

# LA PRATICA DELL'EDUCATORE CON IL DISABILE INTELLETTIVO

Riabilitazione dell'etica professionale  
nella valutazione e negli atelier

Massimo Raccagni

Prefazione di Domenico Cosenza

POLITICHE  
E SERVIZI  
SOCIALI

**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](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

# LA PRATICA DELL'EDUCATORE CON IL DISABILE INTELLETTIVO

Riabilitazione dell'etica professionale  
nella valutazione e negli atelier

Massimo Raccagni

Prefazione di Domenico Cosenza

POLITICHE  
E SERVIZI  
SOCIALI

**FrancoAngeli**

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2019 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).*

*Il ricciolo quadrato  
ha sbadigliato  
perché si è stufato  
di essere l'unico quadrato.  
Autore: una bambina.*

*Da allora Ivan Il'ič prese a chiamare ogni tanto Gerasim, perché questi gli tenesse le gambe, poggiandosele sulle spalle, e amava conversare con lui. Gerasim lo faceva con facilità, buona voglia, semplicità e con una bontà che commuoveva Ivan Il'ič. La salute, il vigore, la prestanza vitale di tutti gli altri offendeva Ivan Il'ič; solo la forza e la prestanza di Gerasim non lo amareggiava, e anzi gli dava quiete.*

*(Lev Tolstòj, La morte di Ivan Il'ič, p. 379)*



# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Domenico Cosenza</i>	pag.	11
<b>Introduzione</b>	»	13
<b>1. Il ricovero nell'istituzione di cura come altra possibilità</b>	»	19
1.1. Crisi familiare e domanda di accoglienza	»	19
1.2. L'ospitalità nella struttura residenziale	»	20
1.3. La permanenza nei legami discorsivi	»	23
<b>2. La circolazione, passaggi e oscillazione tra i discorsi</b>	»	27
2.1. Note sul concetto di discorso in psicoanalisi	»	27
2.2. Il bambino pulsionale ed il discorso dell'educazione alla civiltà	»	29
2.3. Pratica educativa e circolazione dei discorsi nell'istituzione di assistenza e cura	»	30
2.4. L'oscillazione tra i discorsi del soggetto con insufficienza mentale	»	33
2.5. Passaggi di discorso dell'operatore	»	34
<b>3. La prima scena ed il primo discorso del disabile intellettivo</b>	»	38
3.1. La prima scena ed il primo discorso	»	38
<b>4. Il fatto di parlare senza dire</b>	»	49
4.1. Il fatto di parlare del disabile intellettivo	»	49
4.2. Insufficienza e privazione di significante	»	53
4.3. Attività di parola come domanda di riconoscimento	»	62

<b>5. La dialettica del desiderio tra educatore e soggetto con insufficienza mentale</b>	pag.	70
5.1. Note sulla nascita del soggetto del desiderio e dell'oggetto	»	70
5.2. La domanda di riabilitazione al simbolo nella disabilità intellettiva	»	74
<b>6. La pratica educativa nell'atelier espressivo</b>	»	80
6.1. L'atelier espressivo subordinato alle ragioni del discorso dell'istituzione	»	80
6.2. Per un'etica della conduzione dell'atelier	»	83
<b>7. La seconda scena come epifania del secondo discorso</b>	»	104
7.1. La seconda scena	»	104
7.2. Il tentativo di un secondo discorso	»	106
7.3. Disabilità intellettiva con o senza inconscio?	»	109
<b>8. La supposizione del soggetto dell'inconscio nella disabilità intellettiva</b>	»	112
8.1. La riabilitazione dell'inconscio come atto etico nella pratica educativa	»	112
8.2. Trascendere il fenomeno per far esistere il soggetto dell'inconscio	»	113
8.3. L'incontro angosciante per l'educatore	»	115
8.4. La perturbazione del desiderio materno	»	116
8.5. Il turbamento dell'intera équipe curante	»	122
<b>9. Il concepimento insufficiente del bambino ritardato</b>	»	129
9.1. Alienazione infantile al desiderio materno	»	129
9.2. Quale posto per il bambino con menomazioni nel desiderio materno perturbato?	»	130
9.3. L'intelligenza come separazione dal discorso dell'Altro	»	136
<b>10. La diagnosi clinica</b>	»	141
10.1. Una diagnosi senza soggetto	»	141
10.2. Il ritardo mentale come figura della nosografia	»	142
10.3. Valutazione normativa del funzionamento intellettivo	»	145
10.4. Valutazione criteriiale del funzionamento di soggetti con disabilità grave	»	145
10.5. La valutazione del comportamento adattivo	»	146

10.6. Il concorso del personale educativo alla valutazione dei tratti di interesse psicopatologico	pag.	147
10.7. Il sintomo, disturbo e comportamento problema	»	149
<b>11. Il concorso degli educatori nella valutazione del funzionamento e della disabilità</b>	»	151
11.1. Il profilo dinamico funzionale	»	151
11.2. La necessità etica di reperire il soggetto della programmazione educativa	»	152
11.3. Definizioni terminologiche che organizzano la diagnosi funzionale	»	153
11.4. Esemplicazioni dei criteri per l'analisi del funzionamento e della disabilità	»	156
11.5. Il concorso del personale educativo nella valutazione criteriale dell'area affettivo relazionale	»	159
11.6. Danno cerebrale infantile e deficit delle funzioni cognitive	»	165
11.7. Le funzioni cognitive umane nel corpo del linguaggio	»	166
11.8. Il registro intellettuale	»	167
11.9. Il concorso del personale educativo nella valutazione criteriale dell'area cognitiva e del funzionamento del pensiero	»	168
<b>Riferimenti bibliografici</b>	»	176
<b>Elenco dei casi</b>		
1. L'incontro con Ivan: supporre la domanda di simbolo	»	40
2. Clinica sulla soglia della relazione	»	44
3. Calcolo e controllo	»	44
4. Il tormento di essere parlati o parlare	»	45
5. Volere meloni; cinque euro la cassa	»	47
6. L'esigenza di riprendere la parola	»	53
7. L'enigma del punto di enunciazione di Lara	»	54
8. Il montaggio olofrastico contro l'effetto metaforico	»	56
9. "Mi chiamo come mi chiamano"	»	59
10. Primo	»	61
11. L'assistenza dell'operatore come una festa	»	62
12. Il dipendere dalle labbra	»	64
13. Rispondere all'impossibile della morte	»	64
14. È possibile telefonare a Dio?	»	66
15. Stereotipia o domanda di riconoscimento?	»	67
16. La paziente amante e l'educatrice amata	»	76

17. Domanda di riconoscimento tendenzialmente nel simbolo o filia?	pag.	78
18. Faccio quello che voglio	»	81
19. Luca, che occupa lo spazio	»	84
20. Pierino e i Lego	»	86
21. Il supereroe senza storia	»	87
22. L'offerta non anonima di Filippo	»	93
23. L'oggetto del bambino festeggiato	»	94
24. L'educatore barrato di Pierino	»	100
25. Testate al muro. L'altra scena di Ivan	»	105
26. Bastardi! L'altra scena di Raffaello	»	105
27. Tutti ce l'hanno con me. L'altra scena di Marika	»	106
28. Morsi. L'altra scena di Lara	»	106
29. Il Giulio di prima non c'è più; ora è il personaggio	»	107
30. Mamma; "tiramisù"!	»	110
31. Il fenomeno perturbante per l'educatore: la soluzione del bambino "goduto"	»	115
32. Il fenomeno che perturba i genitori di Alessio	»	119
33. Sono "una merda"!	»	120
34. Giovanni, lo schiaffeggiatore	»	122
35. Giovanni, il disturbatore coatto	»	125
36. Caterina e la soluzione delirante	»	132
37. Linda, le parole come cose e l'esordio psicotico	»	134
38. Emozioni di pancia	»	137
39. Il non poter sapere di Daniele	»	138
40. Valutazione delle manifestazioni di interesse psicopatologi- co nel setting educativo	»	148
41. Caos ed autoaggressività	»	163
42. Relazioni di appoggio	»	163
43. L'occasione fa l'uomo, intelligente. Estratto dell'aggiorna- mento semestrale del PDF	»	167
44. Concorso della pratica educativa alla valutazione delle fun- zioni cognitive per la stesura del PDF	»	173

## Prefazione

di *Domenico Cosenza*\*

Questo libro di Massimo Raccagni nasce dall'esperienza di un intenso e pluriennale lavoro clinico come operatore nel campo delle istituzioni residenziali per la cura di soggetti con gravi disabilità mentali. La lettura del testo lascia percepire uno sforzo duplice. Da un lato lascia trasparire uno sforzo di ricostruzione logica dei problemi essenziali che il lavoro in istituzione residenziale con questi soggetti mette in campo. Sforzo concettuale che Raccagni accompagna con delle esemplificazioni concrete tratte dalla sua esperienza clinica in comunità, evitando così che il discorso prenda una piega troppo astratta. Dall'altro, il testo, pur senza perdere di rigore, è scritto in una forma trasmissibile e chiara, perché possa essere recepito dai destinatari del suo lavoro, che sono gli operatori che come lui lavorano nelle istituzioni residenziali con questi pazienti.

La prospettiva che guida il discorso di Raccagni in questo ambito trova nell'orientamento analitico lacaniano il suo ancoraggio fondamentale, come il lettore potrà facilmente riconoscere nella lettura del suo testo e nei riferimenti principali reperibili nella bibliografia di cui si è servito a sostegno della sua scrittura.

Un filo conduttore attraversa in modo unitario questo lavoro: una messa in discussione di un approccio alla disabilità mentale ridotto esclusivamente alla riabilitazione supportivo-comportamentale, che di per sé presta il fianco ad una accentuazione eccessiva della posizione di dipendenza del paziente dall'operatore; ed al contempo una valorizzazione della dimensione soggettiva comunque sia in gioco anche in pazienti in condizioni di grave deficitarietà intellettiva. La messa in valore della singolarità soggettiva del paziente presuppone nell'operatore una posizione che Raccagni definisce di "ascolto autentico". In questa prospettiva, il dire del paziente,

\* Psicoanalista membro della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi, docente dell'Istituto Freudiano e del dipartimento di psicologia dell'Università degli Studi di Pavia.

pur nella sua precarietà e anomalia, assume un valore speciale se trova dal lato dell'operatore e dell'équipe curante un Altro in grado di accoglierlo e tenerne conto come una formulazione preziosa del soggetto. Come sostiene l'autore, "Se è vero che in una relazione dedicata all'assistenza del corpo malato la responsabilità degli interventi di aiuto e sostegno gravano più sull'operatore, nelle cure che avvengono attraverso incontri di parola la responsabilità dell'atto di dire deve essere riconsegnata al paziente". In questa prospettiva la comunità, l'istituzione residenziale, occorre che funzioni come un luogo che permetta al soggetto pur così deficitario quella apertura al campo della parola che è costitutivo di ogni essere umano in quanto parlante; apertura rimasta inespressa nella storia anteriore del paziente. In questa direzione, l'istituzione può funzionare a condizione di incarnare per il soggetto, attraverso il lavoro dell'équipe curante, quello che definirei "un altro Altro"<sup>1</sup> rispetto all'Altro di provenienza del soggetto. Occorrerà quindi che esso possa offrirsi come luogo sensibile alla parola singolare del soggetto, e come discorso disponibile ad accoglierla. In questo senso "l'istituzione di cura come macchina significante" la intenderei nel senso di un luogo in cui la parola del soggetto trova accoglienza e rispetto nel discorso dell'istituzione. Perché la cosa funzioni bene occorre chiaramente che questa macchina simbolica vada al passo ed al ritmo dei soggetti che ospita, che regoli il godimento in eccesso, e che il lavoro degli operatori sia mosso costantemente da un tatto di squadra che consenta le accelerazioni e decelerazioni opportune al momento ed alla situazione del paziente.

Il testo di Massimo Raccagni è dunque un lavoro utile a quanti si avvicinano al lavoro nelle istituzioni residenziali della salute mentale mossi da una passione per la clinica orientata verso la singolarità del caso per caso, anche in un contesto così difficile ed estremo come quello della disabilità mentale e intellettiva.

Milano, 12 novembre 2016

1. D. Cosenza, "La comunità terapeutica come luogo della cura", in L. Colombo, D. Cosenza, A. Cozzi, A. Villa (a cura di), *La cura della malattia mentale. Vol. II Il trattamento*, Bruno Mondadori, Milano, 2001, pp. 227-251.

## Introduzione

Nella storia della psicopatologia, l'insufficienza intellettiva che spesso si accompagna alla malattia mentale è stata indicata con diverse espressioni, alcune delle quali risultano all'epoca attuale piuttosto curiose finanche richiamano il senso di un disprezzo per una diversità mostruosa.

Una delle nomenclature più antiche distingueva i cosiddetti “frenastenici” in “idioti” ed “imbecilli”.

Venivano diagnosticati come frenastenici quei malati mentali la cui sintomatologia si rivelava essenzialmente nella forma di una generica degenerazione dello sviluppo psichico di gravità variabilissima. Il termine frenastenia deriva dal greco φρην «mente» e ἀσθένεια «debolezza».

Di conseguenza erano classificati come “idioti” coloro che erano offesi da una condizione di grave insufficienza mentale. All'interno della stessa categoria diagnostica di “idiozia” venivano distinti diversi livelli di gravità a seconda del grado di incapacità ad articolare la parola. I malati di “idiozia” che non erano capaci di provvedere alle loro necessità venivano rinchiusi poiché dovevano essere completamente assistiti, tuttavia venivano considerati “addestrabili”, perlomeno alla vita manicomiale.

L'etimologia del termine idiota deriva dal greco ἰδιώτης, che indica l'individuo privato, in contrapposizione a colui che è degno di partecipare alla vita di comunità della città e che è potenzialmente in grado di assumere incarichi di pubblica utilità. Dunque, idiota diviene colui che conduce la vita al margine della città, al di fuori dei legami sociali.

In latino idiota assume il significato figurato di ignorante.

Rientrano nella categoria diagnostica di “imbecilli” persone affette da insufficienza mentale mediocre, meno grave rispetto agli “idioti”, in grado di farsi intendere attraverso le parole ma inabili ad esercitare la scrittura.

L'etimologia del significante imbecille proviene dal latino imbecillis, termine composto da in-baculum, traducibile letteralmente come “senza ba-

stone”. Colui che è senza il sostegno di un bastone, pur avendone bisogno, appare fragile, impotente e malfermo ed il suo procedere è incerto.

Gli “imbecilli” erano ritenuti malati mentali incorreggibili, per lo più violenti, pericolosi degenerati e antisociali. Dovevano essere rinchiusi.

I termini “oligofrenia” o “deficienza mentale” e “cretinismo” sono stati adottati per indicare quelle menomazioni delle capacità intellettive di natura congenita o precocemente acquisite che pur diversificandosi dal punto di vista eziologico si manifestano attraverso un generico quadro psicopatologico pressoché uniforme.

L’etimologia del termine oligofrenia proviene dal greco ὀλίγος «poco» e φρήν φρενός, «mente».

Sembra che il termine «cretino» derivi dal franco-provenzale e stia a significare “cristiano”, nel senso commiserativo di “povero cristiano”, con riferimento all’attitudine propria dei cristiani a sopportare le offese.

Dunque, in un’epoca superata, tuttavia non molto lontana, il modo pregiudizievole di effettuare la valutazione diagnostica della condizione di insufficienza mentale si serviva di termini della nosografia psichiatrica che risuonavano nell’immaginario collettivo come sentenze anche evocative di un certo giudizio sociale. Questi significanti del gergo psichiatrico sono stati poi assunti nel linguaggio volgare come termini offensivi, umilianti.

Alcune di queste vecchie terminologie sono ancora utilizzate per formulare generiche diagnosi, non rispondenti ai criteri formali stabiliti dagli aggiornamenti nosografici. Infatti, non è infrequente, a tutt’oggi, ritrovare il termine oligofrenia indicato nella specificazione della diagnosi all’interno delle cartelle cliniche di pazienti con insufficienza mentale ricoverati in struttura oppure consultando i verbali di invalidità civile.

Con l’avvento della psicomelia, che ha avuto la pretesa di definire le funzioni intellettive e di elaborare una misurazione quantitativa dei limiti e dei gradi dell’intelligenza, si è resa necessaria l’adozione di nuovi criteri di classificazione essenzialmente descrittivi basati sul quoziente intellettuale, non implicanti alcun concetto eziologico o patogenetico.

Il pragmatismo clinico si sostituisce alle valutazioni pregiudizievoli: viene elaborata la categoria nosografica di “ritardo mentale” che attraversa diverse versioni del manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali.

Il quadro clinico di “ritardo mentale” viene soddisfatto dalla rilevazione di un deficit del funzionamento intellettuale riscontrabile attraverso prove normative standardizzate, contestualmente alla presenza di un deficit del funzionamento adattivo, ovvero dell’efficienza delle competenze di adattamento sociale.

Nello scenario socio culturale contemporaneo il binomio ritardo mentale è un’espressione ancora molto perturbante.

Il termine ritardo confligge con una delle principali ingiunzioni socio-culturali che orientano in modo fondamentale la vita delle collettività.

Un imperativo categorico della contemporaneità sostiene l'esistenza come fondata dal senso del poter avere, portato fino alla negazione del limite: avere nei termini della spinta all'acquisizione ed al consumo continuo di oggetti con valenze identificatorie. Avere per aver potere.

Empowerment è un termine che sancisce il valore della sopravvivenza contemporanea di un uomo non segnato dal limite, che si genera da sé a partire dalla propria volontà di potenza. Empowerment significa la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle scelte individuali, la capacità di prendere decisioni e di produrre azioni efficaci per poter avere una immagine sociale di successo.

Dunque essere in ritardo nell'epoca contemporanea è un grande disvalore. Colui che "rimane indietro" quando è bambino a scuola oppure da adulto nella professione e nella vita viene giudicato come un perdente ed a sua volta si considera tale. "Essere ritardato" è un grande motivo di offesa e di mortificazione soggettiva.

L'altro termine del binomio, mentale, è ancora più perturbante per l'individuo contemporaneo che si considera totalmente indiviso nella sua identità monolitica, senza inconscio. Questa concezione puramente integra di sé si accompagna ad una concezione della dimensione del mentale da intendersi comunemente come corrispondente ad una volontà autentica o scientificamente come puro cervello.

Sulla definizione del concetto di mentale la stessa comunità dei clinici diverge spesso in modo discordante. Schematicamente, alcuni vorrebbero attribuire una sostanza al concetto di mentale riferendolo al cervello, altri riducendolo al comportamento in quanto prodotto di un "software biologico".

Ma ricondurre totalmente il mentale alla dimensione bio-genetica che regola l'espressione della struttura dei sistemi organici esclude ciò che umanizza la vita degli esseri parlanti.

Il mentale non trova corrispondenza assoluta nel cervello. Il sistema nervoso consiste nel substrato biologico del mentale umano.

Il concetto di mentale umano non si risolve negli apprendimenti né nel comportamento, parziali espressioni del funzionamento psichico.

L'idea di mentale rimanda all'essenza dell'umanità. Il limite del mentale è un'esperienza che ha a che fare con la specificità dell'esistenza dell'essere umano.

Nell'immaginario collettivo contemporaneo, l'associazione del termine ritardo al termine mentale evoca l'idea di una terribile diversità inassimilabile che incoraggia tutt'ora concezioni moraleggianti; talvolta evoca il senso di una follia colpevole, altre volte colposa.

Nel discorso scienziato, dove il concetto di mentale si sostanzia nel cervello, il paziente con ritardo mentale viene valutato come deficitario.

In un certo discorso sociale psicologista dove il mentale si riduce all'autodeterminazione della coscienza, la persona mentalmente ritardata rischia di essere considerata come un individuo incompiuto, da riprogrammare.

La cultura dell'empowerment, il culto dell'immagine, la celebrazione dell'autodeterminazione della coscienza sostengono il rigetto della divisione soggettiva e del desiderio inconscio.

Se anche l'individuo nevrotico contemporaneo rifiuta di assumersi la responsabilità del proprio inconscio allora accade, di conseguenza, che all'individuo mentalmente ritardato, considerato come incompiuto, non viene neanche concesso il diritto di una esistenza soggetta all'inconscio. Spesso sono gli stessi educatori professionali a rifiutare di supporre l'esistenza di un soggetto del desiderio inconscio alla persona con disabilità intellettiva.

Dunque poiché il binomio "ritardo mentale" è troppo perturbante ed occorre che venga superato, rottamato, la cultura pragmatista americana è venuta in aiuto a rimuovere d'autorità entrambi i termini politicamente scorretti.

Nel nuovo manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, oggi ormai alla quinta versione (DSM-5), l'espressione "disabilità intellettiva" ha sostituito la denominazione "ritardo mentale", ormai sorpassata.

La dimensione semantica della nuova denominazione diagnostica "disabilità intellettiva" rimanda ad una logica pragmatica di derivazione culturale americana, che intende descrivere sostanzialmente un fatto: la difficoltà nel raggiungimento di alcuni obiettivi (disabilità) che implicano l'esercizio dell'intelligenza. Quale intelligenza? L'intelligenza intesa come funzione che consente il rapido apprendimento di un sapere universale, di nozioni efficaci per realizzare un buon adattamento sociale.

La logica che sostiene questa nuova terminologia diagnostica concorre all'ulteriore legittimazione di un proliferare di sofisticate procedure di valutazione del funzionamento e della disabilità basate sostanzialmente sull'osservazione dei fenomeni e di sistemi controllo delle procedure di training e riabilitazione spesso praticate in modo tecnicamente diserottizzato dagli operatori professionali specializzati.

Come poter umanizzare le pratiche assistenziali e le pratiche educative rivolte ai soggetti con disabilità intellettiva che frequentano le istituzioni di cura? Come rianimare il desiderio di sapere e la ricerca vitale delle équipes dei curanti?

Questo lavoro si rivolge al personale operativo dei centri diurni e residenziali che accolgono persone con disabilità intellettiva, ma soprattutto agli educatori professionali, proponendo diverse riflessioni intorno alla pos-

sibilità di riabilitare la supposizione dell'esistenza di un soggetto dell'inconscio operativo anche in coloro che sono portatori di una menomazione intellettiva, anche grave e comunque anche nel caso in cui il ritardo mentale si innesti ad una patologia d'interesse psichiatrico.

Riconsiderare il processo valutativo andando oltre la descrizione e l'elencazione dei comportamenti disfunzionali immediatamente riferiti a motivi deficitari, trascendendo i fenomeni osservati, consente all'educatore di avvicinarsi alla supposizione dell'esistenza di un desiderio del soggetto dell'inconscio anche nella disabilità intellettiva. Un soggetto che, disabilitato a diverso grado al mondo del simbolo, comunque domanda al proprio educatore di riferimento di essere riconosciuto nel mondo significante e di essere partecipe di una dialettica del desiderio che lo includa in un sistema di relazioni umanizzate, nei discorsi.

Riconoscendo gli aspetti fondativi della struttura psichica (nevrotica o psicotica) l'educatore impegnato nel campo della disabilità si trova nelle condizioni di rifondare la propria pratica nel rispetto di quanto la struttura dell'inconscio esige.

Una vita inconscia pervasa dall'angoscia, quella del soggetto con grave disabilità intellettiva, che mette talvolta in serie difficoltà la relazione educativa, dando origine ad un profondo senso di impotenza per quanto resiste all'educazione.

Un inconscio, quello del soggetto con grave disabilità intellettiva, che talvolta quando non si rivela attraverso formazioni linguistiche generative di senso si realizza attraverso produzioni grezze, dirompenti: un inconscio "a cielo aperto".



# **1. Il ricovero nell'istituzione di cura come altra possibilità**

## **1.1. Crisi familiare e domanda di accoglienza**

L'inserimento di una persona con disabilità intellettiva in una struttura residenziale spesso si accompagna ad un tempo della vita particolarmente segnato da motivi di perdita irreversibile. Innanzitutto, il progressivo decadimento cognitivo e l'aggravamento delle inabilità che insorgono come conseguenza di malattie acute o croniche.

Inoltre, con il passare del tempo, spesso i ruoli familiari istituiti nell'economia della vita domestica si indeboliscono. L'insorgere di difficoltà della salute dei genitori, il loro invecchiamento, rendono impossibile offrire a casa l'assistenza necessaria.

Per i genitori, la separazione da un figlio con il quale si è condiviso un lungo periodo di vita, un figlio che nonostante sia ormai adulto non potrà realizzare una sua emancipazione sociale, è già di per sé una enorme sofferenza.

Ma oltre alla separazione dal figlio, per i genitori diventa un personale tormento il fatto di dover rinunciare alla loro dedizione alle cure. Delegare ad altri la tutela e l'assistenza del loro figlio diventa un passaggio esistenziale estremamente critico.

Per i genitori, la delega comporta il doversi astenere dall'esercizio quotidiano proprio di quelle cure sublimi che hanno permesso a loro di reagire ai vissuti ambivalenti che hanno invaso i loro animi nel momento in cui hanno constatato realmente che il figlio venuto alla luce era menomato, diverso da quello atteso.

Alla luce di questa delicata e complessa vicenda umana, l'inserimento in struttura della persona portatrice di disabilità comporta inevitabilmente un intenso lavoro preliminare intorno alla domanda dei familiari che accompagnano il destino del figlio.