

TEMI E PROBLEMI
DEL CITTADINO INVALIDO
NELLA SOCIETÀ ITALIANA

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE DI STUDIO

Roma, 14-15 maggio 1971

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE
EDITORE ROMA

Quindi si deve richiedere l'emanazione precise che tengano conto dell'ampiezza con cui il problema dei minorati si pone nel paese, che queste norme investano sia l'aspetto urbanistico della città, sia quello più limitato ma indispensabile all'edilizia pubblica ed a quella residenziale.

Noi tutti presenti a questo convegno dobbiamo impegnarci al conseguimento di questo obiettivo, che coincide con quello di evitare che gli invalidi vengano emarginati dalla società e divengano dei cittadini di seconda categoria.

*

**

Dott. GIANNI SELLERI

Assistente di Psicologia presso l'Università di Bologna

Con riferimento alle stimolanti relazioni del Prof. Lazzari e del Prof. Trillo, vorrei proporre alcune osservazioni di carattere generale sui problemi psicologici sollevati e fare qualche considerazione sul tema del convegno e sul significato di quella che dovrebbe essere la sua conclusione, secondo le intenzioni delle Associazioni qui rappresentate.

La maggior parte delle ricerche sugli invalidi sono volte ad illustrare la loro condizione sociale e le linee generali della riabilitazione e del recupero, con riferimenti economici, giuridici, medico-sanitari, ergonomici, ecc.

Per quanto riguarda gli studi a carattere più strettamente psicologico sulla personalità ed il comportamento degli invalidi, come singoli o come gruppo, si può rilevare che non si sono ancora sviluppate e trovate tecniche e metodologie specifiche e adatte a valutare la *situazione di vita* derivante dalla minorazione fisica. In genere le indagini sono state condotte con tests proiettivi, col metodo dell'inchiesta sociologica e dell'analisi trasversale; mancano esempi di una osservazione e sperimentazione che non sia applicazione sporadica della psicologia normale.

Diversi Autori, come prima ipotesi, hanno cercato di definire il significato somato-psicologico dell'invalidità e di verificare un rapporto univoco tra il tipo e il grado della minorazione e gli indici medi del comportamento. Tuttavia il tentativo tipologico e la correlazione fra stato fisico e personalità dell'invalido non è stata dimostrata; non si riscontrano insomma relazioni dirette fra la menomazione fisica e la reazione psicologica. Alcune ricerche hanno descritto e rilevato una certa frequenza di indici di disadattamento, come aggressività, egocentrismo, risentimento, tendenze regressive, instabi-

lità emotiva, immaturità psico-sessuale, ecc., ma si tratta di dati che sono e metodologicamente incerti. I casi di sociopatia sono comunque eccezionali fra gli invalidi.

Gli studi sugli aspetti somato-psicologici della invalidità sembrano avere attinto come dato certo l'esigenza di orientare le indagini sulla *situazione di vita* del minorato piuttosto che sulle sue condizioni fisiche e le presupposte specifiche reazioni psicologiche.

I temi più trattati dagli psicologi sono quelli della fase acuta della malattia, dei rapporti con la famiglia, col medico, dei programmi per la riabilitazione, degli atteggiamenti verso l'invalidità, dell'autopercezione della invalidità, del rapporto fra grado di minorazione e comportamento, degli effetti della spedalizzazione, ecc.

Riportiamo qualche esempio. Lo studio dei *rapporti fra genitori e invalido* rileva in generale atteggiamenti di iperprotezione e di indulgenza, nocivi ai fini della educazione e dello sviluppo della personalità, alternati a fasi di severità originate, sembra, dal sentimento di colpa. Inchieste su gli *atteggiamenti verso gli invalidi* indicano che si tende ad attribuire ai minorati doti intellettuali e superiorità morale, mentre una minoranza esprime ostilità-paura, senso di colpa più o meno inconscio, fondato sulla reazione estetica suscitata dai movimenti e dalle posture insolite dell'invalido. Ricerche su *bambini invalidi* riferiscono che essi tendono ad attribuire ai genitori la causa della minorazione donde deriva ambivalenza affettiva e complesso di colpa; la difficoltà di giocare comporta una precoce maturazione intellettuale, ma anche tendenze regressive come il fantasticare e in genere scarso contatto con la realtà; il disadattamento del bimbo invalido deriva spesso dal disadattamento dei genitori. Causa di nevrosi presso l'invalido sembra essere anche la discrepanza tra l'*immagine del proprio corpo* e l'aspetto effettivo, ciò che distorcerebbe il comportamento sociale e vocazionale, inducendo a fenomeni di obliterazione e di rifiuto della invalidità. In un ambito più strettamente clinico è stata descritta la *sindrome dell'invalidismo* come ritirata di fronte al bisogno e assunzione del ruolo di persona ammalata, non giustificato dalla condizione biologica (CAMERON).

Circa il rapporto fra *grado di minorazione e disadattamento* è stato dimostrato che spesso gli « invalidi in miniatura » corrono i maggiori pericoli di anomalia del comportamento. Sulle valutazioni delle *reazioni sociali all'invalidità* meritano particolare attenzione, anche dal punto di vista metodologico, gli studi condotti dalla scuola lewiniana, su oggetti con mutilazioni visibili, riguardo alla curiosità, i commenti, l'aiuto ecc.

Vi sono stati anche tentativi di applicazione di teorie generali della personalità alla situazione di vita dell'invalido.

Secondo A. ADLER la dinamica delle reazioni psicologiche all'invalidità

si svilupperebbe dal complesso di inferiorità, determinato dal difetto fisico, ad atteggiamenti di compensazione e di « protesta virile » che ricostituirebbero l'interesse sociale e stimolerebbero l'autoaffermazione (il SÈ creativo). Freudiani come MENG vedono invece la causa del complesso e del bisogno di compensazione, piuttosto che nella deficienza fisica, nel timore di perdere l'amore o di non essere amato. Per WURTZ l'invalido mentre ha una visione accentuata del proprio difetto, considera invece molto vaste le possibilità del normale; dati i sentimenti di inferiorità e le difficoltà di prestazione, l'invalido non riesce ad inserirsi nell'ambito sociale. (L'Autore ipotizza anche strette concessioni fra sistema motorio e sistema psicologico). ADLER, WURTZ e gli psicologi freudiani pongono l'accento soprattutto sulla dinamica dei processi individuali.

BRIEFS e in genere gli autori lewiniani affermano che non esiste uno specifico trauma psicologico da invalidità e che è soprattutto l'atteggiamento dell'ambiente sociale il fattore determinante. L'ambiente tende ad identificare ed a coinvolgere con la minorazione l'intera personalità dell'invalido, tendenza rinforzata dai sentimenti estetici e da pregiudizi come il « cavete signatos », l'attribuzione del « mestiere del soffrire » e simili. L'invalido allora rischia di perdere il senso del proprio valore personale, di tralasciare i propri doveri e di rifiutare la società.

BARKER introduce il concetto di *marginalità*; analogamente al *marginal man*, l'invalido avvertirebbe un conflitto di ruolo fra i due gruppi « malati » e « sani »: infatti l'invalidità lo fa sentire come appartenente al gruppo minoritario, mentre le sue aspirazioni di prestazione e di affermazione sono orientate verso la maggioranza dei validi. Ne nasce una sorta di intima lotta concorrenziale col mondo dei « sani da cui derivano sintomi di incertezza circa il proprio ruolo, ambivalenza affettiva, accresciuto bisogno di valere (cfr. « L'accentuazione del sè » di ASCH). Tale lotta per il pieno riconoscimento del proprio valore può condurre sia a prestazioni eccezionali, sia, come più spesso accade, a costanti frustrazioni, aggressività, regressioni, vere e proprie derealizzazioni.

HAGMEIER e THOMAE hanno cercato di definire le tecniche esistenziali che l'invalido dovrebbe adottare nella sua particolare condizione. La minorazione richiederebbe una ristrutturazione della situazione di vita le cui fasi principali sono: l'abbassamento del livello di aspirazione verso mete prossime, l'allargamento del campo di osservazione oltre il proprio difetto, verso nuovi valori (« change of values ») e il distogliersi dal perduto per volgersi al disponibile.

Da questa breve e parziale sintesi della bibliografia maggiore sugli effetti psicologici dell'invalidità, ci sembra di potere concludere che l'indagine psicologica dovrebbe tenere conto complessivamente delle seguenti variabili

interdipendenti: *a*) danno fisico oggettivo; *b*) vissuto soggettivo dell'invalidità; *c*) reazioni del campo sociale e relativo contesto evolutivo.

In ogni caso ci sembra che nè la ricerca centrata sull'individuo isolato, nè quella orientata sul gruppo circoscritto, esauriscano la problematica psicologica dell'invalidità. Appare più fertile e concreta, allo stato attuale degli studi, una indagine fenomenologica e antropoanalitica, comunque non paradigmatica e univoca.

Per introdurre la seconda parte di questo mio intervento vorrei richiamarmi al prof. Trillo quando ha detto che dal punto di vista socio-culturale uno dei problemi più difficili è costituito dalla « sostantivazione » dell'invalido: non si dice uomo invalido o cittadino invalido, ma semplicemente invalido. Con questa definizione (cui fanno da substrato numerosi e diffusi stereotipi) si dà una rilevanza assoluta all'invalidità e ad essa si coordinano tutti gli interventi medici, giuridici e legislativi, con una valutazione che non fa riferimento alla globalità della persona ma soprattutto all'handicap e alla menomazione, che vengono assunti come tratti caratteristici e determinano ogni altra considerazione e intervento. Gli invalidi, ha detto il prof. Trillo, sostantivando a sua volta, « sono la parte più debole e più dolente della società » ed ha aggiunto che occorre « un organismo » il quale crei ed istituisca un rapporto fra gli invalidi e tutto il resto della società.

Credo che tale affermazione possa avere un suo valore funzionale e strumentale, ma ritengo anche che sia sociologicamente pericolosa.

Per stabilire un rapporto di parità e di uguaglianza fra i cittadini handicappati e il resto della società bisognerà piuttosto operare affinché tutti gli invalidi, di qualsiasi origine e provenienza *sine causa* o *cum causa* vengano essenzialmente aiutati nella loro lotta per l'identità sociale. E la condizione prima consiste nella abolizione delle categorie e delle « etichette », delle strutture e degli organismi di settore.

Il discorso che possono e debbono fare gli handicappati e gli esclusi non deve essere sempre e soltanto riferito all'art. 38 della Costituzione (che pure ha una sua giustificazione), ma una proposizione di diritti generali: diritto alla dignità, alla salute, al lavoro, all'istruzione, e alla famiglia: in questo senso la loro azione si identifica con quella di tutti i cittadini e diventa politica sociale nel senso più ampio ed accettabile.

A questo punto credo che si possa fare qualche considerazione sulle associazioni di invalidi tenendo presenti tre temi fondamentali: l'antica radice segregativa dell'assistenza in Italia; il fatto che ogni struttura finisce per cristallizzare i bisogni e a burocratizzarsi e il fatto che la funzione delle associazioni, da un punto di vista strettamente sociologico rischia sempre di circoscrivere, di frammentare dei gruppi di cittadini.

Dal punto di vista organizzativo e funzionale si può osservare che nella stragrande maggioranza delle associazioni di invalidi sono rifiuti alcuni principi fondamentali dell'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.

Nè si può dire che questi difetti di fondo vengano mitigati dalla struttura delle associazioni, anche se i loro organismi sono elettivi, perchè 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 anzichè garantire il pluralismo e l'evoluzione dell'assistenza, ha finito per essere, a causa del suo frammentarismo, strumento di conservazione e di parzialità anche perchè condizionato economicamente e giuridicamente dalla classe politica e burocratica e quindi non ha seguito e addirittura ritarda il progresso delle politiche sociali.

Ritengo tuttavia che sia rilevante analizzare il risvolto sociologico 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 finchè le associazioni di invalidi sono o restano dei movimenti di promozione sociale, di sensibilizzazione pubblica o di pressione politica, essi 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 perchè ci si identifica come diversi rispetto all'ambiente sociale, allora il gruppo stesso diventa uno strumento di esclusione e di autosegregazione.

A questo fatto è conseguente che i dirigenti anzichè politicizzare i problemi del gruppo finiscano per attuare degli schemi ideologici secessionistici 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; mentre si elencano i soprusi subiti e si protesta contro la società che respinge ed emargina, si rinuncia all'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 e di soppressione degli enti e di decentramento dell'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.

Chiedo scusa se ho abusato del tempo e se ho stimolato un pò polemicamente i rappresentanti degli enti pubblici assistenziali qui presenti.

*
**

Sig.ra MARIA TERESA SERRA

Presidente dell'Assoc. Italiana per l'Assistenza agli Spastici — Roma

Veramente, avendo ascoltato l'intervento di Selleri, molte cose posso fare a meno di ripeterle, perchè concordo in massima parte su quello che ha detto.

Mi vorrei soffermare soltanto sul problema delle barriere architettoniche. Mi riferisco in particolar modo all'ultima parte dell'intervento precedente. Io qui porto la voce soprattutto dei minorati dell'età infantile, dei minorati congeniti e, quindi, per quanto riguarda il particolare problema della scuola, è ovvio che almeno i genitori ed i ragazzi, man mano che prendono coscienza, desiderano non frequentare scuole speciali, nel limite del possibile, ma poter frequentare le scuole assieme a tutti gli altri ragazzi.

Ciò è ovviamente possibile se si creano le condizioni che permettano questa frequenza. Dico questo — e chiedo scusa se riferisco un'esperienza personale — perchè ho potuto constatarlo direttamente col maggiore dei

tito che si è svolto in queste giornate, che so interessante, con la presenza anche di autorità dello stato, che hanno dato con il loro assenso a questo convegno e soprattutto agli sviluppi che esso indubbiamente penso dovrà avere.

Io sono uno dei deputati del parlamento italiano, che ha una lunga consuetudine con i problemi del mondo combattentistico italiano, dei mutilati, degli invalidi di guerra, delle vittime civili e di altre associazioni che hanno come compito di istituto l'assistenza agli invalidi in generale.

Non posso dunque che rallegrarmi di questo convegno, che risponde ad una delle esigenze più sentite di questo vasto mondo del valore, della sofferenza umana, quale esso è rappresentato da tutte queste organizzazioni, da tutte queste associazioni.

Penso che l'auspicato nuovo assetto di cui si è trattato in queste giornate possa rispondere nella maniera più efficace alle esigenze di tutti. Cosa debbo dire? come parlamentare, come invalido di guerra, non dico come uno dei dirigenti dell'associazione, perchè qui parlo a titolo personale, evidentemente non posso che auspicare, non solo la migliore conclusione di questo convegno, ma che tutte le idee, le linee direttrici di marcia che verranno stabilite dal convegno stesso, possano essere raggiunte in un traguardo che possa essere il più rapido e il più soddisfacente per tutti.

*

**

Dott. GIANNI SELLERI

Presidente Nazionale dell'Assoc. Naz. Invalidi di Esiti di Poliomielite

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;
- 5) Paternalismo illuministico e 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 » (come è scritto nella relazione introduttiva al Bilancio del Ministero degli Interni 1969), 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 specifiche 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 inattuale 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 assoluta di prevenzione nosologica e socio-ambientale;
- 2) verticismo e centralismo burocratico: speculazioni economiche, 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.

Principi generali della riforma.

I servizi sociali devono essere intesi come mezzi di rimozione delle cause che determinano l'esclusione e l'isolamento di socializzazione, di riabilitazione secondo i principi già enunciati dalla Programmazione Economica:

- a) superamento del criterio della povertà per l'accesso ai servizi ed eliminazione della correlativa legislazione;
- b) possibilità di scelta tra più servizi e per bisogni più estesi, riguardo ai quali attualmente vige un solo tipo di assistenza;
- c) adozione del criterio di uguaglianza delle prestazioni per bisogni uguali e realizzazione di standards minimi dei servizi;
- d) accentuazione del carattere preventivo dell'assistenza.

L'organizzazione dei servizi deve tenere conto delle realtà territoriali e ambientali, della necessità che gli interventi siano tempestivi e dignitosi e del fatto che occorre operare soprattutto nell'ambito della famiglia e dell'ambiente sociale normale con una risposta immediata alle esigenze assistenziali dei singoli; inoltre è essenziale:

- a) l'affermazione dei servizi sociali come diritto soggettivo;
- b) la conseguente configurazione dell'assistenza come servizio per tutti i cittadini che non possono realizzare autonomamente e attraverso i servizi e le istituzioni normali i loro diritti costituzionali e umani, oppure abbiano bisogno di servizi specializzati.

Il sistema dei servizi sociali si concretizza in:

— servizi riabilitativi, garantiti gratuitamente ai cittadini di cui al comma 1 e 3 dell'art. 38 della Costituzione e cioè non più solo agli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi per vivere, ma a tutti gli inabili ed i minorati in genere e pertanto non riservati ai poveri ma aperti a tutti i cittadini;

tali servizi sono collegati con gli altri servizi sociali, non sono segregativi ma aperti nella comunità con la preferenza per la formula del seminternato; — tutti quegli altri servizi sociali che — in stretto collegamento con i servizi sanitari, scolastici e di attuazione delle diverse politiche della casa e dell'occupazione — possono promuovere in tutti i cittadini la capacità di prevenire e superare quelle situazioni di bisogno cui si attribuisce un interesse collettivo, in quanto incidono sul ruolo familiare e sociale dell'individuo.

Risulta pertanto necessario inquadrare la politica dei servizi sociali nella politica di programmazione ai vari livelli (nazionale, regionale, locale), anche per la stretta interconnessione con i servizi sanitari e scolastici e con le « politiche sociali » del lavoro, della casa, dell'assetto territoriale, dei trasporti.

Occorre poi svolgere una efficace azione per la formazione, l'aggiornamento e la riconversione degli operatori sociali e del personale specializzato tenendo conto della dinamica esistente fra assistenza e preparazione scientifica. La formazione del personale dovrà essere, per quanto possibile, omogenea su tutto il territorio nazionale e quindi attribuita agli enti che siano effettivamente in grado di assolvere un impegno didattico non corporativo, ma tale da preparare operatori capaci di partecipare, alla pari con i cittadini ed i gruppi, alla istituzione e alla gestione dei servizi comuni.

La suindicata organizzazione dei servizi sociali si deve esprimere attraverso organi decentrati, flessibili e partecipanti alla responsabilità democratica dei cittadini e degli utenti a tutti i livelli: l'unità locale dei servizi, pianificata dalla Regione e gestita dai Comuni o da consorzi di comuni, con il criterio della massima funzionalità degli standards qualitativi e quantitativi.

Individuato un unico vertice statale dei servizi sociali, che concentri tutte le competenze in materia assistenziale attualmente attribuite a numerosissimi enti e dicasteri e che abbia compiti di programmazione e di ripartizione dei finanziamenti, le competenze della Regione sono quelle di legislazione specifica e di controllo, mentre tutte le funzioni operative devono essere delegate agli enti locali.

Organi di partecipazione.

Per evitare il rischio di una trasposizione a livello regionale o provinciale della burocratizzazione e della rigidità verticistica dell'attuale gestione dell'assistenza e soprattutto per favorire la cogestione, occorre individuare e costituire degli organismi di base che garantiscano, per delega od investitura diretta, sia gli interessi degli utenti, sia la qualità delle prestazioni.

I comitati per l'assistenza dovrebbero essere composti, oltre che dai rappresentanti degli organi od uffici comunali che hanno facoltà di controllo e di finanziamento, anche da esperti, operatori sociali, sindacalisti e cittadini residenti nel territorio o nel quartiere nel cui ambito si esplicano attività sociali.

Compito specifico dei Comitati sarebbe dunque di carattere politico nel senso della sensibilizzazione pubblica e del pubblico dibattito dei problemi, secondo schemi non normativi o fiscali o amministrativi, ma eminentemente promozionali.

Le istituzioni sociali permanenti, pubbliche o private per handicappati e disadattati, dovranno inserire nei propri Consigli di amministrazione uno o più delegati dei Comitati consultivi comunali per l'assistenza.

Finanziamento.

La premessa è che gli attuali stanziamenti, comunque destinati ad iniziative ed a servizi sociali (circa 1.200 miliardi annui) vengano compiutamente ed organicamente utilizzati nel nuovo assetto istituzionale del settore.

Agli oneri del settore pertanto si provvede con:

— I fondi dei bilanci degli enti locali comunque destinati ad interventi aventi finalità assistenziali e di beneficenza integrati, finchè la legge sulla finanza locale non disponga diversamente, dallo Stato.

A tale fine è istituito un « Fondo nazionale per i servizi sociali », che viene alimentato nel seguente modo:

— da tutti i capitoli di spesa relativi ad attività assistenziali e di beneficenza comunque svolte dalla amministrazione dello Stato;

— dall'importo dei contributi ordinari a favore degli enti pubblici di assistenza iscritti nel bilancio dello Stato;

— dagli stanziamenti per attività assistenziali e di beneficenza svolto dagli enti pubblici nazionali;

— dai proventi delle lotterie nazionali;

— dalla liquidazione dei beni degli enti soppressi, se non destinati allo svolgimento di attività assistenziali.

Il « Fondo regionale per i servizi sociali », gestione autonoma iscritta nel bilancio dell'amministrazione regionale è alimentato:

— dalle quote provenienti dal Fondo nazionale;

— dagli stanziamenti deliberati in sede di bilancio della Regione;

— dagli stanziamenti già impegnati per attività assistenziali nei bilanci delle amministrazioni provinciali della Regione.

Gli enti pubblici che svolgono attività assistenziali, sono soppressi e posti in liquidazione.

I beni immobili e mobili degli enti soppressi, attualmente destinati allo svolgimento di attività assistenziali, sono trasferiti ai Comuni cui nel territorio sono localizzati; la restante parte è trasferita al « Fondo nazionale per i servizi sociali ».

Le I.P.A.B., tutti gli enti comunque assoggettati alla disciplina della legge 17 luglio 1890, n. 6972, gli E.C.A., sono soppressi e posti in liquidazione.

Assistenza privata.

I servizi assistenziali, come tutti gli altri servizi sociali, sono un diritto del cittadino e quindi è compito dello Stato garantire la pluralità di essi, affinché sia concretamente esercitata la libertà di scelta da parte del cittadino stesso.

La libertà delle iniziative nel campo dell'assistenza non può essere intesa come libertà da vincoli e controlli; lo Stato, la Regione, l'Ente locale debbono essere sempre garantiti di un servizio di pubblico interesse. Se i servizi, gestiti da privati, sono utilizzati attraverso convenzioni private dovranno rendere conto ai cittadini, allo stesso modo degli altri servizi sociali presenti nell'ambito dell'unità socio-assistenziale.

Nessuna iniziativa privata nel campo dei servizi compresi nella programmazione assistenziale può agire con scopo di lucro. Per questo non basta che a prestazioni standards corrispondano rette calcolate su costi standards, ma occorre che nel controllare l'osservanza degli standards si verifichi anche che le eventuali economie, attraverso le quali si realizzasse un contenimento dei costi, non siano mai causa di prestazioni inferiori agli standards nè di inosservanza di leggi.

Il ruolo dell'assistenza privata deve essere riproposto non in contrapposizione con l'assistenza pubblica, ma secondo il principio di libertà garantito dalla Costituzione come facoltà di ogni cittadino di partecipare ai programmi ed ai servizi per la collettività.

Una programmazione « partecipata » consentirà all'iniziativa privata di avvertire le istanze che richiedono di servire in un ruolo, che può e deve essere integrativo, promozionale e sperimentale, ma mai supplementare, cioè mai duplicato dell'iniziativa pubblica. Ciò non significa che si possa limitare o vietare una qualsiasi iniziativa privata, che sia duplicata o non rientri nei progetti del pubblico servizio, purchè se ne traggano tutte le conseguenze soprattutto sul piano dell'autonomia finanziaria.

È comunque necessario superare la distinzione fra intervento pubblico ed intervento privato: un servizio sociale non è valido in quanto comunale

o statale o regionale, laico o religioso, ma la vera alternativa discriminante consistente nella distinzione fra interventi emarginanti e interventi partecipati pubblicamente garantiti.

Conclusioni.

L'esigenza politica della riforma del settore assistenziale (che al limite potrebbe essere una « tappa intermedia » in attesa di eliminare le carenze di altri settori della politica sociale) deriva immediatamente dalla constatazione dell'inaccettabile dislivello esistente fra lo sviluppo economico e l'assoluta carenza dei servizi e delle attrezzature sociali del Paese. Si deve comunque sottolineare che la trasformazione del settore non può soltanto ispirarsi a trasformazioni tecniche, economiche, scientifiche e istituzionali (nè tanto meno ad una strategia di conflittualità permanente), ma deve ribadire la centralità della dignità e dei diritti dell'uomo e del cittadino, senza peraltro sostituirsi alla sua responsabilità e autonomia. Da ciò discende la necessità che un impegno prioritario è costituito dall'azione promozionale ed educativa sia degli utenti dell'assistenza sia del contesto sociale.

Infatti risulta chiaro che una nuova organizzazione e gestione dei servizi sociali, costituisce soltanto la condizione strutturale politica e sociologica della riabilitazione e di una risposta adeguata alle ingiustizie e alle difficoltà che subiscono tutti gli esclusi e gli handicappati, mentre l'effettiva e concreta garanzia del valore della partecipazione sociale dell'uomo resta affidata alla coscienza ed alla responsabilità morale e civile di tutti i cittadini e alla elevazione della loro consapevolezza comunitaria.

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 la necessità di riformare il sistema assistenziale e di creare le condizioni giuridiche per 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 di base) e chiunque abbia potere politico e contrattuale.

2. — Ancora più importante, perchè è risolutiva, è l'azione culturale e formativa che deve essere svolta nell'ambiente sociale per creare una coscienza e un interesse responsabile sui problemi esclusi e sull'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 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. — Poichè 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 oltre 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 ed il sentimento dell'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 concessioni che si cristallizzano le situazioni di inferiorità e che la società giustifica ed accetta moralisticamente ed ottusamente le dinamiche dell'esclusione. Anche il discorso degli handicappati deve diventare dunque politico e unitario.

*

**

Sig. SILVANO MANCINI

Presidente Provinciale dell'Assoc. Naz. Mutilati e Invalidi del Lavoro di Pistoia

Mi propongo con questo intervento di sottolineare l'aspetto psicologico ai fini del recupero dell'invalido, alcuni problemi infortunistici e la prevenzione infortuni e malattie professionali.

Alle conseguenze traumatizzanti dello shock molto spesso si accompagna uno stato di tensione e di ansietà per le preoccupazioni sui risultati dei trattamenti terapeutici e rieducativi; stato che diventa vieppiù pronunziato con