

3/78

ANNO XVIII N. 3 SETTEMBRE 1978

ISTISS LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE

**LA RIVISTA DI
SERVIZIO SOCIALE**
STUDI DI SCIENZE
SOCIALI
APPLICATE E
DI PIANIFICAZIONE
SOCIALE

ISTITUTO PER GLI STUDI SUI SERVIZI SOCIALI
BENIAMINO CARUCCI EDITORE

GLI HANDICAPPATI NELL'EVOLUZIONE DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

di *Gianni Selleri**

1. *Sintesi storica*

Nel contesto dell'evoluzione degli interventi e delle istituzioni assistenziali, la figura sociale dell'handicappato assume caratteristiche sempre più specifiche. La connotazione costante è invece quella della marginalità che si concretizza e si definisce come esclusione, devianza, isolamento e rifiuto.

La situazione di marginalità, per la sua persistenza storica, fa sì che per molti secoli l'handicappato non assume caratteri sociologici tali da distaccarlo dalla massa dei poveri e degli atipici, definiti dai paradigmi morali, culturali e politici delle varie epoche.

È tuttavia possibile individuare le principali tappe storiche del destino e della carriera dell'handicappato, tenuto conto anche del fatto che fra gli handicappati si distinguono figure diverse, in rapporto alla causa dell'handicap e dello stato di bisogno conseguente.

Nelle società primitive, così come nell'antica Grecia e nell'antica Roma, il destino dell'handicappato e dell'inutile è l'accattonaggio e la soppressione fisica. Gli esempi storici sono costituiti dalle leggi di Licurgo, che stabilivano, nel IX secolo a. C. a Sparta, che i bambini deboli e deformati fossero gettati dal monte Taigete. Analogamente a Roma era consentita l'esposizione e la soppressione dei bambini invalidi che venivano buttati dalla rupe Tarpea (secondo Tito Livio fino alla tarda epoca repubblicana). Il destino degli anziani delle classi povere era sostanzialmente uguale, salvo una diversa ritualità. Tale soluzione era determinata dal carattere guerriero e dall'organizzazione sociale di quei popoli in cui la

* Dr. Gianni Selleri, assistente all'Istituto di Psicologia della facoltà di medicina dell'Università di Bologna.

rigida distinzione fra le classi e le caste comportava una definizione esclusivistica dei ruoli e delle funzioni, cosicché chi non era in grado di essere utile nelle proprie condizioni e privo di mezzi di sussistenza, soggiaceva alla selezione naturale, giuridicamente codificata, secondo l'interesse dello stato e della città.

È interessante come, fin dall'antichità, gli invalidi di guerra siano stati oggetto di interventi sanitari ed assistenziali particolari e rispettati come cittadini benemeriti. La spiegazione di tale diversità di atteggiamento, nei confronti di soggetti che erano nella medesima realtà bio-fisica, fa riferimento a ragioni di ordine politico e culturale: una società di guerrieri deve proteggere ed esaltare chi per lo Stato ha sofferto mutilazioni o menomazioni (altrimenti la classe tenderà a sottrarsi ai suoi compiti di difesa o di conquista); per quanto concerne lo status sociale, l'invalido di guerra è, per così dire, consacrato attraverso l'ideale patriottico in quanto porta sul proprio corpo i segni delle conseguenze del dovere compiuto nell'interesse della collettività, mentre l'invalido per cause congenite è percepito come espressione di un male naturale o morale, il che comporta un giudizio di colpa o giustifica la soppressione.

Con il cristianesimo la povertà e la sofferenza assumono significati positivi di testimonianza e di impegno secondo i principi della carità; persiste tuttavia l'ambivalenza religiosa rispetto al male che ha insieme un significato positivo di redenzione e di conseguenza del peccato.

Da questa ambiguità teologica e culturale, così come dalle condizioni economiche, deriva una pratica assistenziale che si definisce come esclusione sociale, senza soppressione fisica, e reintegrazione spirituale. Dal punto di vista pratico vi è la coesistenza di due tecniche: il ricovero (secondo gli statuti della lebbroseria) e l'accattonaggio (secondo la pratica religiosa e giuridica dell'elemosina, ispirata alla carità e al "quod super est donate pauperibus").

Abbiamo quindi le prime fondazioni ospedaliere (degli ordini religiosi specializzati, delle confraternite e del monachesimo) come ambiti di emarginazione e di redenzione, e insieme la figura sociale, sostanzialmente accettata nella vita quotidiana, del mendicante infermo: asili e cronici da una parte e figure di uomini mutilati e infermi (liberi nella città e nei villaggi) dall'altra, che mendicando svolgono una funzione di purificazione delle colpe individuali e sociali.

È soltanto nel XVII secolo che l'assistenza assume forme storiche e giuridiche definite, ma paradossalmente è proprio a partire da quell'epoca che l'invalido perde progressivamente le proprie caratteristiche personali e la propria identità positiva. Le società mercantili e le monarchie assolute affrontano infatti il

problema del pauperismo e della mendicizia, nei suoi aspetti generali e come problema dello Stato. L'assistenza diventa repressione, tutela dell'ordine morale e sociale, e si esprime come reclusione di massa dei poveri e dei diversi. È un insieme di fatti giuridici, economici, religiosi e scientifici che accentuano complessivamente soluzioni repressive e marginalizzanti, ma quel che più conta, costituiscono le strutture ideologiche ed etiche del rifiuto e dell'alienità.

Con la rivoluzione francese e l'enunciazione dei diritti dell'uomo, ispirati all'illuminismo ed al giusnaturalismo, e soprattutto con l'industrializzazione ha origine la distinzione fra il *povero lavoratore* ed il *povero inabile*.

Si apre quindi un lungo periodo di transizione dell'assistenza agli invalidi che vede l'alternarsi di metodi, di tradizioni e di soluzioni amministrative che preannunciano in sostanza i termini dell'assistenza pubblica e privata attuale: dovere dello Stato o del cittadino, strutture segreganti o interventi di aiuto effettivo, centralizzazione o decentramento, in cui concorrono motivi politici, economici ed umanitari, spesso con prospettive contrapposte.

La legislazione per i lavoratori e l'assistenza sociale realizzano nuove soluzioni giuridiche che finiscono per interessare anche gli handicappati.

Si configurano nella politica sociale e nel diritto i sistemi della sanità, della previdenza e della assistenza e le loro articolazioni amministrative ed infine nasce l'ordinamento unificatore della Sicurezza Sociale, che dovrebbe comportare la riunificazione dei soggetti di diritto validi o invalidi, attraverso interventi accessibili a tutti e non più articolati secondo criteri corporativi o le cause che determinano il bisogno. Soltanto in pochissimi paesi la sicurezza sociale è stata realizzata compiutamente e, di solito, anche nella società del benessere coesistono sistemi di assistenza tradizionale assieme ad evolute espressioni di sicurezza e di previdenza.

Nella grande maggioranza dei casi gli handicappati per cause congenite restano affidati all'assistenza intesa come dovere dello Stato e non rientrano nell'ambito dei Servizi Sociali e previdenziali di diritto soggettivo o contrattuale che hanno acquisito i lavoratori. Ed è proprio in questa caratteristica degli ordinamenti amministrativi che si configura il persistere della marginalità sociale degli handicappati che si trovano quindi accomunati con le altre classi o gruppi non produttivi e col sottoproletariato in genere.

Vi sono tuttavia dinamiche economiche e tecnologiche che tendono alla reintegrazione sociale degli invalidi, come degli altri marginali, secondo il principio e la constatazione che è più conveniente riabilitare che assistere.

In questo senso l'assistenza tende sempre più a diventare un

problema economico e la riabilitazione una tecnica di trasformazione degli inutili, anche per ragioni di equilibrio sociale.

Risulta evidente che il discorso così proposto è astratto e che se, ad esempio, l'handicappato vive in un contesto sociale competitivo (dove prevalgono i "valori" del successo e dell'efficienza) non vi sarà possibilità di integrazione; è comunque importante aver presente che riabilitazione non significa soltanto lavoro, qualificazione professionale o indipendenza economica, ma soprattutto partecipazione ugualitaria alla vita sociale: cioè socializzazione.

2. *Quadro istituzionale*

È acquisizione comune che le norme e le leggi non soltanto regolano i rapporti fra i cittadini e lo stato, nell'ambito del contratto sociale, ma che in diversi casi, soprattutto quando sono circoscritte specificamente a gruppi o a classi definite, finiscono per determinare lo "statuto e la carriera sociale" di chi vi appartiene e quindi per costituire una corrispondente "cultura". Per questo sembra utile esaminare, seppure sommariamente, l'evoluzione contrastata e contraddittoria della legislazione assistenziale italiana al fine di chiarire la collocazione giuridica (e quindi politica ed economica) degli handicappati e dei poveri in genere. Per molti aspetti si tratta di un processo analogo a quello che abbiamo descritto in termini generali, ma con alcuni dati caratteristici, la cui comprensione "archeologica" può favorire una corretta impostazione delle riforme e della sicurezza sociale.

Quando si attuò l'unità d'Italia la situazione sociale, economica e culturale del paese era in grave ritardo rispetto alle altre nazioni europee e la vita politica complicata dai difficili rapporti fra stato e chiesa, fra cattolici e liberali.

Secondo la consueta pubblicistica sul pauperismo, la tipologia dei poveri è delineata come una situazione per lo più volontaria, dovuta all'imprevidenza, all'oziosità e al disordine morale e, soltanto in pochi casi, a cause involontarie come malattia, invalidità ed abbandono. I poveri dunque (non ancora distinti fra abili e inabili) costituiscono la "classe pericolosa" delle società preindustriali o ad economia mista e pertanto gli interventi sono ispirati alle esigenze della difesa dell'ordine pubblico.

Il primo dibattito si svolge sull'alternativa fra carità (o filantropia) privata e *carità legale*, cioè pubblica e garantita dallo stato. Sulle prime posizioni si attesta la Chiesa (adducendo istanze di libertà e di spontaneità), sulla seconda (ma soltanto inizialmente e formalmente), il liberalismo paternalistico e borghese di tradizione illuministica.

Alla fine le due tendenze verranno a coincidere sulla negazione

del diritto legale al soccorso: la Chiesa mantenendo i principi della beneficenza spontanea e privata (che finiscono con il dare ragione alle dottrine economiche e liberali); lo Stato, con la nota teoria delle correlazioni fra salari e beneficenza. Poiché l'entità dei salari è determinata dal minimo indispensabile per vivere, ogni forma di soccorso legale finirebbe per ridurre il salario, così che lo Stato sarebbe costretto a compensare la caduta dei salari con sussidi fissi e si creerebbero inoltre situazioni di riduzione dell'offerta di mano d'opera. La soluzione sarà come vedremo di tipo compromissorio e consisterà nella pubblicizzazione dell'assistenza privata, mediante il controllo dello Stato e il riordinamento dei fini delle opere pie e in pochi casi con l'espropriazione dei patrimoni della Chiesa con quelle "leggi eversive" di cui tratta la *Rerum Novarum*. È abbastanza facile supporre che si trattò in questa fase di limitare il potere temporale della Chiesa, piuttosto che di assistere i poveri.

Infatti dopo l'unità d'Italia il legislatore si trovò nella necessità di disciplinare le attività assistenziali, nella stragrande maggioranza di carattere ecclesiastico, per assoggettarle al controllo dello stato e per mettere ordine nella dispersione e sovrapposizione negli interventi, preoccupandosi tuttavia di non interrompere con ciò la liberalità dei privati.

La legge 3 agosto 1862 definì anzitutto gli scopi delle Opere pie (soccorrere le classi meno agiate, mediante l'assistenza, l'educazione, l'istruzione e la preparazione al lavoro), ma non chiari se esse fossero da considerarsi pubbliche o private; istituì invece forme di tutela e di controllo, attraverso la deputazione provinciale ed istituì in ogni comune la Congregazione di Carità.

La prima legge sulla beneficenza attuata due anni dopo l'unità d'Italia (che riproduce in gran parte la legge piemontese del 1859), legalizza principi e scopi destinati ad una lunga persistenza (in alcuni casi sono ancora vigenti): garantire l'ordine pubblico, non impegnare la finanza pubblica, limitare i poteri e la partecipazione democratica nei consigli di amministrazione delle Congregazioni di Carità, mantenere per quanto possibile i fini originali delle opere pie, ribadire il concetto della segregazione dei poveri in ospizi e ricoveri. L'unica innovazione è costituita dai nuovi e vasti compiti di controllo del prefetto, fatto che rappresenta, dal punto di vista giuridico, l'istituzionalizzazione del rapporto fra attività assistenziale ed attività di polizia.

Per trent'anni la situazione non cambia; soltanto con l'avvento al potere di Crispi e in seguito alle denunce sui disordini nel settore assistenziale e alla spinta anticlericale e massonica, si stabilisce di varare alcune importanti riforme "sociali": assistenza sanitaria, modifiche alla legge comunale e provinciale, norme sulla sicurezza pubblica, legge sulle istituzioni pubbliche di beneficenza

(quasi tutte le riforme crispine sono tuttora sostanzialmente vigenti).

Nonostante si tratti di leggi promosse dalla sinistra borghese, per effetto di quel "trasformismo politico" che caratterizza quei tempi (ma non solo quelli), non si registra nessun sostanziale progresso sulla via del diritto all'assistenza, se non la definitiva statizzazione (poi attenuata in fase regolamentare e per l'intervento della giurisprudenza amministrativa) delle iniziative private, delle opere pie e dei relativi beni ecclesiastici che conservano una sostanziale autonomia gestionale.

Intanto però l'associazionismo e il mutualismo operaio impongono le prime forme assicurative, concesse ed attuate per i medesimi motivi che le hanno determinate negli altri stati liberali, cosicché anche in Italia si applica la distinzione fra i poveri, in riferimento al loro ruolo produttivo e si definiscono giuridicamente il sistema previdenziale e assicurativo (sancito come diritto) e quello assistenziale in cui persistono la discrezionalità e i motivi dell'ordine e della repressione.

Con la legge del 1890 il soccorso diventa beneficenza pubblica, anche se di pubblico ha soltanto la forma. Ai fini del nostro discorso interessa soprattutto definire alcune questioni relative alla classificazione dei soggetti, agli scopi dell'intervento ed alle sue modalità, al rapporto fra assistenza e ordine sociale.

"Sono istituzioni di beneficenza" quelle che abbiano per fine: a) di prestare assistenza ai poveri tanto in stato di sanità, quanto di malattia; b) di procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo, il miglioramento morale ed economico" (art. 1, legge 17 luglio 1890). "Spetta alla congregazione di carità curare gli interessi dei poveri del comune e di assumerne la rappresentanza legale...". "La Congregazione di carità promuove i provvedimenti amministrativi e giudiziari di assistenza e di tutela degli orfani e dei nuovi abbandonati, dei ciechi e dei sordomuti poveri..." (artt. 7 e 8).

Il primo articolo equipara ancora poveri sani e poveri malati e ciò perché anche questi ultimi quando non potevano rientrare nel sistema assicurativo venivano affidati agli enti di beneficenza. Gli scopi dell'azione assistenziale derivano immediatamente dalla valutazione delle cause della miseria: ozio e disordine morale, cui si tende a rimediare con l'istruzione e la rieducazione, la prima riferita alla sfera economica, la seconda a quella etica.

I compiti delle Congregazioni di Carità (che amministravano le IPAB) costituiscono il paradigma giuridico che ha presieduto e presiede l'azione di tutti gli enti pubblici degli handicappati: assistenza, tutela, rappresentanza legale: impegni che definiscono

l'assoluta passività, l'attribuzione di inferiorità e di incapacità dei soggetti dell'assistenza.

La modalità degli interventi è strettamente collegata con l'"attività di polizia" e si possono rilevare molti nessi fra la legislazione penale relativa ai "vagabondi", agli oziosi, a chi in qualunque modo poteva nuocere all'unità d'Italia e alle sue libere istituzioni (che si attuavano con il domicilio coatto, con la schedatura o registro dei poveri, e con la reclusione, con l'ammonizione) e la repressione della mendicizia e della povertà mediante l'"assistenza".

Infatti gli operai socialisti, i "rivoltosi", i poveri e gli inabili costituivano l'obiettivo principale del controllo statale.

Sotto il titolo "Disposizioni relative alle classi pericolose della società" nel testo unico delle leggi di pubblica sicurezza del 1889, all'art. 81 si leggeva: "Gli individui riconosciuti da autorità locale di pubblica sicurezza, inabili a qualsiasi lavoro, privi di mezzi di sussistenza e di congiunti tenuti alla somministrazione degli alimenti, sono... a cura delle autorità medesime, inviati in un ricovero di mendicizia o altro istituto equivalente".

Nell'attuale testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, nel capitolo "disposizioni relative alle persone pericolose alla società", si ribadiscono le stesse disposizioni e nel regolamento di attuazione (art. 154) si stabilisce: "qualora l'inabile di cui sia stato ordinato il ricovero, non intenda stabilirsi nell'istituto o se ne allontani arbitrariamente, verrà accompagnato con la forza".

Queste disposizioni che stabilivano l'isolamento degli handicappati e dei non produttivi, trovarono e hanno tuttora riscontro nel testo unico delle leggi comunali e provinciali (art. 91), con le quali si definiscono obbligatorie, fra le spese di carattere assistenziale, soltanto quelle destinate al pagamento delle rette di ricovero (coatto o volontario), mentre tutte le altre spese per eventuali e diversi interventi sono "facoltative", quindi praticamente indisponibili.

Nel nostro sistema si definisce fin dall'origine l'intervento assistenziale pubblico come discrezionale, ispirato all'ordine pubblico (classi pericolose), al decoro nazionale (accattonaggio), all'etica liberistica del lavoro ed alla conseguente valutazione negativa della povertà come condizione di inferiorità civile complessiva, personale e sociale che poteva indurre atti di liberalità o di paternalistica solidarietà, ma non definire alcun diritto in termini positivi.

La successiva evoluzione del concetto dell'assistenza è essenzialmente giuridica e non comporta, fino a tempi molto recenti, sostanziali modificazioni degli scopi, delle modalità di intervento e soprattutto del diritto all'assistenza come prestazione garantita dallo Stato.

Lo stesso termine "assistenza" (nella legge Crispi si trattava soltanto di "beneficienza") è relativamente recente; appare agli inizi del secolo e soltanto nel 1937 si giunge alla definizione di un tributo statale destinato all'assistenza (istituzione degli ECA).

Durante il periodo fascista si sviluppa comunque il sistema della previdenza e delle assicurazioni sociali e di conseguenza si definisce l'ambito della assistenza e beneficienza pubblica che risulta residuale rispetto all'area previdenziale (caratterizzata dai contributi obbligatori dei lavoratori, dei datori di lavoro e dello Stato). Da questa distinzione (i cui limiti non sono tuttavia mai stati ben precisati nel senso che il sistema previdenziale integra quello assistenziale e viceversa), risulta che i soggetti dell'assistenza sono sostanzialmente i cittadini inabili al lavoro e bisognosi, nei confronti dei quali non si configura nessun diritto soggettivo, ma soltanto la titolarità a prestazioni, riparative e discrezionali, e soprattutto mediante la pratica del ricovero e dell'internamento. E tuttavia anche questa primitiva attività assistenziale è condizionata da gravi limitazioni come il domicilio di soccorso, la obbligatorietà dell'intervento dei parenti e degli affini, la valutazione della moralità dei soggetti e soprattutto il criterio che le prestazioni devono comunque essere tali da consentire un tenore di vita inferiore a quello, anche modesto, consentito da una qualsiasi attività lavorativa: si tratta di una legittimazione del disimpegno dello Stato che propone la assistenza come "contributo" al mantenimento ed alla sopravvivenza.

Il regime fascista opera nell'ambito assistenziale soprattutto per motivi di ordine demografico: tutela della maternità, premio di nuzialità e natalità, assicurazione contro la tubercolosi, malattie sociali, ecc. ... Queste attività si inquadrano nel contesto del principio del superamento delle classi e del nuovo rapporto concordatario con la Chiesa che definisce politicamente la ricomposizione delle lacerazioni del periodo liberale e sul piano dei servizi favorisce il rilancio delle attività della Chiesa nell'ambito dell'istruzione e dell'assistenza. Si instaura così una persistente e pressoché esclusiva delega all'iniziativa privata ed ecclesiastica dei servizi assistenziali, non in senso integrativo, suppletivo e pluralistico, ma in maniera sostitutiva dei doveri dello Stato. Il ritardo dell'acquisizione dell'assistenza come diritto nel nostro paese è certamente dovuto a questa straordinaria intermediazione riparativa della Chiesa.

Sotto il profilo tecnico-normativo la separazione fra abili e inabili, come prima definita, comporta l'istituzione di categorie giuridiche di invalidi per i quali si costituisce una legislazione specifica, che è caratterizzata dai principi prima descritti degli articoli 7 e 8 della legge del 1890.

Il fatto nuovo è rappresentato dalla moltiplicazione di grandi e piccoli enti autarchici di diritto pubblico; questi enti che si possono considerare come organismi ausiliari dello Stato, erogano prestazioni obbligatorie o facoltative nei confronti di una parte ristretta della popolazione, mentre la collettività, nel suo complesso, se ne avvantaggia in modo indiretto.

Per quanto riguarda gli effetti sociali degli enti di categoria per gli handicappati, rimandiamo al paragrafo successivo; si può intanto osservare che essi costituiscono la codificazione giuridica dell'emarginazione; si pongono, come organi del potere centrale, fra il diritto dei cittadini "protetti" e la sua esigibilità, cristallizzano mediante norme stereotipate e iterative la situazione di marginalità sociale degli handicappati, mediante la attività e strutture specialistiche che impediscono o ritardano la partecipazione e rinforzano il ruolo passivo.

Lo scopo principale è sempre quello di tutelare e di rappresentare (quindi di controllare gli assistiti secondo una impostazione burocratica, settoriale e verticale; si tratta poi di definire il "parametro del bisogno" in conseguenza del quale si determinano, per ciascun gruppo, le prestazioni riconosciute di possibili beneficiari. Un criterio generale consiste in tre condizioni per l'erogazione delle prestazioni: il reddito personale, quello familiare, il grado della inabilità al lavoro. Ma sia le condizioni, sia gli interventi, sono tutt'altro che omogenei a parità di bisogno, in quanto dipendono dalle cause dell'invalidità.

La prima categoria di invalidi, storicamente individuata, è quella degli invalidi di guerra per la concorrenza di motivazioni di ordine morale, giuridico ed economico.

Da questa piattaforma di diritto positivo derivarono successivamente e frammentariamente analoghe provvidenze economiche, riabilitative e occupazionali ad altri gruppi handicappati: ciechi, sordi, invalidi per servizio, invalidi del lavoro, ex tubercolosi, vittime civili di guerra e infine invalidi civili.

Dopo la promulgazione della Costituzione repubblicana e nell'impegno di applicazione dei suoi principi generali e specifici (diritto al lavoro, diritto all'assistenza sociale, diritto all'assistenza sanitaria, all'istruzione e all'avviamento professionale, alla parità della dignità sociale di tutti i cittadini, alla previdenza, ecc.), così come si configurano negli articoli 3, 4, 32 e 38, il legislatore in periodi diversi prese in considerazione le suindicate situazioni, non secondo la Costituzione, che non fa distinzione fra cittadini e considera gli invalidi senza suddividerli in ordine alla causa dell'invalidità, ma sempre secondo categorie.

La conseguenza più evidente è stata, e per certi aspetti lo è

tuttora, quella di considerare nell'ambito assistenziale e pensionistico, alcuni gruppi di minorati come titolari di un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela e altri, per quali si configura soltanto una situazione di mero interesse dello Stato (costituzionalmente previsto), alla riabilitazione ed al recupero sociale. Alla sclerotizzazione di queste impostazioni giuridiche precostituzionali contribuiscono gli interessi degli enti pubblici nazionali di rappresentanza delle singole categorie con la loro logica interna e i loro interessi di sopravvivenza, nonché la scarsissima permeabilità della nostra legislazione sociale a recepire soluzioni che non siano settoriali o addirittura corporative e di conseguenza il rifiuto di ogni prospettiva di globalità, nell'ambito della programmazione e delle riforme strutturali.

L'evoluzione che abbiamo a grandi linee tracciato dimostra che volta per volta e per motivi di più varia natura, politici, filantropici, rivendicativi (marce del dolore), e in genere di giustizia sociale, lo Stato è intervenuto in favore di diverse categorie, identificate e distinte progressivamente a seconda del tipo, delle circostanze e della causa dell'invalidità.

Nell'ultimo decennio infine, proprio in conseguenza di questo straordinario sviluppo dell'ordinamento, è stato preso in considerazione in termini, per così dire, "residuali" e in virtù di sempre più sottili e bizantine suddivisioni, l'invalido in senso proprio o, per meglio dire, l'invalido considerato nell'unico significato che la Costituzione prevede all'art. 39. Non si è trattato tuttavia di una estensione di diritti che abbia ricompreso le precedenti categorizzazioni come sarebbe stato logico e ragionevole, bensì della creazione di una nuova e più vasta categoria nell'ambito della quale sono stati riuniti tutti gli invalidi "residuali", e, per distinguerli dagli altri, sono stati definiti "civili". Questa definizione nella sua improprietà (civile si contrappone evidentemente a militare, pur escludendo vasti gruppi di invalidi che non sono tali certamente per eventi bellici), dimostra come il legislatore si sia ispirato a tradizioni storico-giuridiche che ben poco hanno a che fare con lo Stato democratico e repubblicano fondato sulla Costituzione.

Tuttavia la legge sugli invalidi civili (30 marzo 1971) costituisce il limite ultimo della legislatura settoriale, sia perché rappresenta uno schema di modello riabilitativo globale (assistenza sanitaria, assistenza economica, istruzione, qualificazione professionale, occupazione e integrazione sociale) e pertanto esaurisce la spinta rivendicativa degli handicappati esclusi o ipoprotetti, sia perché acquista significato culturale e politico il concetto di assistenza sociale come diritto di tutti i cittadini mediante servizi socio-sanitari che superino le categorie, la discrezionalità e la frammentarietà degli interventi e il loro carattere specialistico e segregante.

A queste conclusioni perviene nel 1972 l'indagine conoscitiva della Commissione Interni della Camera sullo stato dell'assistenza in Italia e subito dopo si attuano le prime deleghe alle Regioni delle competenze statali, in attuazione del decentramento amministrativo previsto dalla Costituzione e si pongono quindi i presupposti strutturali della riforma della assistenza come un *diritto sociale*.

Tuttavia proprio in occasione dell'attribuzione alle Regioni delle competenze socio-sanitarie, si pone il problema della determinazione dell'ambito dei poteri regionali con riferimento alla duplice definizione costituzionale di assistenza sociale (art. 38) e beneficenza pubblica (art. 117) e del loro rapporto con l'assistenza privata.

Sulla questione interpretativa si pronuncia ripetutamente la Corte Costituzionale (con sentenze del 1972 e del 1976), che stabilisce che con il termine "assistenza e beneficenza pubblica" si denotano prestazioni puramente discrezionali della pubblica amministrazione, mentre con l'espressione "assistenza sociale" in senso stretto si designa l'erogazione di quelle prestazioni che presuppongono - per averne diritto continuativo - accertamenti tecnici formali e ufficiali.

Pertanto, secondo la Corte Costituzionale, nell'ambito del termine generico di assistenza, si individuano tre forme; anzitutto vi è l'assistenza sociale che ottempera al dettato di attribuire ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere il mantenimento dell'assistenza sociale, la cui esigibilità, accertati i requisiti, è sottratta ad ogni discrezionalità, degli organi erogatori; per questa forma "è preminente la tipizzazione legislativa di determinate categorie di assistiti per modo che le prestazioni rispettivamente previste abbiano a spettare a chiunque vi rientri e per il solo titolo di rientrarvi". Si tratta quindi di una competenza dello Stato e di una dura riaffermazione delle categorie giuridiche, da cui discenderebbe addirittura il diritto.

Secondariamente si configura l'assistenza e beneficenza, secondo i disposti della legge 1890, che ha per oggetto quelle attività esplicate soprattutto da organi e enti locali, caratterizzate dalla discrezionalità delle prestazioni (in danaro o in servizi) erogabili a tutti coloro che, a prescindere da particolari *status* o qualifiche, versino in condizioni di bisogno: "Determinante è la considerazione della concreta situazione del singolo individuo, la valutazione della personalità e delle condizioni di vita dell'assistibile, in relazione alle disponibilità materiali dell'ente erogante".

È difficile capire questa riaffermazione di una legge che riflette una situazione economica e sociale, completamente superata, ma soprattutto è incomprensibile come tale interpretazione, certamen-

te corretta dal punto di vista formale e storico, abbia potuto acriticamente essere trasposta in un contesto di ordinamento costituzionale. A tutto ciò si riferisce l'art. 117 della Costituzione e il potere regionale.

In terzo luogo vi è poi l'assistenza privata, libera per disposizione costituzionale, quindi sottratta non solo ad ogni confusione con l'assistenza pubblica, ma addirittura ad ogni interferenza regionale, se non a livello di controllo.

Fortunatamente l'attività legislativa e la volontà politica rovesciano in brevi anni questa visione restrittiva seguendo le linee del decentramento amministrativo e legislativo territoriale.

Infatti la prospettiva della legge-quadro per la riforma della beneficenza pubblica (per altro anticipata dall'attuazione della legge 382, che completa il trasferimento alle Regioni di tutte le competenze assistenziali e sanitarie e prevede la privatizzazione di numerosi enti pubblici assistenziali), si pone in un contesto di sicurezza sociale.

L'accordo fra le diverse parti politiche consiste per ora nei seguenti punti:

- 1) diritto ai servizi socio-assistenziali e centralità del cittadino;
- 2) sviluppo integrale dell'uomo attraverso una pluralità di interventi a lui coordinati e finalizzati. A tal fine va data priorità agli interventi mediante il nucleo familiare, nel normale ambiente di vita, con la partecipazione diretta dell'avente diritto e con la possibilità per lui di scegliere i servizi e le prestazioni dovutegli; quindi nel rispetto della sua libertà e dignità e con trattamento di uguaglianza a parità di bisogno;
- 3) decentramento dei poteri e delle funzioni in una corretta ed efficiente territorialità;
- 4) adozione del metodo della programmazione come valorizzazione di tutte le risorse valide del territorio e garanzie di libertà per tutti gli apporti di collaborazione pubblici e privati.

Restano aperti i temi storici del rapporto fra pubblico e privato, dello Stato comunità e dello Stato collettivo, del coordinamento fra sanità ed assistenza e dell'assetto istituzionale e territoriale degli organi di gestione dei servizi, anche in relazione alla programmazione ed ai rapporti fra i diversi livelli amministrativi (Regione, Enti locali, Comunità montane, Unità locali dei servizi e relativi multipli e sottomultipli) che costituiscono il nodo del pluralismo delle istituzioni e nelle istituzioni, secondo una tensione non completamente risolta fra Stato e Regione.

Sembra così avviarsi a conclusione anche nel nostro paese il processo dalla beneficenza alla sicurezza sociale, secondo i modelli dei paesi a capitalismo monopolistico.

3. *Quadro sociale*

I contenuti e gli obiettivi della riforma dell'assistenza, tradotti in termini discorsivi, sono i seguenti:

a) il riconoscimento dei servizi di assistenza sociale sono volti a rendere effettivo il "diritto" del cittadino alla prevenzione e alla rimozione di tutti quegli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno e libero sviluppo della sua persona e la sua effettiva partecipazione alla vita della comunità;

b) il superamento di ogni discriminazione tra i cittadini fondata sulla individuazione di "categorie" variamente configurate di assistiti aventi ciascuna - il più delle volte senza ragioni plausibili - un trattamento differenziato; per il converso l'affermazione del diritto di usufruire dei servizi sociali da parte di tutti i cittadini qualunque sia la loro condizione personale e sociale;

c) la consapevolezza che l'assistenza deve realizzarsi preferibilmente mediante il nucleo familiare, nel normale ambiente di vita con la partecipazione diretta dell'avente diritto, nel rispetto della sua libertà o dignità, riconoscendo a quest'ultimo anche la possibilità di scelta dei servizi e delle prestazioni dovutegli ogni qualvolta ciò sia tecnicamente motivato e non comporti un aggravio ingiustificato di oneri;

d) la necessità di assicurare ad ogni livello, ma soprattutto a livello di base, una gestione "sociale" dell'assistenza eliminando ogni forma amministrativa e burocratica di erogazione delle prestazioni e facendo concorrere invece la comunità intera, anche mediante strumenti opportuni di partecipazione, alla individuazione delle forme e dei modi più idonei per superare localmente le condizioni di emarginazione e di disagio degli aventi diritto, per eliminarne le cause e per prevenirne la continuità, nonché per favorire il recupero e lo sviluppo delle capacità individuali.

Si tratta di enunciazioni che si collocano coerentemente nel quadro della Costituzione, dell'uguaglianza fra i cittadini (secondo il principio per uguali bisogni, uguali prestazioni), del superamento di ogni forma di emarginazione e della partecipazione come condizione di socializzazione. Ci si pone sulla linea di un *social service state* (che è una fase di transizione verso il *Welfare State*) con alcuni correttivi di "programmazione sociale" di ispirazione

cristiana (ruolo della famiglia, comunità solidaristica, centralità della persona, ecc. ...), cui si aggiungono le proposte (strategiche?) del campo marxista circa la partecipazione, la pianificazione e la gestione diretta dei servizi, come coinvolgimento e promozione della collettività. Si concorda insomma sul fatto che il futuro assetto della sicurezza sociale non può assumere un ruolo di supplenza, ma di *struttura*.

I rischi di questa nuova organizzazione sono molteplici: il primo è che si tratti di una nuova "utopia del pauperismo"; le diverse proposte di legge sono molto generiche circa i finanziamenti e non appare nessun progetto del tipo *New deal* in relazione alla situazione economica del paese.

Vi è poi la probabilità che il dibattito e il confronto politico si esauriscano sulle questioni istituzionali e sulle questioni tecniche relative ai rapporti fra potere centrale, regioni, enti locali, unità dei servizi, definizioni di competenze, ruolo degli operatori, interventi di primo e secondo livello, suddivisioni del potere e le altre cortine fumogene in cui si mascherano i progetti del nostro futuro apparato burocratico e assistenziale, del piccolo cabotaggio del consenso politico provinciale.

Ai fini del nostro discorso riferito alla socializzazione (per altro emblematico e estensibile ad altri soggetti) degli handicappati, è essenziale riconoscere che il nuovo ordinamento positivo favorisce ma non garantisce deterministicamente l'obiettivo della integrazione sociale; fortunatamente non esistono ancora forme di manipolazione degli atteggiamenti del consenso, tali da essere causali rispetto all'accettazione e al rifiuto, che restano affidati al concreto dei comportamenti interpersonali e alle loro evoluzioni.

In questo senso ci pare importante proporre la discussione di alcuni temi che sono decisivi per evitare l'emarginazione degli handicappati.

Un primo discorso può fare riferimento agli aspetti giuridici e sociologici dell'associazionismo fra handicappati, al fine di chiarire quale sia stata la loro origine e quale sia la formazione della loro attuale funzione.

Dopo che nel 1954 i ciechi civili ottennero "con una marcia" la concessione di un assegno a vita e la istituzione di un proprio Ente, si verificò una sorta di reazione a catena fra tutti gli altri gruppi di handicappati la cui azione si sviluppò sostanzialmente su due direttrici alternative: ottenere con pubbliche manifestazioni pensioni e riconoscimenti giuridici; oppure attuare servizi assistenziali di emergenza. Sulla prima linea ritroviamo anzitutto la LANMIC e sulla seconda, a titolo esemplificativo, l'associazione per gli spastici; la prima ottenne dal 1962 in poi, con le "marce del dolore", una legge sul collocamento obbligatorio, interventi sani-

tari, un assegno mensile di assistenza, la istituzione di un Ente pubblico (siamo sulla linea rivendicativa dei ciechi, degli invalidi del lavoro, di guerra, ecc.); la seconda, sorta per iniziativa di genitori, promosse una legge per l'assistenza sanitaria (1954) e gestì diverse decine di centri di riabilitazione convenzionati con il Ministero della Sanità (siamo nell'ambito ideologico IPAB).

Alle origini di questi movimenti vi è dunque la condizione di bisogno e di abbandono di cittadini minorati i cui diritti vengono però sempre valutati secondo un'ottica settoriale o parziale (definita dal tipo di handicap, anziché una visione globale della persona) e poiché molti di questi sodalizi ottengono un qualche successo politico o economico (che pochi traducono in servizi e molti invece strumentalizzano), si verifica una vera e propria gara per accaparrarsi la "tutela" di qualche gruppo ancora senza sigla.

Compagno quindi i "professionisti" dell'assistenza, l'assistenza diventa un affare economico ed elettorale, una fascia ambigua di attività, in cui convergono speculazioni e impegno sociale, autenticità e delinquenza, truffa ed abnegazione, clientelismo e lucro.

Dal punto di vista organizzativo e funzionale si può osservare che nella stragrande maggioranza delle associazioni di invalidi sono rifluiti alcuni principi fondamentali della assistenza pubblica quali la *presa in carico* totale degli aderenti (tutela e rappresentanza), il paternalismo, la contaminazione di motivazioni giuridiche ed etiche e soprattutto una implicita sfiducia nelle capacità degli handicappati di gestire in proprio un discorso politico collegato con i temi evolutivi della realtà sociale e comunitaria del paese.

Né si può dire che questi difetti di fondo vengano mitigati dalla struttura delle associazioni, anche se i loro organismi sono elettivi, perché di fatto la "base" associativa è costituita da minori o da persone che vivono in stato di isolamento, di marginalità e perciò partecipano solo occasionalmente alla vita associativa.

Nella maggioranza dei casi è quindi facile orientare ed indirizzare le categorie secondo un'alternativa che oscilla fra i poli del paternalismo e della demagogia facendo leva ora sulla protesta e la contrapposizione, ora su sentimenti solidaristico-pietistici.

Si può affermare che negli ultimi venti anni l'associazionismo degli invalidi anziché garantire il pluralismo e l'evoluzione della assistenza, ha finito per essere, a causa del suo frammentarismo, strumento di conservazione e di parzialità anche perché condizionato economicamente e giuridicamente dalla classe politica e burocratica e quindi non ha seguito e addirittura ritarda il progresso delle politiche sociali di riforma.

Riteniamo tuttavia che sia rilevante analizzare il risvolto socio-

logico di questa particolare forma di associazionismo per esclusi e stigmatizzati.

Si può anzitutto rilevare la distorsione concettuale che sta alla base della definizione di *categoria*, quando questa assume come motivo di affiliazione o di appartenenza al gruppo un handicap fisico o psichico o sensoriale e quando i leaders finiscono per fare del proprio stigma una "professione".

È evidente che finché le associazioni di invalidi sono o restano dei movimenti di promozione sociale, di sensibilizzazione pubblica o di pressione politica, esse rientrano funzionalmente in una logica democraticamente corretta e sociologicamente motivata; ma quando questi gruppi costituiscono un insieme "di compagni di sofferenza" cui si deve necessariamente appartenere perché ci si identifica come diversi rispetto all'ambiente sociale, allora il gruppo stesso diventa uno strumento di esclusione di autosegregazione.

A questo fatto è conseguente che i dirigenti anziché politicizzare i problemi del gruppo finiscano per attuare schemi ideologici di autoemarginazione fino ad esaltare la specifica menomazione come un "valore", come un segno distintivo e definitivo.

Per attirare poi l'attenzione sulla situazione di vita degli appartenenti al gruppo si trasforma in immagine pubblica la propria diversità e si definisce un gruppo sociale distinto e mentre si elencano i soprusi subiti e si protesta contro la società che respinge ed emargina, si rinuncia alla integrazione e si preferisce rimanere separati dalle persone "normali".

In definitiva il chiedere privilegi, particolari forme di tutela e di assistenza, una specifica configurazione giuridica, significa per gli invalidi accettare e confermare gli stereotipi della devianza e la negazione della propria dignità e identità sociale.

In questa realtà consiste il più grave fallimento dell'associazionismo tra invalidi e da questa fenomenologia scaturiscono ulteriori deviazioni sul piano politico e legislativo.

Di fronte alle problematiche ed alle proposte di riforma, di soppressione degli enti e di decentramento della assistenza, intesa come servizio per tutti i cittadini, così come la sanità e la previdenza, gli enti pubblici nazionali di assistenza organizzano un disegno di radicale conservazione.

Il sistema assistenziale italiano è una indefinita stratificazione di interessi, di norme, di leggi, di decreti ed emergono motivate denunce e chiari interrogativi sul tipo di intervento, sui destinatari, sulle modalità di erogazione, sui bisogni, sui costi di gestione, sulle fonti di finanziamento.

Ma è comunque evidente che l'assistenza è un grosso affare, dietro ogni ente c'è un partito, collegato ad ogni associazione o istituto c'è una congregazione religiosa, un prefetto, un onorevole,

un alto burocrate o almeno un gruppo di elettori. Di qui la vischiosità del sistema e la scarsa credibilità di un discorso che faccia riferimento a interessi parziali.

Non interessa ora documentare questa situazione, quanto piuttosto rilevare i pretesti e le "giustificazioni" che si contrappongono agli intenti di riforma.

Forse il nostro discorso sull'associazionismo degli invalidi potrebbe terminare qui, ma vale la pena di accennare ad alcune impostazioni più sofisticate, benché radicate nel medesimo contesto concettuale.

Si afferma che per assistenza si deve intendere: "le prestazioni e gli interventi in favore di tutti i cittadini che si trovano in particolari condizioni in relazione ad un loro stato fisico, psichico, sociale o economico che non permette loro di usufruire in modo autonomo e autosufficiente dei servizi messi a disposizione dalla comunità, ovvero che hanno bisogno di servizi specializzati".

Ecco che riappare, sia pure in forma razionale, l'antica radice segregativa dell'assistenza e la profonda sfiducia nella capacità e nella dignità dei poveri, degli handicappati, dei disadattati.

Se essi non possono usufruire in modo autonomo dei servizi significa che questi non sono a misura di tutti e il problema vero non consiste nel creare servizi specializzati, ma nel riformare quelli esistenti. Non si tratta di istituire strutture per gli "anormali" ma di riscattare questi dai loro bisogni e di rimuovere gli ostacoli che impediscono la partecipazione e la socializzazione.

È acquisizione comune che ogni struttura finisce per perpetuare i bisogni, né si può continuare a gestire l'assistenza (con il nome di "servizi sociali") come strumento di emergenza per supplire a carenze legislative e a disfunzioni economiche e sociali del Paese.

Ecco che in definitiva l'organizzazione per gli handicappati diventa determinante per l'attribuzione della marginalità ed ha la funzione di una profezia che autorealizza. Il decreto 616 dell'agosto 1977 ha stabilito la tendenza alla privatizzazione degli enti assistenziali, ma occorre che le distorsioni che abbiamo elencato non si riproducano a livello locale, pur mutando le "etichette" stigmatizzanti. Sembra insomma che la soluzione democratica e corretta consista nel riflusso degli handicappati, per la soluzione dei loro problemi, nelle organizzazioni politiche e sindacali di tutti i cittadini.

Da ciò consegue che gli handicappati non possono essere oggetto di interventi assistenziali e protettivi in senso definitivo, ma che devono essere coinvolti in una azione collettiva che faccia riferimento a tutti i servizi sociali, dalla sanità alla scuola, dal lavoro al tempo libero, dai problemi urbanistici, a quelli economi-

ci. Infatti soltanto se tutti i settori dell'organizzazione sociale saranno accessibili e per così dire a misura dei più deboli, vi saranno concrete possibilità di superare le cause che determinano l'isolamento e la separazione e quindi l'incomunicabilità e l'impossibilità di tradurre in termini sociali e politici i problemi degli handicappati.

Ma non basta, come si diceva all'inizio, che lo stato garantisca i diritti civili fondamentali, per tutti (condizione per la conquista di quelli politici); occorre anche una trasformazione degli atteggiamenti culturali e collettivi che determinano istituzioni specifiche e l'attribuzione del ruolo passivo che l'apparato burocratico assistenziale attribuisce ai portatori di handicaps.

E in definitiva è soltanto dalla transizione fra passività e partecipazione che dipende l'integrazione sociale.

Si propone quindi un ultimo ordine di considerazioni sull'attività degli operatori sociali che sono attualmente intermediari fra il "potere politico", con le sue esigenze di consenso e di soluzione della conflittualità, e i bisogni dei cittadini.

Al di là dei problemi pur gravi e indefiniti sulla formazione degli operatori, occorre senz'altro cambiare il processo di "significazione", secondo il modello medico psichiatrico e terapeutico, con cui si affrontano i bisogni assistenziali, applicando regole tecniche specifiche. Tutto ciò a vantaggio di una consapevolezza politica ed economica autentica e non pregiudiziale.

Contro questa esigenza contrasta la visione razionalistica e tecnocratica secondo la quale ogni intervento deve essere una "competenza neutrale". In tale situazione si evidenziano esclusivamente i ruoli terapeutici e, preoccupandosi del sintomo, si fallisce la socializzazione. Si tratta non tanto di adempiere a ruoli tecnici parcellizzati (il che significa esorcizzare i problemi) quanto piuttosto di assumere una intera responsabilità etica e politica dell'intervento sia a livello individuale, sia a livello collettivo.

L'inconsapevole e oscura "rivolta degli utenti" che si sta verificando nei pesi del *Welfare State* e il conseguente fallimento degli effetti sociali della sicurezza, può essere evitata soltanto con una pratica professionale che non sia né magica, né asettica, ma che costituisca un primo nucleo di esperienza, anche con un coinvolgimento sociale.

L'assunzione di responsabilità morale e politica, adesso sostituita dalla "competenza tecnica", è la condizione per l'emergere della volontà dei singoli (operatori e utenti) a livello collettivo, per rompere gli schemi dell'"intervento professionale" e per liberare l'utente dalla sua passività.