

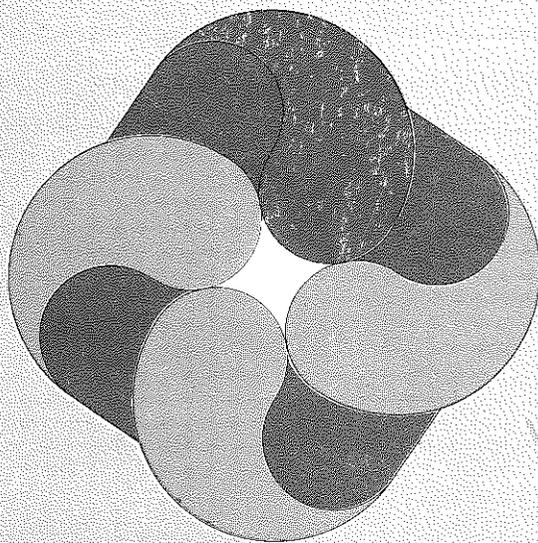


ENAIP - ENTE NAZIONALE ACLI ISTRUZIONE PROFESSIONALE

INCONTRO EUROPEO DI STUDIO

L'INTEGRAZIONE
SOCIALE E LAVORATIVA
DELL' **HANDICAPPATO**
OGGI:

ESPERIENZE
A CONFRONTO



ATTI

BOLOGNA (ITALIA) 29 - 30 GIUGNO - 1 LUGLIO 1981

53/81

GIANNI SELLERI

Presidente Nazionale ANIEP

Gli amici che mi hanno invitato a questo incontro hanno molto insistito perché partecipassi in veste di presidente di una associazione. Evidentemente si vuole sapere qualcosa sulle associazioni di handicappati, sulla funzione che hanno svolto e su quella che potrebbero svolgere.

L'analisi può essere divisa in due parti: una storica e una di attualità.

Le associazioni *fra* e *per* handicappati (IPAB, enti pubblici, libere associazioni) traggono origine dai principi e dall'ordinamento della *beneficenza pubblica*, così come fu definita dalla legge Crispi del 1890. Gli scopi di quel provvedimento erano sostanzialmente: la tutela dell'ordine pubblico, la repressione dell'accattonaggio, la cura e la rieducazione dei poveri abili e inabili. Le modalità consistevano nella centralizzazione del controllo amministrativo (Ministero dell'interno e Prefetture), nella «pubblicizzazione» formale dell'assistenza, altrimenti detta *carità legale*.

L'evoluzione della legislazione assistenziale durante il fascismo s'ispira al corporativismo, alla individuazione degli handicappati per categorie giuridiche e nosologiche, alla costituzione di enti pubblici autarchici e al potenziamento dell'attività dell'assistenza privata ed ecclesiastica, con compiti di *supplenza* e mediante la costituzione di una vasta rete di istituti di ricovero e di assistenza.

Dopo la seconda guerra mondiale, nel giro di un decennio, si costituirono numerose associazioni di « mutilati e invalidi » che si strutturano sul modello di quelle formatesi in periodo precostituzionale (per i ciechi, per i sordi, per gli invalidi di guerra). Si crearono così gli enti per gli invalidi del lavoro, di servizio, per le vittime civili di guerra, associazioni per gli spastici, per i poliomielitici, per gli handicappati psichici e infine, comprensivamente, per i mutilati e invalidi civili.

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

Dal punto di vista organizzativo e funzionale si può osservare che nella stragrande maggioranza delle associazioni di invalidi sono rifiutati alcuni principi fondamentali dell'assistenza pubblica, quale 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 del paese.

Tutte le associazioni si definiscono per *categorie giuridiche*, anziché per gli scopi, che sono uguali: assistere, tutelare, rappresentare.

Si può anzitutto rilevare la distorsione concettuale che sta alla base

della definizione di *categoria*, quando questa assume come motivo di appartenenza al gruppo, un handicap fisico o psichico o sensoriale e quando i leaders finiscono per fare del proprio stigma una «professione».

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

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 della separazione e la negazione della propria dignità e identità sociale.

Il presupposto sociologico è costituito da un pregiudizio di incapacità e di inferiorità attribuite ai portatori di handicaps, per cui da una parte si definiscono bisogni differenziati, e quindi diritti particolari, e dall'altra si prevedono strumenti e istituzioni giuridiche di tutela e di rappresentanza, ritenendo che i soggetti non possano gestire un discorso politico e sociale autonomo. Quindi fra gli handicappati e l'esigibilità dei loro diritti si costituisce sempre un mediatore burocratico (spesso per delega e nomina dello Stato), che ha il compito di proteggere gli interessi «materiali e morali», che sono diversi da quelli degli altri cittadini e che quindi rafforzano l'emarginazione e la passività.

Le associazioni di handicappati sono state poi causa di molte distorsioni del nostro sistema socio-assistenziale e hanno svolto un ruolo di conservazione culturale e politica ritardando la politica delle riforme e della sicurezza sociale, intesa come universalismo e uguaglianza delle prestazioni.

Alla fine degli anni sessanta, contestualmente alla polemica contro le istituzioni totali (manicomiali e di ricovero assistenziale) e contro gli enti «inutili», si diffonde la cultura che la malattia e l'handicap sono un effetto di disfunzioni sociali ed economiche. In questo quadro gli interventi per gli handicappati non sono più o soltanto per la riabilitazione (in senso medico e terapeutico) ma per l'integrazione sociale.

Gli handicappati hanno diritto non soltanto alle cure, all'assistenza e alla tutela, ma anche all'istruzione, alla formazione professionale, al lavoro, alla partecipazione, alla vita sociale, politica ed economica.

Stabilire l'uguaglianza degli handicappati e considerare i loro problemi nel quadro dei diritti e dei doveri costituzionali ha rappresentato l'elemento di scardinamento dell'impostazione dell'associazionismo tradizionale ed ha instaurato dinamiche evolutive fortemente positive.

Successivamente il dibattito non si è esaurito nella affermazione della soggettività dei diritti (allo studio, al lavoro, all'assistenza) quanto piuttosto sulle modalità di applicazione e di attuazione: istruzione, ma non nelle scuole speciali; lavoro, ma non nei laboratori protetti; riabilitazione, ma non in contesti separati...

L'impegno per la socializzazione prevale quindi nettamente sulle soluzioni settoriali e favorisce forme associative che agiscono al di fuori dell'ambito istituzionale degli organismi di rappresentanza « ufficiali ».

L'obiettivo dell'integrazione degli handicappati, nelle strutture formative, produttive e sociali di tutti, provoca e costringe ad una analisi sulla scuola, sulla fabbrica, sui trasporti, sul sistema sanitario previdenziale, sugli alloggi, sull'urbanistica.

Gli handicappati evidenziano una serie di condizioni negative, di disfunzioni e di carenze a livello organizzativo e di realizzazione dei servizi che i movimenti sindacali e politici avevano appena teorizzato.

Risulta così evidente che rimuovere gli ostacoli che impediscono la partecipazione sociale dei portatori di handicaps e che creare la possibilità della loro integrazione significa progettare una società migliore per tutti. In questo senso i problemi degli handicappati si costituiscono in un rapporto sociologico e politico essenziale con quelli dei cittadini normodotati.

Da questa atmosfera scaturiscono forme associative di carattere cooperativo e solidaristico, formazioni spontanee di cittadini che offrono servizi non per compiti di supplenza o con riferimento a istanze specifiche, ma secondo l'obiettivo della socializzazione e della promozione. Questo fatto, e il trasferimento agli enti locali delle competenze socio-sanitarie, fa sì che le grandi associazioni tradizionali e il loro ruolo vengano ridimensionate e circoscritte.

Tuttavia in questi ultimi tempi si devono registrare sintomi preoccupanti di involuzione legislativa e una tendenza di ritorno all'antico nell'ambito stesso della gestione dei servizi territoriali.

Vi è stata anzitutto l'interpretazione restrittiva e distorta data alla legge 18/80 per la quale si è concessa l'indennità di accompagnamento anche agli handicappati civili al solo titolo della minorazione. Tuttavia questa indennità, a differenza di quanto avviene per i ciechi, viene attribuita soltanto ai soggetti « totalmente e permanentemente inabili », cosicché quello che doveva essere un provvedimento per incentivare e favorire la vita attiva è diventato di fatto un supplemento della pensione di inabilità: ne possono beneficiare soltanto gli invalidi al 100%.

Tale orientamento ha inoltre, per le sue correlazioni con la legislazione in materia di formazione professionale e di collocamento al lavoro, innescato un meccanismo perverso, di tipo ottusamente assistenzialistico, che induce migliaia di handicappati medio-gravi a rinunciare alla riabilitazione e alla occupazione pur di ottenere la immediata erogazione di un beneficio monetario. In questo senso, quella che doveva essere una buona legge è diventata un provvedimento doppiamente ingiusto, sia perché esclude la sua originaria utenza, sia perché induce moltissimi handicappati alla rinuncia e alla passività.

Analoghe valutazioni possono essere fatte sul « decreto Aniasi » (D.M. 25-7-80) che ha determinato le tabelle indicative delle percentuali di invalidità.

Secondo l'intenzione più volte espressa dal Parlamento il decreto doveva perseguire almeno due obiettivi: 1. stabilire criteri omogenei e rigorosi per l'attribuzione delle percentuali di invalidità; 2. limitare la discrezionalità delle commissioni sanitarie provinciali che adottano spesso giudizi di ordine socio-economico con l'effetto di produrre molte decine di migliaia di pseudo-invalidi.

Il decreto del Ministero della sanità, al contrario, costituisce nel complesso un grave errore tecnico e politico tale da capovolgere e invertire tutte le scelte relative alla riabilitazione e all'integrazione sociale dei portatori di handicaps, da prefigurare un sistema di « stato assistenzialistico » tale da favorire una ulteriore inflazione di invalidi.

Per quanto riguarda i contenuti, nel decreto si fa confusamente riferimento a due parametri: 1. diminuzione della capacità lavorativa (che è notoriamente una variabile indipendente e indefinibile); 2. descrizione puntigliosa di tutti i quadri nosologici che possono produrre una menomazione anatomico-funzionale, compreso il piede piatto bilaterale e i disturbi digestivi. La giustapposizione di questi due criteri del tutto eterogenei produrrà altra confusione. Tuttavia l'aspetto più grave è costituito dal fatto di aver classificato 9 fasce percentuali di invalidità, dal 10% al 100%.

Qualunque sarà l'applicazione di questo decreto si deve rilevare che la legge 118/71 prevede, indipendentemente dalle definizioni e classificazioni eziopatologiche, tre soli gradi di invalidità (superiore a 1/3, superiore a 2/3, totale); l'aver parcellizzato e suddiviso questi tre livelli di minorazione e soprattutto l'aver introdotto nei criteri di valutazione deficit che sono al di sotto di un terzo, comporterà inevitabilmente un aumento del numero degli invalidi civili e un incremento delle invalidità medio-gravi.

Un altro sintomo dell'inversione del processo di socializzazione dei problemi dell'handicap è costituito dalla legge 190 del 27-4-81. Con questo provvedimento, approvato all'unanimità, lo Stato ha rifinanziato, nella misura di 16 miliardi per gli anni 80-81, tutti gli « enti inutili » che erano stati privatizzati in base al DPR 616 e le cui funzioni socio-assistenziali sono state trasferite alle regioni e agli enti locali.

Potrebbe sembrare che si sia trattato della solita squallida e lottizante leggina, ma vi sono implicazioni più complesse.

La difficile vicenda dell'applicazione del DPR 616/77, per la parte riguardante l'assistenza, indica le obiettive difficoltà che vi sono nel conciliare i nuovi compiti delle regioni e degli enti locali con la realtà delle associazioni e delle istituzioni che tradizionalmente coprivano o supplivano esigenze e bisogni di utenze settoriali, ciò che costituiva una realtà di pluralismo fra pubblico e privato, ma anche di sprechi, di discrezionalità, di frammentazione e talvolta di abusi.

Questa nuova legge ripropone molte gravi questioni perché non si è trattato soltanto di sovvenzionare *l'assistenza privata*, ma si è operato una scelta che rischia di compromettere la gestione unitaria della sicurezza sociale e, in prospettiva, la stessa riforma dell'assistenza. In particolare vengono così rivalutate le « categorie giuridiche » e le metodologie

amministrative e distributive dell'assistenza e beneficenza pubblica.

E' evidente che di fronte alla caduta della politica delle riforme e della programmazione dei servizi, i partiti cercano ora consensi, riproponendo l'antica pratica dell'assistenzialismo corporativo.

Un ultimo ordine di considerazioni, molto più preoccupanti, deve essere fatto sulla gestione dei servizi socio-sanitari dopo il trasferimento alle regioni e agli enti locali di molte competenze e funzioni.

Oltre all'incertezza e alle difformità normative attribuibili in parte a carenze legislative nazionali (riforma dell'assistenza, finanza locale ecc.) si deve in generale constatare il rischio del fallimento organizzativo del decentramento, ma soprattutto un forte calo politico e ideologico del progetto e della pratica della partecipazione che ha costituito il presupposto indispensabile della cultura dell'integrazione degli handicappati.

I costi della sicurezza sociale sono cresciuti più dei loro benefici, è aumentata l'asimmetria e la distanza sociale fra i gestori e gli utenti dei servizi, la pratica tecnologica prevale sull'impegno politico per la partecipazione, c'è una tendenza anche a livello locale alla privatizzazione dei consumi sociali che vengono sostituiti con risarcimenti monetari. Ma si sta soprattutto evidenziando il dato socio-politico, secondo il quale quelli degli handicappati sono *problemi tecnici* e, in quanto tali, competenza esclusiva degli specialisti. Questo comportamento ha come conseguenza l'effetto di sottrarre al dibattito pubblico e alla formazione della volontà democratica i temi della socializzazione dei portatori di handicaps e si opera nuovamente una riduzione medico-terapeutica degli interventi.

Ritengo invece che resti di estrema importanza il coinvolgimento di tutti i cittadini e soprattutto di quelli incompetenti, perché altrimenti sarà inevitabile il ritorno alle tecniche e alle strutture riabilitative e segreganti. Occorre ancora ripetere che le esigenze e i bisogni degli handicappati sono sovrapponibili a quelle di tutti i cittadini e che le difficoltà della loro condizione umana e sociale possono essere correttamente affrontate soltanto in modo contestuale integrato.

FRANCO MONTERUBBIANESI

Sono Don Franco della Comunità di Capodarco, uno dei centri italiani della rete europea, coinvolto in queste esperienze oggi messe a confronto. Sono stato invitato a partecipare a questa tavola rotonda e con piacere ho aderito perché io qui rappresento, quale presidente dell'associazione Comunità di Capodarco, l'associazione nostra nel suo sforzo di essere protagonista, ancora nel futuro, delle prospettive di vita degli handicappati e questo in un preciso senso della responsabilità politica e di noi come associazione.

Parlare dopo Gianni Selleri è un po' difficile per raggiungere la stessa intensità di tono e contenuti, ma si potrebbe dire che abbiamo cominciato insieme, lui nel creare a poco a poco l'impostazione della sua associazione, noi, a vivere insieme l'autogestione degli handicappati e dei