

GIANNI SELLERI

# Dalla esclusione alla partecipazione

Estratto da: « *Assistenza d'oggi* » - N. 4 - Agosto 1971

ARTI GRAFICHE CITTÀ DI CASTELLO - Città di Castello (Perugia)

5

## Dalla esclusione alla partecipazione

di Gianni Selleri

I.

Nel nostro paese l'assistenza, nelle strutture e funzioni, si esplica essenzialmente: come strumento suppletivo di gravi carenze dell'ordinamento sociale, come parziale risposta ai problemi di sopravvivenza dei cittadini in difficoltà, come intervento per eliminare o nascondere gli effetti più clamorosi e ripugnanti del bisogno.

L'attuale gestione della « assistenza e beneficenza pubblica » è soggetta a critiche radicali riguardo ai *principi, alla metodologia e all'organizzazione.*

I principi che sono a fondamento dell'assistenza, piuttosto che ad una configurazione di diritti e di doveri positivi e costituzionali si ispirano alle seguenti motivazioni:

- 1) Povertà o stato di bisogno dei soggetti.
- 2) Difficoltà o impossibilità ad inserirsi nell'ambiente normale di vita e/o nel sistema produttivo.
- 3) Decoro nazionale.
- 4) Ordine pubblico. *e l'egualitarismo contro la mendicizia*
- 5) Paternalismo moralistico.

In definitiva siamo ancora ad una impostazione dell'assistenza finalizzata al soddisfacimento di bisogni elementari, a garantire la sopravvivenza fisica e a « difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari », cosicché il sistema cronicizza e moltiplica il bisogno mediante una riduzione abnorme della dignità e della responsabilità dei cittadini.

Dal punto di vista metodologico l'assistenza in generale si esplica con:

1) interventi sugli effetti e non sulle cause del bisogno, con la conseguenza che il cittadino assistito ricorre senza soluzione ai medesimi servizi, ponendosi in uno stato di totale passività;

2) l'erogazione occasionale e discriminante di prestazioni « integrative » delle lacune della legislazione sanitaria, scolastica, previdenziale, urbanistica, occupazionale, familiare, ecc.;

3) forme di assistenza specifica per circoscritte categorie di cittadini che vengono definitivamente classificati in relazione ad una loro particolare condizione (poveri, handicappati, orfani, anziani, ecc.), mediante una legislazione rigida settoriale che è escludente in quanto riservata e non per tutti i cittadini;

4) l'attuazione, l'esercizio e l'estensione di istituzioni totali emarginanti e talvolta repressive (istituzioni della devianza, dell'abbandono e della « anormalità ») che determinano l'esclusione e l'isolamento fisico, familiare e sociale;

5) difesa e conservazione corporativa delle varie categorie giuridiche degli assistiti e dei correlativi enti.

Per esemplificare: i malati mentali si internano, gli anziani si ricoverano, i ragazzi difficili si mettono nelle classi differenziali, gli handicappati si assistono, ciò che comporta evidentemente isolamento e innaturale concentrazione dei soggetti che, se rimanessero invece in un rapporto di proporzione sociologicamente naturale con l'ambiente, verrebbero molto più facilmente recuperati e accettati.

L'azione assistenziale, per i principi da cui scaturisce, per le metodologie che generalmente adotta, ha determinato una struttura organizzativa ibrida alla quale partecipano, in concorrenza o con identiche funzioni, dicasteri, enti pubblici nazionali, enti locali ed istituzioni private.

Le principali disfunzioni organizzative sono:

- 1) la carenza di prevenzione nosologica e socio-ambientale;
- 2) verticismo e centralismo burocratico, speculazioni econo-

niche, politiche e clientelari nella gestione dei servizi, discrezionalità degli interventi;

3) assoluta mancanza di partecipazione decisionale degli interessati, che vengono presi in carico totalmente, e spesso spersonalizzati e strumentalizzati dai diversi tipi di prestazioni che sono imposte (ricovero coatto) come diritti « privilegiati » e in quanto tali inopinabili;

4) gravi sperequazioni territoriali delle attrezzature e dei servizi;

5) moltiplicazione e frammentazione delle strutture, degli enti e delle competenze, spesso in conflitto fra loro.

## II.

Ad ulteriore chiarimento si potrebbe tentare di scoprire, sia pure in termini parziali, le radici storiche, economiche e sociologiche dell'attuale situazione dell'assistenza e dimostrare, per quanto possibile, che essa è l'effetto di situazioni sociali globali.

L'argomento infatti è al centro di una valutazione dell'uomo che implica una molteplicità di riferimenti tale per cui tratteggiare una storia dell'emarginazione significa parlare anche dell'economia, della famiglia e della cultura.

La prima metodologia assistenziale sotto accusa è l'istituzionalizzazione.

L'istituto è chiuso, circondato da mura, isolato, segregativo, ha un suo rituale interno, reprime i desideri e le aspirazioni, non soddisfa i bisogni affettivi, non consente la convivenza dei sessi, esclude dalle comunicazioni sociali e dai circuiti economici, è governato verticisticamente, tende ad essere autarchico, è insomma una struttura di isolamento e di rifiuto.

È nota d'altra parte la risposta degli istituti, coinvolti — come essi affermano — in responsabilità che sono prima di tutto della società e che questa troppo sbrigativamente riversa su di loro, sottovalutando il ruolo di supplenza che essi svolgono.

Ma ci si può chiedere come e perché sono sorti gli istituti. L'argomento è piuttosto complesso e occorrerà fare qualche riferimento ad alcuni tipi fondamentali di società occidentali: la società agricola medioevale, dominata dai feudatari e dalla Chiesa, la società borghese artigianale, dominata dal potere mercantile, una terza società pre-industriale e di equipaggiamento industriale e infine la nostra società industrializzata e consumistica (1).

La società del villaggio medioevale era prevalentemente agricola e composta da unità sociali di tipo familiare strettamente collegate fra di loro per vincoli di parentela. La vita di queste comunità era fondata su una economia di sopravvivenza e nel suo contesto la morte (come conseguenza di carestie, epidemie e guerre) era un fatto abituale cui si attribuiva un significato insieme fatalistico e religioso: la vita terrena intesa come una transizione verso una realtà più perfetta e felice.

Poiché non esisteva altro spazio sociale al di fuori della comunità del villaggio e poiché la morte dei più deboli era insieme un fatto naturale e una necessità economica, si può forse affermare che non vi erano esclusi e che i vecchi, gli infermi e gli anormali che sopravvivevano erano accettati. Gli unici veri emarginati erano gli eretici e gli stranieri. Per costoro il rifiuto e la non tolleranza si concretizzava esclusivamente nella condanna a morte.

Nel medioevo di molti paesi europei non vi era insomma nessuna alternativa intermedia fra l'integrazione sociale e la soppressione fisica: non c'era l'internamento, il ricovero, l'ospizio.

Nell'alto medio evo, nelle coesistenti comunità cittadine di tipo artigianale e mercantile (quindi non più economicamente indifese e fondate su un lavoro specializzato e indipendente dagli eventi naturali), la morte e la povertà non sono più fatti ineluttabili. In questo contesto storico la tradizione cristiana esplicita il concetto di connessione fra la colpa e il dolore (Sant'Agostino) e si crea pertanto una sorta di identificazione fra il colpevole da convertire e l'uomo bisognoso di carità corporale (sacralità della povertà), che

---

(1) Per questa parte si tiene conto soprattutto dalle linee di una conferenza di A. N. Henri del Bureau International Catholique de l'Enfance tenuta a Roma nell'aprile del 1970 e di alcune indicazioni tratte da MICHEL FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1964.

divengono oggetto di una azione caritativa, gestita esclusivamente da religiosi. Mentre infatti i feudatari sono impegnati nelle guerre e la borghesia mercantile nei traffici per l'accumulazione della ricchezza, i religiosi, depositari della cultura, della fede, e di larga parte del potere temporale, sono i soli ad occuparsi degli esclusi. I primi « ordini ospedalieri », che erano cavallereschi ed ecclesiastici, furono istituiti per accogliere i profughi e gli stranieri e successivamente si rivolsero agli orfani, agli ammalati, ai poveri.

Anche se il processo non è senza interruzioni e discontinuità (perché in epoca rinascimentale, per esempio, gli orfani e gli abbandonati godettero di una sorta di affidamento familiare rappresentato dall'apprendistato presso la bottega dell'artigiano), è certo comunque che vi è stata una progressiva specializzazione degli ordini religiosi nel custodire e nel proteggere chi era rifiutato dalla società.

Il momento decisivo per una vera organizzazione degli *ospedali generali* avvenne durante il XVII secolo quando la morte e l'abbandono furono rifiutati e divennero un motivo di scandalo morale e sociale (S. Vincenzo de' Paoli). Nel 1656 venne fondato a Parigi il primo ospedale generale in cui si ricoveravano i malati, gli « insensati », i mendicanti, i vagabondi, i libertini, gli interdetti, i piccoli debitori insolventi e insomma tutti coloro che non potevano provvedere alla propria sussistenza e che costituivano una minaccia per l'ordine pubblico, cosicché l'ospedale diventa insieme uno strumento di repressione e di protezione sociale. E poiché al lavoro si attribuiva, sulla base di motivazioni filosofiche e religiose, una trascendenza etica, non si trattò soltanto di rinchiudere chi era senza lavoro, ma anche di far lavorare chi veniva rinchiuso.

È tuttavia interessante osservare che si trattava di un lavoro puramente simbolico e che l'attività interna assumeva essenzialmente un significato di recupero e di redenzione (le cui radici sono quelle dello stereotipo infelice-colpevole, infelice presunto come colpevole e perciò socialmente pericoloso), l'istituzione doveva quindi dipendere dalla « carità », che iniziò ad esprimersi in una forma assolutamente nuova, cioè come oblazione in danaro.

Si può osservare inoltre che l'ospedale generale non era una istituzione eccezionale e corrispondeva ad altre istituzioni quali, ad esempio, i collegi per gli aristocratici e i conventi in cui l'atmosfera

interna e il tipo di vita erano molto simili. Le principali caratteristiche di questi luoghi, che dal punto di vista sociologico significavano una forma di scomparsa sociale senza soppressione fisica, erano la clausura, la repressione dei desideri, la separazione dei sessi e l'eliminazione di coloro di cui non si sapeva che cosa fare (gli ammalati, gli orfani, gli adolescenti, i figli cadetti). Non si può dire comunque che l'ospedale, il convento, il collegio e le loro motivazioni fossero disgiunte da fatti economici e sociali generali.

La repressione del desiderio, ad esempio, e l'austerità derivavano dal contesto storico e culturale della Riforma e della Controriforma e da una fase di sviluppo economico che per consentire la costruzione degli strumenti produttivi, imponeva il risparmio, la costituzione del capitale, il consumare meno di quanto si producesse. Ciò che imponeva di accontentarsi del minimo vitale.

L'istituzione chiusa era quasi sempre governata da religiosi i quali tendevano a trasferire in questi ambienti alcuni principi della loro condizione (la povertà, la castità, e l'obbedienza), principi che non si realizzavano come valori, ma piuttosto come norme organizzative delle strutture. Si deve poi osservare che proprio perché l'istituto dipendeva dalla carità dei ricchi, di fatto esso era sotto il controllo e il patronato della borghesia e dei notabili che attraverso l'istituto esercitavano quindi un effettivo potere coercitivo.

Il fatto che gli istituti si sostenessero sulla beneficenza in danno indurrà più tardi ad una valutazione economica dell'intervento assistenziale che diventa non solo un motivo di benemerienze e di prestigio, ma anche qualche cosa di redditizio perché si impiega personale non remunerato e si cerca di utilizzarlo per scopi speculativi: si localizzano gli istituti in zone agricole dove manca mano d'opera e si occupano i ricoverati in attività che rendono la struttura autarchica. Il ritorno alla campagna (che si ritrova anche in certe tendenze romantico-letterarie), significa poi concretamente isolare, allontanare ed escludere sempre di più. Indipendentemente da queste valutazioni è comunque certo che fin dall'inizio del XIX secolo i patronati e gli organi che sostengono finanziariamente gli istituti si trasformano in società di fatto che, pur non avendo finalità di lucro, amministrano patrimoni, lasciti e donazioni anche ingenti.

Si può dire che dal XVII secolo ad oggi non vi sono state tra-

sformazioni sostanziali nella concezione dell'istituto proprio perché questo non rappresenta un fatto contingente od un fenomeno di costume, ma l'espressione di realtà sociali ed economiche tutt'ora permanenti.

Nonostante la trasformazione industriale con i suoi imperativi consumistici, l'istituto resta il luogo dove si dà da mangiare, da vestire e dove si preservano dalle cattive influenze i devianti e gli anormali, che non sono più soltanto quelli che non lavorano, ma anche quelli che non consumano.

L'evoluzione dei diritti sociali ha tuttavia portato nell'ambito delle istituzioni alcuni fatti nuovi come, l'obbligo di istruire, quello di avviare al lavoro, l'impegno di organizzare il tempo libero e soprattutto di introdurre educatori e psico-pedagogisti le cui funzioni principali sarebbero quelle di « integrare i bisogni affettivi » e di creare un ambiente ed un'atmosfera di tipo familiare.

### III.

Sembra tuttavia che ci siano tre fatti che occorre sottolineare al fine del nostro discorso sull'evoluzione storica dell'assistenza: in primo luogo ogni cittadino è un potenziale consumatore e perciò esiste una spinta socio-economica al suo recupero; in secondo luogo anche nell'ambito della beneficenza si introduce la dimensione sociale con la conseguenza che l'assistenza diventa un impegno pubblico e proprio dello Stato (anche se poi in definitiva non cambiano le metodologie e lo Stato continua ad attribuire soprattutto ai privati le funzioni assistenziali); in terzo luogo si va affermando un modello dell'emarginazione e del deviante ambiguo e pseudo scientifico: l'infelice non è più un colpevole, ma piuttosto un *ammalato* per cause patologiche o sociali e ciò vale per gli handicappati, per i delinquenti, per gli anziani, per gli orfani. Questa ultima interpretazione della figura dell'escluso, sostenuta anche da un certo tipo di psico-pedagogia, non consente di fatto una responsabilizzazione sociale poiché ogni forma di disadattamento e di anomalia viene fatta risalire ambiguamente a concetti di anormalità e di malattia.



di cui la collettività non si sente colpevole e a causa delle quali si giustifica l'esistenza delle strutture della dinamica dell'esclusione, dell'isolamento e della repressione.

L'assistenza e la custodia degli emarginati non sono più monopolio dei religiosi e tuttavia conservano le stesse radici e le stesse motivazioni; ciò dimostra che le dinamiche dell'esclusione e le corrispondenti istituzioni non sono sovrastrutture contingenti di un certo tipo di società o di epoca storica, ma fanno riferimento ad alcuni fatti essenziali della condizione umana e sociale.

Una delle presunzioni attualmente più correnti è quella che i problemi dell'assistenza e dei suoi soggetti possano essere risolti in un contesto di razionalizzazione e di compensazione economica. Ma anche questa esperienza ha dimostrato i suoi limiti storici ed ontologici: la diffusione del benessere e della previdenza non garantisce dallo scacco dell'esclusione. Nei paesi dove si è cercato di sradicare tutte le motivazioni obiettive ed economiche del bisogno, ci si ritrova di fronte a nuove forme di alienazione e di disadattamento.

Il benessere « dalla culla alla bara » uguale per tutti e inteso come funzione dello Stato, l'impiego dei cervelli elettronici che hanno terminali in tutte le sedi dell'assistenza sanitaria e sociale e che attribuiscono ad ogni cittadino una sigla e interventi corrispondenti ad ogni tipo di bisogno o di necessità, non impediscono l'espandersi dell'alcoolismo, della delinquenza minorile, la diffusione della droga e del suicidio.

Ecco che il discorso sull'assistenza scopre alla fine una dimensione che non è soltanto scientifica e legislativa ma eminentemente esistenziale, politica, e quindi ci riporta ai più vasti temi della educazione, della famiglia, della convivenza nel contesto sociale, dell'umanizzazione del lavoro, e infine della riscoperta della centralità dell'uomo, di ogni uomo, nella vicenda storica: uomo-valore e non soltanto uomo-economico, competitore, produttore, consumatore. Riconsiderare e riscoprire l'uomo come autonomo e responsabile in un rapporto autentico con tutti gli altri vuol dire porre una base ideologica alla politica sociale, che può significare poco o tanto, ma che senz'altro renderà i politici e gli operatori sociali più umili e preparati alla disillusione che si incontra al limite di ogni azione tecnica, razionalizzatrice e di contestazione.

La richiesta della riforma del settore assistenziale (che per alcuni è una « tappa intermedia » in attesa di eliminare le carenze di altri settori della politica sociale) deriva anzitutto dalla constatazione dell'inaccettabile dislivello esistente fra lo sviluppo economico del paese e la grave deficienza dei servizi e delle attrezzature sociali.

Si deve comunque tenere conto che l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale non può ispirarsi soltanto a trasformazioni tecniche, economiche e istituzionali, né tanto meno ad una strategia di conflittualità permanente, ma deve ribadire complessivamente i diritti del cittadino, senza peraltro sostituirsi alla sua responsabilità ed autonomia. Da ciò discende l'impegno prioritario di una azione promozionale, politica e culturale, degli utenti dell'assistenza e del contesto sociale.

Infatti risulta chiaro che la nuova organizzazione e gestione dei servizi sociali, costituisce soltanto *la condizione* strutturale e giuridica di una risposta alle ingiustizie e alle difficoltà che subiscono gli esclusi, mentre l'effettiva e concreta garanzia della loro integrazione sociale resta affidata alla coscienza di tutti i cittadini ed alla consapevolezza comunitaria.

Quindi contemporaneamente alla creazione dei dispositivi giuridici, occorre impegnarsi in una risolutiva azione educativa e formativa per creare un interesse responsabile e partecipato sul problema degli esclusi. 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 richiesta di partecipazione. Senza questo cambiamento di mentalità sociale ogni condizione giuridica ed economica di inserimento sarebbe inutile ed insignificante.

Poiché riteniamo che far parte della società non comporti soltanto 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; bisogna che capiscano che non basta richiedere privilegi e protezione, ma convincersi che c'è posto anche per loro nella vita politica, culturale ed economica. È necessario che la frustrazione ed il sentimento della ingiustizia non si traducano sempre nella settoriale rivalsa di richieste pensionistiche ed assistenziali, che sono soltanto la proiezione demagogica di un problema ben più profondo e doloroso: la solitudine ed il rifiuto.

Infatti è proprio in virtù di simili concezioni che si cristallizzano le situazioni di inferiorità e che la società giustifica ed accetta moralisticamente ed ottusamente le dinamiche dell'esclusione.