

LA MEMORIA NEGATA

Combattere l'Alzheimer
e la demenza senile
con la qualità della relazione.
Una guida introduttiva
per il familiare e il caregiver

Prefazione di ORAZIO LICCIARDELLO

Postfazione di ADRIANO PUCE

CATIA LIBURDI



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

LA MEMORIA NEGATA

**Combattere l'Alzheimer
e la demenza senile
con la qualità della relazione.
Una guida introduttiva
per il familiare e il caregiver**

Prefazione di ORAZIO LICCIARDELLO

Postfazione di ADRIANO PUCE

CATIA LIBURDI

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Alessandro Petrini

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

A mia madre
e alla sua tenacia nel combattere le avversità della vita.

Alla mia famiglia.

Alla Cooperativa La Sponda:
siamo tutti figli tuoi, ci hai accolti ancora immaturi,
inconsapevoli di ciò che avremmo costruito insieme.
Ci hai nutriti, ci hai formati, ci hai protetto nei momenti più difficili,
ci hai dato la speranza di un futuro che sembrava incerto.
Ci hai insegnato l'amore per i più deboli e insieme abbiamo affrontato tante battaglie,
nel lungo viaggio abbiamo sofferto insieme per i nostri fratelli
che amavamo e che ci hanno lasciato prematuramente.

Indice

Ringraziamenti	pag.	9
Prefazione , di <i>Orazio Licciardello</i>	»	11
Riferimenti bibliografici	»	22
Introduzione. In punta di piedi	»	25
I primi approcci al lavoro di cura	»	26
1. L'incontro	»	33
Cosa succede al cervello di un malato di Alzheimer?	»	34
2. L'Alzheimer: quel morbo maledetto	»	37
3. Il caregiver: un supereroe	»	41
4. Lo stato di benessere	»	51
5. La solitudine	»	61
6. Le terapie non farmacologiche	»	67
Terapie occupazionali e ROT (terapia di orientamento alla realtà)	»	67
7. La fase terminale: un lungo addio	»	71
Aspetti psicologici e giuridici del fine vita	»	71
8. Il carico assistenziale	»	77

9. Loro e noi	»	87
Lo sguardo è rivolto alla persona e non alla malattia	»	87
10. Forse è Alzheimer?	»	91
Che probabilità avrò di ammalarmi della stessa malattia di mio padre?	»	95
Conclusioni e nuove proposte	»	97
Postfazione , di <i>Adriano Puce</i>	»	99

Appendice

Storie	»	103
Lina	»	103
Carola	»	105
Annie	»	106
Bibby	»	107
Agostino	»	108
Lara	»	109
Emma	»	110
Mary	»	111
Lilly	»	112
Holly	»	113
La voce degli operatori domiciliari	»	115
Lorena, operatrice sociale	»	116
Maria Victoria, operatrice sociale	»	116
Eugenia, operatrice sociale	»	117
Susan, operatrice sociale	»	118
Antonella, operatrice sociale	»	118
Glossario	»	121
Bibliografia	»	137

Ringraziamenti

Ringrazio la mia famiglia per aver letto in primis l'opera con osservazioni e critiche costruttive.

Ringrazio il Presidente della Cooperativa La Sponda, il dott. Adriano Puce, per l'interesse e la fiducia riposta in questo libro.

Ringrazio il prof. Orazio Licciardello per la bellissima prefazione.

Ringrazio tutti gli anziani assistiti per aver fatto maturare in me l'amore per la scrittura con il desiderio di donare le loro storie a coloro che sono sensibili al tema della vecchiaia.

Ringrazio gli operatori della Cooperativa La Sponda per avermi regalato emozioni e ricordi indelebili.

Prefazione

a cura del prof. Orazio Licciardello*

Questo libro è un vero e proprio atto d'amore, in generale, nei confronti delle persone anziane e bisognose d'aiuto e, in particolare, di quelle affette d'Alzheimer e di demenze senili. È un atto d'amore dal quale si evince l'esigenza di rapporti caratterizzati da profonda umanità e, insieme, da livelli di professionalità notevolmente più complessi di quanto solitamente si tenti a credere, anche quando si tratti di funzioni che possono sembrare di tipo “meramente” assistenziale.

Il volume si legge d'un fiato e appaiono immediatamente evidenti la competenza professionale e l'amore dell'Autrice per le persone le cui condizioni esistenziali e di salute comportano un particolare tipo di assistenza, delle quali descrive, così bene, oltre alle problematiche di tipo medico-sanitario, soprattutto i bisogni psicologici, l'esigenza di relazioni personali caratterizzate da profonda comprensione e ricchezza di calore umano.

Nei fatti, purtroppo, tali bisogni ed esigenze risultano spesso largamente disattesi, soprattutto quando le risposte e i comportamenti nei quali si concretizzano, anche a prescindere dagli orientamenti idealmente dichiarati dai caregiver, sono di fatto caratterizzati da interpretazioni che hanno sullo sfondo categorie più o meno esplicitamente riconducibili al costrutto della cosiddetta “alessitimia”¹, laddove, in-

* (Già) Ordinario di Psicologia sociale, presidente dei corsi di laurea in Psicologia (Università di Catania) e vicepresidente dell'AIP (Associazione Italiana Psicologi).

¹ *Alessitimia*, termine per indicare una sorta di “sordità emotiva”, ovvero il mancato riconoscimento delle emozioni con effetti sulla qualità della vita di relazione.

vece, proprio le emozioni, insieme alla capacità di una funzionale “gestione” delle medesime, possono assumere un ruolo fondamentale nel concorrere ad una migliore qualità della relazione e, per ciò stesso, della vita degli assistiti, come anche degli stessi caregiver (cfr. ad es.: Carruth, Tate, Moffett, Hill, 1997; Guzmán-Vélez, Fenistein, Tranel, 2014).

Leggendo il volume, ho rivissuto un episodio relativo a quando, nei lontani primi anni '80 del secolo scorso, nell'allora veste di Assessore ai servizi sociali del mio Comune di nascita, promossi l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare nei confronti delle persone anziane. Dopo un paio di mesi, una delle addette all'assistenza domiciliare mi comunicò, con una certa meraviglia, che una delle donne anziane presso le quali prestava la sua attività, da qualche tempo, aveva iniziato a sbrigare autonomamente le faccende di casa in modo che l'assistente, libera dalle solite incombenze, potesse dedicare alla conversazione le ore che passava da lei. Si trattava di una donna quasi novantenne che, malgrado fosse madre di ben 9 figli tutti viventi nelle vicinanze, prima dell'attivazione del servizio domiciliare, viveva abbandonata a se stessa, in uno stato di vero degrado. Secondo taluni colleghi dell'amministrazione, presenti al colloquio, questo stava ad indicare che fosse venuta meno l'esigenza del servizio domiciliare nei suoi confronti. Al contrario, feci rilevare che l'episodio appariva indicativo della necessità di focalizzare l'attenzione sulla pluralità di obiettivi potenzialmente impliciti nel servizio domiciliare, per il significato che lo stesso poteva assumere per la qualità della vita degli assistiti, e sulla conseguenziale esigenza di adeguate caratteristiche professionali del personale dedicato. Il comportamento della signora, infatti, indicava che la stessa, sentendosi positivamente considerata per il modo in cui l'assistente la trattava, aveva attivato le sue risorse personali e che, in tal senso, occorreva pensare al servizio domiciliare non tanto e non solo nei termini del semplice aiuto materiale, ovviamente importante e solitamente indispensabile, quanto soprattutto per il significato che lo stesso poteva assumere sul piano psico-socio-relazionale. Tale prospettiva, ovviamente, comporta delle implicazioni relativamente al tipo di competenze professionali che l'assistente domiciliare dovrebbe possedere, anche rispetto alle capacità di rispondere positivamente alle esigenze esistenziali delle persone assistite.

In generale, peraltro, anche le persone anziane con problemi di auto-sufficienza che vivono in famiglia talora sperimentano relazioni difficili e al limite della sopportabilità, per motivi legati alla difficoltà che i familiari possono avere nel comprendere le esigenze di questi congiunti, interpretate come capricci laddove, invece, spesso si tratta di richieste di attenzione e magari “coccole” (per tutti importanti, anche a prescindere dall’età, e che possono produrre effetti positivi anche sul piano psico-fisiologico²). In tal senso, la possibilità per queste persone di trascorrere parte della giornata in centri dotati di personale adeguatamente specializzato può risultare fondamentale per la qualità sia della loro vita sia del clima familiare. Nel merito, può essere esemplificativo quanto riferito da un signore, più che novantenne, nel corso di una visita ad un centro diurno per anziani della città di Almeria, la cui università partecipava a un partenariato europeo relativo alla terza e quarta età³. La delegazione dei partner venne accolta in un clima festoso, con il canto degli inni europeo, spagnolo e andaluso, e questo signore intervenne per descrivere la sua situazione.

“Io sono ormai molto vecchio e a casa non mi sopportano perché dicono che faccio i capricci. Qui, però, tutti capiscono le mie esigenze, la mattina al mio arrivo mi accolgono sorridendo ed io trascorro felicemente la mia giornata. Poi la sera torno a casa contento e non ci sono problemi”.

Il clima che caratterizza le relazioni familiari può, di fatto, comportare vissuti di profonda solitudine per le persone anziane che sperimentano l’incomprensione delle loro esigenze affettivo-relazionali. Tali vissuti, laddove non siano episodici, possono sfociare nella depressione, con conseguenziali ricadute negative sul complessivo livel-

² Il neurobiologo prof. Lamberto Maffei, presidente emerito dell’Accademia dei Lincei, Premio Medicina 2019 – per aver dimostrato, per la prima volta nella lotta all’Alzheimer, le potenzialità sul cervello di interventi protettivi, non farmacologici e di training, anche in anziani con danni cognitivi –, nella conferenza magistrale tenuta in occasione del 25 della fondazione dell’AIP, ha sostenuto che le coccole fisiche e psicologiche rallentano la perdita di plasticità delle strutture neuronali.

³ Progetto europeo *Improving digital skills of European citizens senior and disabled: a work program*, codice del progetto: 2013-1-ES1-GRU06-73293.

lo di benessere e sulla salute. Anche a prescindere dall'intenzionalità, dalla buona volontà e dalla consapevolezza dei familiari, la trama dei comportamenti che caratterizzano la quotidianità nei confronti del congiunto anziano può implicitamente tradursi nel mancato soddisfacimento del fondamentale bisogno di sentirsi accettati, sentimento che Carl Rogers ha definito "considerazione positiva incondizionata"⁴. Si tratta di un'esigenza vitale che investe l'identità personale (chi sono io?)⁵ e sociale (come riconoscimento della positiva appartenenza alla famiglia⁶) e che, in tal senso, si riverbera sul riconoscimento della dignità in quanto persona umana⁷. A tale mancato riconoscimento, pe-

⁴ Come scrive Carl Rogers, "la considerazione positiva ingloba generalmente i sentimenti e gli atteggiamenti di calore, di accoglienza, di simpatia, di rispetto e accettazione [...] provare un sentimento di considerazione positiva incondizionata verso una persona, significa 'apprezzare' questa persona [...] *in quanto persona* e indipendentemente dai criteri che si potrebbero applicare ai diversi elementi del suo comportamento" (Rogers, Kinget, 1966 [1970, pp. 159-160]).

⁵ L'identità personale, ovvero l'immagine che ciascuno ha di sé, rimanda al "sistema di concetti di cui una persona dispone quando tenta di definire se stessa" (Gergen, 1971, p. 23), sistema che "si costruisce soprattutto su idee elaborate nel sociale [...] [e] costituisce, di fatto, come una sorta di teoria che il soggetto elabora su se stesso" (Palmonari, 1989, pp. 134-135).

⁶ Il mancato riconoscimento come membro della famiglia, o comunque il vissuto in tal senso, costituisce un fenomeno di rilevante importanza ai fini della qualità della vita, poiché viene denegata l'identità sociale che, in generale, costituisce quella "parte del processo del Sé che rappresenta le cognizioni che derivano dalle posizioni nell'ecologia sociale" (Sarbin, Allen, 1968, p. 550) e, con specifico riferimento alla famiglia, come gruppo di "quella parte dell'immagine che un individuo si fa di se stesso, che deriva dalla consapevolezza di appartenere ad un gruppo sociale, unito al valore e al significato emozionale associato a tale appartenenza (Tajfel, 1981 [1985, p. 314]).

⁷ La questione dell'identità, personale e sociale, e della stretta connessione con il riconoscimento della dignità come persona umana costituisce un importante focus delle relazioni sociali, soprattutto quando vengono coinvolti soggetti che presentano caratteristiche in qualche modo riconducibili allo stigma e, per ciò stesso, considerati come "diversi", come "altro da sé". Si tratta di un fenomeno rilevante che talora coinvolge questi soggetti sia sul piano personale sia come membri della loro famiglia e che, in termini generali, e con riferimento (ma non solo) al ruolo dei caregiver professionali, può anche sfociare in un vero processo di "de-umanizzazione". Secondo quanto rileva Turner, infatti, anche le dinamiche del Sé si caratterizzano per "il *principio del meta-contrasto*", un processo relativo al "confronto", individuato come base dei processi di categorizzazione, in generale e nelle relazioni interpersonali e intergruppi; tali confronti, però, non si fondano su dati di realtà in senso oggettivo, ma rimandano alla "significatività psicologica" che per il soggetto assumono "gli stimoli e le similarità e/o differenze percepite" (Turner, 1987 [1999, p. 66]). Il principio del meta-contrasto, in tal senso, consentirebbe di spiegare perché "in certe circostanze le persone hanno idee diverse relativamente a cosa significhi essere 'membri della specie umana', appartengono a una varietà di gruppi sociali e si concentrano su dimensioni diverse di confronto interpersonale, a seconda del contesto. Quale categoria di sé diventi saliente e a quale livello di astrazione

raltro, concorre anche la visione stereotipica che si ha nei confronti delle persone anziane; visione che, in termini auto-stereotipici, gli stessi anziani spesso condividono ampiamente (cfr. Cuddy, Norton, Fiske, 2005; Mauceri, Di Marco, Licciardello, 2014). Il problema diventa ancora più rilevante soprattutto per quanto concerne certe emozioni e, in particolar modo, l'affettività (più o meno latamente) connessa alla sessualità, aspetto che può essere rilevante per la qualità della vita delle persone anziane ma che non viene sempre adeguatamente considerato. Si tratta di questioni che, anche se talora trattate in ambito sia artistico⁸ sia scientifico (cfr. Piette, Weill-Engerer, 2003; Cesa-Bianchi, 2009; Lindau, Gavrilova, 2010), nei fatti, solitamente si traducono in comportamenti di condanna e portano allo stigma sociale.

La questione relativa alla qualità della vita e al benessere diventa ancora più complessa nel caso di persone anziane non-autosufficienti e si complica ulteriormente in presenza di patologie particolarmente significative come la demenza senile e soprattutto l'Alzheimer (Schoenmakers, Buntinx, Delepeleire, 2010).

Nel merito, una delle cause di tali difficoltà può essere addebitabile al fatto che un ruolo così complesso, come quello del caregiver, viene solitamente considerato nei termini del "dover essere" di tipo ideologico, ciò per cui, nel caso di suoi comportamenti inadeguati, si possono registrare giudizi che oscillano tra la stigmatizzazione negativa (di tali comportamenti) e una sorta di "comprensione ambivalente" per le difficoltà attribuibili alle condizioni dell'assistito, con effetti negativi sulla qualità della vita di quest'ultimo e possibili sensi di colpa e/o sentimenti di inadeguatezza (nonché il concreto rischio di "burnout") del caregiver.

Già da tempo, peraltro, le ricerche scientifiche hanno dimostrato l'importanza della capacità di gestire le emozioni, ad esempio, in ambito familiare (Carruth, Tate, Moffett, Hill, 1997), anche nel caso di congiunti affetti da Alzheimer (Williamson, Schulz, 1990). Secondo quanto riscontrabile in letteratura, infatti, anche in coloro che sono affetti da tale patologia, l'emozione non è completamente abolita, perché

dipende dall'interazione tra le caratteristiche della persona e le caratteristiche della situazione" (Turner, 1987 [1999, p. 65]).

⁸ Nel merito, cfr. *El amor en los tiempos del cólera*, di Gabriel Garcia Marquez (1985); *El amante japonés*, di Isabel Allende (2015).

i pazienti sono in grado di ricordare meglio le parole con valenza emotiva rispetto a quelle neutre o di ricordare eventi autobiografici migliori con maggiore carica emotiva (Koelsch, 2010) e possono sperimentare stati emotivi prolungati che persistono ben oltre la memoria per gli eventi che originariamente hanno causato l'emozione,

ciò che ha importanti implicazioni per la loro gestione e cura ed evidenzia la necessità per i caregiver di favorire esperienze emotive positive (Guzmán-Vélez, Feinstein, Tranel, 2014, p. 2).

In tale prospettiva, appare importante ricordare che, come avvertiva Salomon Asch già alla metà del secolo scorso, le relazioni umane sono “rappresentazioni psicologiche reciproche”, scandite oltre che dai pensieri anche dalle “emozioni che si pongono in correlazione le une con le altre”⁹; emozioni che non si possono scegliere, non si possono non provare e che finiscono con l'essere il fondamento della trama di rapporti che intesse la quotidianità; tale trama, una volta consolidata, è difficilmente modificabile e può assumere le caratteristiche di un vero proprio processo di istituzionalizzazione psico-socio-relazionale¹⁰.

Nel merito, è abbastanza consueto verificare che per cercare di dare una base scientifica alla possibile soluzione delle problematiche sopra accennate si fa solitamente riferimento all'empatia. Anche se relativamente alle persone affette d'Alzheimer si fa notare che, a causa delle compromissioni cognitive, la reciprocità appare notevolmente limitata (Fernandez-Duque, Hodges, Bard, Black, 2009; Fischer, Landeira-Fernandez, Sollero de Campos, Mograbi, 2019), l'empatia costituisce una qualità professionale fondamentale sia per “favorire esperienze emotive positive” di tali persone (Koelsch, 2010; Guzmán-Vélez, Fein-

⁹ “Il fatto di maggiore importanza circa le interazioni umane è che esse sono avvenimenti *rappresentati psicologicamente* in ciascuno dei partecipanti. Nel nostro rapporto con un oggetto, la percezione, l'ideazione ed il sentimento si trovano da una sola parte, nei rapporti tra persone questi processi sono da ambo le parti ed in rapporto di dipendenza gli uni con gli altri [...] L'interazione più propriamente umana è soprattutto attività psicologica in risposta a quella degli altri. Noi ci influenziamo l'un l'altro a mezzo di emozioni e di pensieri che si pongono in correlazione con le emozioni ed i pensieri degli altri” (Asch, 1952 [1954, p. 150]).

¹⁰ Sulle dinamiche dei processi istituzionalizzazione e sulla, conseguente, complessità dei processi di de-istituzionalizzazione psicologico-relazionale (e non semplicemente burocratico-formale), cfr. Licciardello, 2016.

stein, Tranel, 2014), così come per lo svolgimento delle relazioni d'aiuto complesse. Si tratta, però, di una qualità che non è ideologicamente attivabile a comando, che non può essere confusa con la compassione e che va ben oltre la semplice simpatia¹¹. L'empatia, infatti, implica la capacità di decentramento cognitivo ed emotivo, funzionale alla comprensione dello stato esistenziale dell'"altro", ma senza dimenticare che "non si è l'altro", ovvero senza identificarsi; l'identificazione, infatti, oltre a non essere d'aiuto all'"altro", potrebbe risultare dannosa per lo stesso caregiver. Come sottolineava Carl Rogers, peraltro, laddove non si è empatici per formazione esperienziale, lo si può diventare, ma a patto di percorsi formativi che possono anche comportare la ristrutturazione profonda della personalità¹².

Occorre, quindi, pensare al caregiver come a una figura professio-

¹¹ Il concetto, inizialmente riferito agli ambiti di tipo estetico, con riguardo ai sentimenti e alle emozioni suscitate dalle opere d'arte (Pieròn, 1973, p. 185; Dalla Volta, 1975, p. 261), è diventato sempre più ricorrente nell'ambito delle professioni psicologico-relazionali, a partire da quando nel 1909 Titchener coniò il termine *empathy* come traduzione del tedesco *einführung* (*sentire dentro*), sulla base del greco *empathia* e della sua legame con il termine simpatia, che verrà poi utilizzato da Allport (1937) per spiegare la tendenza all'imitazione motoria degli altri (posture, microcinesica ed espressioni facciali, etc.). In generale, e con riferimento alle relazioni interumane, comunque, si sottolinea come l'empatia riguardi la comprensione dell'altro, focalizzando l'attenzione sulle componenti cognitive e/o emotive, senza però che questo comporti processi di identificazione. Il contributo di fondo relativo all'empatia è dovuto a Carl Rogers, psicoterapeuta e psichiatra di orientamento umanistico, fondatore e caposcuola del cosiddetto approccio "non-direttivo", che tanta eco ed importanza ha assunto anche nell'ambito dell'educazione e della formazione. L'empatia, secondo l'A., indica, "la capacità di immergersi nel mondo soggettivo altrui e di partecipare alla sua esperienza in tutta la misura in cui la comunicazione verbale e non verbale lo permette. In parole più semplici, la capacità di mettersi al posto di un altro, di vedere il mondo come lo vede costui" (Rogers, Kinget, 1966 [1970, p. 92]), ovvero di "percepire il mondo soggettivo altrui 'come se' si fosse questa persona, senza tuttavia mai perdere di vista che si tratta di una situazione analoga, 'come se'. La capacità empatica implica quindi che, per esempio, si provi il dolore o il piacere altrui come questi lo prova e che se ne percepisca la causa *come* egli la percepisce (cioè che si capiscano i suoi sentimenti o le sue percezioni come egli le capisce), senza mai dimenticare che si tratta di esperienze e percezioni altrui. Se quest'ultima condizione è assente, o cessa di avere la sua parte, non si tratta più di empatia ma d'identificazione" (Rogers, Kinget, 1966 [1970, p. 164]).

¹² "Questa sensibilità eterocentrica che è l'empatia sembra essere determinata da convinzioni, bisogni e interessi profondamente ancorati all'organizzazione personale. Senza dubbio, come praticamente ogni altra qualità, essa è suscettibile di sviluppo. Tuttavia, la sua acquisizione sembra esigere una certa modifica dell'intera personalità. Giacché il comportamento empatico non si lascia adottare a volontà, secondo i bisogni del momento. [...] Per accrescere il suo potere di empatia egli (il professionista, *n.d.r.*) deve quindi, in una certa misura, riorganizzare il sistema dei propri bisogni, interessi e valori" (Rogers, Kinget, 1966 [1970, p. 92]).

nalmente formata mediante percorsi che facilitino l'acquisizione (o il potenziamento) delle sue competenze di tipo psico-socio-relazionale, in particolar modo per quanto concerne il riconoscimento e la gestione delle emozioni, proprie e dell'assistito, compito che può risultare difficile e complesso ma non per questo ignorato, pena un'inadeguata offerta di servizio per l'assistito e il rischio di malessere per il caregiver (cfr. Välimäki, Martikainen, Hallikainen, Väättäin, Koivisto, 2015).

In effetti, la complessità della figura del caregiver emerge già da tempo dalla letteratura scientifica (Lu, Argyle, 1992; Poulin, Brown, Smith, Jankovic, Langa, 2010; McPherson, Wilson, Chyurlia, Leclerc, 2011) e l'esigenza di una sua specifica formazione è stata oggetto di attenzione di vari enti e organismi (Haigler, Bauer, Travis, 2004; Toseland, McCallion, Smith, Banks, 2004). La Comunità europea, ad esempio, nel triennio 2017-2019, ha finanziato il progetto IENE7, relativo a un corso di formazione interculturale di tale figura professionale, coordinato da EDUNET (Romania), con un partenariato costituito dalle università Middlesex (UK), Almeria (Spagna) e Catania, con la partecipazione del Comune di Ortona (Italia), nella cui struttura curriculare, oltre a tre aspetti più strettamente culturali (conoscenza, competenza, consapevolezza), venivano considerate le dimensioni della *cultural sensitivity* (empatia, rispetto dell'altro, coinvolgimento). Il progetto, realizzato mediante una piattaforma informatica con la possibilità di interventi ed approfondimenti dei partecipanti al corso, per quanto interessante e certamente utile, era però sostanzialmente di tipo contenutistico/culturale.

La focalizzazione sull'informazione ritenuta sovrapponibile alla formazione costituisce una sorta di tendenza prevalente del panorama culturale attuale, anche nelle scienze che riguardano gli ambiti educativi e sociali (in senso lato). In generale, infatti, la formazione ha come focus l'informazione, ovvero, il "sapere" che, però, per quanto importante, non risulta sufficiente a garantire il "saper essere"/"saper fare", ovvero l'adeguata interpretazione del ruolo (cfr. Licciardello, 2001, pp. 136 e ss.) soprattutto nei contesti ritenuti problematici in quanto finalizzati all'intervento nei confronti di soggetti le cui caratteristiche richiamano la "diversità" (Licciardello, 2013). In particolare, i tradizionali processi formativi, per quanto articolati, risultano inadeguati per la professionalità del caregiver, soprattutto allorquando lo stesso

abbia come interlocutori assistiti caratterizzati dalla presenza di patologie come le demenze senili e l'Alzheimer.

L'esigenza di pensare a percorsi formativi che vanno oltre quelli fondati sull'informazione, almeno relativamente ai contesti sopra indicati, implica il superamento del classico approccio teorico improntato ad una sorta di "realismo metafisico" (Heisenberg, 1959 [1982, p. 99]) per il quale gli individui, cui l'intervento è rivolto, "sono in sé" in un certo modo. Tale approccio, con l'affermarsi della teoria della complessità, è da tempo superato anche nell'ambito delle discipline come la fisica, laddove con Heisenberg si riconosce che nell'attività di conoscenza siamo, insieme, "attori e spettatori"¹³, negli ambiti che investono le relazioni umane finisce con lo sfociare in insuperabili impasse sul piano teoretico/ontologico e nell'insuccesso sul piano della prassi.

In tal senso, occorre riconoscere il ruolo attivo che il comportamento del caregiver assume su quello dell'assistito e interpretare il comportamento di quest'ultimo come risposta al significato che per lo stesso assume quello del caregiver. In tale prospettiva, comportamenti solitamente ascritti in maniera semplicistica alla patologia dell'assistito possono invece essere "letti"/compresi in termini di bisogni (in senso lato) psicologico-relazionali; tutto ciò può risultare estremamente complesso e difficile ma è, tuttavia, indispensabile per poter svolgere un ruolo finalizzato al "benessere" dell'assistito.

In buona sostanza, come già aveva rilevato Kurt Lewin (1935, [1965, pp. 86 e 87]), occorre passare dalle spiegazioni che rimandano alla logica lineare di tipo aristotelico, per cui i fenomeni vengono ascritti alla "natura" delle cose (in questo caso dell'assistito), a quella circolare di tipo galileiano, per la quale bisogna focalizzare l'attenzione sulla relazione (caregiver/assistito) interpretando il comporta-

¹³ "Poiché il dispositivo di misura è stato costruito dall'osservatore, noi dobbiamo ricordare che ciò che osserviamo non è la natura in se stessa ma la natura esposta ai nostri metodi di indagine [...]. Il nostro lavoro scientifico consiste nel porre delle domande sulla natura, nel linguaggio che noi possediamo e nel cercare di ottenere una risposta all'esperimento con i mezzi che sono a nostra disposizione [...]. Non dobbiamo dimenticare che nel dramma dell'esistenza della vita siamo insieme attori e spettatori. È comprensibile che nelle nostre relazioni scientifiche con la natura la nostra attività assuma grandissima importanza quando abbiamo a che fare con parti della natura nelle quali possiamo penetrare soltanto servendoci degli strumenti più elaborati (Heisenberg, 1959 [1982, pp. 72-73]).