

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE ROMA

Dott. GIANNI SELLERI

Assistente di Psicologia presso l'Università di Bologna

*Intervento tenuto al Convegno Nazionale di studio su:
«Temi e problemi del cittadino invalido nella società italiana»
Roma, 14-15 maggio 1971*

EDITORE - ROMA

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), cosicchè 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 esplichino 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.