

AIPG
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

CORSO DI FORMAZIONE

In

**PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E
PSICODIAGNOSTICA FORENSE**

TESINA

**IL RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA DISABILE
INTELLETTIVA IN RELAZIONE AGLI ARTICOLI 519,571,643 DEL CODICE
PENALE**

Anno 2007

Candidato
Dott. Claudio Pellegrini

INTRODUZIONE

Lavoro da circa 20 anni nel settore che si occupa di curare, riabilitare e sostenere le persone affette da ritardo mentale, inizialmente come operatore, poi come psicologo clinico ed attualmente come direttore di un centro di riabilitazione. In particolare il mio lavoro si rivolge ad adulti con RM. Proprio la mia professione mi porta quotidianamente a riflettere su quelle carenze legislative e culturali che comportano un restringimento delle opportunità per il disabile mentale di realizzarsi socialmente e potersi identificare con un ruolo riconosciuto nel suo ambiente di appartenenza. Si verifica, nella maggior parte dei casi, un forzato prolungamento dell'età evolutiva oltre i 18 anni, da una parte animato dalla convinzione più o meno inconscia dei familiari che si possa guarire dal ritardo mentale, dall'altro concesso dai servizi sociali e sanitari che spesso fanno convergere sull'adulto con RM interventi di tipo assistenziale o di presa a carico da parte di strutture e servizi che propongono una riabilitazione "infinita".

CHE COSA E' IL RITARDO MENTALE

In ogni paese, approssimativamente l'1% della popolazione è affetta da Ritardo Mentale. Il Ritardo Mentale è una disabilità che comincia prima dell'età adulta, ed ha effetti duraturi sullo sviluppo, producendo:

- ? abilità ridotta a gestirsi autonomamente (funzione sociale diminuita) dovuta anche a
- ? abilità ridotta di capire nuove informazioni e di imparare nuove capacità (intelligenza ridotta).

Le caratteristiche essenziali del Ritardo Mentale sono una funzionalità intellettiva generale sotto la media, accompagnata da deficit significativi delle funzioni sociali in aree come le abilità sociali, la comunicazione, ed inoltre difficoltà nel raggiungimento dell'indipendenza personale e delle responsabilità sociali. L'esordio del Ritardo Mentale deve avvenire prima dei 18 anni.

Tradizionalmente, venivano misurate le funzioni intellettive tramite test di QI, ed un funzionamento intellettuale significativamente sotto la media era definito da un QI di 70 ed al di sotto di esso. Oggi i test di QI vengono trattati con più flessibilità: ciò può permettere l'esclusione di diagnosi di Ritardo Mentale per alcune persone con QI inferiore a 70: Questo avviene quando si percepisce che non ci sono deficit significativi della funzione adattiva (l'efficacia della persona in aree come quella delle capacità sociali, della comunicazione, delle abilità di vita quotidiana, ecc.).

Il Ritardo Mentale può essere suddiviso in borderline, leggero, moderato, grave, profondo, in relazione con il livello di QI.

BORDERLINE / RITARDO MENTALE LIEVE

Rappresenta circa l'80% delle persone con Ritardo Mentale e non è di solito osservabile dalle apparenze e alcuni deficit sensori o motori sono lievi. Nella vita adulta la maggior parte di queste persone non vengono mai diagnosticate. La maggior parte di loro può vivere in maniera indipendente in ambienti normali, sebbene possano necessitare di aiuto per trovare l'alloggio e l'impiego, oppure quando sono sottoposti a particolare stress.

RITARDO MENTALE MODERATO

Le persone che fanno parte di questo gruppo ammontano a circa il 12% della popolazione con disabilità dell'apprendimento.

La maggior parte di loro può parlare o almeno imparare a comunicare e possono aver cura di se stessi con qualche supervisione.

Da adulti essi possono di solito intraprendere lavori semplici o di routine.

RITARDO MENTALE GRAVE

Di questo gruppo fa parte circa il 7% della popolazione con disabilità dell'apprendimento. Il loro sviluppo nell'età prescolare è di solito fortemente rallentato. Possono eventualmente acquisire alcune capacità di accudire loro stessi sebbene sotto una stretta supervisione. Possono anche essere in grado di comunicare in modo molto elementare.

Da adulti possono assumersi compiti facili ed essere coinvolti in attività sociali limitate.

RITARDO MENTALE PROFONDO

Le persone di questo gruppo ammontano a meno dell'1% della popolazione con disabilità dell'apprendimento.

Pochi di loro imparano ad aver cura di sé sebbene alcuni possono acquisire qualche elementare parola e comportamento sociale.

PROBLEMI ASSOCIATI

Il Ritardo Mentale può essere accompagnato o complicato da deficit sensori o motori, problemi comportamentali, epilessia e malattie mentali.

ABUSO SESSUALE O ESPRESSIONE DI PULSIONI SESSUALI?

L'adulto disabile intellettivo propone attraverso le sue modalità comunicative ed espressive il bisogno di autorealizzazione tipico di ogni persona adulta, spesso questi desideri sono inconciliabili con i pregiudizi dell'ambiente e le aspettative della famiglia d'origine con la quale più volte si riscontrano rapporti simbiotici non risolti in particolare con la madre, e poi con il padre e gli eventuali fratelli.

Ad esempio sul piano della vita sessuale diventa difficile per i disabili far accettare a chi li circonda che essi sono in grado di provare pulsioni ed istinti e che, come per il resto dell'umanità, queste sensazioni e pulsioni si inseriscono all'interno di una cornice di sentimenti e di amicizia, di amore e di affetto nei confronti degli altri. E' difficile, infine, per i disabili far accettare come valore la propria necessità di privacy, intimità, pudore, timidezza.

Nel corso della mia esperienza lavorativa sono stati numerosi i casi di presunto abuso sessuale o circonvenzione d'incapace subiti da persone con ritardo mentale in svariate situazioni: in famiglia e nelle mura domestiche, con figure occasionali incontrate su mezzi di trasporto per disabili oppure nei tragitti per raggiungere luoghi di lavoro o centri diurni. In molti casi era indefinito il confine tra abuso, circonvenzione e libera espressione di pulsioni sessuali.

Esemplare la vicenda di un autista di una ditta di autotrasporti a Garlasco che, nell'agosto del 2001, ha avuto una relazione sessuale con una donna di 36 anni, vicina di casa, affetta da lieve ritardo mentale, e in questi casi il codice penale presume l'abuso¹ a causa della condizione d'inferiorità psichica. La ragazza, pur affetta da "oligofrenia lieve" secondo la commissione medica della Asl, lavorava e mandava avanti da sola una casa. Secondo la difesa il rapporto è stato consenziente e non ci fu né violenza né minaccia e comunque il ridotto sviluppo delle capacità conoscitive ed intellettuali non diminuisce quelle affettive e sentimentali.

Il procedimento penale si è messo in moto perché lei ha sporto querela contro di lui probabilmente mettendo in atto un comportamento vendicativo, visto che lui, dopo quella sera, le raccomandò di non raccontare niente a nessuno, non le rivolse più la parola ed iniziò a corteggiare una collega. Sembra la reazione di una persona gelosa ed offesa perché l'uomo che l'aveva sedotta poi non la guardava più, e non la denunciò di chi ha subito un abuso. Tanto è vero che i carabinieri, conclusi i loro accertamenti, trasmisero gli atti alla Procura con l'ipotesi di reato di circonvenzione

¹ Della violenza carnale (dei delitti contro la libertà sessuale). – C.p. articolo 519: “ Chiunque, con violenza o minaccia, costringe taluno a congiunzione carnale è punito con la reclusione da tre a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi si congiunge carnalmente con persona la quale al momento del fatto: 3) è malata di mente, ovvero non è in grado di resistergli a cagione delle proprie condizioni d'inferiorità psichica o fisica, anche se questa è indipendente dal fatto del colpevole.....”

d'incapace². Successivamente il magistrato trasformò quell'accusa in violenza sessuale. Va, poi, precisato che l'incontro venne alla luce solo circa un mese più tardi, quando la donna si accorse di essere rimasta incinta e, alle domande dei famigliari, rivelò di aver avuto un rapporto intimo con il vicino.

Proprio la famiglia d'origine diventa la protagonista e la diretta "detentrica" della gestione di aspetti del figlio adulto disabile legati alla vita sessuale, come del tempo libero, dell'eventuale lavoro e del suo reddito (assegno d'invalidità, pensione sociale, reversibilità, proprietà, ecc.).

In particolare quando compaiono i primi segni della sessualità, molti genitori di persone con handicap psicofisico ricorrono al medico per inibire questo processo. Genitori che prima dello sviluppo sessuale, avevano fatto l'impossibile per "invecchiare" i propri figli, per esorcizzare la disabilità, ora tendono a mantenerli in un'epoca di adolescenti asessuati. Questo accade perché la sessualità evidente produce una grave crisi nelle singole figure genitoriali e nella coppia, generando atteggiamenti dissimili a seconda del sesso del nascituro. Infatti nei confronti delle donne si perpetrano atteggiamenti repressivi, mentre con i ragazzi si è più tolleranti e, pur scoraggiando in loro l'idea di potersi impegnare in un rapporto sentimentale, si guarda alla soddisfazione dei bisogni sessuali, proponendo spesso il ricorso alla prostituzione o all'esercizio sistematico della masturbazione come fonte di gratificazione. Esistono anche casi, propri di quei contesti familiari più chiusi, in cui madri "sacrificano se stesse" in un rapporto incestuoso, per tentare ad ogni costo di bloccare l'estrinsecazione della sessualità del figlio al di fuori delle pareti domestiche. Da tutto ciò deriva che la ragazza disabile intellettiva sperimenta la repressione fisica e morale (talvolta giustificata dal terrore che le madri hanno per le possibili violenze sessuali di cui le figlie possono essere oggetto), mentre il ragazzo viene tenuto lontano dalla sofferenza e dall'insuccesso derivanti da un probabile rifiuto sentimentale, evitandogli così il confronto con le proprie capacità ed i propri limiti. Si vuole fare in modo che la sessualità di queste persone prima o poi si spenga o si dirotti su altri interessi, ma spesso si finisce col farle assumere i caratteri della depressione, dell'irrequietezza motoria, dell'instabilità, trasformandola in manifestazione esplicita, in sintomo di un disagio.

Consideriamo quanto dichiarato dall'assemblea ONU riguardo le "Regole standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità" il 20 dicembre 1993 e cioè:

² Circonvenzione di persone incapaci – C.p. Articolo 643: "chiunque può procurare a sé od altri profitto, abusando dei bisogni, delle passioni e dell'inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato d'infermità o deficienza psichica di una persona, anche se interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito con la reclusione da due a sei mesi e con la multa da lire quattrocentomila a quattro milioni.

- ? Le persone con disabilità non dovrebbero essere private della possibilità di vivere la propria sessualità, avere rapporti sessuali sperimentare la paternità o la maternità. Tenendo conto del fatto che le persone con disabilità potrebbero avere delle difficoltà nello sposarsi e nel mettere su famiglia, gli stati dovrebbero incoraggiare la messa a disposizione dei un servizio di consulenza adeguato. Le persone con disabilità devono avere le stesse possibilità di accesso degli altri ai metodi della pianificazione familiare, ed anche a delle informazioni in forma accessibile sul funzionamento sessuale dei loro corpi.
- ? Gli stati dovrebbero promuovere delle misure per cambiare gli atteggiamenti negativi verso il matrimonio, la sessualità, la maternità e la paternità delle persone con disabilità, specialmente nei confronti delle ragazze e delle donne con disabilità, che ancora sono prevalenti nelle società. I mass media dovrebbero essere incoraggiati a svolgere un ruolo importante nel rimuovere atteggiamenti così negativi.
- ? Le persone con disabilità e le loro famiglie hanno bisogno di essere pienamente informate riguardo al fatto di prendere delle precauzioni contro gli abusi sessuali e di altra natura. Le persone con disabilità sono particolarmente vulnerabili agli abusi in famiglia, nella comunità, o nelle istituzioni e hanno bisogno di essere educati ad evitare di subire abusi, saper riconoscere quando ne hanno subito uno e denunciare l'accaduto.

Possiamo dedurre che l'ancora precario sviluppo culturale e psicologico sul piano del rispetto della vita sessuale del disabile porti a risolvere situazioni simili al caso di Garlasco come episodi di abuso sessuale senza avviare un intervento per lo sviluppo di una rete sociale e legislativa che protegga il disabile non solo dagli abusi o da gravidanze indesiderate ma che promuova la possibilità per lui di vivere la vita sessuale secondo i propri desideri e bisogni.

L'ISTITUZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: QUALI PROSPETTIVE?

Un aiuto in questo senso può arrivare dalla Legge 6/2004 che istituisce l'Amministratore di sostegno con la finalità di “tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente”.³

Questa legge introduce una sorta di rivoluzione nella tutela di soggetti non autonomi superando il concetto di *divieto*, che è il significato primo del termine *interdizione*, ed introducendo quello di *protezione*, ovvero offrire al soggetto non autonomo un regime di protezione che gli dia tutti gli strumenti di assistenza e sostegno di volta in volta necessari in funzione del suo deficit, comprimendo il meno possibile quelle aree residuali di capacità e autonomia di cui sia comunque dotato.

In questo modo si abbandona l'impostazione che per tanti anni si è ritenuta alla base dell'interdizione, quando si affermava che l'interesse perseguito dall'ordinamento era in primo luogo di natura pubblica, eliminare il disordine giuridico che gli si viene a creare se nel mondo delle relazioni giuridiche si presume capace di agire un soggetto che in realtà è un incapace, e quindi intervenire con una pronuncia che ne escluda la capacità di agire, a tutela dei terzi che stabiliscano rapporti con lui; l'interesse soggettivo dell'incapace diviene oggetto di attenzione e tutela solo dopo l'accertamento e la dichiarazione della sua incapacità, mediante la costituzione dell'ufficio tutelare.

Ora invece al centro dell'attenzione è l'incapace, la sua persona, i suoi bisogni, le sue difficoltà, e l'ordinamento deve offrirgli modalità di protezione nelle sue singole aree e nei singoli momenti in cui ciò si riveli necessario, senza emettere una pronuncia di totale esclusione della sua capacità di agire, se non quando tale pronuncia appaia unico strumento idoneo ad assicurargli adeguata protezione. La nomina dell'amministratore di sostegno consente quindi di “ritagliare” sulla persona dell'incapace un intervento di protezione che lo assista e lo affianchi in quelle aree e in quei momenti in cui ciò appaia necessario, caratterizzandosi il decreto del Giudice Tutelare per la flessibilità di un contenuto che avrà l'incidenza e l'estensione che lo stesso giudice riterrà di prevedere in funzione delle necessità di protezione emerse. Così inteso avrebbe potuto avere anche la portata più estesa possibile, idonea a coprire, con maggiore o minore invasività, tutte le aree di deficit presenti nel soggetto, con ciò venendosi a sostituire agli istituti già previsti di interdizione e inabilitazione.

³ Art 1 L. 6/2004: “Finalità della legge”

Il legislatore tuttavia non ha ritenuto di procedere in tal senso, ma ha mantenuto nel nostro ordinamento, verosimilmente come scelta di compromesso, gli ulteriori istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione. Questa coesistenza di strumenti di protezione determina notevoli problemi interpretativi senza comunque appannare il giudizio positivo nei confronti di una legge di grande apertura e civiltà che esprime il suo senso profondo nell'art 1 sopra riportato.

Si pone in quest'ambito l'opportunità di valutare quando, sotto un profilo personale, sia necessario togliere al soggetto la capacità di agire al fine di assicurargli adeguata protezione. Vengono prese in considerazione persone che possano essere facilmente vittime di circonvenzioni, possano cedere a qualunque attenzione affettiva o ricatto psicologico, sottoscrivano qualunque atto venga loro sottoposto, esponendosi al pregiudizio di assumere compiti incompatibili con le proprie capacità, competenze e sostanze. Si tratta di persone fortemente compromesse sul piano intellettuale e volitivo e che tendono continuamente a sfuggire alle maglie dell'assistenza create intorno a loro. Questa valutazione, che naturalmente spetta al giudice, può comunque ricavarsi attraverso l'intervento di consulenti (psicologi, medici) che siano in grado di ricostruire un'attenta anamnesi del soggetto e formulare una precisa diagnosi di carattere medico e psicopatologico che possa aiutare ad identificare le possibili aree d'intervento dell'amministratore di sostegno rispetto alle capacità residue del soggetto prima di decidere l'interdizione come forma di tutela dai rischi sopra esposti.

Una riflessione va aperta rispetto al ruolo dei familiari di soggetti affetti da una forma di ritardo mentale, spesso protagonisti di comportamenti che possono diventare di fatto circonvenzione d'incapace nel momento in cui orientano il familiare disabile (figlio, fratello o nipote) a dare consenso ad atti giuridici che li privano di redditi derivanti da assegni, pensioni, stipendi oppure da beni immobili.

Nella mia esperienza lavorativa ho avuto modo di incontrare situazioni di questo genere, spesso tenute nascoste e che poi emergevano quando il soggetto disabile a cui si offriva un servizio di tipo residenziale non poteva provvedere ad una serie di oggetti personali necessari per una vita dignitosa (abbigliamento, disponibilità economica per il tempo libero, arredamento del proprio ambiente di vita). In quei casi emergevano situazioni in cui la famiglia d'origine usufruiva dei beni economici del disabile per la propria sussistenza e, nelle situazioni più gravi, si andava a verificare la sua esclusione dall'utilizzo del patrimonio personale e dalla sua parte di patrimonio familiare.

Si configura pertanto un altro ambito di impegno e di azione dell'amministratore di sostegno e cioè quello di valorizzare le residue capacità nelle aree di autonomia valutativa e gestionale di soggetti affetti da ritardo mentale medio o lieve nell'ambito della gestione del denaro, ancorché per importi limitati, nei casi dove l'ambito familiare non si dimostra in grado di tutelare le

libertà personali ed i diritti del soggetto disabile. Così affiancato dall'a.d.s. , il disabile può provvedere sia alle proprie esigenze personali/corporali sia muoversi nello spazio esterno nell'acquisto in autonomia di generi di prima necessità sia pur in contesti guidati e ripetitivi, prendendo consapevolezza di concetti quali la riscossione di una pensione, ovvero l'acquisto o vendita di un bene in termini di scambio di cosa contro prezzo ed infine sperimentare se esistono le condizioni per essere avviati al lavoro e le condizioni per acquisire un'autonomia di vita relazionale che li gratifichi.

In alcune situazioni familiari incontrate in questi anni, ho constatato la negazione di questo bisogno di autonomia nella vita relazionale e della possibilità di sperimentarsi nel mondo del lavoro per il figlio disabile intellettivo che veniva esercitato proprio dagli stessi genitori.

Se da una parte il legislatore con la pubblicazione della legge n. 68 del 12 marzo 1999 che detta "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" ha dato nuovo impulso al collocamento nei posti di lavoro delle persone invalide ovvero dei soggetti con R.M., permangono le resistenze culturali e familiari al pieno adempimento della legge oltre che le fisiologiche resistenze delle aziende.

La legge n. 68/1999 entrata in vigore il 18.01.2000, ha completamente riformato il collocamento obbligatorio attraverso norme che pongono al centro dell'attenzione la figura del lavoratore disabile, inteso come individuo che deve essere inserito nel mondo del lavoro in modo attivo, attraverso la valorizzazione delle sue effettive capacità lavorative. L'azienda chiamata a soddisfare questo obbligo di legge deve ragionare in un'ottica propositiva, modificando probabilmente la propria mentalità e l'approccio alla problematica, puntando appunto alla valorizzazione del disabile al fine di renderlo effettivamente produttivo in ambito lavorativo, avendo la possibilità in questo modo di raggiungere un duplice obiettivo: realizzare professionalmente il lavoratore e nel contempo poter effettivamente contare su una ulteriore professionalità efficiente e quindi remunerativa sul piano economico.

La nuova legge prevede il collocamento mirato e, attraverso le convenzioni il collocamento immediato, richiedendo sul territorio la presenza di operatori con specifiche competenze di analisi delle imprese e parallelamente di individuazione delle capacità umane e professionabili presenti o acquisibili nei giovani disabili. La nuova legge sembra aver recepito e fatto proprie le prassi innovative presenti in molte realtà italiane tendenti a favorire una cultura dell'inserimento lavorativo del soggetto disabile. Molte imprese hanno, poi, recepito lo spirito della legge ed hanno iniziato a curare, oltre all'aspetto produttivo, la possibilità di diventare "socialmente capaci", o meglio "eccellente in quanto socialmente capace", attraverso la coesistenza di due elementi:

1. la capacità dell'azienda di progettare la propria organizzazione sotto il profilo tecnologico ma anche con una particolare attenzione allo sviluppo delle persone, ottimizzando consonanza e appropriatezza delle proprie competenze sistemiche; in altre parole correlando obiettivi d'integrità delle persone con obiettivi tecnici ed economici;
2. la consapevolezza di essere una componente vitale di un ambiente, di un territorio e quindi di dover portare il proprio contributo a un problema sociale che, se non risolto, diventa umanamente ed economicamente molto costoso.

In molte realtà italiane le esperienze di integrazione lavorativa attestano, in correlazione all'inserimento, una migliore attenzione all'integrità fisica, cognitiva, emotiva e professionale di tutti i componenti della squadra e non solo del lavoratore disabile.

Più volte, nel corso di questi anni, ho avuto modo di verificare che rispetto all'opportunità di inserire il figlio nel mondo del lavoro, e dunque di offrire al disabile intellettivo la possibilità di identificarsi in un ruolo riconosciuto dall'ambiente e dunque di essere definitivamente traghettato nell'età adulta, proprio le paure e le ansie dei genitori sono diventate ostacoli insormontabili al completamento di un processo evolutivo, al riconoscimento della pari dignità del disabile. Cosa pensare quando il genitore nega di fatto l'inserimento nel mondo del lavoro, così come nega relazioni affettive o l'espressione di pulsioni sessuali? Possiamo parlare di circonvenzione o di non riconoscimento dei diritti fondamentali della persona⁴?

Allo stesso tempo dietro a tutto questo c'è il più delle volte una relazione psicologica ed affettiva di tipo simbiotico non risolta.

CONVENZIONE INTERNAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'

- ✍ ⁴ Gli Stati Parte devono prendere misure efficaci ed appropriate per eliminare qualsiasi discriminazione contro le persone con disabilità in tutte le questioni che riguardano il matrimonio, i rapporti familiari e personali e devono assicurare che le leggi, gli usi e le tradizioni nazionali relativi al matrimonio e alle relazioni familiari e personali, non discriminino in ragione della disabilità, in maniera tale che:
 - ✍ le persone con disabilità abbiano pari opportunità di [fare esperienza della propria sessualità,] avere rapporti sessuali e altri rapporti intimi e vivere la dimensione genitoriale;
 - ✍ sia riconosciuto il diritto di ogni persona con disabilità, che sia in età di matrimonio, di sposarsi e fondare una famiglia sulla base del consenso libero e pieno dei contraenti;
- (c) siano riconosciuti i diritti delle persone con disabilità di decidere liberamente e responsabilmente riguardo al numero dei figli e all'attesa tra un figlio e l'altro e di avere accesso alle informazioni adeguate alla loro età, all'educazione sessuale e alla pianificazione familiare, ai mezzi necessari a consentire loro di esercitare tali diritti e a pari opportunità di conservare la propria fertilità.

L'INATTESO

Che cosa accade quando il bambino che arriva in una famiglia è l' "inatteso"? Quando il neonato che sostituisce il bambino immaginario tanto desiderato e sognato è "rotto", è "handicappato"?

Sembra che si crei una distanza incolmabile, diventa difficile se non impossibile la messa a fuoco. Accade l'esplosione del dolore. La delusione è cocente, l'abbandono delle fantasie narcisistiche non può che essere totale e immediato.

Questi genitori non possono come gli altri genitori, fantasticare gioiosamente sul suo bambino e, identificandosi con lui, affidargli con l'immaginario il testimone della staffetta della vita.

Il bambino che ha subito una lesione cerebrale (pre-, iper- o post- natale) o nasce affetto da una sindrome, presenta alla madre uno stimolo alterato, cosicché lei risponde in modo diverso di come avrebbe fatto con un bambino normale, che per lei sarebbe stato il desiderato prolungamento di sé. Come sostiene M. Mannoni(1964)⁵, "l'infermità del figlio colpisce la madre su un piano narcisistico: essa perde repentinamente ogni punto di riferimento identificatorio, e ne consegue come corollario la possibilità di condotte impulsive. Si tratta cioè del panico di fronte ad un'immagine di sé che non si può riconoscere né amare".

"Cosa c'è di perturbato a livello del linguaggio (nel rapporto madre-figlio) che, esprimendosi per vie traverse, fissa il soggetto nello statuto sociale che gli è stato conferito, e la madre nel ruolo che essa stessa si è data? ", si domanda la Mannoni.

Potremmo dire, rifacendoci agli studi di *D. Winnicott* e della *M. Klein*, che al bambino con ritardo mentale vengono a mancare le cure amorose dei genitori ed una situazione affettiva tale da permettere una formazione normale del Sè. Il rapporto genitore-figlio si connota come doloroso e difficile caratterizzato dal rifiuto inconscio e dall'iperprotezione. Nel mondo interno del bambino, invece delle rassicuranti parti buone della madre entrano prevalentemente gli elementi negativi della relazione, al punto che l'operazione di *splitting* delle parti cattive della madre assume caratteristiche massive creando complessi meccanismi di negazione, spostamento e proiezione quasi che il bambino disabile, come i suoi genitori, si impegni nell'elaborazione del lutto dovuto al suo essere ritardato.

⁵ M. Mannoni, *Il Bambino ritardato e la madre*, Boringhieri, Torino, 1971

W. Bion parla del concetto di *reverie* e cioè della capacità della madre di contenere tutti gli oggetti provenienti dall'amato figlio. È attraverso questa funzione che il bambino incontra la pienezza affettiva della madre, cioè la sua capacità affettiva di aprirsi a tutti i messaggi provenienti dal figlio.

Attraverso la capacità di *reverie*, la madre sogna e fantastica sul suo bambino rielaborando le paure e il dolore espulse dal figlio in piacere e tranquillità. Ma in una relazione primaria genitore-figlio basata su ansia, aggressività, rifiuto e negazione, il bambino interiorizza solo elementi dolorosi senza possibilità che essi integrino e strutturino il suo Io. Così la relazione oggettuale del disabile mentale si caratterizza spesso come incompleta e con tratti patologici più o meno marcati.

Tutti i momenti dell'età evolutiva del bambino meritano grande attenzione ma per il bambino disabile due periodi di vita devono essere attentamente seguiti: i primissimi anni e l'adolescenza. In queste fasi dell'esistenza si costruisce il Sé e si completa la strutturazione dell'identità adulta.

Per quanto concerne i primi anni di vita il tema di fondo è quello, come abbiamo già detto, di custodire la madre che diventi capace di custodire il figlio. In altre parole bisogna diventare capaci di offrire alla famiglia dei servizi di appoggio perché la famiglia a sua volta sappia garantire al bambino disabile quella normalità, prima affettiva e poi educativa, di cui ha assolutamente bisogno. Il lavoro sul lutto dei genitori, l'analisi della comunicazione tra loro e il proprio figlio, la decodificazione delle difficoltà di rapporto saranno via via oggetto della relazione terapeutica.

Il tema dell'adolescenza si collega direttamente con il tema del ruolo sociale. Non c'è speranza di un'identità reale per il giovane disabile senza l'assegnazione di un ruolo sociale attivo nel mondo degli adulti. Di solito, invece, le famiglie dei giovani disabili tendono ad allontanare, con la fantasia, di molti anni l'ingresso dei figli nel mondo degli adulti, fantasticando la possibilità ancora di consistenti miglioramenti. Si tratta di un tentativo doloroso di prolungare la permanenza del figlio nella "età evolutiva" e, attraverso questa permanenza, di lasciare spazio alla speranza, ma soprattutto al bisogno di negazione.

Il ruolo è un comportamento interattivo e, in quanto tale, viene appreso da un soggetto progressivamente e a condizione che sia, o diventi capace, di anticipare in sé l'atteggiamento degli altri e la risposta che la sua azione determina. Va sottolineato che si tratta di acquisire una capacità che può essere raggiunta solo attraverso una progressione di esperienze sempre più vaste di socializzazione nel macro-sociale.

Questa progressione nel bambino “normale” avviene naturalmente attraverso una serie di apprendimenti centrati sul paradigma azione propria-reazione dell’altro, mentre nel giovane disabile compaiono spesso rilevanti difficoltà dovute sia a deficit personali sia , soprattutto, alle scarse possibilità di integrazione offerte e agli stili relazionali messi in atto nei suoi confronti. I giovani disabili che ricorrono a meccanismi psicologici di camuffamento dentro elementi più o meno marcati di falso Sé potranno lentamente abbandonare i travestimenti adesivi perché il ruolo sarà, nel contempo, un momento del loro esistere reale e anche in parte una divisa rassicurante da presentare al mondo ed ai fantasmi in esso proiettati come per tutti noi.

Un’altra caratteristica strumentale alla definizione di un concetto positivo di sé è l’acquisizione della capacità di scelta e di controllo sulla propria vita. Spesso ai soggetti disabili non viene data la possibilità di sperimentarsi in scelte personali, persino in quelle più elementari, come decidere gli abiti da indossare, cosa comprare, inficiando notevolmente l’acquisizione di una buona autostima e l’espressione ed affermazione della personalità, specie se si considera che molto frequentemente i genitori e i familiari tendono a proteggere i loro cari dagli attacchi del mondo esterno, dalla consapevolezza della loro disabilità, rischiando di intrappolarli in un limbo che renderà sempre più difficile la crescita e l’acquisizione di una personalità adulta e capace di staccarsi dall’ambiente familiare, solitamente protetto e sicuro. Tutto questo può avere profonde ripercussioni sulla capacità relazionale, venendo a determinare anche situazioni di isolamento sociale, il quale non può essere positivo per nessuno, meno che mai per un giovane adulto disabile, perché può favorire comportamenti regressivi e depressivi che certo non contribuiscono a determinare una soddisfacente qualità della vita.

I RISCHI DI ABUSO NEL CONTENIMENTO DEL DISABILE GRAVE

Un terzo aspetto del mondo del Ritardo Mentale è rappresentato dal trattamento delle persone affette da un grave danno neuropsichico che a causa di influenze ambientali e/o aspetti organici hanno sviluppato non solo un ritardo grave e profondo ma anche una serie di comportamenti di sfida ed autoaggressivi difficilmente gestibili sia dai familiari che dagli operatori a cui è richiesto un livello di professionalità particolare per contenere e veicolare atteggiamenti auto ed eteroaggressivi senza cadere nelle maglie previste dal codice penale con riferimento all'abuso dei mezzi di correzione⁶.

L'essere operatore addetto alla cura, alla riabilitazione ed al recupero del disabile spesso si configura come una professione intrisa di elementi genitoriali. Lo stesso operatore affronta esperienze emotive e difficoltà simili a quelli descritti per le figure parentali, anche se ci sono notevoli differenze di ordine qualitativo e quantitativo. La presenza del disabile intellettivo mobilita anche nell'operatore sentimenti di angoscia che, a loro volta, attivano meccanismi psicologici di controllo. L'effetto di perturbazione interiore è quindi correlato sia alle caratteristiche psicologiche del disabile, sia alla presenza, nella mente dell'operatore, di problemi non risolti e di bisogni insoddisfatti. L'utilizzazione di strategie difensive sarà tanto più evidente, quanto maggiore sarà la negazione della propria parte bisognosa. Questo intrecciarsi psicologico di bisogni e negazione, determina nell'operatore, oscillazioni di atteggiamento emotivo che vanno dall'onnipotenza all'impotenza. Potremmo dire che per l'operatore, come per il genitore, esiste la necessità di equilibrare l'investimento oggettuale con l'investimento narcisistico.

Le componenti oggettuali della relazione sono correlate con la capacità dell'operatore di identificarsi con l'utente, ma anche con la possibilità di mettere a disposizione uno spazio mentale dove il disabile possa essere compreso e dove quindi possano essere messe a punto, per lui, misure educative consapevoli e promozionali.

Per l'aspetto narcisistico possiamo dire che, se è comprensibile che l'operatore si senta in gioco e sia professionalmente interessato al successo del suo utente, quando questo interesse diventa

⁶ Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina. – C.p. Articolo 571: “Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

“personale”, il rischio di frustrazione e, quindi, di impropri atteggiamenti educativi e contenitivi, si fa veramente concreto.

COMPORAMENTI DI SFIDA E AUTOLESIVI

Con il termine sfida ci riferiamo a gravi e spesso croniche combinazioni di disturbi del comportamento: comportamenti aggressivi, distruttivi, di ricerca di attenzione, sessualmente inappropriati, autolesivi, rumorosi, iperattivi, socialmente inappropriati (per es.: pica, sporcare con le feci, scappare).

Tali comportamenti presentano delle sfide che minacciano la salute fisica del paziente e delle altre persone e in questo modo il paziente rischia l'esclusione dalle principali attività. Il termine "comportamento di sfida" fu coniato dal punto di vista della sfida verso i servizi più che per il problema esistente nella persona. Il termine "sfida" viene applicato a persone con o senza Ritardo Mentale che esibiscono comportamenti pericolosi come appiccare il fuoco, aggredire, violentare, rubare, ecc.

I comportamenti di sfida aggressivi e distruttivi sono di solito cronici e spesso hanno una funzione comunicativa. Essi possono rappresentare tentativi di protesta, di attirare l'attenzione, rabbia espressa, tristezza, paura o confusione, e persino indicare un disagio fisico. Sono più probabili quando il paziente ha una bassa tolleranza alla frustrazione, disabilità della comunicazione, abilità sociali povere e supporti variabili. Il comportamento per attirare l'attenzione può includere il lamentarsi in continuazione, piangere, atti drammatici. I comportamenti sessuali inappropriati includono toccarsi, spogliarsi, masturbarsi in pubblico. Tali comportamenti sono di solito la conseguenza di una disinibizione sociale generale piuttosto che di un pregresso abuso.

I comportamenti di sfida possono essere associati con il pica, le stereotipie e l'iperattività. Il disturbo pica consiste nel mangiare in modo persistente sostanze non nutritive come carta, sporco, capelli, colori, cicche. Le stereotipie sono movimenti primitivi, ripetitivi e autostimolanti come dondolarsi o scuotere la testa. Sia le stereotipie che il pica tendono a manifestarsi nelle persone con Ritardo Mentale grave, mobilità limitata, limitata comunicazione e socializzazione, che vivono in ambienti impoveriti.

Alcuni bambini, in particolare quelli con Ritardo Mentale grave e disturbi del linguaggio, sono iperattivi. Sono irrequieti, impulsivi e distruttivi con attenzione di breve durata, ma dopo l'adolescenza la maggior parte diventa apatica e socialmente ritirata.

Il comportamento autolesivo si manifesta nel 12-13% delle persone con Ritardo Mentale ed è più comune nei maschi, nelle persone con Ritardo Mentale grave ed in quelle con autismo. Esso comprende darsi i pizzicotti, mordersi, graffiarsi, sbattere la testa, schiaffeggiarsi, strapparsi i capelli, punzecchiarsi gli occhi e l'ano. Può causare danni al cervello e ai tessuti e può diventare una minaccia per la vita. Il complesso sovrapporsi di richiamo di attenzioni, evitamento dei compiti, avversione sociale e funzioni auto stimolanti può mantenere questi comportamenti. Fattori fisici, mentali e ambientali possono anch'essi contribuire al mantenimento dei comportamenti autolesivi, ad esempio: otite, costipazione, rabbia, ansia, depressione, sottostimolazione, cambiamenti ambientali e dello staff.

Le cause dei comportamenti di sfida sono spesso multifattoriali ed includono : **Cause biologiche.** Ci sono alcune sindromi che hanno chiare manifestazioni comportamentali come il legame tra Lesch-Nyhan e autolesionismo e sindrome Prader-Willi e abbuffate. I comportamenti di sfida possono comunque avere cause fisiche. Possono esser la conseguenza di dolore o malattie.

Per esempio, un dolore persistente può condurre ad autolesionismo, aggressività, agitazione; mentre la conseguenza di una malattia può essere il rifiuto di partecipare ad attività, ritiro, ecc.

Comportamenti di sfida come risposta ad un ambiente impoverito. Le persone con comportamenti di sfida sono maggiormente a rischio di finire in ambienti di qualità povera. Essi sono quelli che vengono continuamente ammessi e riammessi in ospedali, e le opportunità di partecipare ad attività sono molto ristrette per loro. La loro storia e gli attuali trattamenti possono essere caratterizzati da un ambiente sterile con pochi materiali e attività, basso livello di interazione sociale e quelle poche interazioni sono spesso negative piuttosto che di supporto.

Comportamenti di sfida come comportamenti appresi. Il comportamento di sfida può essere imparato esattamente come tutti gli altri comportamenti: presentando delle ricompense che seguono il comportamento. Il comportamento, all'inizio, può non presentarsi con l'intenzione di ottenere un premio, ma se l'individuo adotta un comportamento che ha una conseguenza che egli trova piacevole, egli imparerà ad accoppiare il comportamento con la conseguenza. In modo simile, se la conseguenza è una punizione, probabilmente il comportamento scomparirà. Ci sono due modi in cui il comportamento può essere premiato: il primo è il rinforzo positivo (gli viene dato qualcosa di buono); e il secondo è il rinforzo negativo (qualcosa di spiacevole viene portato via). Il comportamento di sfida è un atto comunicativo. Questo comprende che vi sono differenti tipi di premi associati con il comportamento di sfida e ci guida ad accettare l'ipotesi che i

comportamenti di sfida hanno una funzione comunicativa. Questo è particolarmente vero quando l'individuo ha difficoltà con i tradizionali modi di comunicare.

Il comportamento di sfida come risposta ad un trauma mentale. Le persone con Ritardo Mentale sono soggette ad una serie di risposte e, tra le tante, alcune possono essere di supporto e alcune di abuso. L'abuso può essere fisico, sessuale o mentale, ed ognuno di loro avrà un effetto sull'individuo. Il comportamento di sfida può anche essere un'espressione di rabbia o di miseria o di paura del fatto di essere disabile e ai fatti della vita ai quali ciò ha portato.

E' certamente complesso per un familiare come per un operatore rispondere ad un comportamento di sfida. Dovrebbe essere fatta una approfondita analisi funzionale del repertorio di comportamenti. Le analisi funzionali portano a valutazioni comprensive del tipo di personalità associato ai comportamenti di sfida. Per esempio se osserviamo una persona che sbatte la testa contro degli oggetti, la prima cosa che va fatta è un'analisi funzionale del problema. L'analisi funzionale non focalizza solo il problema comportamento. Essa tenta di analizzare la funzione del comportamento attraverso una precisa investigazione del contesto nel quale si presenta il comportamento. Ci sono tre aree principali da considerare:

- ? la persona alla quale è riferito
- ? la situazione e l'ambiente della persona
- ? le persone significative nella vita della persona.

Usando una varietà di tecniche, come questionari, interviste e osservazione, si raccolgono le informazioni. Vengono raccolti i dati di base dei vari aspetti della vita della persona. Alle persone che seguono il soggetto viene chiesto di ricordare la frequenza del comportamento ed i possibili rinforzi.

Una volta catalogate e sommate le informazioni, può diventare possibile formulare ipotesi dell'origine della funzione critica del comportamento e così disegnare un piano d'intervento. E' importante ricordare che un comportamento raramente ha una funzione semplice. più spesso un comportamento ha numerosi funzioni. Come è necessario procurare un ambiente che aiuti ed insegni nuove abilità e strutturi i rinforzi per riposizionare i comportamenti, così il familiare o l'operatore necessita di sapere come rispondere quando il comportamento si ripresenta. I comportamenti di sfida non scompaiono ad un tratto, ed in molti casi non scompaiono mai del tutto.

Esiste un riconosciuto stress cui viene sottoposto chi assiste persone con comportamenti di sfida, specialmente a lungo termine. E' chiaro che ogni approccio di lavoro con queste persone deve

includere non solo uno staff addestrato ma anche un supporto organizzativo. Una buona gestione e un supporto allo staff sono indispensabili se esso viene messo in condizione di lavorare effettivamente con paziente con comportamenti di sfida.

Sul piano psicopatologico e sociale uno delle più note presunte forme di abuso dei mezzi di contenzione che si va diffondendo nei paesi occidentali, in particolar modo negli Stati Uniti, è rappresentata dal contenimento farmacologico dei cosiddetti bambini iperattivi attraverso l'uso e l'abuso di somministrazione di psicofarmaci ed anfetamine.

Agli inizi degli anni '80 venne riaffermata l'esistenza di una malattia mentale dell'infanzia, un disturbo che pareva colpire i bambini, e che consisteva essenzialmente nel fatto che questi (i bambini etichettati come "malati") erano distratti, disattenti e molto, troppo vivaci. La malattia fu inserita nel "Manuale Diagnostico e Statistico" (il testo di riferimento per le diagnosi di carattere psichiatrico), con il nome "Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed iperattività" (ADHD). A causa di un'eccessiva ambiguità nelle diagnosi, questo disturbo - che viene diagnosticato non con un esame di laboratorio, ma facendo compilare dei questionari sulla cui validità scientifica si sono accese violente polemiche - si è quindi "diffuso" come un'epidemia, insieme ad altri disturbi del comportamento dell'infanzia. Nei soli USA, i bambini in terapia a base di psicofarmaci erano 150.000 nel 1970, mezzo milione nel 1985, un milione nel 1990, 8 milioni nel 2003, 11 milioni a fine 2004: buona parte dell'intera popolazione infantile scolastica di quella nazione pare soffrire di queste "sindromi", di origine organica per alcuni specialisti, causate da difficoltà squisitamente ambientali e sociali per altri. Si riteneva potesse essere un problema "tutto Americano", ma anche nella vicina Francia il 12% della popolazione studentesca fa uso (e spesso abuso!) di psicofarmaci, ed in Italia - nonostante alcune dichiarazioni improntate alla prudenza - si sono effettuati screening nelle scuole e sono stati aperti cento centri pilota per la somministrazione di psicofarmaci ai bambini. Spesso vengono trascurate le terapie alternative a quella strettamente farmacologica, che potrebbero porre sotto controllo con modalità meno invasive il disagio dei piccoli pazienti. Si privilegiano soluzioni "facili", quali quella della pillola che apparentemente risolve ogni problema. E' evidente che l'approccio "disinvoltato" ad un problema delicato ha generato un acceso dibattito, nella comunità scientifica e non solo. Lo scopo - a detta di molti medici - è quello di "vendere prestazioni farmaceutiche" e sottoporre a terapia molti pazienti in tenerissima età.

Anche nel contenimento dei comportamenti di sfida ed autolesivi del disabile intellettivo si utilizzano spesso psicofarmaci, oltre ad una serie di altri interventi di contenimento. A volte è

necessario per la salvaguardia dell'incolumità della persona stessa e di chi è affianco a lui l'utilizzo di mezzi di contenzione: tutto questo determina un equilibrio psicologico ed una maturità da parte dell'operatore che lo porti ad essere efficace e potente nell'intervento senza diventare abusante. Anche in questo caso si ripropone la necessità di stabilire un confine tra uso ed abuso che è estremamente complesso in virtù anche del fatto che il più delle volte l'aggressività è un modo per comunicare qualcosa da parte di chi sente angoscia e dolore e non ha altro modo per comunicarlo all'esterno . Così il contenimento va accompagnato ad una comprensione della persona e fatto poi seguire dalla possibilità di stabilire un'alleanza ed un contatto terapeutico con il disabile grave. Esistono, comunque, tecniche di contenimento e contenzione riconosciute come generalmente valide e non abusanti che vanno conosciute e praticate in particolar modo nelle comunità, nei centri di riabilitazione e nelle strutture socio sanitarie che si occupano del disabile grave. Ne riporto alcune:

- ? Rispetto per la persona (la crisi ha un significato) e soprattutto rispetto alle eventuali richieste ragionevoli.
- ? Controllare la paura. Una persona che fa paura è una persona che ha paura. Entrare in competizione con questa persona su chi ha più paura è la cosa meno indicata da fare.
- Non svalutare, non dire 'ma via smettila' o 'dai falla finita' con aria di svalutazione. Il paziente può in questo modo avere la sensazione di non essere preso sul serio e tendere a manifestare ancora di più la sua potenza e la sua aggressività. Per gli stessi motivi non far finta di ignorare il comportamento problema.
- ? Cercare un piano di condivisione: "capisco perfettamente il suo problema"; evitare commenti sul comportamento irrazionale (anche parlando con i collaboratori vicini), evitare sorrisini ambigui o francamente ironici o battute o frasi a doppio senso: possono aumentare il timore e la rabbia del paziente.
- ? Offrire un contatto fisico (la mano) con determinazione e fiducia; non guardare il paziente troppo a lungo negli occhi.
- ? Valutazione ambientale : valutare il rischio di violenza e il potenziale pericolo per il paziente stesso e per gli altri. Prendere in considerazione: l'ideazione di atti di violenza, i desideri, le intenzioni, i piani, la disponibilità di mezzi, la realizzazione del piano, il desiderio di essere aiutato. Valutare rapidamente la storia della persona in riferimento ai pregressi atti violenti e di ridotto controllo degli impulsi. Considerare fattori scatenanti recenti, ad esempio frustrazioni o liti ed eventualmente far capire che tali fattori vengono da noi accolti come fatti degni di grande interesse.

- ? Fare attenzione al modo in cui si compiono le azioni d'intervento sulla crisi: movimenti lenti e chiaramente orientati. Tono della voce basso e chiaro. Non attuare comportamenti ambigui (parlare con altri sottovoce o in disparte, gesticolare). Non dare la sensazione di limitare la persona nei possibili spostamenti o nei movimenti. Mai per esempio ostacolare il tragitto fra il paziente e la porta o un'altra via d'uscita. Se ci sono oggetti che possono apparire come pericolosi per la persona in crisi o per le persone vicine conviene farli uscire di scena appena possibile afferrandoli con decisione e spiegando con altrettanta chiarezza, a tutte le persone presenti, compresa quella in crisi, che tali oggetti non dovrebbero stare lì perché inadeguati rispetto all'ambiente o alla situazione (indipendentemente dalla crisi su cui si sta intervenendo).
- ? Favorire il giudizio di realtà del paziente.
- ? Dimostrazioni di forza: informare la persona che saranno usati se necessario mezzi di contenzione ma non per reprimere la comunicazione di un bisogno ma per evitare che la persona stessa possa farsi del male. Cercare persone e strumenti in grado di applicare una contenzione e mostrarli alla persona in crisi, ma non dare l'impressione di voler applicare la forza con facilità.
- ? Tecniche di distrazione: utilizzare un oggetto/situazione che possa distrarre il paziente dal suo intento aggressivo. Nel caso in cui si conoscano le preferenze della persona in crisi, si può proporre qualcosa che si sia certi possa interessarla, altrimenti si può provare con situazioni che sono interessanti per la maggior parte delle persone. Si può anche provare a utilizzare la tecnica del problema maggiore, simulando l'accadere di una cosa molto grave che riguarda tutti ed alla quale bisogna rivolgere l'attenzione. Ovviamente le tecniche di distrazione vanno attuate con determinazione e realismo.
- ? Tecnica dell'esaurimento dell'energia: in pratica far sfogare il paziente con qualcosa che non sia pericoloso per se stesso e per gli altri. Far urlare la persona, darle qualcosa da rompere, rompere qualcosa e/o urlare o esprimere rabbia in un modo non pericoloso anche noi insieme alla persona.
- ? Tecnica del contenimento fisico. Stringere un cerchio umano intorno alla persona, cercando di farlo culminare in un abbraccio che contenga la rabbia esplosiva. Immobilizzare una persona facendole sentire che potrebbe liberarsi, se davvero volesse. Avvolgere la persona in crisi in una coperta, sempre con l'atteggiamento di voler proteggere, contenere, e non costringere, limitare o reprimere. Bagnare la persona con molta acqua, lo sbalzo termico che ne deriva può indebolire la persona o distoglierla dall'atto aggressivo dove stava

indirizzando tutta l'energia, la pesantezza che deriva dall'essere bagnati può contribuire a far desistere la persona e renderla più disponibile alla negoziazione.

- ? Somministrazione di un farmaco tranquillante: bisognerebbe ricorrere al farmaco solo nei casi in cui la crisi non si risolve con altri tipi d'intervento. In ogni caso bisogna provare a convincere la persona ad assumere la terapia prescritta dai medici (terapia al bisogno indicata in cartella o terapia indicata per altra via). Solo nel caso in cui la persona non accetti tale assunzione si proceda ad allertare il servizio sanitario di pronto intervento per delegare ai medici di tale servizio la valutazione dell'utilità di procedere ad un trattamento sanitario obbligatorio.

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Al termine di questo breve “viaggio” nel mondo della disabilità intellettiva e dei rischi di abuso a cui sono esposti gli individui con ritardo mentale si possono evidenziare una serie di riflessioni:

- nonostante la popolazione con ritardo mentale rappresenti una fascia significativamente numerosa, sono ancora gravi le carenze sul piano della tutela dei diritti della persona e le barriere culturali da abbattere sono enormi, se pensiamo a quanta difficoltà incontra il debole mentale per realizzarsi come persona adulta libera e responsabile. Non c'è dubbio che la condizione umana, in particolare la dimensione adulta è, per la persona disabile, una condizione imperfetta così come è imperfetto il loro viaggio esistenziale nel mondo, ma siamo anche consapevoli che il modo di essere adulto di ciascuno di noi è connotato dall'imperfezione, ma questa consapevolezza non sembra ancora sufficientemente incidere sulle difficoltà a tollerare accanto a noi, nella vita di tutti i giorni, una persona con ritardo mentale.
- Il riconoscimento della pari dignità della persona disabile intellettiva passa attraverso il superamento di due automatismi : il primo fa riferimento alla convinzione diffusa che la disabilità intellettiva sia una malattia. Questo rimando conduce a pensare che la persona disabile debba essere valutata e curata e che il medico non sia solo competente per gli aspetti morbosi, ma sia la figura che può dettare le regole alla sua vita personale. In molte situazioni lo strumento di cura viene confuso con il suo fine (che è quello di consentire al disabile di vivere in mezzo a noi) per cui viene messa in atto una sorta di riabilitazione interminabile che di fatto cancella l'esistenza. Il secondo, più di tipo sociologico, è l'atteggiamento per cui la presenza del disabile nel mondo non viene intesa come un evento naturale, legato alle modalità normali della convivenza umana ma rappresenta un necessaria eccezione permettendo così una conseguente subalternità nell'organizzazione sociale: in questo modo anche nei casi in cui avviene un'integrazione socio-lavorativa viene di fatto negata ogni decisionalità anche su questioni secondarie (dal come vestirsi a cosa mangiare) e si perpetua un atteggiamento che considera il disabile una presenza fonte di ansia relazionale .
- Sul piano giuridico e legislativo si evidenzia la necessità di trovare una mediazione tra il rispetto dei codici, l'applicazione delle leggi (alcune sicuramente avanzate e rispettose della pari dignità della persona disabile) e la vita quotidiana che, di fatto, ha delle sue leggi ed un suo codice che tendono a configurare l'individuo affetto da ritardo mentale come oggetto di assistenza e riabilitazione e non soggetto e protagonista della sua vita. Tutto questo sappiamo che ha origini, prima che culturali, sociali e politiche, affettive ovvero il destino

della vita di un disabile mentale si decide al momento della nascita. E' in quel momento che è necessario riconoscere il punto critico ed intervenire con operatori specializzati (psicologi, educatori, medici, ecc.) per orientare il destino di quel bimbo "inatteso" verso una vita da protagonista piuttosto che un'esistenza da eterno assistito. A dimostrazione di questo porto l'esempio di un luogo comune rispetto alla sindrome di Down per cui molti pensano che esistano forme lievi e forme gravi. Questo luogo comune ha motivo di esistere se osserviamo una persona affetta da sindrome di Down che conduce una vita pressoché normale (lavoro, fidanzata, amici, spostamenti in motorino) ed un'altra che presenta un estremo livello di gravità (assenza di linguaggio verbale, ritardo cognitivo elevatissimo, autismo, totale assenza di autonomie personali). Ebbene le uniche caratteristiche che hanno in comune questi due soggetti con sindrome di Down sono un cromosoma in più rispetto agli altri, un deficit mentale ed alcuni aspetti somatici. Le differenze dipendono da fattori costituzionali, dal tipo di crescita e di educazione ricevuta in famiglia e a scuola, dalla presenza o meno di servizi specifici sul territorio.

- Pertanto la legge ed il codice penale possono salvaguardare la persona disabile ma, allo stesso tempo, rischiano di favorire un processo di non crescita, di costringere gli operatori e il mondo sociale a prediligere interventi di tipo assistenziale e di custodia se non viene favorita una rete di sostegno e di mediazione che faciliti per il disabile intellettivo la possibilità d'identificarsi con un ruolo adulto e pertanto di essere pubblicamente utile al mondo a cui appartiene.

Lo psicologo può certamente contribuire con un adeguato approfondimento clinico, diagnostico e giuridico a proporre nuove soluzioni, nuovi spunti di riflessione ed approfondimento che abbiano come obiettivo il riconoscimento della pari dignità come persona del disabile intellettivo.

LEGISLAZIONE ITALIANA

- Legge n. 625/1966: Provvidenze a favore di mutilati ed invalidi civili
- Legge n. 482/1968: Lavoro per invalidi civili
- Legge n.118/1971: Norme generali
- Legge n. 883/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
- Legge n. 508/1988: Indennità di accompagnamento
- Legge n.104/1992: Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

- Legge n. 328/2000: Progetti individuali per le persone disabili
- Legge n.517/1977: Integrazione scolastica
- Legge n.68/1999: Norme per il diritto al lavoro dei disabili.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV.: “La follia sociale” a cura di C. Marvasi. Ed. Libero di Scrivere (2005)
- Bion W.R., Apprendere dall’esperienza, Armando, Roma, 1972
- Cantelmi T., Russo P., Talli M.: “Il sesso negato”. CISU (Centro d’Informazione e stampa Universitaria) (2000)
- Cosentini Laura: “La nuova legge sull’Amministratore di Sostegno prime applicazioni e prime questioni controverse un primo tentativo di condizione ragionata” Incontro di studio CSM (Roma, 11/12.4.2005)
- “GIU’ LE MANI DAI BAMBINI” Campagna nazionale per la difesa del diritto alla salute dei bambini.
- Klein M., La psicoanalisi dei bambini, Martinelli, Firenze, 1969
- www.inforete.it: “Sesso con una disabile: è reato”
- Lepri C., Montobbio E., Papone G. (a cura di): “Lavori in corso. – Persone disabili che lavorano”. Edizioni Del Cerro (1999)
- Mannoni M., Il bambino ritardato e la madre, Boringhieri, Torino, 1978
- Montobbio E., Grondona M., La casa senza specchi, Omega, Torino, 1987
- Montobbio E. (a cura di), Il Falso Sé nell’handicap mentale, Edizioni del Cerro, Tirrenia, 1992
- ONU: “Regole standard per l’eguaglianza di opportunità delle persone handicappate”/ 20.12.1993
- ONU: “Convenzione internazionale dei diritti delle persone con disabilità” Dicembre 2007
- SIRM (Società italiana per lo studio del ritardo mentale): “Salute mentale nel Ritardo Mentale” edito da Nick Bouras, Geraldine Holt, Ken Day e Anton Dosen. Edizione italiana a cura di GP. LaMalfa, A. Castellani, M. Bertelli
- Winnicot D.W., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, Roma, 1979