamo creati un po’ in maniera omogenea, da questa parte dove ci sono più disturbi a livello di rumore e un po’ più di sollecitazioni ci sono le persone con più risorse, dall’altra parte con un ambiente più tranquillo e più ovattato ci sono le persone più compromesse, già questo differenzia un po’ e sai che magari da quella parte fai più sensoriale da questa parte magari un po’ più di cognitivo. Nell’approccio, anche lì, è chiaro che ci sono delle cose che valgono per l’approccio di una persona con Alzheimer in generale tipo usare frasi brevi, chiare, parlare in un certo modo però fa tanto la persona perché ognuno ha le sue peculiarità e poi lo conosci e sai che quella persona puoi parlare così. Le attività sono talmente varie, non parliamo di attività che sono sempre fisse nel tempo sai, non siamo in quel momento lì, non siamo così, dipende un po’ dal gruppo e da cosa ha voglia di fare e si propone veramente qualcosa che è riconoscibile per tutti di là e adatti un pochino il livello a loro. Comunque ci sono degli approcci che comunque funzionano benissimo anche con persone che hanno più risorse perché comunque magari hanno un dolore o si sentono agitate e quindi anche con loro puoi attuare il massaggio o un approccio ergoterapico. È chiaro che molto va in base alle risorse e sappiamo che le risorse a livello sensoriale rimangono più a lungo che alcune risorse cognitive, per esempio la lettura è una delle ultime cose che se ne va e quindi magari la lettura possiamo farla anche dall’altra parte, facciamo leggere delle cose e chiediamo loro di leggere il giorno, il mese, l’anno o presentare il calendario agli altri, queste cose qui. Poi ripeto qui fondamentale ci basiamo sul metodo Montessori però chiaro abbiamo qui operatori che magari hanno fatto anni di casa anziani o in altri posti e quindi hanno dentro di loro altri modelli e quindi chiaramente in alcuni momenti della giornata sicuramente li applicano perché ti viene certo. Tutti questi modelli hanno qualcosa di positivo e quindi prendere un pezzettino da qua e uno da là è sempre secondo me produttivo se nell’intervento ti serve. Non siamo così rigidi da dire “solo quello” sappiamo che ci sono tanti cambiamenti, per esempio il Montessori punta tanto sull’ambiente e su come viene preparato però anche noi che ci stiamo prendendo la mano, il nostro ambiente è cambiato tante volte, diversi accorgimenti per cercare di facilitare il più possibile l’anziano perché appunto come la Montessori è “aiutami a fare da solo” quindi l’ambiente deve essere il più facilitante possibile per loro e devi fare gli aggiustamenti intorno alla persona.

6. C: In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine “competenza sociale”?

I: Per me la competenza sociale è la capacità che la persona ha di relazionarsi con il mondo esterno e con gli altri. Banalmente uno la può associare anche ad una cosa tipo

“guarda che bella parlantina che ha e come socializza bene” per come la vedo io soprattutto perché lavoro in questo contesto e so che a un certo punto questa cosa nell’Alzheimer si perde (...) però ci sono delle persone che fanno fatica a parlare però ecco c’è tutto un altro mondo da osservare, c’è il non verbale, la mimica, lo sguardo e comunque rimane sempre secondo me qualcosa della competenza sociale che magari non è come la penseresti subito però sì. Non direi che uno non ha più la competenza sociale perché per me anche se già solo mi sta cercando con lo sguardo e vedo che mi guarda per me vuol dire che è attento a quello che succede e che mi sta cercando, che vuole un’interazione con me anche se magari non riesce più ad averla come avrebbe fatto prima.

7. C: Con quali attività l’educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?

I: Allora secondo me cerco di mantenerla e di tenerla presente durante tutto l’arco della giornata, non è che ci sono delle attività specifiche però posso dirti che nei momenti più conviviali dove le persone si ritrovano (...) ora che abbiamo riuniti i tavoli, perché prima erano a distanza a causa del virus e dovevi urlare per farti sentire e loro parlavano meno perché erano più a distanza, comunque ad esempio ora che abbiamo riuniti i tavoli allora è lì che magari l’educatore fa un po’ da mediatore tra uno e l’altro perché ognuno ha il suo tipo di linguaggio, ognuno ha il suo modo di esprimersi e quindi magari è lì che l’educatore, che comunque dovrebbe essere esperto nelle relazioni, è lì che entra in gioco e fa mediazione per cercare di tenere la competenza sociale, quella classica che abbiamo in mente ma secondo me c’è anche altro. Durante i pasti, la colazione, il pranzo, la merenda qui sicuramente la vedi però poi anche nelle attività di gruppo tipo la lettura del giornale, un gruppo parola che si fa ogni tanto oppure si dà un tema e ognuno si racconta, usare un po’ il tema della biografia è utile per quello. Se io magari oggi mi trovo con 3 persone e so che tutte hanno avuto figli o una vita matrimoniale magari so che posso parlare di questi temi e lì veramente viene fuori tantissimo dalle persone che non ti aspetteresti o che pensavi che non si ricordassero niente. Poi se posso dire un’altra cosa, un’altra cosa che secondo me è bellissima guarda è che tante volte noto che anche in persone molto compromesse rimane questa cosa dell’accudimento nel confronto di altri cioè che magari, cioè ti faccio un esempio. C’è qui una persona che praticamente non parla ed è molto compromessa a livello cognitivo anche se a livello motorio ci siamo, e lei se vede una persona in sedia a rotelle le viene da avvicinarsi e cercare di aiutarla ed è incredibile. E poi se ci pensi che le fai vedere un’immagine di un cavallo e non ti sa dire che è un cavallo però se vede invece la persona nella carrozzina le viene da aiutarla, è qualcosa che veramente rimane, la vicinanza con gli altri e un po’ l’empatia. Quando poi uno fa un racconto può anche succedere che qualcun altro si commuove o così e c’è veramente tanta accoglienza anche in persone che veramente sono compromesse. Quindi questa cosa della competenza sociale e anche dell’altro, la dimensione che comunque non siamo esseri fatti per stare da soli ma con gli altri ecco lo vedi comunque. Poi sai mi è successo anche il contrario soprattutto quando entrano in gioco dei disturbi del comportamento, quando una persona diventa molto ripetitiva e magari innervosisce anche gli altri e devi trovare strategie per ovviare la cosa. Ci è capitato anche di persone che facevano fatica

a tollerare altri per via dei comportamenti però anche questo fa parte della vita umana perché come proviamo empatia proviamo anche antipatia.

8. C: Dalla sua esperienza lavorativa, come educatore/trice rileva delle differenze nel lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia? Se sì quali?

I: Eh sai se magari nel gruppo di qua tu puoi fare una discussione di gruppo che comprende tutti perché comunque riescono a seguirti e hanno ancora le capacità di discorso puoi farlo in un certo modo. Mentre dall'altra parte dove comunque è più diverso, magari invece ti trovi vicino a due sole persone e cerchi di instaurare un'interazione tra loro, capita di essere più a uno a uno in questa fase più in là. Poi è chiaro che con l'avanzare della malattia si va verso un po' un auto isolamento. Comunque, adesso sinceramente non mi viene in mente un modo per dirti "sì quel modo lì con quelle persone e l'altro modo con le altre" però sicuramente è più evidente e immediato lavorare su questa competenza con persone che hanno più risorse. Ci è capitato di dover magari isolare qualcuno proprio perché nel gruppo era diventato difficile ma non è una cosa che facciamo a priori, anche se ha un continuo parlare o ripetere le stesse cose come la lista della spesa, questo può dare fastidio e abbiamo capito che se le si fa fare la maglia o un'altra cosa con le mani si concentra su quello e il disturbo si attenua. Però non è che a priori prendiamo una persona e la mettiamo in un'altra stanza, solo quando la cosa diventa insostenibile allora magari si fa, non è uno stimolare la competenza sociale ma cercare di non perderla del tutto. Anche, come ti dicevo prima, anche già solo che escono di casa, siano state in furgone con altre persone, abbiano parlato con l'autista e poi hanno visto me è già qualcosa. Lavorando con Alzheimer veramente devi adattare e abbassare tante volte le aspettative, poi ti stupiscono però è una malattia che ti dice di partire con piccole cose, già frequentare il Centro è stimolare la competenza sociale.

9. C: Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?

I: Dipende dall'ostacolo, abbiamo diverse persone che fanno fatica ad esprimersi proprio perché non trovano le parole e quindi c'è solo da aspettare, non mettere fretta e con la conoscenza non anticipare la persona ma anche conoscendola, quando vedi che dice una parola riesci a capire di cosa ti sta parlando, sennò cerco di fare qualche altra domanda per arrivarci. In quel momento lì sei tu a dover riportare quello che la persona voleva dire agli altri così che possano capire. Secondo me, come educatori siamo un po' più portati a fare caso a queste cose e a far caso a come noi ci avviciniamo all'altro e alla relazione però devo dire che comunque in generale questo approccio lo usiamo tutti quello di riportare agli altri ciò che dice una persona in difficoltà. Poi sicuramente l'attenzione alla relazione noi educatori ce l'abbiamo, poi io non voglio dire tanti miei colleghi tante cose le fanno già ma tante cose dipendono anche dalla persona che sei e che non dipendono solo dal fatto che sei un educatore. Poi appunto dicevo anche solo quando qualcuno non ci sente ed ha difficoltà di udito già solo questo è un ostacolo molte volte e anche magari se una persona con Alzheimer vedi che si isola cerchi comunque di indagare se ha qualcosa a livello funzionale, se

ha un problema di udito prima che sia problema cognitivo. Un'altra cosa importante è rispettare quello che è la persona, le sue caratteristiche, non tutti hanno voglia di sempre ridere e far festa anche qui va rispettato, se non vuole relazionarsi in quel momento lo lasci stare. Volevo dire altro ma mi sono dimenticata mi dispiace, vabbè. Poi noi cerchiamo di mettere le persone ai tavoli in base un po' alle simpatie e un po' in base al fatto che potrebbero avere qualcosa di cui parlare, questo spinge verso la socializzazione, quindi oggi a pranzo c'era un tavolo di tutti uomini con più competenze e in qualche modo cercavano di confrontarsi tra di loro cosa che con altri invece devi essere tu a intervenire e cercare di stimolare il discorso favorendo le occasioni in cui le persone si possono confrontare tra di loro. Facendo queste cose vedi che le persone non si ricorderanno il nome dell'altro ma la gli diventa familiare e a volte si cercano, una volta che la vedono si riconoscono e associano e dicono "quello è quello con cui gioco a bocce". Poi ci è capitato anche di persone che avevano una simpatia affettuosa anche lì non è che blocco due persone che si vogliono dare un abbraccio, non ci vedo nulla di male se fa stare bene le persone.

10. C: In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?

I: Allora secondo me prima di tutto per evitare che la persona si isoli, l'isolamento veramente uccide eh, il fatto di puntare sulla competenza sociale è proprio per tenere viva la persona, in qualche modo la socialità e la competenza sociale stimolano anche tutte le altre competenze perché se tu sei motivato, sei in un ambiente allegro e con altre persone sei anche più stimolato a tenerti attivo, a livello motorio e cognitivo. Perché comunque l'essere umano è un animale sociale quindi sicuramente il confronto con gli altri ma che non è (...) con le persone con Alzheimer è tipo un confronto anche solo con uno sguardo però c'è qualcosa, cioè ci stiamo vedendo, ci stiamo sorridendo, tutte queste cose a un certo punto sono vita ed è questo che ti rimane, anche il sentirsi parte di un gruppo. Qui c'è una persona che dice sempre "eh sì io vado col gruppo" è proprio questa cosa del gruppo che ripete spesso, sente che c'è qualcuno con lei. A volte alcuni entrano nella stanza e sono i primi e gli fa strano se è vuota, ti dicono "eh ma non c'è nessuno?" e si guardano tipo (...) è vero una stanza di gente magari fa paura ma una stanza con gente che anche sorride quando entri è diverso rispetto ad entrare e non vedere nessuno. Ti dico la verità, questa cosa del fatto che dico che si riconoscono anche se non si ricordano nomi e così non è scientifica, te lo sto dicendo io da quello che ho visto qui, l'ambiente gli è familiare così come lo sono gli altri utenti e gli operatori che lavorano qui. Sarebbe così anche se tu un domani venissi a lavorare qui, perché entri a far parte di questo posto, loro riconoscono il posto e quindi si fidano e si fidano di quelli che ci sono dentro.

11. C: Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?

I: Fare tipo attività in più specifiche no sai perché è comunque una competenza che secondo me puoi allenare all'interno di tutte le altre attività, che magari hanno un altro obiettivo e magari possono avere anche questo obiettivo. Ti spiego, per esempio per

me l'accompagnamento alla toilette è un momento di relazione importantissimo, in cui la persona accetta di farsi aiutare da te nella sua sfera più intima e in cui tante volte io come educatrice metto qualcosa di relazionale e cerco di instaurare un rapporto di conoscenza più profonda. Prima di tutto è rapporto a uno a uno che qui non è sempre evidente perché comunque ci sono tanti utenti, banalmente il bagno è un ambiente più tranquillo, siete voi due con la porta chiusa e quindi veramente secondo me anche questo può essere momento di relazione importante (risata). Quello che appunto riterrei opportuno sarebbe forse far capire a tutti e ricordarci, esplicitarcelo che stiamo ancora cercando di mantenere la competenza sociale e non solo il fatto che la persona sta cercando di camminare da qui a lì ma anche altro. Quindi la competenza sociale forse sarebbe opportuno esplicitarselo un po' di più, ricordarsi che c'è anche questo anche se già lo facciamo ma spesso è senza rendersene conto anche se lo stai facendo. Poi penso che come équipe proviamo tante cose nuove che magari non avremmo mai fatto, tipo prossimamente verrà un'istruttrice di yoga quindi se ci fosse poi un approccio specifico per sviluppare la competenza sociale assolutamente ben venga.

C: Bene, grazie, siamo alla conclusione se desidera aggiungere qualcosa a quanto è stato detto può farlo.

I: Ma no cioè grazie, spero di averti dato risposte utili sai quando poi parli ti vengono in mente tante cose e poi ne perdi altre ma spero di aver risposto alle tue domande in modo chiaro.

TABELLA DI CODIFICA DATI RELATIVI ALLE INTERVISTE DELLE FIGURE EDUCATIVE NEI CDT

	Intervista 1	Intervista 2	Intervista 3	Intervista 4	Intervista 5
D.1: Da quanti anni è formato/a come educatore/trice sociale?	X...	X...	X...	X...	X...
D.2: Da quanto tempo lavora al Centro Diurno Terapeutico?	X...	X...	X...	X...	X...
D.3: Tenendo conto della sua esperienza lavorativa, quali sono gli interventi non farmacologici maggiormente utilizzati dagli educatori all'interno del Centro Diurno Terapeutico con le persone affette dal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accogliere la persona, relazionarsi con lei, ascoltarla, lasciarla sfogare e far sì che si racconti; ▪ Riportarla al qui e ora, non bruscamente, toccando argomenti più generali, sulle emozioni del momento; ▪ Non c'è un intervento prestabilito, a dipendenza delle situazioni si usa di 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività terapeutiche di cui la principale è quella di mantenimento memoria; ▪ Non si discutono gli approcci in équipe ma quando è necessario si usa la Validation che secondo l'intervistata "sta alla base di tutti i Centri Diurni Terapeutici"; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il mantenimento di una relazione con il malato di Alzheimer; ▪ Una corretta comunicazione, oltre a quella verbale anche quella non verbale; ▪ Restare nella relazione anche in silenzio, "è un fattore molto difficile per gli educatori perché spesso l'educatore ha l'impressione del dover fare e qua col malato di demenza una specificità 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principalmente attività di memoria, che puntano sul cognitivo e ginnastica, poi vi è il canto e la musica, le decorazioni, la pittura, il ritaglio, le attività ludiche e le passeggiate. ▪ Si usa il metodo Validation; ▪ Per il futuro c'è l'idea di iniziare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività che stimolano la sfera sensoriale; ▪ Musicoterapia; ▪ Attività motorie; ▪ Attività che stimolano la memoria procedurale come la cucina, il lavoro nell'orto; ▪ Attività di stimolazione della memoria; ▪ Attività ludiche e creative; ▪ Si usa il Metodo Montessori adattato all'anziano, che

<p>morbo di Alzheimer?</p>	<p>più il metodo Valitadion rispetto ad altri, “se la persona ti viene a chiedere del genitore in quel caso puoi usare la Validation perché ti fa avvicinare al suo vissuto e lavori sull’emozione”;</p> <ul style="list-style-type: none"> Per il futuro si sta pensando di usare il Metodo Montessori con l’anziano, “io ero molto scettica all’inizio e invece ci sono parallelismi tra anziani e bambino”. 	<ul style="list-style-type: none"> Al mattino si svolgono attività legate alla stimolazione cognitiva e nel pomeriggio attività più ludiche. 	<p>dell’educatore è sostare nell’incertezza”;</p> <ul style="list-style-type: none"> Il metodo Validation, l’intervistata sostiene “tra tutte le terapie è quella che prediligo perché più che uno strumento è un atteggiamento che il curante deve avere e mi piace il pensiero di Naomi Feil che dice che c’è sempre una motivazione per cui il malato di demenza dice o fa qualcosa”; Non pretendere che il malato viva e si orienti nel nostro mondo reale, è l’operatore a doversi calare nel suo mondo; La terapia ROT, usata però con persone nella fase iniziale. 	<p>ad usare il Metodo Montessori con l’anziano.</p>	<p>comprende diverse attività di carattere individuale;</p> <ul style="list-style-type: none"> Ogni utente ha una cassetta personalizzata contenente attività che lo ricollegano alla vita passata e che permettono di mantenere determinate competenze, “alcuni hanno delle attività più di geografia, qualcuno ha delle attività di infilo perché prima era una sarta, dipende dal grado della malattia e dalle capacità residue”.
<p>D.4: Come motiva lei la persona affetta dal morbo di Alzheimer alla partecipazione nello</p>	<ul style="list-style-type: none"> Attività di interesse che si basano sulla raccolta dati e sugli hobby; Proposta di attività che gli utenti conoscono e che hanno piacere a fare, “se tu proponi 	<ul style="list-style-type: none"> Attualmente l’operatore non ha bisogno di applicare forti incentivi poiché è presente un gruppo abbastanza attivo; 	<ul style="list-style-type: none"> Stimolare con molta pazienza, con molto rispetto; Spiegare bene l’attività, “tante volte la cosa nuova per loro è fonte di angoscia”; Preparazione del setting nel dettaglio, 	<ul style="list-style-type: none"> Chiedere all’utenza cosa gli interessa fare così si parte dalla loro volontà; Puntare sul fatto di essere in gruppo e che 	<ul style="list-style-type: none"> È essenziale la conoscenza di ogni singola persona e la lettura della sua biografia, dei dati raccolti; Proposta di attività che si sa già che possono piacere;

<p>svolgimento delle attività e verso ciò che la circonda?</p>	<p><i>un'attività che loro vedono lontana o che non hanno mai avuto a che fare vedi che l'interesse non c'è";</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposta di attività legate ai ricordi e alle esperienze; ▪ Svolgimento di attività individuali quando c'è più personale sennò attività che possono andare bene in generale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secondo l'intervistata è auspicabile che ci siano due operatori che gestiscono l'attività, che vi sia qualcuno che va da chi ha un bisogno individuale, "uno che è il conduttore e uno che sta un po' affianco alle persone e cerca di stimolare in maniera più individuale"; ▪ Si spiega il senso dell'attività, perché viene proposta. 	<p>riduzione di stimoli esterni come "il rumore, le luci, la tv accesa, la musica, la cuoca che sbatte le pentole, ecc."</p> <p>rendendo l'ambiente più sicuro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rispettare se l'utenza non vuole fare un'attività. 	<p>si può stare tutti insieme;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spiegare lo scopo dell'attività così che ne comprendano l'importanza; ▪ Con la famiglia e la raccolta dati capire quali sono le attività che piacevano in passato e con cui hanno già avuto a che fare. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoperare un approccio individualizzato, "secondo me fa tanto che la persona senta che vuoi lei per quella attività, cerchiamo di andare vicino, metterci ad un'altezza adeguata e dire cosa si sta per fare".
<p>D.5: Vi sono differenti interventi che vengono utilizzati a dipendenza della fase della malattia in cui si trova la persona? Se sì,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sì, da una parte si lavora con le persone con capacità più elevate e dall'altra con le persone con capacità ridotte; ▪ Si cambiano attività, con persone con più difficoltà si propongono attività più semplici, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Al momento vi è un gruppo abbastanza omogeneo e non vi è necessità di dividerlo; ▪ Prima, vi era un utente che manifestava wandering, camminava per tutto il Centro, era 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si cerca fin da subito di creare gruppi più omogenei possibile, "uno dei punti che guardiamo subito è che sia inserito nel gruppo più idoneo e che a livello cognitivo non venga iper o ipo stimolato"; ▪ L'educatore deve comprendere la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sì, dipende molto dalla fase della malattia, dalla persona stessa, ogni individuo è a sé, dai giorni perché in un giorno si può essere più performanti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le persone sono distinte in due gruppi omogenei rispetto alla fase della malattia, da una parte un gruppo con più risorse e dall'altra un ambiente tranquillo, con meno stimoli per persone più compromesse; ▪ Con l'utenza più compromessa si

<p>me ne può fare qualche esempio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sensoriali, sul tatto, sul visivo; ▪ Attività con lo stesso principio ma a dipendenza del gruppo si adatta e si modifica la proposta, anche con l'utenza che ha più difficoltà si propone il gioco "nomi, cose, città" ma semplificato; ▪ Insieme all'utenza con più capacità si propongono attività cognitive sia per la memoria a breve termine sia per quella a lungo termine, si fanno poi attività manuali per decorare lo spazio, i cruciverba, si discute del giornale. 	<p>privata di linguaggio, in questi casi l'operatore interviene a uno a uno, rimanendo al suo fianco e camminando con lei, si certifica che non si faccia male;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando le persone sono in una fase più avanzata della malattia è richiesto il rapporto uno a uno; ▪ Vi è un utente che ha avuto un ictus e non parla, si propongono a volte attività di memoria visiva e si adattano alla persona, si dà la possibilità di scrivere ma se ha difficoltà a livello di motricità fine l'operatore si mette a disposizione per 	<p>composizione delle dinamiche sociali di gruppo, "un signore con una demenza frontale quindi disinibito non lo inserirò in un gruppo di attività di sole donne";</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guardare la persona in modo individuale e non per forza in base allo stadio della malattia, può capitare che una persona nella fase iniziale, quindi meno compromessa non riesca già più a partecipare ad attività motorie, o non sappia più adoperare la sua manualità fine mentre una in fase più avanzata riesca comunque a stare nel gruppo prestante perché magari ha ancora buone competenze relazionali. 	<p>rispetto ad un altro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con una persona all'inizio della malattia si può proporre di più mentre con una in fase più avanzata l'operatore deve stimolarla di più, deve abbassare le sue aspettative perché l'altro non riuscirà più a fare molto; ▪ Le attività di memoria, con il gioco "nomi, cose, città" nella fase iniziale si propongono diverse categorie e si trovano parole per ogni lettera, con persone più compromesse si riducono le categorie, si cambia il grado di difficoltà. 	<p>propongono di più attività sensoriali e con il gruppo più preservato attività più cognitive;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività varie, non vi sono attività fisse, si guarda al gruppo, cosa ha voglia di fare; ▪ Si guardano le risorse persona per persona, la lettura è una delle ultime risorse che sparisce, anche con il gruppo più compromesso la si promuove; ▪ Con il Metodo Montessori nell'anziano si fanno diversi accorgimenti a livello di ambiente così che sia facilitante per la persona.
---	--	--	--	---	---

		svolgere attività a uno a uno.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si possono tenere le stesse attività per diverse fasi ma adeguarle. 	
D.6: In quanto educatore/trice cosa intende lei con il termine “competenza sociale”?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È una forma di adattamento, la capacità di adattarsi a dipendenza del luogo, della situazione, di riuscire a trovare il proprio spazio e non sentirsi a disagio ma accolto e utile. ▪ Per l'intervistata ciò non è facile con chi ha l'Alzheimer “visti tutti i freni inibitori che ti toglie la malattia sta a noi cercare di contenere certe esuberanze della persona e farla sentire comunque parte di un gruppo”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In questo contesto si trovano persone con circa la stessa età, vissuti simili e quando si ritrovano al Centro capita che si crei un gruppo di parola e di confronto tra loro perseguendo questa competenza; ▪ Competenza sociale è il riuscire a relazionarsi con chi ti sta attorno, questo contesto lo favorisce perché è occasione di socializzazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È il saper stare ed essere nel mondo, l'intervista afferma “il malato di demenza ha sicuramente e mantiene viva la sua competenza sociale fino alla fine perché a modo suo ha trovato un suo modo di stare nel mondo”; ▪ Stare nel mondo vuole dire anche sapersi relazionare con gli altri a modo proprio, “in un modo che può stupire o far paura però la capacità comunicativa persiste nella demenza”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È l'essere in grado di inserirsi in un gruppo di persone, saper adeguare il proprio comportamento e il modo di fare in base al gruppo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È la capacità che la persona ha di relazionarsi con il mondo circostante e con gli altri. ▪ L'intervistata afferma “per come la vedo io perché lavoro in questo contesto e so che a un certo punto questa cosa nell'Alzheimer si perde, ...c'è tutto un altro mondo da osservare, c'è il non verbale, la mimica, lo sguardo e comunque rimane sempre secondo me qualcosa della competenza sociale”.
D.7: Con quali attività l'educatore/trice cerca di promuovere il mantenimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coinvolgerli in qualcosa che li accomuna come la musica, una sola canzone innesca il racconto personale di ognuno che narra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnare la persona nel territorio per effettuare attività del quotidiano (pagamenti in posta, spesa al 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimolare l'utente a stare nel gruppo vista la tendenza all'isolamento; ▪ Dare spazio alla comunicazione nel gruppo, lasciare che 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dare loro l'opportunità di essere con qualcuno quindi nel gruppo; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorire momenti conviviali dove le persone si ritrovano; ▪ Usare i pasti, la colazione, il pranzo, la merenda;

<p>della competenza sociale con le persone affette dal morbo di Alzheimer?</p>	<p>episodi della gioventù;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La lettura del giornale; ▪ L'operatore che racconta di sé, delle sue esperienze, nasce condivisione di aneddoti, si crea unione; ▪ Incentivare la collaborazione tra di loro anche se si aiutano già molto spontaneamente, sono altruisti con chi ha bisogno, "sono abituati ad occuparsi degli altri visto che si occupavano dei loro genitori"; ▪ Usare il desiderio che hanno di essere utili, di aiutare a sparecchiare, ad asciugare i piatti, ecc. 	<p>negozio, ...) nasce un confronto in altri posti;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fare delle passeggiate, creare altre occasioni di scambio; ▪ Le attività ludiche si prestano all'interazione tra le persone come la tombola e il canto. ▪ La lettura del giornale permette maggiore confronto. 	<p>esprimano le emozioni anche quelle negative;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività di memoria biografica, che promuovono l'auto narrazione; ▪ Attività semplici, stare assieme dopo pranzo in riposo e tranquillità; ▪ Lasciare spazio affinché socializzino senza essere sempre stimolati dall'operatore; ▪ Attività di memoria prospettica, di ragionamento, stimolare la riflessione: "cosa fareste se vedeste una bambina rubare al supermercato?" e nasce un confronto; ▪ La lettura del giornale con tematiche generali può favorire la socializzazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usare l'attività di lettura del giornale; ▪ Il canto poiché riporta ai ricordi e crea la discussione; ▪ Giochi ludici e passeggiate; ▪ Il pranzo e la merenda, i pasti tutti assieme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attività di gruppo come la lettura del giornale, i gruppi parola, adoperare il tema della loro biografia, delle loro storie; ▪ Lasciare spazio al desiderio di accudire, l'intervistata sostiene "c'è una persona che praticamente non parla, molto compromessa a livello cognitivo e se vede una persona in sedia a rotelle le viene da avvicinarsi e cercare di aiutarla, è incredibile...è qualcosa che veramente rimane, la vicinanza con gli altri e un po' l'empatia".
<p>D.8: Dalla sua esperienza lavorativa come educatore/trice rileva delle differenze nel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con l'avanzare della malattia subentrano difficoltà di parola, di comprensione, mentre all'inizio ancora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In una fase più avanzata ci sono utenti che non si relazionano praticamente più né con l'équipe né con gli altri; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1° fase: la stimolazione alla competenza sociale è minima, si è di supporto, le persone preservano un buon linguaggio; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In un grado più avanzato vi è difficoltà di espressione ed è più difficile far integrare la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nel gruppo con più risorse si fa una discussione insieme perché la comprendono; ▪ Nel gruppo con meno risorse si applica la

<p>lavoro per il mantenimento della competenza sociale nelle diverse fasi della malattia? Se sì, quali?</p>	<ul style="list-style-type: none"> comprendono e parlano; ▪ Permane l'aspetto dell'accudimento verso un'altra persona; ▪ Con l'avanzare della malattia l'utenza usa più i gesti concreti per approcciarsi all'altro piuttosto che il dialogo; ▪ Necessità di più interventi a uno a uno in persone compromesse; ▪ Per la competenza sociale si possono continuare ad usare, nelle diverse fasi il canto e la musica; ▪ Diventa più difficile farli collaborare perché subentra l'aspetto dell'ansia e dell'agitazione e questo influenza tutto il gruppo; ▪ Nella fase iniziale si riesce ad agire maggiormente su questa competenza. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nella fase iniziale, l'utenza dialoga spontaneamente e l'operatore attua un po' di mediazione quando è necessario; ▪ Non si costringe una persona al lavoro sulla competenza sociale, ad esempio se la si fa sedere nel gruppo e lei si alza e se ne va si ascolta il suo bisogno; ▪ In una fase più avanzata il lavoro per questa competenza si applica su cose più piccole, es: si usa il momento del pranzo per fare in modo che la persona stia all'interno del gruppo e si alimenti dovutamente; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2° fase: oltre al supporto vi è un maggior incentivo, si devono conoscere tecniche comunicative per non entrare in dinamiche disfunzionali; ▪ 3° fase: si deve essere capaci di stare, accettare il silenzio, il verbale non ha più grande rilevanza, attenzione allo sguardo, la musica può essere importante; ▪ Nella fase finale bisogna far sentire l'altro amato e protetto; ▪ Nella fase più avanzata la persona non si sente più utile e produttiva, l'operatore deve stargli accanto e convalidare le poche emozioni espresse. 	<p>persona con gli altri;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nella fase iniziale riescono maggiormente ad interagire; ▪ Es: È complicato far stare nel gruppo una persona che si alza e soffre di wandering e il gruppo a sua volta vede le difficoltà e esprime meno desiderio di invitare l'altro; ▪ L'avanzare della malattia impronta molto la relazione e spinge a stare anche in disparte. 	<p>competenza diversamente, ad esempio scegliendo due persone e stimolando un'interazione solo tra loro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C'è anche più a uno a uno in fase più avanzata; ▪ Con l'avanzare della malattia vi è tendenza all'isolamento; ▪ È più evidente lavorare sulla competenza sociale con chi ha più risorse; ▪ Con l'avanzare della malattia non si tratta di stimolare la competenza sociale ma di non perderla del tutto; ▪ Es: L'uscire di casa, stare nel furgone con l'autista, venire al Centro e vedersi è già competenza sociale. ▪ È una malattia che ti spinge a lavorare sulle piccole cose, l'operatore si adatta e abbassa un po' le aspettative.
--	--	---	---	---	--

<p>D.9: Come affronta eventuali difficoltà di quest'utenza durante lo svolgimento di attività legate alla competenza sociale?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se si è in due operatori durante l'attività, uno si può ritagliare uno spazio individuale con l'utente e parlare; ▪ Si ascolta la persona, si indaga se vi è un elemento dell'attività che le reca disturbo, se ha un malessere; ▪ Se la persona non vuole più rientrare a svolgere l'attività lo si rispetta, già solo guardare gli altri è uno stimolo; ▪ In alcuni casi se c'è conflitto si può intervenire cercando di capire cosa lo ha causato; ▪ Prima di intervenire si osserva la situazione, l'intervistata sostiene "è anche giusto che provino a risolversi da soli le loro cose". 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalmente c'è un operatore in più che si siede da parte alla persona che ha più difficoltà, rapporto + individuale, che cerca di mediare tra lei e il gruppo; ▪ Se qualcuno è in difficoltà a livello comunicativo si lascia il tempo affinché provi ad esprimersi da sola, senza sostituirsi, con certi utenti ciò non è fattibile, si interviene allora cercando di capire cosa vuole dire, la si sostiene nel suo verbale e si condivide con il gruppo il suo messaggio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivere in comune vuol dire litigare, avere malintesi, "non sono dell'idea che la persona deve essere tutelata in tutto e per tutto...non sta sempre a me come operatore togliere tutti gli ostacoli anzi è giusto che ci siano"; ▪ Nelle discussioni non si interviene subito, si attende, si osserva, si vede se c'è pericolo; ▪ Se la persona ha difficoltà nell'attività non la si sminuisce, si tutela, si cerca di mantenere il suo ruolo nel gruppo, non se ne parla davanti a tutti; ▪ Sapendo quali gli sono individui che hanno difficoltà d'espressione non si rivolgono loro domande dirette ma al gruppo; ▪ Parafrasare ciò che l'altro vuole dire; ▪ Percepire dalla comunicazione non verbale se la persona non si sente a suo agio; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Far sì che il gruppo si conosca maggiormente; ▪ Se la persona è in difficoltà si fa un po' di mediazione nell'interazione con l'altro; ▪ Se qualcuno è in difficoltà con l'attività non si interviene subito, si attende, si parla individualmente sulla difficoltà; ▪ Comprendere se l'altro ha difficoltà nel seguire l'attività di gruppo; ▪ Se nascono delle discussioni si possono scegliere differenti approcci, con qualcuno si usa l'ironia con altri no; ▪ Quando gli altri notano delle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se un utente non trova le parole si attende, non si mette fretta, non si anticipa ciò che vuole dire; ▪ Riportare il concetto della persona in difficoltà al resto del gruppo; ▪ Se una persona con Alzheimer si isola si indaga per comprendere se vi è difficoltà anche a livello funzionale; ▪ Rispettare che una persona non voglia relazionarsi o fare in un determinato momento; ▪ Es: Per facilitare la competenza sociale si cerca di posizionare ai tavoli le persone che nutrono maggiore simpatia le une verso le altre e che hanno argomenti di discussione comuni.
--	--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es: Accompagnarla in terrazza, fare una passeggiata, dedicarle del tempo, farla uscire dalla situazione, dal gruppo discretamente. 	<p>differenze nella persona bisogna intervenire e far comprendere le difficoltà della persona, essa non deve essere esclusa.</p>	
<p>D.10: In quanto educatore/trice, quali sono secondo lei i punti di forza del lavoro per il mantenimento della competenza sociale?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È una competenza che sta alla base della relazione; ▪ Importante per potersi integrare nella società, è una competenza che ti fa sentire parte del gruppo nonostante la malattia; ▪ Competenza che permette di accettare l'altro come diverso da me, con le sue caratteristiche. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interfacciarsi con altri individui è un bisogno primario dell'essere umano, la persona ha bisogno degli altri, mantenere questa competenza permette di continuare a relazionarsi con altre persone; ▪ Frequentando il CDT la persona ha modo di vedere nuove facce, ricevere stimoli e confrontarsi con chi la circonda, non regredisce come se fosse sempre a casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'essere umano è vivo grazie allo sguardo degli altri su di lui, <i>"noi siamo ciò che vedono gli altri in noi"</i>; ▪ La persona con Alzheimer cambia a dipendenza del gruppo di cui fa parte, non si sottrae dalla socialità del gruppo perché questo le dà una definizione; ▪ Essere inserito nel gruppo fa dell'utente una persona con sfaccettature diverse da quelle che attua ed ha in famiglia. ▪ Vedere l'altro come persona in un contesto, in un gruppo, che attua le proprie difese. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitare la solitudine e l'isolamento della persona; ▪ Favorisce l'interazione e lo scambio <i>"di parole, di episodi, di ricordi"</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitare che la persona si isoli, <i>"l'isolamento veramente uccide, il fatto di puntare sulla competenza sociale è proprio per tenere viva la persona"</i>; ▪ La competenza sociale stimola tutte le altre competenze, <i>"se sei con altre persone sei più stimolato a tenerti attivo, a livello motorio e cognitivo"</i>; ▪ L'essere umano è un animale sociale, con l'Alzheimer la competenza sociale è un confronto anche di sguardi, <i>"ci stiamo vedendo, ci stiamo sorridendo, è questo che rimane, il sentirsi parte di un gruppo"</i>.

<p>D.11: Nella sua attività lavorativa, riterrebbe opportuno cambiare qualcosa negli interventi di mantenimento della competenza sociale con questa utenza? Se sì perché?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si va già in una buona direzione; ▪ Ampliare un po' di più le attività che riguardano questa competenza, inserendola in altre attività esistenti come quelle cognitive; ▪ La competenza sociale viene già esercitata in altre attività in modo spontaneo però si può esplicitare di più. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creare più momenti di dialogo tra loro; ▪ Si sta considerando di creare gruppi parola anche per gli utenti; ▪ Non viene manifestato esplicitamente ma si esercita questa competenza in diversi momenti come i pasti; ▪ Ha senso pensare attività più strutturate, più intenzionali col fine di farli socializzare. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavorare in équipe multidisciplinare riduce il desiderio di cambiamento poiché viene applicata una visione olistica della persona; ▪ La competenza sociale avviene di per sé, essere in un gruppo la fa esercitare; ▪ L'aspetto sociale è parte integrante del CDT perché si tratta di un contesto gruppale, durante l'ammissione è necessario comprendere se l'individuo ha ancora le competenze per stare nel gruppo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sta già facendo abbastanza per questa competenza, oltre le attività cognitive le altre già lavorano sull'aspetto sociale e relazionale; ▪ La competenza sociale viene già da sé, nasce in modo spontaneo, l'operatore cerca di alimentarla. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non vi è bisogno di creare attività in più per questa competenza perché si esercita già all'interno di altre attività; ▪ Sarebbe opportuno però far capire a tutti e esplicitare che si sta anche cercando di mantenere la competenza sociale e non solo le altre, spesso la si esercita senza rendersene conto.
<p>Ulteriori elementi emersi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desiderio di avere più tempo per svolgere l'osservazione perché è importante; ▪ Desiderio di avere più presenza educativo all'interno del CDT; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopo un po' di tempo che si lavora nella struttura si ha la sensazione di riproporre sempre le stesse attività; ▪ Ci sono pochi scambi tra le diverse strutture e sarebbe bello 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sarebbe interessante avere un'altra figura educativa con cui scambiare metodologie e ulteriori concetti di vedere la persona, un maggiore equilibrio di ruoli nell'équipe; ▪ Apprezzata la libertà di attuare e agire gli 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mancanza di uno spazio verde, di un orto con alcune piante, potrebbe essere benefico per l'utenza; ▪ L'educatore come figura importante all'interno dei 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'équipe cerca sempre di offrire attività variate nei confronti dell'utenza, prossimamente si esplorerà lo yoga; ▪ Come figura educativa si è portati a far caso alla relazione, a come ci si avvicina all'altro,

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficoltà ad essere l'unica figura educativa all'interno dell'équipe, si basa molto sullo sguardo infermieristico; ▪ Non vi è una filosofia stabilita che viene seguita tutti i giorni, si guarda alla situazione. 	<p>avere maggiori confronti con altre figure per avere nuove idee e stimoli;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gli approcci teorici non vengono discussi in équipe, si punta sul pratico. 	<p>interventi nonostante si debba sottostare al settore sanitario.</p>	<p>CDT ha un'attenzione particolare verso i bisogni e un occhio più sensibile.</p>	<p>questo lo fanno tutti nell'équipe, non dipende solo dal fatto che si è educatore ma dalla persona che sei.</p>
--	--	---	--	--	---

Simbologia	Significato
Verde	Dati comuni
Rosso	Dati discordanti
Viola	Dati simili
Blu	Nuovi dati emersi
	Domande inerenti al 1° obiettivo
	Domande inerenti al 2° obiettivo
<i>"In virgolette e corsivo"</i>	Citazione riprese dalle interviste
X...	Elementi omessi per garantire l'anonimato delle persone intervistate