

3/90

LA SOCIETA' DI FRONTE AGLI ESCLUSI (Relazioni Sociali)
Milano, 1970.

Gianni Selleri

Premessa

L'esigenza e l'urgenza di una riforma del nostro sistema assistenziale e i correlativi problemi legislativi, tecnici e sociali, dibattuti nelle più diverse direzioni, costituiscono un tema politico e culturale sostanzialmente nuovo.

L'emergere di nuove prospettive e funzioni dell'assistenza e della sicurezza sociale, l'insorgenza, anche se settoriale, della protesta degli esclusi, hanno determinato una serie di risposte tanto frammentarie quanto sono molteplici e disorganiche le contestazioni in tutte le possibili forme di esclusione e di bisogno personale e di gruppo. Correlativamente allo esprimersi di questa recente consapevolezza dei diritti dei cittadini emarginati, si svolgono due distinti discorsi che finiscono per contrastarsi, uno a carattere culturale-ideologico e para-sindacale che reclama una modificazione di tutto il sistema sociale e l'altro a carattere pragmatico e amministrativo che tende alla conservazione e al livellamento dei vertici più clamorosi di tensione, con provvedimenti economici e protettivi. La reciproca contaminazione di queste due tendenze e la mediazione politica che se ne fa a livello burocratico e legislativo finiscono per impedire una impostazione positiva e costruttiva del problema che eviti il velleitarismo culturale da una parte e la politica del giorno per giorno dall'altra, e definisca un'area di convergenza metodologicamente eclettica e aperta.

Ci troviamo dunque di fronte ad una frattura fra la corsa in avanti delle nuove tematiche socio-culturali (riformismo) e la realtà dura, antica e dolorosa degli esclusi per i quali si attuano provvedimenti che esprimono una incapacità radicale di assumere indicazioni sociologiche e razionali, così come la nuova cultura rifiuta pregiudizialmente i valori e le ragioni storiche del sistema vigente.

Da questa constatazione nasce l'esigenza di un discorso sul nostro ordinamento assistenziale, che partendo da un'analisi della realtà, proponga un concetto dell'assistenza non come proiezione ideologica e moralistica, ma bensì come funzione e attività individuale e sociale, senza carattere normativo.

L'Assistenza oggi: analisi e prospettive

Le origini dell'« assistenza e beneficenza pubblica » risalgono a periodi remoti. Nel XVII secolo sorsero i primi « ospedali generali » in cui venivano ricoverati i mendicanti, gli invalidi, i vagabondi, gli « insensati » e

insomma tutti coloro che rappresentavano una minaccia per un certo tipo di società che vedeva nella legge e nel lavoro una trascendenza etica. La funzione di queste antiche istituzioni totali era evidentemente di tipo repressivo, anche se non mancavano giustificazioni e pretesti « caritativi ».

Il significato dell'assistenza e le sue strutture escludenti non sono molto cambiate dai tempi degli editti reali: ancora oggi, nel nostro paese l'assistenza è fondata, di fatto sui concetti della povertà, della incapacità, dell'ordine pubblico, del decoro nazionale. In definitiva siamo ancora ad una pratica dell'assistenza volta al soddisfacimento dei bisogni elementari, a garantire la sopravvivenza fisica e a difendere il tessuto sociale da tutti quegli individui (parassitari) che potrebbero turbare l'ordine, la tranquillità dei cittadini o il raggiungimento dei fini sociali. Inoltre gli incapaci e gli « anormali » costituiscono una minoranza (dissenziante o diversa) che provoca dinamiche di esclusione, per evitare tensioni e conflitti.

Sono tuttora vigenti in Italia leggi che riflettono questa funzione dell'assistenza che può attuarsi esplicitamente in termini di repressione, di esclusione e di custodia.

Per esemplificare si può ricordare il Testo Unico delle leggi comunale e provinciale, che fra le spese obbligatorie del Comune annovera quelle per il mantenimento degli inabili al lavoro (art. 91), e i suoi strettissimi collegamenti con il Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza (R.D.L. 6 maggio 1940): « i fanciulli che non hanno compiuto i 12 anni e le persone che, per infermità cronica o per gravi difetti fisici o intellettuali, non possono procacciarsi i mezzi di sussistenza », sono appunto i soggetti delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, degli ECA e del Ministero dell'Interno. E' evidente che questa antica legislazione è ispirata alla repressione dell'accattonaggio e in apertissimo contrasto con i diritti costituzionali, a tal punto che si prescrive: « Qualora l'inabile, di cui sia stato ordinato il ricovero, non intenda stabilirsi nell'istituto o se ne allontani arbitrariamente, vi è accompagnato con la forza » (art. 282 del regolamento della legge di Pubblica Sicurezza).

Naturalmente l'applicazione è eccezionale perché il sistema assistenziale si è in qualche modo razionalizzato e ha recepito impostazioni diverse.

Dopo la prima guerra mondiale si pose il problema del recupero dei mutilati (anche in funzione della scarsità di mano d'opera o, in periodi di crisi economica, per il riassorbimento dei disoccupati e la protezione sociale contro agitazioni e rivolte) e successivamente quello degli orfani degli invalidi per cause di lavoro (1947), di servizio (1950), poi i ciechi (1957), i sordomuti (1958), gli invalidi civili (1966). L'ispirazione è quasi sempre stata di natura moralistica o pragmatica o occasionale: non si è trattato di una definizione organica dei diritti del cittadino, ma dell'affermazione generica dei doveri dello Stato, in senso nazionalistico o paternalistico. Comunque questo intervenire secondo ragioni di illuminismo statale o benefico ha creato una realtà assistenziale quanto mai frammentaria e confusa, caratterizzata da successive non ben definite stratificazioni, conflitti di competenze, servizi e prestazioni riferiti soprattutto ad uno s t a t u s giuridico piuttosto che ai bisogni, dal sovrapporsi e dall'intersecarsi di interventi pubblici e privati, di istituzioni, opere, enti, anche a carattere

speculativo; vi sono una decina di categorie di invalidi di guerra da quelli per i fatti di Mogadiscio, esistono oltre 25 enti nazionali per l'assistenza agli orfani (dei lavoratori, dei carabinieri, dei marinai, delle guardie carcerarie, ecc.).

Dall'esame obiettivo della situazione attuale, l'assistenza e beneficenza pubblica appare insomma in netto contrasto sia con i principi internazionali e costituzionali, sia con le più elementari acquisizioni razionali.

In Italia vi sono 40.000 enti di assistenza e ben 17 Ministeri hanno competenze nella medesima materia, il che comporta una enorme dispersione di mezzi economici per sostenere le strutture erogatrici centralizzate e un grande appesantimento burocratico e amministrativo. Resta poi da dire che gli interventi sono quasi sempre finalizzati ad eliminare gli effetti più clamorosi e ripugnanti del bisogno e non le sue cause con la conseguenza che il cittadino assistito ricorre reiteratamente e senza soluzione ai medesimi servizi, ponendosi in uno stato di totale passività. In definitiva non si concede né si progetta la possibilità della integrazione sociale, ma si rischia di esaurire l'assistenza nelle sue premesse disarticolate e settoriali.

L'elaborazione teorica della riforma del sistema assistenziale è abbastanza avanzata: si propongono tre grandi raggruppamenti di servizio nei campi della salute, della cultura e delle attività sociali. Ciascuno di questi settori risulterebbe comprensivo di tutte le politiche che operando nei rispettivi ambiti concorrono a definire il fabbisogno dei servizi. Per quanto riguarda il settore delle attività sociali, si propone di comprendere, in un unico quadro unitario, le politiche della occupazione (formazione e collocamento), dei trattamenti economici di natura previdenziale contributiva o comunque di interesse sociale e dei servizi per il normale svolgimento delle attività primarie (politica della casa e dei diritti integrativi).

Dal punto di vista teorico e giuridico sembra anche importante definire il concetto ancora controverso di sicurezza sociale, distinto da quello dell'assistenza. La sicurezza sociale sarebbe quel complesso di interventi che attuano il dovere dello Stato di consentire a tutti non soltanto il minimo vitale di esistenza (che sarebbe il concetto dell'assistenza tradizionale), ma una disponibilità di mezzi e di servizi sufficienti a soddisfare i diritti del cittadino e non soltanto le sue esigenze elementari. Perciò la Sicurezza Sociale diverrebbe uno standard di prestazioni garantito dallo Stato, un servizio pubblico come l'istruzione, la giustizia, la tutela del lavoro e tutto ciò che fa riferimento agli impegni e alla strategia della politica sociale. Allo stato attuale sembra anche preminente l'esigenza di stabilire il punto critico di tollerabilità economica per l'attuazione della sicurezza sociale (cui sono connessi complessi problemi di fiscalizzazione degli oneri, di organizzazione, di definizione dei bisogni e di educazione civica).

Dal punto di vista pratico è poi importante tenere distinte le funzioni della Previdenza e della Sicurezza Sociale che non possono contaminarsi, né (come tuttavia accade integrarsi: la previdenza sociale opera in funzione dei diritti e dei rischi del lavoratore e dei suoi familiari, fondati sul sistema contributivo ed assicurativo, mentre l'assistenza ha un ambito più vasto e meno specifico. L'aver sopperito alle deficienze del sistema assi-

stenziale con l'estensione di quello previdenziale, ha prodotto gravi squilibri economici ed introdotto nuovi elementi di incertezza e di confusione nella discussione sull'impostazione da cui dovrebbe scaturire il nuovo sistema unitario e organico che renda l'azione assistenziale una funzione pubblica, programmata e decentrata, e ne ispiri la continuità e il ruolo sociale secondo i principi della libertà e della giustizia, dinamicamente intesi.

Le dinamiche dell'esclusione

Prima di affrontare le prospettive pratiche sui modi per favorire l'integrazione sociale degli esclusi e in particolare degli handicappati, ci sembra importante analizzare, sia pure in termini divulgativi, le strutture, il determinismo e i motivi dell'esclusione.

Nella realtà esistenziale del minorato si possono riassumere le principali frustrazioni definite dalla psicologia: frustrazione derivante da limitazione fisica o biologica, dal conflitto per il vissuto del danno oggettivo, dalle reazioni di rifiuto dell'ambiente, da certi atteggiamenti collettivi di pietà e di commiserazione, dal sentirsi oggetto di curiosità. Pertanto il nostro discorso può essere esteso ad ogni tipo di esclusione per cause fisiche, economiche, sociali e culturali.

Ogni società organizzata elabora valori, criteri e norme che sono prodotti, dal punto di vista psico-genetico, dall'interazione fra gli uomini nell'arco di un certo tempo su problemi che toccano gli interessi comuni e individuali. Tutto ciò viene assunto come cultura e determina le istituzioni di cui ogni individuo subisce l'influenza. Comunemente si definisce « personalità modale » quell'insieme di atteggiamenti (modalità di pensiero, comportamenti esteriori) che sono tipici di una determinata cultura o società.

Non interessa qui descrivere la ragione delle norme sociali nei loro aspetti funzionali organizzativi, importa piuttosto rilevare che vi sono molteplici forme e casi di non adeguamento alle norme e di discrepanza rispetto alla immagine stereotipica di personalità modale, cioè i fenomeni di devianza.

La devianza si esprime essenzialmente in tre forme, come rinuncia, come ribellione e come effetto dell'essere diversi dalla personalità modale (essere anomali). I primi due modi possono essere scelte attive fino a giungere a proporre dei modelli alternativi, mentre la terza forma di devianza è quasi sempre subita e passiva e comporta e produce l'isolamento sociale e la mancanza di comunicazioni con l'ambiente.

Il rinunciatario non agisce direttamente per mutare i fini sociali (conformismo, accumulazione di ricchezze, ecc.), mentre il « ribelle », consapevole della sua esclusione si adopera per modificare la società, la rifiuta o la combatte, con mezzi anche illeciti. In ogni caso sia chi si estranea dal gruppo, sia chi propone un tipo di società diversa, non condivide le norme e comunque le pone in discussione.

La reazione nei confronti del deviante si esplica in vari modi che vanno dal recupero alla neutralizzazione, alla esclusione, alla reclusione a seconda del tipo di società e del tipo di potere che si esercita: in un

sistema democratico si tenderà all'utilizzazione dei mezzi di comunicazione, alla denigrazione, in un sistema autoritario alla pressione coercitiva.

Le reazioni alla devianza, come scelta, provocano dei meccanismi di esclusione che non sono sostanzialmente diversi da quelli adottati rispetto al deviante « anomalo » o diverso dalla maggioranza, anche se muta il tipo di giustificazione e di tensione.

Un cristiano e un ebreo, un negro e un bianco, un portoghese e un indigeno dell'Angola, un invalido e un sano, non sono più diversi di quanto lo siano un uomo bruno da un uomo biondo, un uomo con gli occhi chiari da uno con gli occhi scuri. Eppure il meridionale « non ha voglia di lavorare », come il disoccupato permanente; il « negro è sporco, ignorante o aggressivo »; l'ebreo è « avaro e infido ». Tutti questi pregiudizi possono ottenere le più svariate spiegazioni: genetiche, etniche, religiose. E' dimostrato invece che sono le condizioni ambientali e politiche che modificano e umiliano l'uomo, che producono il disprezzo, la povertà, il rifiuto.

Il pregiudizio più comprensivo e generalizzato resta quello che fa riferimento alla cultura e alla civiltà scientifica, tecnologica e capitalistica (produrre e consumare) e in base a questo principio si operano vastissime discriminazioni di tipo giuridico, di tipo culturale e utilitaristico (chi non riconosce il valore della proprietà privata può essere interdetto, il contadino è ignorante, l'handicappato non produce) e si attuano dinamiche di esclusione e corrispondenti strutture e istituzioni.

Eppure i concetti di normalità elaborati finora hanno fondamenti quanto mai labili ed astratti. Si definiscono tre tipi di normalità: funzionale, ideale e statistica. La normalità ideale concerne l'accettazione dei valori culturali e di quelli morali (prescritti dai codici); la normalità funzionale è quella che definisce l'uomo efficiente, fisicamente e psichicamente integro; la normalità statistica indica la frequenza accettata dell'aspetto e del comportamento. In definitiva non si tratta di criteri scientifici, ma di stereotipi e per di più in contrasto fra di loro nel nostro medesimo tipo di cultura (gli antropologi e gli psicologi hanno dimostrato ampiamente quanto sia relativo ogni criterio di normalità e di anormalità).

Resta il fatto che ogni comportamento deve sempre fare riferimento all'ambiente in cui si esprime e quindi, anche se il problema della normalità non ha per ora una soluzione scientifica e teorica, non ci si può certo esimere dal denunciare le prevaricazioni, né dal prospettare delle soluzioni pratiche. Non c'è dubbio che il deviante, anche se questa definizione è infondata, è un disadattato dall'ambiente che è composto dai « normali », i quali propongono un certo tipo di evoluzione dei rapporti normativi.

Pertanto la possibilità di evitare e combattere l'esclusione, anche nelle sue motivazioni più oscure e irrazionali, è di favorire la socializzazione, se non altro perché è indubbio che le istituzioni escludenti intervengono quando la socializzazione ne fallisce.

Ai fini del nostro discorso preferiamo tuttavia fare riferimento al concetto di integrazione e di partecipazione sociale come valore ontologico, sia pure attraverso processi di riadattamento e recupero, piuttosto che alla socializzazione in senso tecnico, poiché questa tende sempre più (talvolta pretestuosamente) ad assimilarsi ad un modello particolare di cultura e di società, ad un adeguamento a sovrastrutture « educative » e convenzio-

nali. E riteniamo che il ruolo più importante resti quello della famiglia, della scuola e dei mezzi di comunicazione di massa.

Per concludere in senso specifico questa parte del discorso possiamo senz'altro affermare che l'handicappato, sia per le sue differenze psico-somatiche, sia per le reazioni emotive che suscita, sia per le deficienze istituzionali che abbiamo prima esposto, provoca reazioni escludenti e pregiudiziali la cui spiegazione è psicologica e sociale insieme. Oggi la coscienza comune comincia a ribellarsi ad ogni esclusione e non solo nei confronti degli handicappati: si fanno i manicomi aperti, le carceri di rieducazione e di recupero sociale. E tuttavia bisogna fare molta attenzione a tali soluzioni e stare bene in guardia contro le mistificazioni che si fanno in nome del progresso scientifico, perché il significato di queste nuove strutture, che possono sembrare addirittura rivoluzionarie, è sempre quello di istituzioni della devianza. L'istituto più moderno e razionale, fornito degli strumenti più perfetti e con équipes di alta specializzazione, può essere in definitiva una forma sempre più sottile per una organizzazione capillare dell'esclusione.

Ci sembra che la soluzione non possa essere soltanto tecnica perché le radici dell'emarginazione sono ben più profonde. La verifica è ancora possibile in termini di partecipazione, di comunicazione con gli esclusi, di rifiuto di tutto ciò che isola.

Per una strategia globale di riforma

Il diritto alla integrità psico-fisica, garantito dal diritto positivo, civile e penale, richiede non solo l'intangibilità da ogni forma di menomazione, ma anche la integrazione della persona in quanto somaticamente o funzionalmente menomata. Nel contesto dello sviluppo integrale della personalità, come diritto inalienabile dell'uomo, può essere inquadrato il discorso degli handicappati e degli esclusi.

Per inserire il problema in un quadro giuridico occorre tenere conto della Costituzione italiana (artt. 3, 4, 32, 34 e 38); della Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo (articoli 22 e 25); della Carta Sociale Europea (artt. 9, 13, 15); del Programma Coordinato Internazionale per la riabilitazione dei Minorati Fisici (Consiglio degli Affari Economici e Sociali dell'ONU); del Codice Internazionale del Lavoro; delle molteplici indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; della Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo e dei diritti specifici stabiliti dalle leggi dello Stato e del Programma Economico Nazionale.

Si delinea quindi, individuato il fondamento giuridico, il problema di attuare in termini pratici una strategia sociale e politica complessiva per contrastare ogni forma di esclusione e di emarginazione, favorire la riabilitazione degli handicappati e degli esclusi e per eliminare le condizioni che impediscono la partecipazione sociale.

In questo impegno si dovranno distinguere fasi di azione a tempi brevi, per risolvere i problemi più urgenti, e a tempi lunghi per una organica trasformazione del settore assistenziale.

Premesso che gli handicappati psichici, fisici e sensoriali, i disadattati e le persone che (per difficoltà di qualsiasi natura: età, cultura, indigenza) vengono poste ai margini della vita sociale sono componenti della comunità, indipendentemente dalle loro condizioni, possiamo enunciare alcuni temi e principi come prospettiva, sociologica e politica, del problema.

- 1) Prevenzione, nosologica e socio-ambientale.
 - 2) Decentramento dei servizi assistenziali e obbligatorietà delle spese e delle prestazioni.
 - 3) Istituzione di un Centro di Coordinamento e di programmazione.
 - 4) Definizione di un nuovo concetto della riabilitazione e lotta contro le istituzioni emarginanti.
 - 5) Abolizione della legislazione settoriale e delle categorie.
 - 6) Rivalutazione della figura sociale dell'handicappato e dell'escluso.
 - 7) Depoliticizzazione dei problemi della Sicurezza Sociale.
- Consideriamo ora partitamente i punti su esposti.

Prevenzione

E' ormai acquisizione comune che molti casi di malattia invalidante e di disadattamento sociale sono effetto della deficienza di una adeguata azione preventiva, primaria e secondaria in ambito sanitario e sociale. La mancanza o la scarsità di servizi sanitari preventivi nella scuola, nella famiglia, nel lavoro, nell'ambito della formazione e dell'educazione, provocano invalidità e handicaps anche gravi per cause congenite, traumatiche patologiche.

Vi è poi l'esigenza della rimozione delle condizioni socio-ambientali che possono causare disadattamenti e menomazione derivanti da molteplici situazioni: abbandono familiare, condizioni di lavoro, urbanistica, trasporti, difficoltà economiche transitorie o permanenti, problemi caratteriali e comportamentali.

Il campo della prevenzione si allarga ulteriormente se si tiene conto che deve riferirsi non soltanto a situazioni evidenti o accertate, ma anche ad un impegno di ricerca e di rilevamento dei casi nascosti o latenti.

Per l'attuazione di una efficace azione preventiva ci sembra che le proposte più valide siano quelle delle Unità Sanitarie Locali (tutela della salute) e delle Unità Socio-assistenziali (servizi sociali) che debbono essere strettamente coordinate, sia pure nella distinzione dei rispettivi compiti.

L'Unità Sanitaria di base dovrebbe esprimersi in interventi preventivi, curativi, riabilitativi ed esplicarsi su circoscrizione territoriale e demografica che comprenda dai 50 ai 100.000 abitanti. L'Unità locale dei Servizi Sociali, secondo l'attuale elaborazione, dovrebbe strutturarsi con i medesimi criteri quantitativi e svolgere servizi per le varie età (dai consultori all'organizzazione del tempo libero, dagli asili-nido alle condizioni di vita degli anziani, alla formazione civica) servizi sociali di base (segretariato, problemi del lavoro, immigrazione, assistenza familiare ed economica) servizi per l'inserimento degli handicappati e dei disadattati.

Si può concludere questo sintetico disegno dei compiti della prevenzione, dicendo che mentre per la riforma sanitaria si è già giunti ad una

accettabile definizione degli orientamenti e delle soluzioni politiche ed economiche, per quanto concerne le Unità socio-assistenziale si è ancora al livello degli studi teorici e ad ipotesi di cui è difficile prevedere la soluzione amministrativa e finanziaria, soprattutto perché è implicito il problema della riforma globale del sistema assistenziale.

Decentramento dei servizi assistenziali.

Oltre a quanto indicato sulle caratteristiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Unità Socio-assistenziali, occorre richiamare il principio generale che i servizi sociali e sanitari devono essere per quanto più possibili vicini ai cittadini e non istituzionalizzati.

Ciò comporta delle scelte politiche e conseguenze pratiche che riteniamo fondamentali: bisogna attribuire ai Comuni o consorzi di Comuni tutte le funzioni operative (che si esprimeranno attraverso le U.S.A.) fino a giungere a soluzioni di autogestione o di cogestione (partecipazione degli assistiti), mentre alle Regioni dovrebbero essere affidate competenze di legislazione specifica e di controllo (secondo quanto stabilito dagli artt. 117 e 118 della Costituzione) con divieto di svolgere funzioni operative direttamente o tramite i propri enti.

Il decentramento assistenziale deve insomma evitare a livello locale conflitti e sovrapposizioni di funzioni e di competenze, frazionamento di organi amministrativi e direttivi già esistenti (altrimenti l'INAM potrebbe diventare la U.S.L., gli ECA le U.S.A.).

E' poi necessario che non si facciano leggi quadro troppo dettagliate per ciò che concerne i poteri legislativi della Regione affinché queste possano adeguarsi alla realtà socio-economica del proprio territorio.

Di conseguenza occorre che le prestazioni siano obbligatorie e costituiscano un diritto concretamente esigibile di tutti i cittadini e non abbiano carattere facoltativo o discrezionale.

La Regione ha potestà legislativa nelle materie della beneficenza pubblica, dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, della qualificazione professionale e dell'assistenza scolastica, dell'urbanistica e dei lavori pubblici e tuttavia la Regione esercita le sue funzioni delegandole alle provincie, ai comuni o ad altri enti locali (art. 18 della Costituzione). Questo principio ispirato evidentemente ad una prospettiva di avvicinamento dei poteri amministrativi ai cittadini, se avrà una impostazione flessibile e funzionale e non legalistica, dovrebbe comportare una responsabilizzazione, democratica ed educativa, dei cittadini ai problemi della comunità e dei singoli considerati come partecipi di una comune vicenda politica e umana. Da ciò consegue l'esigenza che la normatività dei servizi sociali si riferisca alle condizioni per la loro attuazione (finanziamenti, preparazione del personale specializzato, informazioni e comunicazioni di massa) e ai principi e non pretenda di dettare definizioni applicative e burocratiche.

Istituzione di un centro di coordinamento e di programmazione

La necessità politica e amministrativa di istituire un unico Centro nazionale con competenze di coordinamento e di programmazione (senza

funzioni operative) discende da molteplici esigenze: 1) l'attuale disarticolazione del settore assistenziale e la sua graduale trasformazione; 2) l'elaborazione di un programma nazionale per i servizi sociali sulla base dei correlativi piani programmatici regionali; 3) la ricerca e il rilevamento statistico dei soggetti dell'assistenza, dei bisogni e delle loro cause; 4) il controllo e la garanzia (anche con attribuzione di figure giuridiche) dell'assistenza privata che deve essere libera (quindi poter scegliere i propri soggetti), ma anche adeguarsi a coordinarsi ai criteri dei servizi di natura pubblica ed evitare speculazioni e ispirazioni esclusivamente caritative o filantropiche; 5) favorire la distribuzione equilibrata ed uniforme delle istituzioni e dei servizi per evitare la concentrazione dei soggetti in pseudo comunità che per ragioni quantitative e organizzative non possono essere assorbite dal contesto sociale e precludono le comunicazioni (la dislocazione territorialmente equilibrata dei servizi è una esigenza politica, quella dei soggetti handicappati riflette una naturale proporzione sociologica che bisogna rispettare).

Il Centro di coordinamento e di Programmazione, con le attribuzioni sommariamente indicate, può attuarsi con un nuovo Ministero o ristrutturando un Ministero esistente, che comunque concentri tutte le disperse frammentarie e giuridistiche attribuzioni attuali.

Definizione di un nuovo concetto della riabilitazione e lotta contro le strutture emarginanti

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 già inserito) e una visione eminentemente tecnica del problema che può comportare eccessi razionalistici e definizioni pregiudiziali che deformano la attività riabilitativa: classificazione dei soggetti in recuperabili ed irrecuperabili, scolarizzabili e non scolarizzabili; la classificazione a seconda del tipo di handicap (ciechi, invalidi fisici, subnormali), della « causa storica » dell'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 dal matrimonio, anziani, delinquenti minorili, malati mentali, « ribelli »).

Il fondamento empirico di questa distinzione sarebbe simile a quello che data una certa malattia occorra una corrispondente terapia. E' evidente che il discorso non può esaurirsi così semplicisticamente tanto più se si tiene conto che le medicine sono le carceri di correzione, i brefotrofi, i manicomi, i cronici, i collegi, le classi differenziali e le istituzioni totali, con le loro caratteristiche di repressione, di esclusione, di isolamento sociale e di protezionismo.

Per gli handicappati si può senz'altro definire uno sviluppo della riabilitazione: recupero fisico e funzionale, istruzione e lotta contro il ritardo scolastico, orientamento e qualificazione professionale, collocamento al lavoro, inserimento sociale. Ma occorre fare bene attenzione che la rea-

lizzazione di queste condizioni di integrazione sociale non divengano, come accade, una astratta mistificazione 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. L'istruzione deve avvenire nelle scuole normali o speciali occorre ridurre al minimo indispensabile le situazioni di internato e di isolamento; l'assunzione al lavoro non deve essere una imposizione legale, ma coordinata ad un concetto di collocamento selettivo, che tenga conto cioè delle capacità produttive, delle attitudini mentali, psicomotorie e biometriche.

Stabilita la stretta connessione fra le deformazioni tecnico-scientifiche della riabilitazione e le corrispondenti strutture di esclusione, è evidente che ad un approfondimento teorico degli scopi e delle metodologie della riabilitazione, deve corrispondere l'eliminazione delle sue attuali istituzioni. Tutto ciò comporta la necessità di tenere fermo l'obiettivo dell'integrazione sociale: l'intervento deve essere finalizzato allo sviluppo di ogni potenzialità, anche residua, della persona, nella sua dimensione individuale e sociale, fisica, intellettuale e spirituale

Abolizione della legislazione settoriale e delle categorie

Dall'affermazione che in una prospettiva di Sicurezza Sociale gli handicappati hanno i medesimi diritti di tutti gli altri cittadini, consegue l'indicazione dell'abolizione della legislazione settoriale delle corrispettive categorie e degli enti pubblici che le proteggono e le definiscono.

Nell'ambito della gestione dei diritti alla salute, all'istituzione, alla dignità, al lavoro e alla famiglia, dovranno essere soddisfatte anche le esigenze degli handicappati e dei disadattati. Il medesimo contesto organizzativo e giuridico della Sicurezza sociale, riferita all'intera collettività, deve recepire le istanze e i bisogni dei soggetti esclusi o in difficoltà.

Questa ipotesi non ha soltanto un significato di razionalizzazione del sistema, ma risolve il problema dell'emarginazione in una delle sue dimensioni più radicate perché troppo spesso la formula *handicap-intervento specifico*, costituisce un circolo vizioso, da cui è difficile riscattarsi e comporta delle distinzioni che prevaricano i concetti tecnici e sanitari fino a giungere a soluzioni segregative, in senso psicologico e sociologico. Infatti mettere in atto una serie di interventi specificamente indirizzati ad un determinato gruppo di assistibili può anche voler dire incapsulare i medesimi in una situazione rigida di bisogno e di incapacità, i cui effetti emarginanti sono evidenti.

L'esistenza dei troppi enti pubblici (per i ciechi, i sordomuti, per gli invalidi, ecc.), rappresenta d'altra parte disparità di trattamenti, privilegi, centri di potere politico ed economico (che spesso esprimono soltanto le loro « ragioni interne ») e rendono estremamente vischioso e rigido il settore assistenziale, che respinge perciò ogni istanza o proposta di riforma. Neppure la constatazione delle passate benemerienze può giustificare

lo spirito di conservazione degli enti pubblici centrali e periferici che pretendono di gestire l'assistenza non come un servizio pubblico, ma piuttosto come esercizio legale di diritti privilegiati e precostituiti. E' chiaro che la soppressione della legislazione specifica e delle strutture portanti non può essere una soluzione immediata e che l'opposizione che si fa alle proposte di globalità dell'assistenza saranno valide finché non si giunga ad una accettabile omogeneizzazione dei servizi, ma la resistenza diviene chiaramente pretestuosa e reazionaria se si fa riferimento alle motivazioni di prestigio o di potere (anziché al necessario mantenimento delle prestazioni migliori). Bisogna poi rilevare che la settorializzazione dell'assistenza è spesso causa di conflitti e di tensioni politiche e amministrative, sia per la definizione nell'ambito di competenza (cui è proporzionale il finanziamento e quindi il potere degli enti), sia perché provoca l'agitazione o manifesta di quelle categorie che restano su posizioni meno privilegiate e protette; si costituisce quindi una dinamica irreversibile di corsa in avanti verso uno stato di benessere astratto e classificatorio di cui è difficile valutare gli effetti economici e politici. Se infatti i ciechi ottengono l'aumento della pensione, lo otterranno anche le categorie che hanno il medesimo potere contrattuale, mentre i gruppi meno forti (ad esempio gli invalidi civili) entreranno in agitazione per conseguire gli stessi benefici; si crea allora una spirale di contrasti e di lotte che ottiene risposte altrettanto frammentarie e disorganiche, risposte di tipo economico poiché sono le più adatte per queste situazioni conflittuali e quindi tali da appesantire sempre più il costo e le disfunzioni del sistema senza risolvere né affrontare i problemi dell'integrazione. Di volta in volta le rivendicazioni delle singole categorie si prestano infine a tutte le possibili manovre partitiche con il pretesto della giustizia sociale, ma senza emergere dalle impostazioni paternalistiche e demagogiche.

Affermare che i problemi degli handicappati devono essere affrontati nel contesto dei servizi per tutti i cittadini, non vuole evidentemente negare l'esigenza di interventi specialistici e la realizzazione di condizioni particolari per l'inserimento. Ma bisogna tenere presente che la realtà sociale dell'invalido non si caratterizza per la concessione di particolari condizioni che gli consentano di usufruire degli stessi diritti di tutti i cittadini (essere trasportati a scuola, anziché prendere l'autobus), bensì per il risultato definitivo che è la riduzione dell'handicap, la partecipazione alla vita attiva, il minimo di isolamento e il massimo di socializzazione.

Rivalutazione della figura sociale dell'handicappato e dell'escluso

La mancanza di una visione globale ed obiettiva della persona handicappata costituisce senza dubbio una delle cause più gravi dell'esclusione. Infatti quasi sempre la valutazione sociale e gli interventi e gli atteggiamenti sono centrati sulla menomazione o la difficoltà, escludendo l'insieme delle componenti personali, familiari e sociali che possono provocare l'handicap e il disadattamento oppure condizionare positivamente lo sviluppo della persona ed evitare il rifiuto.

I motivi di questo atteggiamento di identificazione unidimensionale della persona con una sua caratteristica fisica o psichica o con la sua situazione di vita, sono di tipo psicologico, sociologico e culturale.

L'uomo « normale » è di fronte ad uno schema corporeo o ad un comportamento deviante dalla norma, può subire un trauma emotivo e mettere in atto meccanismo di difesa verso e talvolta contro il deviante per sottrarsi alla percezione e all'avvicinamento. Da questa pregiudiziale chiusura di dialogo derivano « immagini collettive » con cui si riduce la complessità dei tratti umani e poche caratteristiche giudicate distintive e definitive le quali finiscono per provocare una frattura con il modo dei « normali » difficilmente reversibile. L'handicappato è un incapace, un ammalato e in definitiva un essere inferiore, oggetto di sentimenti di pietà o di repulsione.

Dal punto di vista sociologico la valutazione fa riferimento alla situazione marginale dell'handicappato, che non produce, che è un peso inutile, che è inferiore agli altri sul piano fisico e funzionale e quindi su quello della dignità e del valore (ci richiamiamo qui ai « valori » della società consumistica, dell'efficientismo, della prestanza fisica cui corrispondono miti del denaro, del potere e del sesso). Anche di qui scaturiscono attribuzioni pregiudiziali di inferiorità sociale ed economica e sorgono l'indifferenza e la segregazione, concreta o intenzionale.

In un contesto storico e culturale l'handicappato viene considerato oggetto passivo di pietà e di interventi caritativi ispirati ad un certo tipo di « religiosità » popolare, che affonda le sue radici in culture medioevali, ma che persiste anche in aree di civiltà industriale e si esprime con l'elemosina (invalido-mendicante), con l'attribuzione di uno stato di dipendenza e indigenza (l'incapace-accattoni) e può comportare anche una valutazione sull'integrità umana e intellettuale; la civiltà del benessere offre pertanto istituzioni totali « gabbie dorate » (ubicate in luoghi salubri e ameni, ma preferibilmente lontane dalle città), la coscienza popolare si acquieta nell'adempimento di una solidarietà che garantisce la sopravvivenza fisica; la « religione », ancor oggi purtroppo, prospetta « l'offerta » della sofferenza (che per di più dovrebbe essere volontaria).

La situazione di rifiuto e di marginalità sociale derivante dall'intersecarsi e dal sovrapporsi delle molteplici deformazioni psicologiche e culturali pone l'handicappato o il disadattato (ad esempio il delinquente-per natura, il figlio-del-peccato, il matto-pericoloso) in un'atmosfera molto simile a quella di gruppi etnici o religiosi che sono considerati inferiori o addirittura da eliminare (elementi parassitari, o devianti da cui la società si deve difendere).

Gli schemi valutativi del « gruppo egemonico » producono conseguenze ben più profonde di quanto possa sembrare: l'handicappato si adagia in sistemi di vita iperprotetta da cui trae vantaggio (sfruttamento dell'assistenza), si pone in situazioni di rassegnazione passiva o adotta atteggiamenti di aggressività e ribellione. In ogni caso si hanno squilibri, asocialità, deformazioni emotive ed affettive, che non sono effetti, si badi bene, dell'handicap (è stata dimostrata l'infondatezza della teoria somato-psicologica, cioè che ad un dato difetto fisico o ereditario corrispondono determinate disfunzioni della personalità), ma dalle reazioni e dagli impulsi irrazionali dell'ambiente, che hanno puntuali riflessi legislativi.

Le ripercussioni nell'ambito della famiglia sono forse ancora più gravi: il figlio handicappato è una vergogna, una disgrazia da nascondere, una

colpa pubblica, « non può difendersi », finirà in un ospizio. E' questo un accumulo di ansie, di tensioni, di conflitti interiori, di umiliazioni che finiscono per rendere l'ambiente familiare disadattante e disadattato per quanto riguarda l'educazione, i rapporti affettivi, la fiducia nella società (« se mi accorgo di morire, ucciderò prima mio figlio, perché so che la società lo rifiuta ») e nelle capacità di autonomia.

I problemi che abbiamo delineato evidentemente variano a seconda della convinzioni etiche, dei diversi livelli sociali, economici e culturali, dell'ambiente che circonda il disadattato o l'handicappato, ma si può senz'altro affermare che uno dei nodi da sciogliere per l'integrazione sociale è quello di rivalutare la visione parziale della realtà esistenziale dell'handicappato e dell'escluso, poiché le nostre concezioni e i nostri atteggiamenti di fronte a questi soggetti contribuiscono concretamente e positivamente a strutturare e ad aggravare le loro insufficienze e difficoltà.

Molto difficilmente l'handicappato riesce a comunicare questa sua dolorosa esperienza perché l'elaborazione e la trasmissione del vissuto presuppongono e richiedono una alterità capace almeno di una comprensione analogica. Ma il sano non è una alterità simile, ma propriamente una alienità (e la difficoltà è reciproca). Allora incorriamo sempre in uno scacco a meno che non usciamo dalla fenomenologia soggettiva e dalla rigidità degli stereotipi.

Depoliticizzazione dei problemi della sicurezza sociale

Se è vero che l'attuale gestione dell'assistenza richiede su un piano freddamente teorico l'esigenza di rapide e profonde riforme, è altrettanto vero che la situazione di vita e le sofferenze degli esclusi, qualora se ne sia consapevoli, suscitano una naturale tensione, di protesta e di rivolta per l'ingiustizia, l'ipocrisia, e l'indifferenza che ancora caratterizzano il comportamento della collettività e della classe politica.

Ma proprio perché queste sofferenze affondano le loro radici umane nell'isolamento e nella mancanza della partecipazione sociale, ci sembra di dovere affermare che i problemi dell'assistenza non debbono e non possono divenire oggetto di contrapposizioni ideologiche e lotta politica e partitica. E' vero che tutti coloro che sono posti ai margini della società costituiscono una minoranza oppressa e umiliata, ma è anche vero che se si instaurasse una « lotta di classe » per il riscatto di questa categoria, si approfondirebbe ulteriormente la frattura con la società e ci si allontanerebbe di fatto dall'obiettivo dell'integrazione sociale. Perché ogni lotta di classe (ammesso che la terminologia e ciò che presuppone sia valida) secondo una certa logica sfocia nella conquista del potere o nella repressione e non è dimostrato che dato un tipo di ordinamento si ottenga un certo tipo di società: forse è vero il contrario.

Tutti diventiamo vecchi, a chiunque può nascere un figlio handicappato o succedere di trovarsi in difficoltà transitorie e su questa realtà, proprio perché è universale, non si può ipotizzare una lotta politica e non è sufficiente tendere al benessere e alla sicurezza dalla culla alla bara che si propone, in termini illuministici, la nostra civiltà.

Occorre dare una risposta convergente e unitaria, anche partendo da

posizioni ideologiche diverse, e la condizione consiste nella consapevolezza e nella coscienza che la sofferenza dell'uomo può essere alleviata dall'uomo e che essa è una responsabilità di tutti.

Il discorso non significa rinuncia all'azione politica come modo per affermare il diritto e costruire il bene comune, non significa dimissione di fronte al potere costituito, alle strutture e sovrastrutture burocratiche e amministrative, ma deve stimolare la denuncia più dura, costante e clamorosa. Ma una tale azione politica (ed educativa) si può sostenere soltanto partendo da presupposti umani, dalla fiducia dell'uomo e non importa se per alcuni la dimensione fondamentale dell'uomo è economica, e se per altri è spirituale o per altri ancora è lotta per la sopravvivenza: questi sono problemi che si porranno nella evoluzione, per ora improgettabile, della nostra civiltà. Quello che conta adesso è prendere coscienza con umiltà e integrità di intenzione delle istanze di giustizia e di partecipazione che propongono gli esclusi e attingere ai motivi dell'impegno dell'accettazione umana.

Proposta di azione

Possiamo ora concludere indicando le direttrici essenziali per una strategia complessiva sui temi ed i contenuti che abbiamo illustrato: 1) azione politica; 2) azione sociale ed educativa; 3) ricerca scientifica; 4) promozione degli esclusi dall'interno della loro realtà.

1) All'attività politica e legislativa compete il compito di riformare il sistema assistenziale e di creare le condizioni giuridiche e l'applicazione dei diritti che sono il fondamento su cui costruire la dignità sociale e civile di tutti i cittadini. Di ciò devono essere investite tutte le forze politiche e sociali costituite (partiti, sindacati, comunità laiche e religiose) e chiunque abbia potere politico e contrattuale.

2) Ancora più importante, perché è risolutiva, è l'azione educativa e formativa che deve essere svolta nell'ambiente sociale per creare una coscienza e un interesse responsabile sui problemi degli esclusi e sulla esigenza di inserirli armonicamente e normalmente. Occorre preparare i giovani e l'opinione pubblica per sradicare i pregiudizi e quella « tacita volontà di non vedere che rende ancora più penosa la condizione di coloro che vengono rigettati ai margini della società ». E non si tratta di convincere la collettività a dei sacrifici finanziari per il mantenimento, ma di preoccuparsi, con un'attività politica di base, della loro integrazione e della loro richiesta di partecipazione. Senza questo cambiamento di mentalità sociale ogni condizione giuridica ed economica di inserimento sarebbe inutile e insignificante.

3) Alla ricerca scientifica tocca il compito di approfondire gli aspetti sociologici, economici, sanitari e pedagogici delle cause e della fenomenologia dell'esclusione. E deve essere questa una ricerca scientifica non accademica e tecnica, ma capace di tradursi in impulsi di evoluzione sociale e di cultura totale.

4) Poiché riteniamo che far parte della società non comporta dei

diritti, ma anche dei doveri è indubbio che gli stessi esclusi (e chi è loro vicino per vincoli familiari o altre circostanze), devono attivamente operare e prendere coscienza dei loro problemi in una prospettiva immediata di collaborazione e di dialogo con la società; occorre che capiscano che non basta richiedere privilegi e protezione, ma convincersi che c'è posto anche per loro nella vita politica, culturale ed economica. Bisogna che la frustrazione e il sentimento dell'ingiustizia non si traducano sempre nella settoriale rivalsa di richieste pensionistiche e assistenziali che sono soltanto la proiezione demagogica di un problema ben più profondo e doloroso: la solitudine e il rifiuto. Infatti è proprio in virtù di simili concessioni che si cristallizzano le situazioni di inferiorità e che la società giustifica e accetta moralisticamente e ottusamente le dinamiche dell'esclusione. Anche il discorso degli handicappati deve diventare dunque politico e unitario.