

Dr. GIANNI SELLERI

**LA PROSPETTIVA SOCIOLOGICA  
DELLA RIABILITAZIONE DEGLI HANDICAPPATI**

Estratto dagli  
**ATTI del 1° Congresso scientifico Internazionale:**  
"La prevenzione degli handicaps  
e i diritti civili degli handicappati,,

**Roma 27 maggio - 1 giugno 1978**

Considerare i problemi dell'handicappato in un contesto sociologico significa in definitiva studiare l'« immagine sociale » dell'handicappato e i significati culturali, morali, scientifici ed economici che si attribuiscono alla sua figura e che rafforzano e organizzano, a livello d'interpretazione collettiva, il processo di stereotipizzazione del fenomeno: vuol dire inoltre, considerata l'evoluzione storica degli atteggiamenti, illustrare la funzione di controllo sociale, rappresentata dalle leggi e dalle istituzioni in cui si è attuato l'intervento terapeutico e assistenziale. In questa prospettiva il problema può essere inserito in una teoria generale della devianza (pur tenendo conto della sua specificità), intendendo l'handicap come causa di comportamenti e di situazioni di « diversità » o di anormalità, secondo la polarizzazione normale-patologico.

Infatti, nella realtà esistenziale dell'handicappato si possono configurare le principali forme di frustrazione definite dalla psicologia: frustrazione derivante dal deficit psicobiologico, dal conflitto fra il danno oggettivo e il suo vissuto, dalle reazioni di rifiuto o di esclusione dall'ambiente, dagli atteggiamenti collettivi di pietà e di svalutazione, dal sentirsi oggetto di curiosità personale e sociale. Pertanto il discorso può collegarsi a quelle considerazioni generali sulla devianza per cause fisiche, economiche, sociali o culturali.

La « personalità modale » (cioè quell'insieme di caratteristiche di comportamenti che sono comuni in una determinata comunità) costituisce la normalità in base a tre parametri: funzionale, ideale, statistico. La normalità ideale concerne l'accettazione e l'interiorizzazione dei valori culturali e morali; la normalità funzionale è quella che definisce l'uomo efficiente, fisicamente e psichicamente integro; la normalità statistica indica la frequenza accettata dell'aspetto e dei comportamenti.

Si tratta di criteri che hanno qualche validità sistematica ma nessun fondamento scientifico, come dimostra il fatto che nel mondo occidentale o in un medesimo ambito culturale possono verifi-

carsi tipi di « anormalità » fra di loro contraddittori e variabili a seconda del momento storico e dell'ambiente.

L'immagine sociale dell'handicappato si carica di significati e di convinzioni razionali e irrazionali per le quali egli si può definire insieme come un portatore di un deficit bio-fisico e un candidato a dinamiche di esclusione.

E' opportuno precisare rispetto a quali valutazioni o criteri l'handicappato è stato considerato come un deviante e quali interventi sono stati adottati nei suoi confronti in riferimento alle diverse costruzioni sociali e culturali della sua realtà.

Si tratta insomma di ripercorrere sinteticamente l'evoluzione delle dottrine assistenziali che abbiamo descritto per lo specifico caso dell'handicappato.

Il primo schema di riferimento è di tipo etico, secondo il quale il « malato mendicante » è oggetto di un dovere morale dell'assistenza, come espressione individuale di carità; in questa fase però, come abbiamo visto, esso viene assimilato alle altre figure del mondo della miseria e delle « classi pericolose » quindi rinchiuso nelle « prigioni morali », istituzioni difensive dell'ordine pubblico. Ciò è possibile al di là del dato storico per l'attribuzione sul piano religioso e teologico di un segno di colpevolezza a chiunque è toccato dalla sventura o dalla malattia.

Il secondo sistema di valutazione storicamente accertato è inerente ai dati del razionalismo positivistico e dell'evoluzionismo biologico. E' in questo contesto che affondano le loro radici anche gli attuali modelli interpretativi medico-psichiatrici. E tuttavia anche in questa fase, per le teorie organicistiche e per il persistere della convinzione di una correlazione fra anima e corpo, l'osservazione morale si connette con quella positiva e si asseriscono influenze della malattia sul comportamento sociale per cui al **morbo** si collega la **mostruosità** e in diversi casi la **criminalità** (Lombroso). Di conseguenza gli interventi sono di tipo repressivo psichiatrico, secondo l'oscura e inquietante tensione fra follia e razionalità.

La terza istanza è di carattere filantropico, solidaristico e giuridico, con cui, a partire dalla dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1793, si stabilisce un diritto legale e pubblico all'assistenza; si tende ad una umanizzazione degli interventi e delle istituzioni e, almeno in via teorica, si propone la metodologia della non esclusione e della non separazione dell'handicappato dal proprio ambiente familiare e sociale.

Dopo la scoperta sociologica dei rapporti funzionali e costitutivi fra individuo e società, della suddivisione del lavoro, dell'instaurarsi del capitalismo monopolistico o dei suoi complessi rapporti col socialismo, alle nozioni patologiche si aggiungono o so-

stituiscono quelle della diversità intese come varianti di una supposta « patologia sociale », effetto del distorto funzionamento dei rapporti economici e della organizzazione sociale e sanitaria. In questa fase la diversità dell'handicappato è soprattutto connessa coi criteri e le esigenze della « riabilitazione » cioè un complesso di interventi sanitari e sociali volti alla riutilizzazione, anche parziale, dell'handicappato in quanto non produttivo. L'apparato assistenziale si configura inoltre come uno strumento di garanzia della pace sociale e come un meccanismo per accrescere il potere d'acquisto dei marginali (con l'effetto indotto che i servizi pubblici diventano insieme un mezzo di livellamento delle disuguaglianze economiche e di controllo sociale non coercitivo nel senso tradizionale, ma estremamente capillare ed efficace). E' lo « Stato terapeutico » del **Welfare-state**.

Si deve, comunque rilevare che il processo evolutivo che abbiamo descritto nelle sue tappe successive non ha cancellato o risolto le impostazioni della fase precedente, cosicché coesistono in un coagulo di difficile interpretazione tutte le valutazioni che in diverse culture sono state accettate e le correlative istituzioni. Nonostante gli innegabili progressi che la scienza medica, la sociologia, la psicologia hanno portato nel trattamento e nella rivalutazione dell'handicappato, l'analisi e gli interventi restano ancora scollegati dalle ragioni strutturali che causano l'handicap ed emarginano l'handicappato, il quale resta comunque posto in un ruolo passivo e di eterogestione. Ciò significa il fallimento tecnico e sociale della **riabilitazione**.

In senso giuridico, per riabilitazione si intende la reintegrazione dei diritti civili tolti per effetto di una condanna; il termine è stato poi esteso in senso tecnico per significare il recupero ed il reinserimento o la rieducazione dei soggetti handicappati o disadattati. Questo concetto comporta un giudizio preventivo di esclusione (non si può reinserire chi è inserito) e una visione eminentemente tecnica del problema che può comportare eccessi razionalistici e definizioni pregiudiziali che deformano l'attività riabilitativa: classificazione dei soggetti in recuperabili e irrecuperabili, scolarizzabili e non scolarizzabili; la categorizzazione a seconda del tipo di handicap (ciechi, invalidi fisici, subnormali, ecc.), della « causa storica » della invalidità (guerra, lavoro, servizio, ecc.), o della situazione sociale che ha determinato o in cui si è verificata la condizione di bisogno (orfani, nati fuori del matrimonio, anziani, delinquenti minorili, malati mentali, « ribelli »).

Il fondamento empirico di queste distinzioni sarebbe simile a quello che data una certa malattia occorra una corrispondente terapia.

Per gli handicappati si può senz'altro definire uno svolgimento della riabilitazione: recupero fisico e funzionale, istruzione e lotta

contro il ritardo scolastico, orientamento e qualificazione professionale, collocamento al lavoro. Ma occorre fare bene attenzione che la realizzazione di queste condizioni di integrazione sociale non divengano, come accade, una astratta mistificazione o il *fine*, perché se gli interventi comportano l'allontanamento troppo prolungato dalla famiglia, la solitudine, la iperprotezione e la segregazione, al termine del processo riabilitativo avremo un handicappato-disadattato o impreparato ai rapporti sociali, con gravi difficoltà nelle relazioni interpersonali e affettive, un soggetto, insomma, che finirà sempre per identificarsi col suo handicap e fare appello alla benevolenza e alla protezione pubblica e privata.

Il discorso ci riporta alle dinamiche sociali che presiedono la stigmatizzazione e causano l'emarginazione (con o senza istituzioni specifiche, prigioni, ospedali, ospizi, ecc.).

La comunità nei confronti del diverso non adotta soltanto un giudizio o un pregiudizio di valenza negativa (atto di censura), ma attraverso un « rito » stabilisce una destinazione separata, in senso topologico e psicologico, che trasferisce il deviante dalla sua normale posizione sociale in un ruolo specifico. La « cerimonia » dell'attribuzione dello stigma si svolge in tre momenti: vi è anzitutto un confronto formalizzato fra il soggetto e i rappresentanti tecnici e sanitari, autorizzati dalla società; si emette quindi un giudizio o una diagnosi sulla natura e il grado della devianza a cui segue un « atto di collocazione sociale, assegnando all'individuo un ruolo speciale che ridefinisce la sua posizione nella società... ciò che precipuamente caratterizza questa cerimonia della nostra cultura è la sua irreversibilità » (Erikson).

Una volta formulata la diagnosi, si instaurano delle forti resistenze collettive, sia a modificare la definizione, sia ad accettare, successivamente, al processo terapeutico, il diverso come una persona completamente reintegrabile (sono noti gli stereotipi circa la criminalità persistente degli ex detenuti o le ricadute dei malati mentali, ecc.).

Nel nostro caso l'handicappato, una volta definito tale, assume delle significazioni conclusive e globali (il sintomo diventa persona) che debbono in qualche modo essere « esorcizzate » per le loro implicazioni emotive mediante meccanismi di difesa e di esclusione. Si attua così un movimento circolare (handicappato = diverso; diverso = escluso; escluso = handicappato), che ha tutte le caratteristiche di una « profezia » che si autoadempie.

Per uscire da questa tautologia sociologica e dagli insuccessi effettivi della riabilitazione, diventa allora importante definire in modo tecnico che cosa s'intenda per socializzazione, considerando quest'ultima come l'unica soluzione dello status dell'handicappato.

In ogni struttura sociale vi sono due elementi costitutivi: il primo è rappresentato dalle mete, dagli scopi e dagli interessi che la società s'impone come obiettivi per tutti i cittadini (il progetto esistenziale di gruppo, le cose per cui vale la pena lottare); il secondo è costituito dalle norme, dalle regole e dalle modalità (comportamenti, leggi, istituzioni, ecc.) legittime, attraverso le quali si possono raggiungere gli obiettivi stimati. Il conseguimento delle mete e dei valori sociali è per l'individuo la **gratificazione** (in termini di risultati); l'adesione alle regole e ai procedimenti per acquisirli si definisce come socializzazione (partecipazione e interiorizzazione delle norme in termini di attività).

Quando si verifica uno squilibrio o una dissociazione fra queste due fasi della dinamica sociale (cioè o mancano le soddisfazioni o si rifiutano le « regole del gioco ») si può configurare un comportamento cosiddetto deviante e quindi si mettono in azione correlativi strumenti di controllo e di emarginazione.

Se ricordiamo la precedente definizione sociologica di handicappato (portatore di deficit biofisico e candidato all'esclusione) e se applichiamo queste teorie generali alla sua situazione di vita, possiamo trarre alcune indicazioni.

Anzitutto, per la duplicità dell'handicap, l'intervento non può essere soltanto medico-sanitario ma deve contestualmente prevenire la reazione sociale negativa; questo è possibile in termini pratici se si considera la globalità della persona e se si evitano prestazioni che richiedono periodi di separazione (in istituti speciali) o trattamenti attuati con modalità diverse da quelle previste per i normo-dotati.

Con riferimento alla struttura sociale si deve tener conto che non basta fornire l'handicappato di strumenti e di condizioni formative tali da consentirgli di raggiungere le mete socialmente prescritte (ad esempio la produttività), ma che occorre anche soprattutto farlo partecipare ai processi di socializzazione attraverso i quali si costituiscono le norme regolative per il raggiungimento degli obiettivi sociali. In altre parole si tratta di inserire l'handicappato nelle relazioni interpersonali normali, senza pregiudizialmente definirlo in una posizione specifica.

## BIBLIOGRAFIA

**Ciacci, M., Gualandi, V.,** La costruzione Sociale della devianza, il Mulino, Bologna, 1977.

**Gouldner, A.W.,** La crisi della sociologia, Il Mulino, Bologna, 1972.

**Merton, R.K.,** Teoria e struttura sociale, Il Mulino, Bologna, 1977.

**Goffman, E.,** Stigma, Laterza, Bari, 1970.

**J. Habermas,** Teoria e prassi nella società tecnologica; Laterza, Bari, 1971.