

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE

*Atti Convegno su:*

**Il problema dell'handicappato:  
attualità e prospettive**

*Roma, 8-9 maggio 1981*

49

Dott. GIANNI SELLERI, *Presidente A.N.I.E.P.*

Il rapporto handicappato e società è il risultato di un complesso di atteggiamenti e di comportamenti che si esprimono a livello culturale, legislativo, sociologico e psicologico, sia nell'ambito di convinzioni individuali e microsociali, sia come « inconsci collettivi ».

L'integrazione e la partecipazione degli handicappati alla vita comunitaria non dipende soltanto dall'affermazione dei principi giuridici della uguaglianza dei diritti civili e della dignità, ma soprattutto dal superamento delle condizioni e delle dinamiche dell'emarginazione.

Considerare il tema dell'emarginazione degli handicappati significa analizzare la loro « immagine sociale » e i significati culturali, morali, scientifici ed economici che si attribuiscono alla loro figura e che rafforzano e organizzano l'interpretazione collettiva; vuol dire inoltre illustrare la funzione svolta dalle leggi e dalle istituzioni in cui si è attuato l'intervento assistenziale.

Nella realtà esistenziale dell'handicappato si possono configurare le principali forme di frustrazione definite dalla psicologia; frustrazione derivante dal deficit, dal conflitto fra il danno oggettivo e il suo vissuto, dalle reazioni di esclusione dell'ambiente, dagli atteggiamenti di pietà e di svalutazione, dal sentirsi oggetto di curiosità.

L'handicappato, per le sue differenze psicosomatiche, organiche e funzionali, estetiche e comportamentali, suscita reazioni emotive *verso* e talvolta *contro* la propria persona, che traggono origine da meccanismi di difesa o da difficoltà di identificazione. Ciò provoca abbastanza spes-

so dinamiche di rifiuto o comunque di transfert distorto.

E' opportuno precisare rispetto a quali valutazioni l'handicappato è stato considerato e quali interventi sono stati adottati nei suoi confronti.

Il primo schema di riferimento è di tipo etico, secondo il quale il « malato mendicante » è oggetto di un dovere morale dell'assistenza, come espressione individuale di carità; successivamente, esso viene assimilato alle altre figure del mondo della miseria e delle « classi pericolose », quindi rinchiuso nelle « prigioni morali », istituzioni difensive dell'ordine pubblico. Ciò è stato possibile per la attribuzione sul piano religioso di un segno di colpevolezza a chiunque è toccato dalla sventura o dalla malattia.

Un altro sistema di valutazione accertato è inerente ai dati del razionalismo positivistico. E' in questo contesto che affondano le loro radici anche gli attuali modelli interpretativi medico-psichiatrici. Anche in questa fase, per le teorie organicistiche e per il persistere della convinzione di una correlazione fra anima e corpo, l'osservazione morale si connette con quella scientifica e si asseriscono influenze della malattia sul comportamento sociale, per cui al *morbo* si collega la *mostruosità* e in diversi casi la *criminalità* (Lombroso).

Vi è poi una posizione di carattere filantropico, solidaristico e giuridico, con cui, a partire dalla dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1789, si stabilisce un diritto legale e pubblico all'assistenza. E tuttavia l'illuminismo borghese,

proprio per i suoi postulati di ugualitarismo, ha finito per imporre i criteri generali della *normalità* e della conformità e per evidenziare e rifiutare quindi ogni espressione di *diversità* e di anomia.

Dopo la scoperta sociologica dei rapporti funzionali e costitutivi fra individuo e società, si afferma la nozione di diversità intesa come effetto di una « patologia sociale ».

In quest'ultima fase l'handicappato, dopo essere stato oggetto di interventi morali, giuridici, repressivi, terapeutici, diventa, nel quadro dei principi del Welfare State, un soggetto economico: viene affermato il suo diritto all'uguaglianza di opportunità, per la sua « utilizzazione » e l'espansione degli ambiti sanitari ed assistenziali.

Nonostante gli innegabili progressi che la scienza medica, la sociologia, la psicologia hanno portato nel trattamento e nella rivalutazione dell'handicappato, l'analisi e gli interventi restano ancora scollegati dalle ragioni strutturali che causano l'handicap ed emarginano il diverso, il quale resta comunque posto in un ruolo passivo e di eterogestione.

La comunità nei confronti del diverso non adotta soltanto un giudizio o un pregiudizio di valenza negativa (atto di censura), ma attraverso un « rito » stabilisce una destinazione separata, in senso topologico e psicologico, che trasferisce il soggetto dalla sua normale posizione sociale in un ruolo specifico. La « cerimonia » dell'attribuzione dello stigma si svolge in tre momenti: vi è anzitutto un confronto formalizzato fra il soggetto e i rappresentanti tecnici e sanitari, autorizzati dalla società; si emette quindi un giudizio o una diagnosi sulla natura e il grado della *devianza*, a cui segue un atto di collocazione sociale, assegnando all'individuo un ruolo speciale che ridefinisce il suo ruolo nella società.

Una volta formulata la diagnosi, si instaurano delle forti resistenze collettive, sia a modificare la definizione, sia ad accettare, successivamente al processo terapeutico, il diverso come una persona completamente reintegrabile.

Nel nostro caso l'handicappato, una volta definito tale, assume delle significazioni conclusive e globali (il sintomo diventa persona).

Si pone a questo punto il problema metodologico di una corretta individuazione e definizione dell'handicap, come presupposto degli interventi di riabilitazione e di socializzazione.

Tutta la nostra legislazione definisce gli handicappati per quello che « non hanno » (riduzione della capacità lavorativa, diminuzione della capacità di guadagno, infermità anatomo-patologica); il presupposto dell'inserimento sociale dovrebbe essere invece di individuare « quello che hanno » (le potenzialità, le capacità residue, le possibilità di integrazione e di compensazione fra deficit e facoltà esistenti, seppure sconosciute).

Soltanto da questo capovolgimento intenzionale può derivare una corretta pratica della socializzazione, che in questo senso diventa una scommessa sull'uomo e non una attività funzionale al modo di produzione industriale e alle teorie della trasformazione dell'inutile.

Si tratta in sostanza di rispondere alla domanda: come misurare gli effetti di una malattia o di un evento invalidante?

Nel nostro paese è ancora prevalente la definizione medica della malattia che si può rappresentare col seguente schema: eziologia - anatomo-patologia - manifestazione.

E' un modello interpretativo limitato, valido per le malattie acute, e che non rende conto delle conseguenze permanenti dell'evento morboso.

Secondo le classificazioni internazionali si tratta invece di prolungare la precedente sequenza: malattia → infermità → incapacità → handicap.

Le *infermità* sono l'esteriorizzazione di uno stato patologico rilevabile secondo anomalie riferite ad organi del corpo o a funzioni anatomiche o intellettuali.

Le *incapacità* consistono nella diminuzione o nella perdita dell'attitudine e della possibilità di svolgere certe attività o funzioni, nelle stesse condizioni in cui sono normalmente praticate.

L'*handicap* è lo svantaggio di cui è portatore un soggetto che, a causa di una infermità o di una incapacità, non può, in parte o in tutto, svolgere funzioni e compiti che sono normali per altri. Si tratta di una proiezione sociale dell'evento patologico che richiede interventi e prestazioni « non mediche ».

Questo nuovo codice per valutare le conseguenze della invalidità può avere effetti sul piano operativo e della gestione della programmazione dei servizi; resta invece aperto il problema degli atteggiamenti e dei comportamenti sociali inadeguati o riduttivi nei confronti degli handicappati.

Sotto questo profilo non sembra sufficiente ritenere che quanto più la comunità farà esperienza, attraverso i processi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale, della realtà degli handicappati, tanto più si ridurranno i pregiudizi ed i fenomeni di rigetto. Occorre affrontare il problema anche dal punto di vista della prassi politica.

Il dato più inquietante della situazione attuale dei servizi socio-sanitari — dopo le tensioni conseguenti al trasferimento delle competenze e delle funzioni alle regioni e agli enti locali — è costituito dal riaffermarsi di comportamenti

assistenzialistici e soprattutto dal progressivo affievolimento della partecipazione.

Sta diventando opinione comune che i problemi della integrazione sociale degli handicappati siano soprattutto tecnici e perciò specifici e specialistici, competenza e responsabilità di pochi. In realtà proporsi l'obiettivo della socializzazione degli handicappati significa mettere in discussione tutto il complesso dei servizi e delle condizioni sociali che interessano la generalità dei cittadini: sanità, scuola, occupazione, assetto urbanistico, tempo libero.

I problemi di funzionamento sembrano invece prevalere su quelli pratici, cosicché il tema dei servizi sociali rischia di non essere più accessibile al dibattito pubblico e alla formazione della volontà democratica. Infatti la soluzione dei problemi tecnici non richiede discussione pubblica, anzi questa viene percepita come una problematizzazione delle condizioni entro cui si pongono tecnicamente i compiti amministrativi.

Invece bisogna rivalutare tutti gli ambiti comunicativi come condizione della socializzazione, anche se ciò comporterà qualche scarto di razionalità e qualche ritardo a livello di efficienza organizzativa.