

# Disabilità: sei facce del problema

Scritti inediti di Giorgio Moretti

A cura di  
*Milena Cannao, Ada Moretti*

*Saggi e studi*

**FrancoAngeli**

**PSICOLOGIA**



*Istituto Eugenio Medea dell'Associazione La Nostra Famiglia*

L'Istituto Eugenio Medea – IRCCS con riconoscimento ministeriale del 1985 – è gestito dall'Associazione La Nostra Famiglia, attiva dal 1946 nell'ambito della riabilitazione infantile.

L'Istituto Medea eroga in regime di ricovero, day-hospital o ambulatoriale prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a pazienti affetti da patologie neuropsichiche, mantenendo un impegno di accoglienza, rispetto, difesa della dignità umana sintetizzato nel motto "curare e prendersi cura".

Lo stesso impegno etico caratterizza la ricerca scientifica svolta dall'Istituto, che è riferita sia allo studio delle disabilità fisiche, psicointellettive e sensoriali dell'età evolutiva sia alle tematiche più generali dello sviluppo infantile e a quelle più specifiche della genetica molecolare, della bioetica, della bioingegneria, del *neuro-imaging*, dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Le esperienze e le conoscenze acquisite e sviluppate dai collaboratori dell'Istituto Medea nel contesto della loro attività vengono messe a disposizione della comunità scientifica, degli operatori e del grande pubblico attraverso la rivista scientifica *Child Development & Disabilities – SAGGI* (quadrimestrale pubblicato fin dagli anni '70) e una serie di volumi rivolti a specifici target che coprono l'area scientifica, formativa e divulgativa.

Obiettivo dei volumi – pubblicati in collaborazione con FrancoAngeli in diverse collane editoriali – è diffondere non solo informazione scientifica qualificata, ma anche esperienze di "good practice" relative all'ambito della riabilitazione, troppo spesso considerato marginale rispetto ad altri settori della medicina e che invece è particolarmente delicato e complesso. La cura della persona disabile richiede infatti non solo competenza, ma anche saldi principi etici, profonda riflessione antropologica, costante attenzione ai bisogni del singolo individuo: tutti aspetti che, se disattesi, rischiano di vanificare l'efficacia degli apporti riabilitativi, anche di quelli tecnicamente più corretti e scientificamente fondati.

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

# **Disabilità: sei facce del problema**

Scritti inediti di Giorgio Moretti

A cura di  
*Milena Cannao, Ada Moretti*

**FrancoAngeli**

PSICOLOGIA

Copyright © 2009 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](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	7
<b>Parte prima</b>		
<i>Premessa delle curatrici</i>	»	10
<b>Area antropologica</b>	»	13
1. Ritardo mentale: dalla Medicina all'Antropologia alle soglie del 2000	»	13
2. Metodi di osservazione e condizionamento culturale	»	19
3. Curare oltre la scienza	»	25
4. La clinica e i metodi scientifici	»	31
5. Un paradigma della complessità: la Neuropsicologia	»	38
6. Modelli interpretativi della funzione mentale	»	47
7. Psicologia, educazione, terapia	»	61
8. Neuropsicologia e Antropologia	»	77
9. Il rapporto uomo-macchina applicato alla riabilitazione	»	85
<b>Area esistenziale</b>	»	89
1. Bisogni e qualità della vita della persona con ritardo mentale	»	89
2. Il divenire biopsichico del ritardato mentale	»	98
3. Forme e cause dell'emarginazione	»	103
4. La questione dell'autonomia	»	113
5. Emarginazione, integrazione, solidarietà educativa	»	124
6. Riflessioni su handicap e sessualità	»	140
<b>Parte seconda</b>		
<i>Premessa delle curatrici</i>	»	144
<b>Area educativa</b>	»	147
1. Educazione sessuale e disabilità mentale	»	147

2. L'educazione affettiva del bambino disabile	pag. 153
3. L'educazione del grave disabile mentale	» 157
4. Il disabile oltre l'infanzia	» 163
5. Educatore: una professione possibile	» 173
6. Appunti in tema di educazione "speciale"	» 180
7. Autonomia e identità	» 184
8. Il progetto educativo nelle strutture	» 189
9. La relazione educativa	» 197
<b>Area pedagogico-didattica</b>	» 215
1. Pedagogia speciale, specializzata o terapeutica?	» 215
2. Neuropsicologia clinica e Pedagogia	» 241
3. I problemi emozionali dell'insegnante	» 246
4. Logica, matematica e conoscenza	» 255
5. Continuità famiglia/scuola per i bambini in difficoltà	» 268
6. Conoscere l'alunno	» 275
7. La diagnosi funzionale in ambito scolastico	» 279
<b>Parte terza</b>	
<i>Premessa delle curatrici</i>	» 286
<b>Area clinica</b>	» 289
1. Origini neuropsicologiche del deficit intellettivo	» 289
2. La memoria nelle sindromi deficitarie	» 294
3. Metodologia dell'osservazione	» 301
4. Interrelazioni tra sfera sensoriale, motoria e cognitiva	» 314
5. Le pluriminorazioni	» 319
6. Criteri di analisi delle sindromi deficitarie	» 322
7. Diagnosi funzionale in ambito clinico	» 328
8. Curare il gravissimo	» 333
<b>Area psichiatrica</b>	» 337
1. Il Sé deficitario: genesi e patologia	» 337
2. Complicanze psicopatologiche del disabile psichico giovane e adulto	» 343
3. Psicopatologia, Psichiatria e Antropologia	» 350
4. Handicap psichico e malattia psichica	» 365
5. Psicodinamica e psicopatologia nel ritardo mentale	» 371
<b>Bibliografia</b>	» 381

## Introduzione

Il presente volume contiene una serie di scritti inediti del professor Giorgio Moretti, clinico e scienziato illustre ma anche grande formatore per vocazione e per capacità: i suoi apporti hanno infatti plasmato la mente di molte centinaia di operatori della riabilitazione sui valori etici e umani professati dall'Istituto "E. Medea" dell'Associazione "La Nostra Famiglia", Istituto del quale è stato Direttore Scientifico per 15 anni.

Se Moretti si fosse limitato ad esprimersi sul piano scientifico, il rapido progresso delle conoscenze avrebbe privato di significato i suoi contributi nel giro di poco tempo, ma così non è stato: leggendo quelli qui pubblicati ci si può infatti rendere conto di quanto essi stimolino ancora, a 10 anni dalla scomparsa dell'Autore, la riflessione e l'approfondimento della tematica della disabilità. Una tematica che dev'essere considerata unitaria se riferita all'arco di vita del singolo soggetto: i problemi della persona disabile, infatti, cambiano in quanto al "peso specifico" che assumono nelle varie epoche, ma sono sempre compresenti ed esercitano costantemente la loro influenza sull'individuo e sul suo ambiente. Tuttavia è possibile collocare lo studio e l'analisi di tale tematica in diverse dimensioni culturali e operative, ciascuna delle quali va interpretata alla luce di conoscenze di natura differente: ciò è senz'altro vero anche se, purtroppo, induce alcuni a ritenere che il disabile sia una sorta di *puzzle* vivente di cui ci si può occupare a settori, in attesa che qualcuno (ma chi?!) arrivi infine a leggerlo come totalità. Errore che deriva da un pensiero debole sulla disabilità e che Giorgio Moretti non ha mai commesso proprio perché le sue riflessioni e la sua attività clinica sono sempre state sostenute da un pensiero forte, culturalmente profondo e umanamente ricco.

Abbiamo quindi potuto suddividere in 6 diverse aree gli scritti che figurano in questo volume senza temere che da ciò derivi un'interpretazione frammentaria dell'intera tematica. Si tratta delle aree antropologica, esistenziale, educativa, pedagogico-didattica, clinica e psichiatrica: tutte sono affrontate alla luce di una filosofia dell'uomo salda e chiara, quella stessa che Moretti riusciva a



trasmettere agli allievi dei suoi corsi di ogni livello, proponendosi quindi non come un insegnante, ma come un vero Maestro.

Trovando in alcuni di questi contributi definizioni come “handicap” e “handicappato” che oggi sono sostituite da altre, per così dire, più “politicamente corrette”, il lettore potrebbe sentirsi sconcertato, ma abbiamo deciso di non apportare modifiche in questo senso perché condividiamo la convinzione di Moretti che il rispetto per queste persone sia una questione di idee e non di terminologie o di mode lessicali.

Ci auguriamo che di fronte a queste pagine il lettore provi, come lo abbiamo provato noi, il sollievo di constatare che le idee vere e profonde non muoiono ma che, al contrario, mantengono a lungo la forza di vivificare e sostenere l'azione di quanti si rifiutano di ridurre l'Uomo a un mero fenomeno biologico, omologandolo se è sano o pretendendo di “aggiustarlo” come un oggetto rotto se è malato. L'Uomo, ripeteva spesso Moretti, può essere soltanto tale e come tale va trattato sempre e comunque, in qualunque condizione di sanità o di malattia, di capacità o di incapacità si trovi. Una lezione apparentemente semplice, ma in realtà straordinariamente profonda. Purtroppo, dobbiamo aggiungere, non di rado trascurata o disattesa.

*Milena Cannao  
Ada Moretti*

## **Parte prima**

## Premessa delle curatrici

Gli scritti contenuti in questa prima parte del volume si riferiscono alle riflessioni di fondo, quelle che hanno come protagonista l'essere umano con i suoi diritti e la sua dignità.

Nell'**area antropologica** figurano i contributi nei quali Moretti tratta temi culturalmente impegnativi, ragionando sulle discipline che si occupano dell'Uomo e analizzando la prospettiva filosofica in cui devono essere letti i problemi della persona mentalmente disabile. Gli argomenti spaziano dall'analisi dei modelli di interpretazione della mente alla storia delle scienze dell'uomo, al significato filosofico della cura rivolta al disabile, ai rapporti tra un settore "tecnico" come la Neuropsicologia e un campo apparentemente lontano come l'Antropologia. La profondità e l'ampiezza della cultura con cui sono argomentati i singoli temi può addirittura incutere soggezione al lettore, ma certamente non era questo l'intento di chi li ha trattati: anzi, la volontà dichiarata di Moretti è sempre stata quella di mettere a disposizione di altri il suo sapere, nella speranza che ciò servisse da stimolo per evitare la tentazione della superficialità che non di rado serpeggia nel settore riabilitativo e che è motivata, il più delle volte, proprio dal fatto di non possedere riferimenti adeguati per comprendere e superare la difficoltà del lavoro con le persone disabili. Un lavoro che può mettere a dura prova la "tenuta" psicologica dell'operatore, sollecitando in lui la tendenza a far prevalere la logica del "curare" tecnicamente inteso su quella del "prendersi cura" che invece è, per l'appunto, un'operazione di natura squisitamente antropologica.

L'**area esistenziale** è sempre stata al centro degli interessi di Moretti e questo è forse uno degli aspetti che caratterizzano maggiormente il suo modo di intendere la questione della disabilità. Pur essendo infatti un clinico di lunga e meditata esperienza, egli riteneva – a nostro avviso, più che giustamente – di non poter affrontare il disabile se non come *persona* ad ogni effetto, interrogandosi innanzitutto sulle difficoltà del suo "essere nel mondo" e sul modo di rispondere ai suoi reali bisogni, mettendo tra parentesi i suoi limiti. Non che sottovalutasse questi ultimi, ai quali però destinava una competenza d'altro ti-

po: la distinzione fondamentale da lui operata si può sintetizzare nella differenza tra il “comprendere” (cioè assumere un atteggiamento di identificazione umana) e il “capire” (ovvero analizzare in termini clinico-scientifici la condizione minorativa, le sue cause e le sue conseguenze disfunzionali). Troppo spesso, nel nostro campo – specialmente nell’epoca attuale che privilegia la dimensione tecnica dei problemi – ci si dimentica che l’essere umano ha soprattutto un’estrema necessità di essere compreso dai propri simili e che in mancanza di tale comprensione ogni altro apporto, per quanto tecnicamente e scientificamente corretto, perde efficacia, significato e penetratività. Chiedendosi *come* il disabile vive la propria condizione nelle diverse epoche della vita e nelle diverse sfere dell’esistenza (autonomia, relazionalità, sessualità, ecc.) Moretti propone agli operatori di ogni livello non tanto una tecnica, quanto piuttosto quell’etica del “farsi prossimo” che dovrebbe rappresentare un caposaldo fondamentale della vera civiltà.



## AREA ANTROPOLOGICA

---

### 1. Ritardo mentale: dalla Medicina all'Antropologia alle soglie del 2000

#### 1. Premessa

Ogni patologia ha la propria storia: attraverso gli studi e le ricerche, ma anche gli stereotipi sociali e culturali, diventa un modo di vedere l'uomo, quindi si trasforma in Antropologia. Malattie diffuse come la tubercolosi o la sifilide hanno avuto questa connotazione durante il lungo periodo in cui furono affezioni frequenti.

Se poi la patologia concerne la sfera mentale i rapporti tra Medicina ed Antropologia si moltiplicano: la storia della Psichiatria ne è un chiaro esempio, ma anche la storia del ritardo mentale conferma ampiamente questa regola.

Inoltre il ritardo mentale è stato percepito alternativamente ora come malattia, ora come condizione esistenziale, ora come problema sociale.

Nel XVIII secolo, quando il ritardo mentale cominciò ad essere studiato, si alternarono almeno tre grandi fasi: nella prima fu considerato soltanto in chiave medica e come conseguenza di malattie cerebrali; nella seconda venne scorporato dalla patologia psichica e delegato alla pratica assistenziale; infine ritornò ad essere inquadrato come malattia e interpretato come un paradigma della "degenerazione".

Nel secolo successivo il ritardo mentale divenne, specialmente in Italia dove illustri studiosi quali De Sanctis, Ferrari, Montesano ne avevano fatto tema di studio, un tipico punto di snodo tra Medicina e assistenza.

Quanto tuttavia pesassero i pregiudizi è dimostrato dalle parole che Goddard pronunciò ad un congresso internazionale tenutosi nel 1912 negli USA: "*To this end are two proposals: the first is colonization, the second sterilization*".

È sconcertante come potessero coesistere in uno stesso periodo storico gli studi sul ritardo – studi ormai avanzati, soprattutto sotto il profilo psicologico – e visioni antropologiche che oggi sarebbero bollate come razziste, il tutto sullo sfondo di un contesto che, a sua volta, vedeva coesistere soluzioni emarginanti brutali e tentativi eroici di socializzazione sia da parte laica che cattolica (si pensi a G.C. Ferrari e a Don Guanella).

Questa lunga storia di stridenti contraddizioni persiste ai nostri giorni e sarebbe interessante analizzarla nei dettagli attraverso i documenti; è tuttavia preferibile, a mio avviso, prenderla in esame per nodi critici, ovvero interpretando alcuni punti particolari in cui la frizione tra Medicina e Antropologia è più forte ed evidente.

## 2. Ritardo mentale: essere o avere?

Una moltitudine di studi fenomenologici in senso stretto hanno reso familiare la contrapposizione tra essere ed avere.

Possiamo **avere** un disturbo osseo ad un arto inferiore, ma **siamo** zoppi; possiamo **avere** un'infezione da virus, ma **siamo** influenzati.

L'avere concerne il mondo naturale, mentre l'essere riguarda la sfera esistenziale: ciò che parrebbe elementare è però spesso ben più complesso e condizionato da una dialettica molto intricata. Fino all'Illuminismo le due sfere sono state nettamente distinte: per i giudici dell'Inquisizione, ad esempio, si poteva avere (cioè soffrire) un influsso demoniaco, ma non essere peccatori. È questo il motivo per il quale l'*auto da fè* era paradossalmente inteso come una sorta di festa per il suppliziato.

È noto che per i *philosophes* illuministici essere e avere si integrano e quasi si identificano: "*physique et moral*" sono dimensioni di uno stesso processo e occorre arrivare alla filosofia fenomenologica per veder messo in dubbio tale assunto.

Il binomio essere/avere resta nondimeno un punto cruciale ogni volta che si abbia a che fare con la patologia. Nel caso del ritardo mentale il problema acquista una connotazione pratica poiché:

- a) un individuo è ritardato in conseguenza di una condizione causale, condizione che l'individuo **ha** in quanto portatore di una qualche anomalia biologica (ha, per esempio, un'alterazione cromosomica, o una disfunzione enzimatica, o una lesione cerebrale, ecc.);
- b) tale individuo però, in quanto persona, è ritardato così come si è ignoranti o colti, ricchi o poveri, ecc.

Ne consegue che due sono gli obiettivi da perseguire: modificare quanto egli **ha** e aiutarlo per quello che egli è.

Volta a volta, a cicli che si susseguono sempre più rapidamente nella cultura attuale, prevale la prima o la seconda interpretazione: ne deriva che provvedimenti legislativi, programmazioni, indirizzi culturali e (aspetto più concreto) distribuzione di fondi sono soggetti alle mode più che alle reali necessità.

I due poli tendono sempre più ad allontanarsi e l'individuo scorre dall'uno all'altro su quel nastro (si perdoni la metafora) che è la riabilitazione, a sua volta non di rado mistificata.

### 3. Ritardo mentale: deficit o “insufficienza”?

La stessa dizione di “ritardo mentale” è palesemente ambigua, eufemistica, non vera nella maggioranza dei casi poiché il “ritardo” quasi mai può essere colmato. Quanto tale ambiguità influisca sulle famiglie – proprio l’interlocutore che di tale eufemismo avrebbe dovuto giovare – è evidente: in questa chiave di lettura l’obiettivo da raggiungere diventa la normalizzazione e non l’equilibrio esistenziale di una persona disabile.

Il ritardo tende perciò ad essere visto come una somma di deficit, ciascuno dei quali curabile, anziché come una configurazione funzionale sostanzialmente strutturata che comporta l’emergenza di una persona, quali che siano le sue capacità e i suoi limiti.

Il ritardato è, in realtà, una persona insufficiente nel senso che ha una minore contrattualità (a volte non ne ha affatto) ed è questo aspetto che condiziona il suo stato esistenziale; se tale aspetto viene posto tra parentesi, l’illusione di poterlo curare può diventare interminabile e, nel frattempo, forse poco o nulla viene fatto per lui.

In sostanza, il deficit pone dei problemi, mentre l’insufficienza comporta dei bisogni; i problemi richiedono, magari a lunghissimo termine, delle soluzioni, mentre i bisogni richiedono a breve termine delle risposte: ancora una volta si ha a che fare col binomio essere/avere.

È utile notare che queste considerazioni riguardano ogni grado di ritardo, da quello gravissimo a quello lieve.

### 4. Soggettività ed oggettività

I *philosophes* illuministici, dalla cui cultura deriva buona parte della nostra, non adottavano alcuna regola riflessiva; il diverso era ontologicamente tale e il giudizio procedeva soltanto in una direzione: dal mondo della “civilisation” a quello, primitivo o irregolare, della barbarie e della anormalità.

Ad onta dei principi dell’Antropologia culturale relativi alla parità, non valoriale, delle diverse culture, i ritardati mentali non hanno diritto a una presa di posizione soggettiva: ogni volta che ciò avviene – e avviene necessariamente in termini di anormalità – si tende a inquadrare la cosa nella prospettiva della psicopatologia.

La recente letteratura sulla psicotizzazione – tema di enorme complessità – non tiene conto della seguente ipotesi fondamentale: comportamenti in apparenza psicotici possono essere, in realtà, posizioni soggettive estreme, elaborate con i soli mezzi che questi soggetti hanno a disposizione.

In ogni modo, al di là di questa intricata tematica, la nostra cultura non consente di conoscere **come** il ritardato vede e vive il mondo.

Anche quando gli viene attribuito tale diritto, la nostra interpretazione avviene sempre sul registro dell’infantilizzazione, che non permette la lettura dei bisogni.



È facile constatare che in una simile prospettiva i bisogni diventano problemi: già Pinel era consapevole di ciò e ne teneva conto introducendo il criterio di “*passion*”, un modo di abbattere le barriere migliore di quello per cui divenne famoso.

Anni addietro, nel periodo in cui trionfavano le ideologie, si usò molto lo slogan “Dare la parola ai diversi”; di tanti principi realizzati, alcuni dei quali deleteri, questo fu uno dei pochi ad essere abbandonato e le ragioni, come si vede, risalgono a molto lontano.

In effetti, se non conosciamo a fondo come una categoria, molto numerosa e diversificata al suo interno, vede la realtà, difficilmente potremo rispondere ai suoi bisogni.

## 5. Curare, riabilitare, abilitare, assistere

Tra Scilla (la Medicina) e Cariddi (l'Antropologia) le soluzioni estreme sono soltanto curare o assistere: riabilitare ed abilitare possono quindi fungere da terreno intermedio di reale compensazione, a patto però che tali misure siano correttamente intese e appropriatamente attuate.

In altri termini, esse debbono diventare misure sostenute da una effettiva conoscenza scientifica, applicate in modo critico, gestite con la massima onestà.

Riabilitare è un compito di estrema delicatezza, che non deve essere confuso con il curare: è facile infatti sapere **che cosa** si cura (o si vorrebbe curare), mentre è sempre arduo stabilire **chi** si vuole riabilitare e con quali obiettivi.

Non è assolutamente scontato che **in ogni caso** sia necessario riabilitare: tale necessità è data soltanto dalla proiezione che può essere realisticamente fatta circa il destino del soggetto. È ovvio che non ci si può paralizzare nell'indecisione o nella tentazione di spaccare un capello in quattro, tuttavia è opportuno che riabilitare diventi una decisione consapevole, assunta criticamente e non sia l'effetto di una prassi automatica e ripetitiva.

Se critica e consapevolezza sono messe in opera, il riabilitare si apre ad una gamma di soluzioni successive o alternative e, al tempo stesso, si presta a quell'analisi scientifica che viene auspicata da molti, ma perseguita da pochi.

La stessa considerazione vale per l'abilitare, ovvero per l'operazione di modifica del contesto al fine di renderlo agibile al disabile: questo concetto, oggi diffuso, è stato divulgato dal mondo medico nordamericano alla fine degli anni '60 e, in sostanza, è stato tradotto in una serie di misure concrete tese a modificare l'ambiente fisico: ad esempio abbattere barriere architettoniche, facilitare l'accesso alle vetture ferroviarie, ai telefoni pubblici, ai servizi igienici, oppure creare interi ambienti appositamente attrezzati per permettere l'autonomia di un disabile fisico.

È evidente che tutto ciò ha poca importanza per un ritardato, che spesso non ha alcun problema fisico ed i cui ostacoli sono di natura intellettuale; la facilitazione in questo caso è di natura assolutamente diversa e ha un netto ca-

rattere antropologico nel senso forte della parola poiché, se si vuole attuare un progetto di questo genere, i ritardati dovrebbero essere considerati una sorta di minoranza culturale (mentre il disabile fisico partecipa *in toto* alla nostra cultura, non ha bisogno di alcun riduzionismo, ma soltanto di soluzioni tecnologiche).

I miei insistenti richiami al XVIII secolo sono giustificati dal fatto che a quell'epoca nacque l'Antropologia come disciplina e in quel tempo si cominciò a dibattere il problema delle diversità culturali non solo tra popoli civilizzati e selvaggi ma anche tra persone normali e persone mentalmente o intellettivamente alterate.

Abilitare l'individuo ritardato equivale a modificare alcuni parametri della nostra cultura, soprattutto in termini di comunicazione, ma anche sotto il profilo della tolleranza di comportamenti considerati impropri, atipici, scorretti, ineleganti, ecc.

Equivale anche a consentire soluzioni esistenziali particolari, ad esempio comunità rette da regole peculiari.

Curare, riabilitare e abilitare confluiscono quindi nella più ampia e ontologicamente indefinita categoria dell'assistere – nel senso più esteso di questo criterio – una categoria esistenziale che comprende tutte le possibili dinamiche sociali, culturali, politiche ed economiche.

## 6. Il ritardato e il suo spazio vitale

La condizione antropologica del ritardato dipende necessariamente dal contesto storico.

Il suo spazio vitale deve essergli concesso al di là di ogni risultato terapeutico o riabilitativo: tale concessione deve essere intesa come un diritto e non deve essere condizionata da alcun criterio, mentre è necessariamente limitata dalle capacità del soggetto.

In altri termini, non è necessario che il ritardato possa essere utile – ad esempio come lavoratore – per vedersi garantito un dignitoso spazio vitale: è anche da notare che tale diritto concerne già un gran numero di persone in difficoltà (anziani, invalidi, ecc.), numero destinato a crescere via via che la tecnologia sostituirà l'uomo in molte attività o ne diminuirà l'impegno.

Il ritardato, per quanto i metodi di recupero possano affinarsi e fornire sempre maggiori risultati, sarà sempre meno integrabile in una società sofisticata, pertanto dovrà essere integrato sulla base del suo diritto e non perché capace di rendersi utile o produttivo: **occorre avere la consapevolezza che tale integrazione richiede notevole impegno sociale e comporta alti costi.**

L'attribuzione di uno spazio vitale al ritardato è quindi un problema tipicamente antropologico, anche sotto il profilo etico, che si articola in una vasta gamma di rimandi ma che ben poco ha a che vedere con la dimensione medico-scientifica del ritardo mentale.

Compito della Medicina è trovare le soluzioni ai problemi biologici, mentre compito della riabilitazione/abilitazione è tentare di sviluppare al massimo le potenzialità: questi due importanti aspetti sono tuttavia soltanto presupposti per la creazione di un autentico stato esistenziale.

Coloro che sono impegnati in questo polimorfo settore debbono pertanto, quale che sia il loro titolo professionale, avere ben presenti queste sostanziali distinzioni e, di conseguenza, essere in grado di argomentare la dialettica in modo chiaro e specifico.

Per concludere, possiamo affermare che la storia del ritardo mentale e delle misure per affrontarlo è vecchia almeno di due secoli e attraversa numerose soluzioni di natura ora medica, ora sociale.

È sempre stato difficile far convivere e gestire in modo appropriato il ritardato in quanto portatore di disabilità (quindi destinatario di cure) col ritardato come persona (cioè portatore di bisogni).

Ai nostri giorni lo sviluppo scientifico e le nuove configurazioni sociali pongono nuove frontiere e dettano un'inedita tipologia del ritardato; anche questo è uno dei compiti che ci attendono alla vigilia del nuovo millennio.

## **2. Metodi di osservazione e condizionamento culturale**

### **1. Premessa**

I diversi tipi di osservazione (naturalistica, fenomenologica, psicodinamica, ecc.) non sono soltanto proposte di tipo metodologico, bensì vere e proprie visioni antropologiche.

È evidente che l'esploratore del XVII o XVIII secolo, il quale si limitava a rilevare e descrivere gli aspetti visibili del comportamento, comparandoli a quella sorta di idea platonica che era il parametro costituito dal modo di vivere dell'Homo Europeus, fondava e giustificava il proprio agire sull'accettazione di valori "forti" del proprio tempo e del proprio ambiente socioculturale.

Allo stesso modo, lo psichiatra fenomenologo del nostro secolo riflette una nuova visione dell'uomo filtrata da una lunga serie di mutamenti storici che, tra l'altro, hanno posto in primo piano la relatività di molti valori tradizionali.

L'osservazione psicanalitica, assunta nella classica versione freudiana, riflette, a sua volta, un particolare modo di considerare l'uomo e la società come realtà oscure, mistificate, a più strati.

Proprio la Psicanalisi, unita dal filo conduttore del concetto di "dialettica" alla teoria einsteiniana della relatività e alla prospettiva marxista, è un valido esempio delle nostre affermazioni.

Alla luce di questa fondamentale premessa, è possibile esaminare tre importanti questioni:

- la consapevolezza da parte dello psichiatra di tale situazione;
- le ragioni per le quali vari tipi di osservazione non soltanto variano nel tempo, ma si ripropongono periodicamente, sia pure sotto nuove vesti;
- il rapporto tra l'osservazione e le finalità della Psicopatologia clinica.

### **2. La consapevolezza dello psichiatra**

Ai nostri giorni, dopo che diverse modalità di osservazione si sono alternate nel tempo, lo psichiatra colto e avveduto dovrebbe essere sempre consapevole