

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1652

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DAL CANTON MARIA PIA, BERLOFFA, COLLESELLI, CONCI ELISABETTA, LATTANZIO, JERVOLINO MARIA, RAMPA, LUCCHESI, SCHIAVON, BOLLA, PERDONÀ, DI LEO, REPOSSI, CAIAZZA, BIANCHI FORTUNATO, GAGLIARDI, GITTI, CENGARLE, BACCELLI, STELLA, BREGANZE, TROISI, BUFFONE, DE MARZI, SEMERARO, GUERRIERI FILIPPO, BARTOLE, PATRINI, BIAGGI NULLO, FUSARO, CERRETI ALFONSO, DE LEONARDIS, BALDELLI, CHIATANTE, PAVAN, FRANZO, MAROTTA VINCENZO, LONGONI, VALIANTE, TITOMANLIO VITTORIA, AZIMONTI, PETRUCCI, BISANTIS, MARTINA, TOZZI CONDIVI, SODANO, FRACASSI, LA PENNA, PICCOLI, HELFER, VERONESI, LOMBARDI GIOVANNI, DE CAPUA, BUTTÈ, CASTELLUCCI, AMODIO, ROMANO BARTOLOMEO, SCIOLIS, BOLOGNA, FERRARI GIOVANNI, SANGALLI, BIASUTTI, ARMANI, REALE GIUSEPPE, VINCELLI, VOLPE, VEDOVATO, ZUGNO, GERBINO, LIMONI, CASTELLI, LUCIFREDI, GIOIA, MONTINI, ALESSANDRINI, ISGRÒ, AMADEO ALDO, QUINTIERI, COCCO MARIA, SORGI, JOZZELLI, ANDREUCCI, SAMMARTINO, RIPAMONTI, GALLI, FRUNZIO, COLOMBO VITTORINO, LOMBARDI RUGGERO, MERENDA, BARONI, RICCIO, FRANCESCHINI, BERTÈ, BERRY, DELLE FAVE, NEGRARI, MARTINELLI, MARCONI, FORLANI, FORNALE, BUZZETTI, CERVONE

Presentata il 21 ottobre 1959

Sulla riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche

ONOREVOLI COLLEGHI! — Mentre l'assistenza e la riabilitazione di alcune categorie di minorati (ciechi e sordomuti) viene svolta in Italia da decenni nei confronti della totalità degli interessati e mediante idonei strumenti tecnici — sulla base di una legislazione sufficientemente chiara e completa, al cui perfezionamento ulteriore mirano altre proposte di legge (ad esempio la proposta n. 1057: «Nuove disposizioni relative all'Opera nazionale ciechi civili) — e mentre a colmare le deficienze e le lacune dell'assistenza attuata in favore di altre categorie di minorati (mutilati e invalidi civili) sono state presentate all'esame del Parlamento organiche proposte (ad esempio la proposta n. 200: «Provvedi-

menti a favore dei menomati negli arti e degli altri mutilati ed invalidi civili»), l'azione di riabilitazione e di assistenza nei confronti del numeroso gruppo dei minori irregolari nello sviluppo psichico presenta gravi carenze, sia sotto l'aspetto quantitativo che sotto quello qualitativo, perché la legislazione che disciplina il settore non è sufficientemente chiara, completa ed organica e consente solo l'attuazione di interventi sporadici e scarsamente efficaci.

Attualmente, infatti, l'obbligo scolastico, sancito dall'articolo 34 della Costituzione, non può essere assolto dalla generalità dei fanciulli che presentano irregolarità psichiche (e che pur potrebbero conseguire soddisfa-

centi risultati scolastici) in quanto la scuola solo per alcuni di essi è in grado di rispondere alle differenziate esigenze derivanti dalle loro particolari condizioni. Peraltro in questi ultimi anni si è notato un movimento di studi e di proposte (quali quelle formulate nell'ambito del piano decennale per lo sviluppo della scuola), tendenti alla soluzione generale del problema.

Il diritto al lavoro, solennemente sancito nell'articolo 4 della Carta costituzionale è tuttora praticamente ostacolato nella sua attuazione per molti di questi soggetti per i quali una saggia opera di riabilitazione, fondata su presupposti scientifici ed affidata a strumenti specialistici, consentirebbe una parziale o totale ripresa delle capacità lavorative.

In genere la partecipazione attiva di questi cittadini alla vita sociale viene largamente compromessa, a causa dell'inadeguata attuazione del precetto costituzionale, contenuto nel 1° e nel 3° comma dello articolo 38. Ma la diffusione dei principi di igiene mentale e la conoscenza dei risultati conseguiti nell'assistenza medico-psico-pedagogica, vanno lentamente confermando nell'opinione comune la necessità di assicurare l'educazione e l'avviamento professionale dei soggetti « minorati psichici » (o, come preferiremmo definirli, dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico) e, in caso di inabilità al lavoro congiunta all'indisponibilità di mezzi di vita, di assicurare loro mantenimento ed assistenza sociale. Tale necessità è oggi comunemente avvertita come un obbligo che lo Stato non può e non deve trascurare.

Se è vero (come ci sembra dimostrato in base ai dati forniti nella presente relazione) che tale obbligo oggi viene assolto in modo assai frammentario ed insufficiente; e se è vero che tale carenza non può essere sanata senza un organico provvedimento legislativo, del tipo di quello che qui si propone, resta evidente il motivo che ha consigliato ai proponenti di predisporre uno schema di legge che risponda adeguatamente alle esigenze rilevate.

Altre proposte sono state presentate in passato, come la proposta del senatore Spallicci (n. 1171, II legislatura); ma investendo esse solo particolari aspetti del complesso problema, i provvedimenti ivi auspicati sarebbero stati destinati a conseguire una assai limitata efficacia.

Anche le proposte riguardanti l'assistenza psichiatrica (come la proposta dell'onorevole Ceravolo, n. 338, II legislatura, e la proposta

del senatore Banfi, n. 157, III legislatura) investono solo parzialmente il settore che costituisce l'oggetto della proposta che ora si presenta.

Per rispondere ai voti formulati in molti convegni (vedasi ad esempio le conclusioni del V congresso della Società italiana per l'assistenza medico-psico-pedagogica ai minorati dell'età evolutiva e nel recente Convegno nazionale di studio sui minori irregolari nello sviluppo psichico indetto dall'Ufficio problemi assistenziali della Democrazia cristiana) o nelle conclusioni di ricerche sull'argomento (vedasi l'« Inchiesta sugli strumenti di recupero scolastico dei ragazzi mentalmente insufficienti », attuata dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo nel 1957-58) e soprattutto per rispondere alle istanze che provengono dallo stato di bisogno degli interessati, si è ritenuto doveroso affrontare in modo più completo il problema, nella consapevolezza di realizzare in tal modo uno dei principali impegni programmatici della Democrazia cristiana in materia assistenziale.

Naturalmente nell'elaborare la presente proposta abbiamo largamente utilizzato risultati di studi già compiuti in materia, accogliendone le conclusioni ivi formulate.

MOTIVI CHE RICHIEDONO UN PROVVEDIMENTO LEGISLATIVO.

Sotto il profilo legislativo, amministrativo e tecnico si riscontra, allo stato attuale, un divario considerevole tra gli orientamenti dettati dalla Costituzione e la situazione reale del nostro Paese.

Dal punto di vista legislativo, si notano soprattutto le seguenti carenze:

1°) una confusa definizione dei soggetti interessati all'assistenza psichiatrica nell'età minorile;

2°) una imprecisa definizione delle competenze di intervento, obbligatorie e facoltative, che rimangono divise tra l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, le Amministrazioni provinciali e quelle comunali, con il conseguente sorgere di frequenti conflitti di competenza;

3°) la mancanza di un collegamento tra le disposizioni (invero assai modeste ed insufficienti) riguardanti le classi differenziali e le scuole speciali per « minorati psichici », con le disposizioni riguardanti l'assistenza sociale e l'assistenza psichiatrica agli stessi soggetti;

4°) l'assenza di un intervento diretto dello Stato.

La legge 14 febbraio 1904, n. 36, sui manicomio e sugli alienati, assegna alle provincie il compito di « custodire e curare nei manicomio le persone affette per qualsiasi causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sè o agli altri o riescano di pubblico scandalo ». La stessa legge sancisce l'obbligo delle provincie di provvedere al mantenimento degli alienati poveri.

Il testo unico 4 febbraio 1915, n. 148, della legge comunale e provinciale, modificato con regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2839, ed il testo unico 3 marzo 1934, n. 383, della legge comunale e provinciale, ribadiscono rispettivamente l'obbligo delle provincie di « mantenere i mentecatti poveri della provincia » e di provvedere all'assistenza degli infermi di mente e alle spese di trasferimento dei detti infermi da un manicomio all'altro, ovvero da un manicomio giudiziario ad un istituto comune.

Talvolta le Amministrazioni provinciali interpretano le disposizioni legislative citate in senso restrittivo (nonostante che il regolamento di esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, adottò una dizione estensiva) non ritenendosi, pertanto, obbligate ad assistere gli infermi di mente, qualora non siano « pericolosi a sè o agli altri » o non riescano « di pubblico scandalo » (tanto più che gli inabili al lavoro irrecuperabili, e tra essi gli alienati non pericolosi ed irrecuperabili, devono essere assistiti dai comuni). È da notare inoltre che l'assistenza ai fanciulli minorati psichici recuperabili non pericolosi costituisce per le provincie *un compito facoltativo*.

Al riguardo la legge del 10 dicembre 1925, n. 2277, ed il regolamento di esecuzione approvato con decreto legge 15 aprile 1926, n. 718, assegna all'O. N. M. I. il compito di assistere i minorenni « anormali psichici », fino ai 18 anni di età. Il regolamento suddetto stabilisce che — nei limiti di cui alle leggi 14 febbraio 1904, n. 36, testo unico 4 febbraio 1915, n. 148 e regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2839, sopra citate — le spese anticipate dall'O. N. M. I. per l'assistenza ai fanciulli minorati psichici debbono essere rimborsate dalle Amministrazioni provinciali.

In effetti la situazione assistenziale, per la mancanza di chiarezza delle norme legislative, varia da provincia a provincia.

Non è però da credere che sia sufficiente una saggia interpretazione delle disposizioni vigenti, chè la sostanziale manchevolezza delle stesse è tale da pregiudicare per molta parte la validità degli sforzi compiuti da Enti

pubblici e da privati. Si veda ad esempio l'insufficienza e l'anacronismo dei concetti di « minorato psichico » di « mentecatto », di « pericoloso a sè o agli altri » (concetto valido solo ai fini della sicurezza pubblica), fortemente limitativi e tali da escludere dalle prestazioni la gran parte degli irregolari che pure ne abbisognano. Si veda ancora l'imprecisione del concetto di recuperabilità e di irrecuperabilità, fonte di tante dispute circa le competenze tra gli enti sopra citati.

Alla vaga attribuzione di competenze, alcune delle quali — come si notava — sono tuttora facoltative, consegue di fatto una larga carenza di servizi tecnici, un insufficiente numero di specialisti e talvolta un mancato aggiornamento nei metodi di intervento, di fronte ai quali i lodevoli sforzi di singoli professionisti (insegnanti, pedagogisti, psicologi, psichiatri), di Autorità scolastiche, di Amministrazioni provinciali o comunali, di Enti assistenziali, di Cliniche universitarie, di Enti privati mettono in maggior rilievo la confusa situazione attuale e la necessità di un completo riordinamento.

Per misurare il divario tra la situazione di bisogno e gli interventi attuati si forniscono qui di seguito alcune indicazioni orientative circa la diffusione delle irregolarità e circa il numero di soggetti che attualmente beneficiano delle varie prestazioni in atto.

L'indice di incidenza dei disturbi e delle irregolarità psichiche sulla popolazione minore nei vari Paesi del mondo oscilla in base al tipo di stime compiute ed al sistema di composizione del campione.

Esso varia inoltre, tipicamente, tra le età di inizio dell'obbligo scolastico e le età della crisi puberale: nelle prime è più conosciuta l'incidenza delle irregolarità nello sviluppo dell'intelligenza (ritardi, *deficit*, ecc.) e nelle seconde è più conosciuta l'incidenza delle irregolarità nello sviluppo del carattere (irregolarità della condotta, forme di inibizione, di aggressività, fughe, ecc.).

Le irregolarità dell'intelligenza — secondo le stime compiute nei vari Paesi europei e in base alle indagini campionarie svolte in Italia — interessano, ai sei anni, circa il 10 per cento di ciascuna leva scolastica (si deve quindi ritenere che sui 790.000 soggetti costituenti la leva scolastica annuale in Italia non meno di 75.000 presentino irregolarità nello sviluppo intellettuale, spesso collegate con irregolarità nella sfera affettiva).

In base ad accertamenti sulla durata del trattamento, si può rilevare che tale quota di irregolari comporta complessivamente la esi-

genza di intervento contemporaneo su non meno di 375.000 minori.

Secondo analoghe stime straniere e italiane nell'età della crisi puberale e nell'età dell'adolescenza, si è riscontrato che le irregolarità del carattere incidono per circa il 20-25 per cento (di cui circa il 6-8 per cento costituiscono irregolarità di grado notevole e circa il 14-17 per cento irregolarità di lieve grado). Vista la minore durata degli interventi, si calcola che in Italia non meno di 300.000 soggetti di tali età richiedano prestazioni specializzate (a).

Vi sono inoltre i casi di minori affetti da malattie mentali. Secondo le indicazioni circa il movimento dei minori ospedalizzati in ospedali o cliniche neuropsichiatriche, a tali forme vengono annualmente interessati oltre 5.000 minori (tale cifra è però inferiore al numero dei minori affetti da malattie mentali) (b).

Facendo il confronto con altre « malattie sociali » (tubercolosi, cancro, reumatismi, diabete, ecc.) si rileva che oggi, per le età minori, i disturbi e le irregolarità psichiche costituiscono senza dubbio una delle anomalie più diffuse.

Le indicazioni qui fornite possono solo orientativamente dare un'immagine della ampiezza che dovrebbero assumere gli interventi riabilitativi, curativi ed assistenziali; si aggiunga che per compiere un'adeguata opera di prevenzione e di intervento precoce l'area degli interventi dovrebbe essere estesa in modo da raggiungere i soggetti alle primissime manifestazioni di irregolarità e possibilmente prima ancora, quando si verificano condizioni che possono causare eventuali effetti patologici, anche nel periodo della gestazione.

Gli interventi attuati oggi in Italia, possono essere così compendati:

Interventi diagnostici: ad essi provvedono i centri o consultori medico-psico-pedagogici; i dispensari di igiene mentale; gli istituti o centri di osservazione.

I centri medico-psico-pedagogici operanti oggi in Italia sono, secondo le notizie più aggiornate, 117. Di essi:

— n. 40 circa vengono gestiti, presso le Case della madre e del bambino, dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia;

— n. 57 vengono gestiti dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo; essi operano in altrettante provincie;

— n. 20 circa vengono gestiti da Provveditorati agli studi, da Amministrazioni locali, da Cliniche universitarie, da Centri di rieducazione dei minorenni del Ministero di grazia e giustizia, da Istituti privati.

Non si conoscono precise notizie in merito al numero dei soggetti diagnosticati annualmente da tali istituzioni: solo per i 57 C.M.P.P. dell'E. N. P. M. F., che costituiscono la rete più diffusa e con più lunga tradizione, si dispone di notizie più precise: annualmente vengono diagnosticati da tali C. M. P. P. 13.000 fanciulli o adolescenti; per altri 5.000 minori circa vengono fornite prestazioni di consulenza in merito a casi che presentano sintomi di dubbia irregolarità; per un numero di soggetti variabile di anno in anno, e che raggiunge al massimo altri 10.000 fanciulli, vengono compiuti dei rilievi collettivi (*dépistages*) nelle prime classi delle scuole elementari o negli istituti educativo-assistenziali.

I dispensari di igiene mentale, gestiti dalle Amministrazioni provinciali, svolgono la loro opera in genere a favore degli adulti; talvolta diagnosticano pure minori, soprattutto al fine di assisterli presso istituti medico-pedagogici; ma la diagnosi psichiatrica dei dispensari di igiene mentale non può essere considerata omogenea alla diagnosi medico-pedagogica dei C. M. P. P., che invece è il frutto della integrata competenza di neuropsichiatri dell'infanzia, di psicologi clinici, di assistenti sociali specializzati, operanti in *équipe* ed orientati non tanto a decidere circa il grado di recuperabilità dei soggetti o circa il loro inserimento in istituzioni specializzate, quanto a definire le cause organiche, psicologiche, ambientali del disturbo e le modalità più adatte per un completo recupero.

Infine gli Istituti di osservazione svolgono le diagnosi medico-psico-pedagogiche in internato: nella quasi totalità fanno capo alle istituzioni rieducative del Ministero di grazia e giustizia e si dedicano quindi ad una particolarissima categoria: quella dei minori sottoposti a giudizio perché imputati di aver commesso reati e quella dei minori che presentano sintomi di antisocialità o di irregolarità della condotta (gli uni e gli altri, quindi, non sono necessariamente dei minori irregolari psichici).

Interventi in esternalità: oltre ai trattamenti ambulatoriali svolti dai C. M. P. P., e che

(a) Cfr. W. D. WALL: *Education et Santé mentale*, Unesco, Paris 1955.

(b) Cfr. *Annuario delle statistiche sanitarie*, 1955, Roma, ISTAT.

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

comprendono sia psico-terapie, attuate da psicologi clinici o da psichiatri, sia trattamenti psico-sociali (*social casework*) attuati da assistenti sociali specializzati, si devono annoverare i seguenti interventi:

— l'assistenza rieducativa presso *scuole materne specializzate per bambini irregolari psichici*, in genere, ovvero per bambini affetti da singole forme (epilessia, mongolismo, discinesi, ecc.). Non esiste una rilevazione sistematica di tali istituzioni, che, peraltro, sono rarissime e largamente insufficienti rispetto alle esigenze di un tempestivo recupero in età pre-scolastica o di un'assistenza in esternato per bambini affetti da gravi irregolarità. Tali istituzioni vengono gestite da amministrazioni comunali o da privati;

— *l'istruzione differenziata o speciale*, cui provvede il Ministero della pubblica istruzione. Solo eccezionalmente si affiancano ad esso alcune opere private.

Le classi differenziali per mentalmente insufficienti o per disadattati sono istituite in numero di 350 circa in 52 provincie (più precisamente in 84 comuni, di cui 47 capoluoghi e 39 non capoluoghi). Esse accolgono circa 4.500 alunni, di cui oltre due terzi in prima classe elementare. Le notizie riguardanti le classi differenziali sono state per la prima volta rilevate sistematicamente in occasione dell'« Inchiesta sugli strumenti di recupero scolastico dei ragazzi mentalmente insufficienti », attuata dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo d'intesa

col Ministero della pubblica istruzione. Da tale inchiesta sono emerse le notevoli carenze quantitative (che potrebbero essere sanate solo in parte mediante l'attuazione del « piano decennale per lo sviluppo della scuola », che prevede un modesto stanziamento per questo importante settore), nonché le numerose carenze qualitative, in parte collegate con lo scarso numero di classi differenziali esistenti, in parte dipendenti dall'assurda distribuzione geografica delle classi stesse e delle scuole speciali, dalla mancata selezione dei soggetti attraverso la diagnosi dei C. M. P. P., dalla carenza di qualificazione del personale, ecc.

Le scuole speciali — secondo le rilevazioni dell'Istituto centrale di statistica — accolgono 3.500 alunni anormali psichici, in esternato:

— circa 1.500 minori irregolari della condotta possono godere di particolari *misure rieducative disposte dai tribunali per minorenni* ed attuate dal servizio sociale giudiziario del Ministero di Grazia e Giustizia ai sensi dell'articolo 25 della legge 25 luglio 1956, n. 888.

Interventi in internato: sono attuati da vari enti:

— secondo l'annuario statistico dell'assistenza, l'O. N. M. I. assiste in Istituto 1.261 bambini o fanciulli anormali psichici educabili;

— secondo la stessa fonte vi sono in Italia 38 Istituti per « minorati psichici » distribuiti in 27 provincie (il che significa che 65 provincie ne sono completamente prive!). In essi vengono accolti n. 4.526 minori.

REGIONI	Province con istituti che accolgono anormali psichici	Numero di istituti	MINORI ASSISTITI		
			Maschi	Femmine	Totale
Nord	16	23	1.274	794	2.068
Centro	7	10	805	717	1.522
Sud	3	4	545	331	876
Isole	1	1	—	60	60
ITALIA	27	38	2.624	1.902	4.526

Secondo le statistiche dell'istruzione, gli alunni che godono di istruzione speciale in istituto sono 3.228. Purtroppo tutte queste indicazioni non sono tra loro omogenee né confrontabili, anche se, ovviamente, in gran

parte riguardano i medesimi soggetti considerati da più punti di vista (assistiti, alunni, ecc.).

Altri 4.191 « minorati psichici » (di età anche superiore ai 21 anni) sono accolti in

Istituti non specializzati (orfanotrofi, istituti per minori abbandonati, istituti per vecchi, ecc.).

Altri minori vengono assistiti in ospedali neuro-psichiatrici, in reparti per malati di mente di ospedali civili, in case di cura, ecc. Le statistiche dell'Istituto centrale sono al riguardo contraddittorie e non forniscono una chiara indicazione circa il numero di minori ricoverati. Al 22 marzo 1956 ne risultavano ospitati 3.400.

Sia gli Istituti medico-pedagogici, sia gli ospedali o cliniche psichiatriche vengono gestiti da Amministratori provinciali, da Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da privati.

Altri 5.000 minori irregolari nella condotta vengono accolti nelle istituzioni rieducative del Ministero di grazia e giustizia (Istituti di osservazione e Case di rieducazione) a seguito di provvedimento del tribunale per minorenni.

Da questi pur incompleti ragguagli emerge l'insufficienza degli interventi attuati: ma è doveroso rilevare in particolare come nelle regioni del Mezzogiorno tale insufficienza sia ancor più elevata che non per le altre regioni; considerazione analoga si deve compiere ponendo a raffronto la situazione delle città rispetto a quella delle campagne; infatti la carenza è più rilevante in queste zone rispetto a quelle.

I progressi compiuti in questi anni, soprattutto nel settore diagnostico, con la diffusione dei centri medico-psico-pedagogici, non consentono ancora di assistere adeguatamente migliaia di soggetti che pur potrebbero essere recuperati, resi abili ad un produttivo lavoro, per lo meno essere aiutati a condurre una vita quanto più possibilmente umana.

Da questo stato di cose, quindi, emerge la necessità di mettere le basi per un intervento più organico ed adeguato di prevenzione delle irregolarità psichiche e di riabilitazione dei minori che ne sono affetti, intervento che richiede la partecipazione diretta dello Stato, come promotore, vigile propulsore, coordinatore delle varie iniziative; che esige la chiara attribuzione delle competenze, saggiamente ripartita tra i vari organismi scolastici, addestrativi, sanitari, assistenziali che ne sono implicati; che deve rendere attivamente interessati e partecipi gli organi dello Stato, le Amministrazioni locali, gli altri Enti pubblici e privati, i vari specialisti, insegnanti, operatori assistenziali, chiamati

a cooperare alle molteplici iniziative di prevenzione e di recupero.

Per porre in atto questo programma è necessario che un provvedimento legislativo organico consenta l'uniforme sviluppo delle iniziative nelle varie regioni; garantisca l'adeguata qualificazione del personale; favorisca un'opportuna e necessaria specializzazione degli strumenti operativi; colleghi tra loro le varie prestazioni attuate accrescendone l'efficacia; provveda al finanziamento delle amministrazioni o istituzioni pubbliche interessate.

* * *

Un simile provvedimento si deve naturalmente inquadrare in una più ampia prospettiva, che da un lato investe vari aspetti dell'istruzione e dell'assistenza minorile e dall'altro investe i problemi generali dell'igiene, della sanità mentale e dell'assistenza psichiatrica.

Infatti, soprattutto ai fini della prevenzione e della tempestività degli interventi, l'assistenza medico-psico-pedagogica va strettamente collegata con le iniziative e le attività di assistenza minorile, quali quelle che vengono svolte nelle prime età dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia e nelle età scolastiche dalla scuola e dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo.

Per altro aspetto, soprattutto nei casi più gravi per i quali gli interventi richiesti siano in gran parte di natura psichiatrica, non si può trascurare la necessità di un efficace affiancamento delle iniziative minorili a quelle dell'assistenza psichiatrica agli adulti, sia pur con le dovute garanzie e con le necessarie distinzioni.

L'estensione e la natura degli interventi richiesti ben si comprendono ove si rifletta sugli orientamenti assunti in tutti i Paesi civili nel settore dell'igiene mentale in generale ed in particolare dell'igiene mentale minorile.

L'esperienza mondiale degli ultimi decenni ha infatti dimostrato chiaramente come proporzionati ed efficaci realizzazioni in campo di igiene mentale siano piuttosto l'espressione della forza risanatrice presente in un dato momento storico in una data società, che il risultato di apporti esterni a detta società; si esige dunque da parte dello Stato ancor più che un intervento esteriore e paternalistico, un impegno rivolto a sollecitare forze latenti nella società, a facilitare ed agevolare la formazione di una più cosciente opinione

pubblica; la specializzazione e il lavoro di professioni diverse; la migliore integrazione delle iniziative esistenti, e, solo in caso di carenza di talune di queste, l'intervento diretto, in particolare a favore delle categorie più bisognose, al fine di evitare perniciose sperequazioni.

Lo Stato non monopolizzi, dunque, l'intervento a favore dell'igiene mentale, ma in quanto sollecito tutore della salute pubblica, sostenga e coordini quanto la società è capace progressivamente di produrre in questo settore.

Salute mentale è autonomia sociale di singoli e di gruppi: impropri interventi in nome di una malintesa igiene mentale possono favorire la dipendenza e ritardare, ostacolare o impedire il formarsi di questa autonomia, ispirata ai principi generali dell'igiene mentale ed a quelli particolari dell'igiene mentale minorile (che riguardano, cioè, le caratteristiche e le specifiche esigenze dei soggetti in età evolutiva). Si rende necessaria una nuova proposta che in quei principi trovi lo spunto ed i vincoli precisi in base ai quali regolare la complessa materia ed orientare organicamente l'azione di prevenzione e di riabilitazione. Questa caratteristica di organicità e di massima integrazione degli sforzi è condizione essenziale per assicurare la massima efficacia agli interventi implicati, come chiaramente indicato anche dalla inadeguatezza e insufficienza dei tentativi troppo settoriali e disarmonici finora condotti, a tal punto che un tale requisito è apparso essenziale e inderogabile, quale che fosse il sacrificio necessario per ottenerlo.

Un'impostazione organica si esige anzitutto a causa della complessità e molteplicità dei disturbi e delle irregolarità affrontate e delle conseguenti complessità e molteplicità di esigenze dei soggetti e degli strumenti necessari alla loro riabilitazione. La mutevolezza di manifestazioni delle irregolarità e in ogni caso la variabilità delle esigenze si possono riscontrare nel singolo soggetto, a causa della sua appartenenza a quella fase della vita che viene qualificata come « evolutiva » proprio a motivo degli interni dinamismi e dei processi maturativi che le sono propri. Tale circostanza determina un evolversi delle esigenze ed un mutarsi degli interventi; il criterio che ne consegue subordina ogni intervento alla peculiare e individuale dinamica del soggetto e respinge decisamente ogni modalità di intervento che sacrifichi l'unità funzionale del soggetto al frazionamento e alla eventuale mancanza di inte-

grazione degli organismi impegnati nel settore. Infine l'accento preminente posto sulla natura sociale, cioè integrata, sia della prevenzione come della riabilitazione investe tanti e diversi momenti e settori della vita sociale (opinione pubblica, famiglia, scuola, lavoro, tempo libero, organizzazione sanitaria e assistenziale) da esigere ancor più e meglio un piano armonico ed organico per gli interventi a cui tutti questi settori responsabili sono chiamati.

* * *

Un altro motivo ha consigliato di prendere l'iniziativa della presente proposta: si è rilevata la necessità di intervenire a favore dei minori con un provvedimento distinto da quello riguardante gli ospedali psichiatrici in genere e l'assistenza psichiatrica agli adulti in particolare.

I rapidi progressi conseguiti dalle discipline collegate alla psico-pedagogia ed in particolare dalla psico-patologia dell'età evolutiva; il sempre maggior interesse di studiosi e di operatori assistenziali per la riabilitazione di minori irregolari e le positive esperienze che si vanno conducendo (purtroppo solo in termini sperimentali e con una diffusione tuttora modesta); la recente introduzione dei metodi del servizio sociale nell'assistenza e nella rieducazione minorile hanno in questi anni posto in luce ancor maggiormente le caratteristiche differenziali dell'assistenza medico-psico-sociale all'età evolutiva rispetto all'assistenza medico-psico-sociale agli adulti.

La presente proposta si caratterizza con un indirizzo strettamente educativo-assistenziale, intendendo con ciò impegnare il massimo di energie al recupero sociale del soggetto in una fase tipicamente « evolutiva », in cui, come frequentemente possono manifestarsi in lui ritardi o irregolarità, così e con altrettanta frequenza possono verificarsi riprese e miglioramenti, se si interviene per tempo e con l'impiego di mezzi adatti allo scopo.

Nella proposta di legge sull'assistenza psichiatrica invece non può che prevalere nettamente il carattere curativo-assistenziale. Entrambi tali proposte debbono interessarsi della prevenzione, dell'igiene mentale, del recupero, dell'assistenza sociale collaterale e successiva agli interventi strettamente riabilitativi: ma gli stessi termini assumono un significato diverso nell'una e nell'altra, proprio in quanto in questa vi è un interesse specifico e prevalente — che nell'altra necessariamente rimane maggiormente in ombra: — l'istruzione, l'educazione, la formazione pro-

fessionale, la « socializzazione » dei minori irregolari nello sviluppo psichico, al fine di consentire loro, in tutti i casi in cui le scienze e le tecniche lo rendono possibile, di raggiungere quello stadio di vita autonoma e produttiva che le istituzioni sociali assicurano ai minori normali.

È tuttavia evidente che si dovrà prevedere un collegamento organico tra i due settori, con chiare norme al riguardo, che permettano di adottare in ogni caso idonei provvedimenti amministrativi e di attuare il trattamento riabilitativo ed assistenziale più adeguato. Tale collegamento — come rileveremo oltre — si dovrà stabilire soprattutto per l'età di confine oltre che nei confronti di quei soggetti che devono essere avviati ad istituti propriamente psichiatrici.

La riforma dell'assistenza psichiatrica, da tempo auspicata da parte di tutti gli ambienti interessati, potrà più compiutamente regolare questi aspetti.

CRITERI SEGUITI NELLA PROPOSTA.

Nel predisporre una riforma legislativa del settore si ritiene necessario rivedere completamente la definizione dei soggetti interessati; precisare compiti di prevenzione e di riabilitazione alle varie fasi (reperimento, diagnosi, trattamenti in esternato ed in internato); definire le competenze amministrative nella forma più chiara e più funzionale; predisporre gli strumenti necessari per la preparazione del personale; ed infine indicare le fonti e l'entità del finanziamento. Sui criteri che hanno guidato l'impostazione dei complessi problemi indicati, si espongono qui di seguito alcuni ragguagli orientativi.

Per la definizione dei minori irregolari nello sviluppo psichico.

Si è ritenuto necessario porre particolare attenzione nel definire i soggetti irregolari nello sviluppo psichico.

La prima importante osservazione che va compiuta a questo riguardo è sull'ampiezza notevolmente maggiore dell'area che dovrà essere investita dalla futura legislazione rispetto a quella prevista da precedenti provvedimenti. Ciò è ottenuto non tanto con l'includere nuove categorie di soggetti a fianco di quelle che già fin d'ora godono di qualche sporadica e parziale provvidenza, quanto piuttosto con l'assumere un criterio di valutazione completamente nuovo nei principî informativi e per le conseguenze pratiche che logicamente ne scaturiscono.

Si dovrebbe infatti deliberatamente escludere ogni tentativo di giungere a delle definizioni di soggetti solo formalmente precise, ispirate a dottrine scientifiche (psichiatriche o psico-pedagogiche o sociali) più o meno durevoli o transeunti, proprio allo scopo di eliminare o almeno fortemente ridurre il pericolo di aprioristiche definizioni. L'assillo di preventivamente definire e classificare il più rigorosamente possibile questi particolari soggetti, trova la sua inaccettabile giustificazione nella generale presunzione che solo una tale impostazione ne garantisca l'applicabilità. In realtà si è visto che questa esigenza di precisione formale, lungi dall'agevolare la tempestiva messa in opera dei vari strumenti di intervento, appesantendo l'apparato burocratico e di controllo preventivo, rende tardivi e inefficaci quegli interventi che si giustificano solo se realizzati precocemente e secondo precise modalità tecniche.

Il criterio nuovo deve rifuggire da definizioni aprioristiche come quella di « minorato psichico » perché scientificamente inesatta, tecnicamente inadeguata, controproducente per l'opinione pubblica e soprattutto inutilmente pessimistica nei confronti del soggetto irregolare. Occorre invece indicare la vasta gamma di cause manifeste o latenti, soggettive ed ambientali che possono provocare il disturbo, ma soprattutto cogliere nell'inevitabile processo di disadattamento sociale che ne consegue l'oggetto primario della legge, inquadrando tale disadattamento sociale nelle sue molteplici variabili di età cronologica e nelle sue molteplici coordinate ambientali.

Occorre respingere inoltre come inadeguata l'altra impostazione tendente a dosare e qualificare gli interventi secondo una aprioristica classificazione dei soggetti della legge in due categorie prognostiche, quella dei « recuperabili » e quella degli « irrecuperabili ». La conseguenza pratica di una tale bipartizione è stata quella di livellare paurosamente gli interventi da prestare ai soggetti della prima categoria e di respingere in istituzioni chiuse (d'altronde non sempre reperibili e presto trasformate in « cronici » senza speranza) i soggetti della seconda categoria, e infine di mortificare il lavoro dei tecnici preposti alla diagnosi, portandoli inevitabilmente ad una prestazione di tipo peggio che fiscale e nominalistico e sottraendo loro uno stimolo potente per il perfezionamento scientifico degli strumenti verso una diagnosi-prognosi veramente individualizzata. Occorre sancire come un dovere della società

la prestazione ai soggetti in età evolutiva che presentino irregolarità nello sviluppo psichico di tutti quegli interventi medici, psico-pedagogici e ambientali che si dimostrino opportuni per prevenire e curare una mancata o inadeguata integrazione sociale. Occorre stabilire inoltre che a tali soggetti si debba fornire l'aiuto necessario ad ottenere la *massima riabilitazione possibile* e ad assicurare loro adeguata assistenza sociale in caso di mancata o di inadeguata riabilitazione. Questo criterio sposta il diritto all'intervento da una aprioristica collocazione del soggetto in determinate categorie statiche, ad una valutazione diagnostica specializzata, svolta caso per caso e ad un controllo ripetuto durante l'applicazione dell'intervento. Implica inoltre che alla evidenza delle impossibilità di una riabilitazione si giunga dopo espliciti e ben dosati tentativi di interventi volti alla riabilitazione e che anche in tal caso si provveda a forme di assistenza sociale personalizzata. Dal che si evince la necessità che la legge preveda e garantisca nella struttura e nel funzionamento, adeguati strumenti diagnostici da intendersi come punto nodale di tutta l'azione preventiva e di riabilitazione.

Questo potrà servire a far riflettere chi esitasse, di fronte ad una definizione che allarga in forma così ampia i confini da assegnare all'intervento riabilitativo-assistenziale, che alla perdita di rigore aprioristico fa riscontro, a garanzia degli interessi della comunità, la creazione di strumenti diagnostici altrettanto rigorosi, ma ben più adatti a dosare l'intervento per garantirne la massima efficacia.

Sulla prevenzione.

Da quanto già esposto precedentemente si può rilevare l'essenziale valore della profilassi e degli interventi tempestivi ai fini di ridurre l'insorgere di irregolarità o di consentire un'efficace azione riabilitativa. Se anche per le altre successive fasi si è curato di evitare in ogni modo l'attribuzione di competenze esclusivistiche, in questa fase, ancora più che nelle altre, i criteri che hanno guidato i proponenti escludono nella forma più assoluta di limitare o di mortificare qualsiasi iniziativa che possa contribuire al diffondersi di principi e di criteri di igiene mentale o che possa favorire un ordinato svolgimento della vita dell'infanzia, della fanciullezza, dell'adolescenza, premessa e garanzia di un normale sviluppo psichico.

Infatti è indispensabile che vengano sempre più diffuse iniziative di consulenza pre-matrimoniale, attività di consultazione materna e pediatrica, incontri per genitori, iniziative di propaganda medico-psico-pedagogica in tutti gli ambienti (scuola, ambienti ricreativi, ambienti di lavoro, ecc.) in cui vivono i giovani ed attraverso tutti i mezzi che possono influire su di loro e sulla formazione e consapevolezza di coloro cui essi sono affidati; è ancora necessario superare i molti pregiudizi culturali che gravano su questi problemi e diffondere una conoscenza più scientifica in merito alla normale ed alla irregolare evoluzione psichica. E tutti gli organismi che sono in grado di farlo devono esserne interessati.

In particolare, vista la determinante rilevanza della ordinata vita familiare, soprattutto nel periodo delicatissimo dei primi mesi e dei primi anni dell'esistenza, si ritiene che un compito di grandissima importanza dovrà essere svolto dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, che già largamente è a contatto, per mezzo dei suoi strumenti assistenziali e sanitari, con la madre e con il bambino. L'Opera infatti non solo cura e curerà gli aspetti sanitari, ma provvede e provvederà più largamente per l'avvenire a creare intorno ai bambini che ne sono privi un ambiente familiare, realizzando in tal modo un'opera profilattica di altissimo valore.

All'O. N. M. I. quindi potranno far capo, per un opportuno incontro, tutte le altre iniziative pubbliche o private che interessano la maternità e l'infanzia, fino alle età prescolastiche; ad essa comunque spetterà la responsabilità (nell'ambito delle età indicate) per questa funzione importante e delicata, che altrimenti, se non venisse attribuita ad un organo pubblico chiaramente determinato, rischierebbe di essere frustrata ed abbandonata alla discontinuità e sporadicità delle iniziative singole.

Per le età della fanciullezza e dell'adolescenza si ritiene della massima importanza che vengano sviluppate le iniziative di rapporto tra scuola e famiglia ed ogni altra forma divulgativa che si avvalga sia degli strumenti di intervento sulla grande opinione pubblica, sia di modesti (ma non meno efficaci) « incontri per genitori », per affrontare i problemi dell'educazione dei fanciulli e degli adolescenti difficili.

Non meno importanti si dimostrano, al fine della prevenzione, le attività assistenziali specializzate che consentono ai fanciulli ed

agli adolescenti di superare i negativi effetti delle carenze familiari, sia dovute a dissociazioni del nucleo (per assenza o per morte di uno o di entrambi i genitori) sia ad insufficienze educative o ad atteggiamenti diseducativi da parte dei familiari.

Vista la rilevanza notevole che riveste per il fanciullo l'inserimento nella scuola; vista la necessità che a mezzo di appropriati interventi assistenziali si assicuri l'adempimento dell'obbligo scolastico da parte di tutti i fanciulli, anche di quelli intellettualmente meno dotati; vista l'esigenza che si svolgano qualificati interventi assistenziali a favore dei fanciulli e degli adolescenti, si ritiene che per tali età la responsabilità della prevenzione debba essere attribuita congiuntamente alla scuola dell'obbligo ed all'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, che costituiscono gli organi tecnici più qualificati per adempiere a tale funzione. Resta ferma naturalmente la possibilità di quanti altri intendono intervenire nel campo della prevenzione, di svolgere tutte quelle iniziative che ritengono idonee allo scopo, possibilmente d'intesa con gli organismi indicati. Anzi appare quanto mai opportuno sollecitare e favorire adeguatamente il sorgere di tali iniziative.

Naturalmente posizione di particolare rilievo potrà assumere il tribunale per i minorenni (unitamente agli strumenti tecnico-rieducativi che da esso dipendono o che con esso sono collegati) per tutti quei casi — sia penali, sia amministrativi, sia civili — ai quali esso è interessato, che richiedono una misura rieducativa o un intervento di autorità, per la tutela dei diritti o degli interessi dei minori.

Non si può sottacere che in questi anni si vanno sempre più diffondendo situazioni di disagio nel mondo giovanile e che tale disagio si traduce in manifestazioni di disorientamento, sintomo di mancato equilibrio o di difficile « socializzazione » delle giovani generazioni. Anche le manifestazioni di delinquenza minorile dimostrano una tendenza a trasformarsi da forme di pura criminalità a forme psicologicamente più complesse di reazione, di ribellione, di disadattamento sociale, frutto di irregolare sviluppo della personalità. In questi anni inoltre — col procedere dell'elevamento del tenore di vita economico, sociale, culturale e con la sempre più larga soddisfazione di bisogni primari — sorgono sempre nuove esigenze e primi ad avvertirle sono i giovani, che peraltro, non sempre sono in grado di soddisfarle (ciò che determina il diffondersi di atteggiamenti

di frustrazione che giungono talvolta a veri deliri e non infrequentemente al suicidio); molto dunque resta da fare nel campo dell'igiene mentale e largo può essere l'apporto dell'igiene mentale al fine di conseguire mete socialmente auspicabili da quanti sono preoccupati del bene comune e dell'educazione della gioventù.

Sul reperimento.

Tutti gli operatori e gli specialisti della rieducazione dei minori affetti da irregolarità nello sviluppo psichico raccomandano che si intervenga tempestivamente non appena si manifestino dei sintomi di irregolarità o di dubbia regolarità. A tal fine, in tutti i Paesi in cui i principi ed i metodi di igiene e di sanità mentale hanno fatto dei progressi più rapidi che nel nostro si svolgono delle sistematiche rilevazioni (analoghe a quelle diffuse anche in Italia per il reperimento dei soggetti affetti da malattie polmonari) per conoscere tempestivamente le persone che abbisognano di prestazioni di vario tipo o grado.

Attualmente in Italia le prestazioni vengono per lo più attuate a favore dei minori le cui famiglie si preoccupano di richiederle, ovvero a favore di minori segnalati da insegnanti o da medici. Occorre pertanto promuovere, ai momenti tipici in cui la società si incontra con la popolazione minorile, ad esempio al momento della leva scolastica, forme sistematiche di reperimento dei soggetti irregolari.

Questo principio, che oltre a corrispondere ad un'esigenza assistenziale costituisce una garanzia di sanità mentale per l'intera comunità, presenta tipicamente i seguenti aspetti applicativi:

a) occorre anzitutto dare alla famiglia la maggior consapevolezza ed il maggior senso di responsabilità nei confronti delle particolari esigenze educative dei figli irregolari, interessandola precocemente alla risoluzione dei problemi di adattamento sociale e di normalizzazione che essi incontrano;

b) occorre non limitarsi ad assistere solo i soggetti che presentano delle irregolarità o delle minorazioni di grado elevato, trascurando di intervenire a favore dei meno gravi o dei cosiddetti « casi limite » tra la norma e l'anormalità: questo errato orientamento, che ha caratterizzato lo sviluppo delle iniziative di assistenza agli irregolari psichici cinquant'anni or sono, purtroppo non è del tutto superato. Ne consegue l'insufficiente sistematicità degli interventi, che non ven-

gono attuati in forma gradualmente differenziata in relazione alle varie forme e gradi di irregolarità dei singoli soggetti. Ad esempio, nel campo scolastico in intere regioni sono diffuse scuole speciali o istituti medico-pedagogici per deficitari di medio grado, mentre mancano del tutto le istituzioni che dovrebbero essere più numerose e più diffuse, quali le classi differenziali per soggetti che presentano dei ritardi, delle subnormalità o delle irregolarità del carattere;

c) un reperimento sistematico è condizionato dalla diffusione degli strumenti di intervento e dalla disponibilità dei mezzi per le prestazioni che poi si possono dimostrare necessarie.

La premessa di un'azione razionalmente condotta è data dalla conoscenza precisa e sistematica della realtà sulla quale si intende operare e dalla disponibilità dei mezzi che si debbono impiegare. Il reperimento assicura la prima condizione; ma è a sua volta condizionato dalla seconda. Anzitutto è da rilevare che la capillare disponibilità di strumenti tecnici favorisce maggiormente l'affluenza spontanea e le segnalazioni e facilita l'attuazione di iniziative di reperimento diretto; inoltre la disponibilità dei mezzi sufficienti per poter provvedere con tutte le prestazioni necessarie deve costituire la premessa per ogni reperimento diretto. Infatti, non sarebbe socialmente e moralmente corretto reperire nuovi casi assistenziali, sollecitando in loro l'aspettativa per prestazioni assistenziali di cui abbisognano, senza disporre dei mezzi sufficienti per attuarle.

A tal riguardo si devono evitare esplicite e implicite discriminazioni, fra regioni e regioni; occorre che *in tutte le regioni d'Italia* si diffondano gli strumenti operativi, colmando le larghe deficienze che oggi si manifestano nelle regioni depresse.

Il problema è più complesso per quegli strumenti che vengono affidati alla gestione di amministrazioni locali: infatti, com'è ormai dimostrato e come in particolare è stato rilevato dall'inchiesta parlamentare sulla miseria, le prestazioni assistenziali attuate da Enti locali fatalmente si distribuiscono in ragione inversa alla distribuzione geografica del bisogno. In tali casi si rende necessaria una forma di « compensazione » nazionale, ovvero una forma di surrogazione da parte dell'Amministrazione centrale.

Il problema dovrebbe essere meno difficile per i settori affidati alle Amministrazioni dirette dello Stato, come ad esempio il settore scolastico;

d) da ultimo si vuol sottolineare la necessità — al fine di un efficace reperimento — che le prestazioni diagnostiche e di trattamento siano gratuite per i minori appartenenti alle famiglie non abbienti. Ma su questo punto ci si soffermerà oltre.

Il controllo periodico dello stato di salute dei neonati e dei bambini attraverso i consultori materni e pediatrici dell'O. N. M. I. potrà consentire il reperimento sistematico delle irregolarità *nell'infanzia*. Per questo si ritiene necessario che l'Opera venga investita della responsabilità del reperimento per tali età, e, di conseguenza, del compito di promuovere con ogni mezzo idoneo le segnalazioni da parte — oltre che dei propri servizi tecnici — anche dei privati, dei servizi sanitari generici, degli asili infantili, delle scuole materne, ecc.

Degli appositi *dépistages* all'ingresso della scuola elementare (del tipo di quelli sperimentati in molte province d'Italia dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo in collaborazione con le Autorità scolastiche) dovranno costituire la base per il reperimento sistematico *durante il periodo della fanciullezza*: successive rilevazioni attuate durante i corsi di insegnamento medio inferiore e superiore ed in collaborazione con i centri di orientamento professionale potranno costituire altri « filtri » per il reperimento dei casi *nella età dell'adolescenza*. Per queste età si ritiene che la responsabilità del reperimento (analogamente a quella della prevenzione e della diagnosi) debba essere affidata all'Autorità scolastica ed all'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, che sono certamente gli Organi più qualificati ad assumere tale funzione, d'intesa con gli altri servizi interessati, restando salva la facoltà da parte di privati o di altre amministrazioni di compiere opera di reperimento possibilmente in collaborazione con gli organismi ufficialmente a ciò delegati.

Sulla diagnosi.

La famiglia e la comunità devono essere garantite che l'azione riabilitativa ed assistenziale sia condotta in base a criteri scientifici ed a metodologie aggiornate. A tal riguardo un momento di particolare delicatezza è quello diagnostico ed in esso si deve curare che — in ambulatorio o in internato — la personalità del minore possa essere conosciuta in tutti i suoi aspetti, alla luce delle cause personali, familiari, ambientali, che possano aver influito sulla dinamica dei processi psichici.

Il reperimento comporta una prima approssimazione nella conoscenza delle irregolarità; ma è la diagnosi che consente di delimitare (non più sulla base di definizioni giuridico-amministrative aprioristiche del tipo di quelle oggi vigenti, ma sulla base delle esigenze di intervento riscontrate nei singoli soggetti) quali sono gli irregolari e di quali forme di interventi abbisognano.

Come si è potuto osservare, la sola diagnosi psichiatrica (soprattutto se tradizionalmente intesa) a tal fine non è sufficiente: essa fornirebbe una visione parziale, capace di classificare in quadri nosografici il tipo di irregolarità, ma incapace di definire la possibilità e le modalità del recupero nelle varie sue componenti: di normalizzazione psichica, di adattamento scolastico, di scelta professionale, di modifica dei rapporti familiari, di eventuale sostituzione dell'ambiente di vita ecc.

Di qui la necessità di ritenere valide solo diagnosi pluridimensionali, compiute non da un solo specialista ma da una *équipe*, capace di analizzare le varie condizioni in cui il soggetto è vissuto e le varie cause che possano aver influito sull'irregolare svolgimento dei processi psichici: capace soprattutto di dare indicazioni di trattamento in una completa prospettiva « educativa ». Queste condizioni di solito vengono soddisfatte dal lavoro dei centri medico-psico-pedagogici che, a somiglianza di analoghe istituzioni esistenti da decenni all'estero, costituiscono gli organismi che guidano con metodo clinico l'educazione e la cura dei minori irregolari nello sviluppo psichico.

A tal fine occorre garantire — affidando tale compito ad Enti in grado di attuarlo — che in ogni provincia vi sia almeno un C. M. P. P. che provveda alla diagnosi nell'età dell'infanzia ed almeno un C. M. P. P. che provveda alla diagnosi nelle età della fanciullezza e dell'adolescenza: da quanto già detto in precedenza, lo sviluppo notevole avuto dai C. M. P. P. nell'ultimo decennio consente di prevedere prossima l'estensione di tali Centri a tutto il territorio nazionale.

Naturalmente quanti altri — Enti, privati, Cliniche universitarie, Istituti specializzati, ecc. — intendano costituire C.M.P.P. potranno non solo averne la facoltà, ma pure conseguire agevolazioni da parte dello Stato, a condizione che tali C. M. P. P. rispondano ai requisiti di composizione e di funzionamento stabiliti dalla legge e dal regolamento.

Il riconoscimento degli strumenti diagnostici privati potrà evitare l'esclusiva degli

strumenti pubblici, offrire massime garanzie alle famiglie circa la scelta del trattamento idoneo e potrà costituire pure motivo di stimolo e di progresso scientifico di non trascurabile rilievo.

Un problema assai delicato è quello del collegamento tra diagnosi e trattamento: infatti tutte le precauzioni seguite per garantire la validità delle indicazioni diagnostiche potrebbero essere frustrate dalla malintesa discrezionalità amministrativa di attuare o meno le prestazioni indicate e dall'insorgere di conflitti negativi di competenza tra vari Enti tenuti ad attuare il trattamento. Di qui la necessità che la scelta diagnostica venga collegata nel modo più opportuno — salvo la possibilità di contestazioni da risolversi in apposita sede — alle forme di trattamento, in modo da evitare che i minori bisognosi di un tipo di trattamento o ne vengano lasciati del tutto privi o vengano assistiti con altri tipi di prestazioni non adatte.

Peraltro l'obbligatorietà da parte dell'ente competente di attuare la forma di trattamento richiesta dalla diagnosi riguarda la fase iniziale del trattamento stesso: dal punto di vista tecnico l'ente, nell'attuazione del trattamento, potrà via via approfondire la conoscenza del soggetto e delle sue necessità, al punto tale da modificare le prescrizioni di trattamento formulate inizialmente in sede diagnostica; l'evoluzione stessa del caso, oltre all'approfondimento conoscitivo, potrà inoltre consigliare la revisione della diagnosi. Per tale aspetto si preciserà oltre il criterio adottato.

L'ente o il servizio di trattamento quando ritiene non rientrare nelle proprie competenze il caso indicato, può promuovere al riguardo o un accertamento diagnostico supplementare o una decisione da parte del Comitato provinciale di coordinamento.

Problema più delicato si impone quando i familiari non ritengono accettabile la indicazione di trattamento proposta dai C.M.P.P.: essi devono essere posti in grado non solo di avere dai C. M. P. P. le precisazioni necessarie, ma pure di ottenere, se del caso, degli accertamenti supplementari quando risultasse discutibile o insicura l'indicazione formulata.

Anche per il momento diagnostico una distinzione essenziale è data dal ciclo di sviluppo che il minore sta attraversando: mentre ad esempio nel corso della prima e della seconda infanzia il problema della diagnosi è strettamente connesso con la valutazione globale dell'evoluzione psico-fisica, soprattutto vista nel quadro dei fondamentali rapporti

formativi bambino-madre, bambino-famiglia, nel periodo della fanciullezza e dell'adolescenza esso, oltre ad accogliere gli aspetti psicofisici ed i rapporti familiari, si connette assai largamente con gli aspetti psico-sociali (scolastici, di inserimento nella vita lavorativa, di rapporti sociali, ecc.) e richiede quindi una diversa intonazione e strumentazione.

In pratica questi orientamenti troveranno attuazione nella distinzione per età della rete di consultori medico-psico-pedagogici della O. N. M. I. e di quella dei consultori dell'E. N. P. M. F., già attualmente distinte in ragione prevalente dell'età dei soggetti diagnosticati.

Sul trattamento riabilitativo-assistenziale.

Come si è visto ciascun caso offre un dosaggio diverso di esigenze specifiche per una efficace riabilitazione, da quelle di assistenza medica specializzata (farmacologica, dietetica, climatica) a quelle, in ogni modo indispensabili, di interventi psico-pedagogici altrettanto specializzati (didattica differenziale e graduata, psico-terapia di vario tipo e livello, metodi educativi speciali) a quelle di una assistenza sociale volta a ridurre le carenze della famiglia e dell'ambiente in genere e riconquistare per il soggetto la comprensione e l'accettazione da parte dell'ambiente stesso.

Per questi motivi si rende necessario predisporre una estesa, ma indispensabile gamma di trattamenti che si ritiene a questo punto di poter così elencare: psicoterapia ambulatoriale svolta dai C. M. P. P.; trattamenti sociali svolti da assistenti sociali specializzati operanti in seno ai C. M. P. P.; trattamenti in esternato presso classi specializzate di scuole materne, presso classi differenziali e scuole speciali; trattamenti in internato presso apposite istituzioni medico-psico-pedagogiche o presso istituti educativo-assistenziali specializzati; ricovero presso istituti minorili di assistenza psichiatrica o cliniche neuro-psichiatriche, ecc. Qui preme rilevare alcune caratteristiche comuni ai vari interventi previsti o meglio i principi ispiratori fondamentali di essi.

Il primo è quello di garantire e sostenere in ogni modo la priorità degli interventi da attuarsi in famiglia rispetto a quelli da attuarsi presso istituti specializzati. Viene in soccorso di tale impostazione la considerazione sia degli aspetti etici legati all'opera di riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva, sia di quelli scientifici, salvo i casi

di particolari irregolarità per cui si esige l'ospitalità in appositi istituti (e anche in questi per il tempo strettamente indispensabile, pena il fallimento della opera di riabilitazione sociale): la famiglia, se bene integrata da strumenti idonei, risulta l'ambiente più adatto per la riabilitazione. Sicché il trattamento in istituto sarebbe qui riservato solo per i soggetti che non abbiano il nucleo familiare proprio o uno vicariante, a particolari categorie di soggetti per i periodi di tempo strettamente proporzionati alla natura specifica del disturbo, ovvero stabilmente per i soggetti per i quali non si dimostrasse possibile attuare una sufficiente riabilitazione e sempre che l'ambiente familiare non fosse in grado di accoglierli.

Il secondo principio è che la natura e il fine parziale di ogni intervento (sanitario, assistenziale, scolastico, addestrativo, ecc.) vanno subordinati al fine principale unitario di raggiungere una efficiente riabilitazione sociale. Perciò sono indispensabili la compresenza ed il collegamento funzionale delle singole prestazioni di trattamento. Di questo soprattutto si deve rendere garante lo Stato con interventi atti a condizionare la concessione dei suoi contributi alle iniziative private che possono sorgere in questo settore, facendo in modo che esse trovino una opportuna collocazione nella gamma delle molteplici altre iniziative operanti nel settore.

L'esperienza ha dimostrato infatti che, latente in quasi tutti gli interventi finora attuati, esiste l'inconsapevole rischio di « segregare » dal più vasto ambito sociale i soggetti assistiti.

Il terzo principio è quello di intonare gli interventi tenendo mobili e interscambiabili fra loro le varie forme di assistenza e di trattamento in relazione alla mobilità e dinamicità presente nei soggetti per il fatto di trovarsi in età evolutiva. Ancora una volta in tal modo si potrà evitare la « reclusione » dei soggetti e la loro definitiva esclusione dalla società, accelerando al massimo il processo di riabilitazione.

Ciò premesso non rimane che da illustrare brevemente il criterio che ha consigliato la attribuzione di competenze. Rispetto ai criteri settoriali proposti da alcune parti (affidare ogni competenza in materia alle Amministrazioni provinciali o alla scuola o ad uno o all'altro Ente di assistenza minorile) ci è sembrato assai più chiaro e più funzionale preferire un criterio organico. Ciò significa anzitutto guardare al problema dei minori irregolari nella sua reale unitarietà e com-

plexità, ponendosi dal punto di vista delle esigenze dei soggetti, nell'intento di apprestare un'organizzazione dei servizi articolata e coordinata in modo da permettere un'adeguata soddisfazione delle esigenze stesse.

La distribuzione dei compiti, fondata su questo criterio, deve consentire di eliminare le incertezze e le incongruenze della legislazione e della prassi vigenti e deve essere finalizzata alla specializzazione dei servizi.

Non si può dimenticare al riguardo, l'interesse che il *Ministero della sanità* deve nutrire per la riabilitazione dei minori irregolari psichici: a tale Ministero dovrà competere una responsabilità generale del settore, da esplicarsi sia tramite gli Organi centrali, sia tramite gli Organi provinciali; una contribuzione adeguata per il finanziamento delle istituzioni pubbliche che operano nel settore (O. N. M. I., E. N. P. M. F.) o per la costituzione di Istituti medico-psico-pedagogici nelle province in cui non è possibile che sorgano con il solo contributo delle Amministrazioni provinciali; responsabilità ed iniziative in merito alla qualificazione del personale sanitario che dovrà adempiere ai compiti riabilitativi e curativi.

Né si può trascurare che, nelle età considerate, l'intervento specializzato della scuola costituisce elemento indispensabile per la riabilitazione scolastica, momento parziale, ma non di meno determinante, nella riabilitazione sociale. Oltre che alla istituzione di sezioni specializzate per gli irregolari nelle scuole materne, al potenziamento della rete di classi differenziali e di scuole speciali (per le quali si dimostrano inadeguate le disposizioni contenute all'articolo 28 del « Piano decennale della scuola »), il *Ministero della pubblica istruzione* dovrà sovrintendere alla formazione del personale specializzato per l'insegnamento — attraverso la vigilanza sulle rinnovate scuole magistrali ortofreniche — e per l'educazione in istituto — a mezzo di nuove scuole per la formazione degli educatori.

Per la sua competenza il *Ministero dell'interno* dev'essere interessato alla cosa, in modo che possa favorire ed indirizzare efficacemente l'attività assistenziale riabilitativa svolta dagli Enti assistenziali e locali da esso controllati.

Il *Ministero di grazia e giustizia*, nel proseguire e potenziare l'efficace opera di rieducazione dei minorenni irregolari nella condotta, sarà in grado di avvalersi maggiormente dei servizi diagnostici predisposti per tutti gli irregolari in modo da consentire il massimo collegamento possibile tra le diverse forme di intervento.

L'O. N. M. I. e l'E. N. P. M. F. vengono ufficialmente investiti del compito di svolgere interventi psicoterapeutici ambulatoriali nei confronti di bambini il primo, dei fanciulli e degli adolescenti il secondo. All'O. N. M. I. inoltre viene affidata la responsabilità di promuovere, d'intesa con il Ministro della pubblica istruzione e con le amministrazioni locali, la istituzione di sezioni specializzate presso le scuole materne, per il recupero o l'assistenza dei bambini deficitari, epilettici, mongoloidi, ecc. in età prescolastica.

Le Amministrazioni provinciali, infine, che negli ultimi decenni hanno operato nel settore pur avendo al riguardo una competenza facoltativa, vengono investite del compito di assistere in istituti specializzati (assistenziali o psichiatrici) i minori irregolari di varie forme e grado, anche provvedendo alla costituzione di appositi istituti.

Oltre ai collegamenti funzionali tra i vari strumenti e le varie prestazioni, si rende indispensabile un periodico controllo ed eventualmente una revisione diagnostica, promossa o dallo strumento diagnostico competente o, più frequentemente, dallo stesso strumento che svolge il trattamento. Queste revisioni periodiche devono essere in ogni modo favorite, per evitare di far permanere il minore in ambienti o in forme di trattamento che, rispetto all'evoluzione del caso, si possono dimostrare superate ed inopportune e per favorire il più sollecito reinserimento sociale del minore riabilitato.

Sui criteri di erogazione delle prestazioni.

Il criterio amministrativo di erogazione dei diversi tipi di prestazioni riabilitative e assistenziali dev'essere rivolto ad assicurare a ciascun minore il trattamento più rispondente alle sue particolari esigenze, a prescindere dalle condizioni economiche del suo nucleo familiare: ciò in ossequio ad un inderogabile principio di equità, che riconosce ad ogni uomo il diritto al massimo sviluppo della propria personalità indipendentemente dalle sue condizioni familiari o sociali, ed in attuazione degli articoli 34 e 38 della Carta Costituzionale, che sanciscono la gratuità dell'istruzione, il diritto dei minorati « all'educazione ed all'avviamento professionale », ed il diritto degli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere « al mantenimento e all'assistenza sociale ». Perciò è necessario prevedere che la frequenza delle istituzioni scolastiche speciali da parte dei minori irregolari sia gratuita — come è gra-

tuita la frequenza delle istituzioni scolastiche normali per i minori normali — : considerando che il periodo richiesto per l'istruzione dei minori irregolari è di norma più lungo di quello richiesto per i soggetti normali, e che il trattamento precoce consente di realizzare il massimo di efficacia, la gratuità è estesa alla frequenza delle scuole materne specializzate, come pure alle prestazioni diagnostiche effettuate dai centri medico-psico-pedagogici, la cui incidenza sociale, specie sotto l'aspetto profilattico, sarebbe grandemente limitata qualora le famiglie fossero tenute a sostenere totalmente o parzialmente l'onere degli accertamenti diagnostici. Per quanto concerne le altre forme di trattamento (prestazioni effettuate dai centri medico-psico-pedagogici, affidamento dei minori agli istituti medico-psico-pedagogici, agli ospedali psichiatrici e ad altri istituti di assistenza), in conformità ai principi sopra esposti, è opportuno stabilire l'intervento immediato degli enti tenuti ad attuarle, nei confronti di tutti i minori che ne abbisognano. Tale intervento sarà gratuito per i soggetti appartenenti alle famiglie non abbienti; le altre famiglie dovranno contribuire alle spese sostenute per la riabilitazione e l'assistenza dall'ente competente, in proporzione alle proprie possibilità economiche. Si rende indispensabile adottare tale duplice criterio, sia per l'alto costo delle prestazioni, spesso prolungate per vari anni e perciò insostenibile dalle famiglie povere, sia per far partecipare all'opera di riabilitazione e di assistenza le famiglie che possono contribuire economicamente, alleggerendo così in pari tempo, nei limiti del possibile, l'onere sostenuto dagli enti competenti. Questo secondo criterio, della parziale contribuzione della famiglia, oltre che essere positivo sotto il profilo economico ed educativo, è sperimentato in pratica con buoni risultati. Si potrebbe prevedere una diversa scelta circa le modalità amministrative di erogazione delle prestazioni, quale ad esempio quella prevista in materia dalla legislazione assistenziale vigente, che divide rigidamente i soggetti in « poveri » e « non poveri », affidando la responsabilità e l'onere dell'intervento nei confronti dei primi a determinanti enti (province, comuni, ecc.) e lasciando alle famiglie la responsabilità e l'onere dell'intervento nei confronti dei secondi. Ma una tale soluzione oltre che essere superficiale ed astratta, al punto che nella prassi non viene spesso applicata, creerebbe una sperequazione inaccettabile a danno dei soggetti appartenenti alle famiglie meno abbienti, in

contrasto con i principi sanciti dalla Costituzione, e soprattutto limiterebbe sostanzialmente la portata e l'efficacia sociale degli interventi riabilitativi ed assistenziali.

Sul personale.

Quanto al personale da adibirsi alle varie fasi e ai diversi strumenti della prevenzione e riabilitazione non si può non esigere assolute garanzie di preparazione specialistica, pena la genericità e il formalismo degli interventi. Il problema si presenta nel nostro Paese con caratteri di particolare complessità, stante l'arretratezza nei livelli di formazione di base, la carenza, ancora lungi dall'essere colmata, di quei principi dinamici di psico-pedagogia e di sociologia che costituiscono la premessa indispensabile per siffatta specializzazione e infine la mancanza di strumenti giuridici adatti per la definizione di tali professioni specializzate.

Ciò più ampiamente giustifica il rilevante interesse che va riservato a questo problema. Tuttavia si dimostra necessario realisticamente dosare l'intervento dello Stato nella materia a seconda della posizione già raggiunta dalle singole professioni citate.

Ai fini della specializzazione dei medici e degli psicologi, da attuarsi presso scuole di specializzazione italiane e straniere, per l'una e l'altra categoria professionale è sufficiente favorire un più largo afflusso dei giovani professionisti a tali scuole, assegnando allo scopo un adeguato numero di borse di studio: infatti nel nostro Paese è già avviata la costituzione di scuole di specializzazione sia per la neuro-psichiatria infantile sia per la psicologia.

È invece indispensabile intervenire decisamente per la definizione dei tre titoli di « insegnante specializzato in ortofrenia » di « assistente presso scuole materne specializzate » e di « educatore specializzato nella riabilitazione » (il primo dei quali da anni invano attende il dovuto riconoscimento) che rappresentano tre sorgenti primarie di personale necessario per la riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche.

Problema diverso è quello della definizione giuridica del titolo di assistente sociale. Infatti tale professione, mentre è indispensabile nello svolgimento delle funzioni riabilitativo-assistenziale riguardanti i minori irregolari psichici, è interessata ad un largo numero di altri settori della vita sociale ed assistenziale. Pertanto il riconoscimento giu-

ridico del titolo di assistente sociale, che si auspica possa avvenire sollecitamente e nella forma più opportuna, va visto in una prospettiva adeguatamente ampia e dev'essere rinviato ad un provvedimento legislativo distinto.

Non basta poi promuovere la qualificazione: occorre fornire la garanzia che alla cura, all'istruzione ed all'assistenza ai minori irregolari nello sviluppo psichico siano preposti professionisti dotati del titolo di qualificazione e di specializzazione richiesto.

Gran parte delle iniziative e delle attività svolte nel settore scolastico, ad esempio, sono spesso naufragate a causa dell'assenza di disposizioni di legge che sanciscono tale limitazione e tale garanzia.

Sul coordinamento e controllo tecnico ed amministrativo.

Come si è rilevato, in base alla ripartizione funzionale delle attività e dei compiti molteplici richiesti dalla riabilitazione dei soggetti che presentano irregolarità psichiche, vari organismi tecnicamente competenti vengono interessati a tale opera: ma alla ripartizione funzionale deve corrispondere peraltro un collegamento organico degli interventi.

Un prima garanzia di un efficiente collegamento è data, secondo l'impostazione qui accolta, dalla necessità intrinseca di reciproca integrazione tra i vari interventi previsti. Il sistema di ripartizione funzionale adottato dovrebbe evitare il sorgere di conflitti di competenza, di sovrapposizioni, di settori o momenti di intervento scoperti, in quanto ciascun operatore viene richiesto di intervenire in base a chiare e ragionevoli attribuzioni di funzioni: agli Enti assistenziali, i C. M. P. P.; al Ministero della pubblica istruzione, le scuole, alle Amministrazioni provinciali, gli istituti, ecc.

Una seconda garanzia viene assicurata attraverso il vincolo di scelta delle prestazioni (o degli ambienti di trattamento), che consente di collegare nella forma più opportuna il momento diagnostico alla fase di intervento. Rispetto al sistema vigente questa innovazione è di importanza veramente decisiva per assicurare in modo effettivo l'attuazione delle prestazioni necessarie, e di garantire la validità tecnica di tale scelta. Questa soluzione si inquadra in un provvedimento nel quale, come si è sopra notato, si è voluto in gran parte abolire la distinzione formale in categorie rigide, per lasciar sufficiente elasticità agli strumenti tecnici: si inquadra in un

provvedimento in cui alla discrezionalità amministrativa attualmente vigente atta a favorire la creazione di conflitti negativi di competenze, si vuol sostituire una discrezionalità tecnica, assai più pertinente ed adatta ad interpretare le mutevoli esigenze di un soggetto irregolare in età evolutiva.

Al coordinamento amministrativo, pertanto, si viene ad affiancare un coordinamento funzionale e tecnico, ed è questa un'altra garanzia dell'effettiva integrazione delle funzioni: le responsabilità funzionali rimangono di stretta pertinenza degli organismi tecnici indicati dalla legge, quali che siano gli Enti che li amministrano; a sua volta la responsabilità amministrativa, la responsabilità dell'approntamento dei servizi e del funzionamento delle istituzioni rimane pienamente riservata agli Organi ed Enti che li amministrano.

Non si è dimenticato, a questo punto, che l'efficienza delle istituzioni e degli strumenti dipende pure da una efficiente intesa a livello amministrativo, tra i vari organismi interessati, sia su scala nazionale che su scala provinciale.

L'incontro tra i responsabili di tali organismi non solo può costituire opportuno stimolo ad una efficace integrazione, ma può anche aiutare l'intelligente graduale attuazione dei compiti che la legge attribuisce a ciascun organismo, può stimolare una salutare emulazione intesa a garantire la più generale attuazione degli interventi ed il più elevato rendimento tecnico delle prestazioni.

Al comitato provinciale si riservano compiti di coordinamento tecnico (quali il dirimere controverse sorte in merito ai rapporti tra servizi diagnostici e servizi di trattamento, ovvero fornire il parere circa i requisiti di composizione e di funzionamento di un C. M. P. P. che ha chiesto il riconoscimento), di coordinamento amministrativo (quali il dirimere conflitti di competenza amministrativa tra enti tenuti al trattamento) o misti (quali la promozione di nuovi servizi o di nuove istituzioni riabilitativo-assistenziali). Per questo si è richiesta la presenza di un rappresentante amministrativo e di un tecnico per ogni organismo provinciale responsabile di un momento riabilitativo-assistenziale.

Si ritiene inoltre necessaria, a livello provinciale, la partecipazione di un magistrato, designato dal procuratore della Repubblica presso il tribunale per minorenni, per favorire il collegamento tra le attività riabilitativo-assistenziali a favore dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico e le funzioni di tutela minorile, di rieducazione degli irregolari della

condotta e, se del caso, con le funzioni penali proprie della magistratura ed in particolare della magistratura minorile.

Sul finanziamento.

Qualora si dovessero contemporaneamente e completamente realizzare tutti gli interventi previsti dalla presente proposta, il costo da sostenere sarebbe assai rilevante. Basti pensare all'organizzazione ed al funzionamento di una rete sufficientemente capillare di strumenti diagnostici efficienti, all'istituzione di un numero sufficiente di classi differenziali e di scuole e classi speciali, alla creazione ed alla qualificazione degli Istituti medico-psicopedagogici e degli altri Istituti di assistenza per i soggetti irregolari, alla formazione del personale specializzato sul piano sanitario, didattico e pedagogico, ecc.

È necessario tuttavia rilevare che l'attuazione degli interventi previsti non potrà avvenire che in modo graduale, in quanto le esigenze tecniche non consentono un'immediata e generale applicazione di tutti gli interventi: un'azione vasta e diffusa di reperimento dei minori, il potenziamento e la qualificazione degli strumenti diagnostici e terapeutici, la preparazione e selezione del personale, richiedono un tempo considerevole e non possono essere realizzati che secondo un criterio di gradualità. Pertanto il costo iniziale derivante per la comunità nazionale dall'applicazione della presente proposta non risulta eccessivamente elevato. In relazione ai criteri generali sui quali la proposta si basa, le modalità che essa prevede circa il finanziamento generale degli interventi sono principalmente:

la distribuzione dell'onere finanziario relativo all'istituzione e al funzionamento dei servizi tecnici e alla erogazione delle prestazioni, tra i diversi organi ed Enti in rapporto alle specifiche rispettive competenze;

l'intervento finanziario dello Stato nel settore, ai fini di integrazione e di popolazione delle diverse attività.

La suddetta distribuzione delle competenze finanziarie fra i diversi organismi pubblici riduce ancora considerevolmente l'onere iniziale spettante allo Stato, consentendo tuttavia di far fronte, per l'impegno finanziario combinato dei diversi Enti, alle principali esigenze esistenti nel settore. L'intervento finanziario dello Stato, previsto dalla proposta è ripartito tra i Ministeri principalmente interessati all'attività di riabilitazione e di assistenza: il Ministero della sanità, il Mini-

stero della pubblica istruzione e il Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Si ritiene che il Ministero della sanità — della cui organizzazione fa parte una divisione preposta specificamente ai problemi della riabilitazione dei minorati fisici e psichici — debba intervenire finanziariamente soprattutto per facilitare la preparazione del personale sanitario, per contribuire al potenziamento ed al funzionamento dei servizi diagnostici dell'O. N. M. I. e dell'E. N. P. M. F. e quelli gestiti da altri enti, per contribuire, infine, alla creazione ed alla qualificazione degli istituti medico-psicopedagogici ed alla fornitura di attrezzature sanitarie, colmando le carenze attualmente esistenti soprattutto nelle zone depresse del Paese. Lo stanziamento complessivo del Ministero della sanità è previsto in 500 milioni di lire, che consentono di apportare inizialmente un sensibile impulso al potenziamento delle attività suddette.

Sul bilancio del Ministero della pubblica istruzione la proposta prevede lo stanziamento di 500 milioni di lire per la formazione del personale insegnante specializzato delle classi differenziali e delle scuole speciali, per la retribuzione del personale stesso per le attrezzature delle istituzioni scolastiche speciali: lo stanziamento si inquadra nel piano decennale per lo sviluppo della scuola e si collega organicamente agli altri stanziamenti previsti nel piano per lo sviluppo degli altri settori scolastici.

Al tempo stesso si è ritenuto che per gli esercizi finanziari successivi i Ministeri interessati debbano provvedere, iscrivendo annualmente le somme necessarie nei loro bilanci.

I detti stanziamenti annualmente dovranno essere aumentati, per estendere le prestazioni assistenziali a tutti i minori irregolari.

Agli oneri derivanti dall'attuazione dei compiti ad essi affidati dalla proposta, le provincie e i comuni faranno fronte con parte dei fondi stanziati, rispettivamente, per l'assistenza agli infermi di mente e per l'assistenza sanitaria ai poveri.

COMMENTI AI SINGOLI ARTICOLI.

Diamo qui di seguito solo brevi commenti agli articoli che non sono stati illustrati sufficientemente nella parte precedente.

In conformità alle norme costituzionali, si esprime il dovere della Repubblica alla riabilitazione ed all'assistenza dei minori irregolari, quale che sia la gravità o la forma o la causa dell'irregolarità stessa (*articolo 1*).

Agli effetti della presente proposta di legge vengono considerati « in età evolutiva » i soggetti dalla nascita fino al 18° anno di età. Si ritiene infatti che i disturbi o le malattie che si manifestano in età successiva, pur trovando ovviamente radice in età precedenti, non siano da considerarsi come tipiche espressioni dell'età evolutiva. Si reputa necessario, peraltro, che le prestazioni riabilitative o assistenziali in atto in favore di soggetti che compiono i 18 anni di età debbano, se necessario, essere proseguite dai servizi che stanno provvedendovi, comunque non oltre il compimento del 21° anno di età.

Si intravede qui una prima ripartizione di compiti tra gli interventi previsti dalla presente proposta e quelli attuati in base alle disposizioni vigenti (che si confida possano trovare sollecita riforma) relative alla igiene mentale e all'assistenza psichiatrica. In linea generale — e salvo le eccezioni di cui oltre — i due provvedimenti riguardano dunque età diverse (*articolo 2*).

I compiti relativi alla prevenzione, al reperimento ed alla diagnosi vengono in gran parte assegnati ai due enti assistenziali che provvedono all'assistenza all'infanzia, alla fanciullezza e all'adolescenza. Gli attuali compiti dell'O. N. M. I. e dell'E. N. P. M. F. devono però essere aggiornati e precisati con appositi provvedimenti, che costituiscono oggetto di distinte proposte già presentate al Parlamento (1527 e 1528), di cui la presente proposta tiene conto (*articoli 3, 4 e 5*).

Le forme fondamentali di trattamento riabilitativo-assistenziale vengono elencate nell'*articolo 6*, in base ad una distinzione fondamentale, a seconda che si attuino con la permanenza del minore in famiglia o con l'affidamento ad una apposita istituzione. Tra le forme di assistenza « in famiglia » non sono designate quelle relative alla frequenza da parte del minore di centri ricreativi affidati a personale educativo qualificato, colonie temporanee, ecc.; infatti si è ritenuto necessario, per i prossimi decenni, concentrare lo sforzo degli organismi interessati al trattamento sull'approntamento delle prestazioni fondamentali. Sarà poi cura di privati — allo scopo opportunamente sollecitati dagli enti competenti — predisporre nuove forme di trattamento del tipo di quelle indicate, in modo da completare maggiormente la gamma delle prestazioni necessarie ad un completo e, possibilmente, sollecito recupero sociale.

Tra le forme di assistenza « in istituto » si è voluto lasciare una certa discrezionalità

nella scelta del tipo di istituto, in relazione al tipo di irregolarità ed alle specifiche esigenze educative e curative del soggetto. Non si è esclusa la possibilità di invio in Istituti educativo-assistenziali, in tutti i casi meno gravi, quando i minori possano trarre maggior vantaggio dal convivere con coetanei normali, (accolti in Istituto per ovviare a carenze familiari o per provvedere ad esigenze educative o comunque affetti da lievi forme di disadattamento di natura ambientale o da forme di comportamento reattivo) piuttosto di dover convivere con deficitari, caratteriali o nevrotici, o con altri soggetti che presentano quelle irregolarità normalmente definite « di medio grado ». Anche per gli istituti medico-psico-pedagogici (che ovviamente portano questa dizione solo in sede tecnico-amministrativa, ma che poi dovranno assumere denominazioni che non facciano riferimento al tipo di soggetti ivi accolti) si è lasciata facoltà di preferire istituzioni di modeste dimensioni e di omogenea impostazione (istituti per deficitari, per caratteriali, per epilettici, per mongoloidi, ecc.) ad istituti che accolgano ogni tipo di soggetti. Infatti, questi tipi di istituti costituiscono dei complessi in cui difficilmente si riesce a dare una intonazione di vita familiare e possono più facilmente soddisfare ad esigenze di monumentalità che ad esigenze di funzionalità. Da ultimo, si è indicata la possibilità di affidare *temporaneamente* i minori affetti da malattie mentali acute o *per un periodo di più lunga durata* i minori affetti da gravi minorazioni, presso istituzioni apposite, di impronta tipicamente sanitario-psichiatrica (rispetto alle altre istituzioni a carattere educativo-assistenziale). L'unica riserva che si ritiene necessaria è quella di evitare in ogni modo la costituzione di padiglioni minorili in seno agli ospedali psichiatrici e di favorire invece la costituzione di cliniche o di reparti appositi presso ospedali civili, o la creazione di istituti di assistenza psichiatrica per i minori per i quali si prevede un lungo periodo di degenza.

Rifuggendo dalla precisazione delle funzioni e delle modalità tecniche — tra l'altro mutevoli nel corso del tempo — è sembrato necessario precisare, in merito ai Centri medico-psico-pedagogici la composizione base dell'*équipe*, e ciò al fine di poter determinare un essenziale criterio funzionale non solo per i Centri costituiti dall'O. N. M. I. e dall'E. N. P. M. F., ma pure per gli altri centri che possono aspirare al riconoscimento (*articolo 7*).

Gli *articoli 8-13* precisano le modalità di composizione e di funzionamento degli strumenti di recupero scolastico e definiscono le competenze e la prassi di istituzione degli stessi. Le norme contenute in detti articoli vanno integrate con le norme di cui agli *articoli 19-24* sulla formazione del personale insegnante. Nella redazione delle une e delle altre abbiamo avvertito l'opportunità di avvalerci delle risultanze di precedenti studi compiuti in materia nonché della consulenza di esperti in legislazione scolastica. Per gli istituti di cui agli *articoli 14, 15 e 16* si prevede una competenza diretta delle Amministrazioni provinciali ed una competenza surrogatoria del Ministero della sanità (limitatamente al finanziamento della costituzione o della qualificazione di dette istituzioni; non per le spese di gestione e per le rette): tale competenza intende consentire al Ministero della sanità di contribuire all'approntamento dei servizi più costosi nelle regioni che maggiormente ne necessitano e in cui le Amministrazioni provinciali non sono in grado di affrontare completamente l'onere dell'edificazione o dell'adattamento dei locali. Si richiede, quindi, al riguardo un piano nazionale, che verrà logicamente definito e reso operativo sentito il Comitato nazionale di coordinamento di cui all'articolo 29.

Gli *articoli 17 e 18* precisano le modalità di finanziamento e di ripartizione degli oneri. Si precisa al riguardo che il problema del finanziamento degli Enti di assistenza minorile (O. N. M. I.-E. N. P. M. F.) viene affrontato più analiticamente nelle proposte di legge (1527 e 1528), tendenti alla riforma dell'assistenza minorile.

La formazione di insegnanti specializzati nelle didattiche differenziali e speciali, secondo le disposizioni di cui agli *articoli 19-24*, viene notevolmente innovata e promossa; ciò al fine di adeguare la formazione del personale alle necessità della riabilitazione. Al riguardo la proposta pone l'accento sulla necessità di ordinati tirocini e non solo di insegnamenti teorici. L'impostazione dei corsi potrà essere positivamente influenzata dal collegamento che si intende instaurare tra Facoltà di magistero, di lettere e filosofia e di medicina e scuole magistrali ortofreniche.

La vigilanza del Ministero della pubblica istruzione sul funzionamento delle scuole magistrali ortofreniche e la discrezionalità nell'attribuire posti di missione o borse di studio vuol impegnare il Ministero competente non solo ad un controllo circa il funziona-

mento didattico delle scuole stesse, ma pure circa l'affluenza dei candidati; sarebbe altrettanto inopportuna una carenza del personale specializzato, quanto una esuberanza che portasse — per motivi sindacali e non funzionali — ad allargare il numero delle istituzioni scolastiche di recupero oltre la giusta proporzione.

Peraltro la presenza nelle scuole elementari normali di personale specializzato potrà favorire maggiormente la mobilità delle prestazioni e il passaggio degli alunni da classi differenziali a classi normali, consentendo un trattamento maggiormente individualizzato.

Per la formazione degli educatori specializzati vengono proposti dei corsi che, pur non avendo in Italia larga tradizione, all'estero godono di una notevole esperienza (*articoli 26 e 27*). Non si è prevista alcuna scuola per altri specialisti della rieducazione (ortofonisti, kinesiterapisti, occupational-terapisti, ecc.) ritenendo che sarà possibile nell'avvenire regolare questa materia — se lo si riterrà necessario — sulla base di esperienze più estese di quelle di cui attualmente si dispone.

Si è ritenuto opportuno, come si è sopra accennato, prevedere borse di studio per medici o laureati che intendono frequentare scuole italiane o straniere di specializzazione in psicologia e neuro-psichiatria infantile (*articolo 28*).

Data la presenza dell'aspetto sanitario in ciascun intervento riabilitativo dei minori irregolari psichici, si è attribuita la presidenza del Comitato di coordinamento, sia nazionale che provinciale, al rappresentante del Ministero della sanità (*articoli 29 e 30*).

Prevista l'abrogazione di ogni disposizione legislativa e regolamentare contrastante con la proposta (*articolo 32*), si è demandato al Ministero della sanità il compito di emanare il regolamento, d'intesa con gli altri due Ministeri più direttamente interessati (pubblica istruzione e interno) (*articolo 33*).

Gli ultimi due articoli (*34 e 35*) prevedono, rispettivamente, la possibilità di creare corsi nelle località ove se ne ravvisi la necessità da parte delle scuole esistenti al momento della entrata in vigore della presente legge (cioè per adeguare le strutture scolastiche alle esigenze effettive, nei primi tempi di applicazione della legge), e l'abilitazione all'insegnamento, nelle scuole specializzate previste dalla proposta, delle persone dotate del titolo rilasciato dalle scuole magistrali ortofreniche, istituite prima dell'entrata in vigore della legge, in base al regolamento

generale del 26 aprile 1928 sull'istruzione elementare.

Onorevoli colleghi, la presente proposta, che si impone all'attenzione del Parlamento per la rilevanza sociale dell'oggetto che si intende disciplinare, per il tentativo di impostare in modo organico le attività profi-

lattiche e riabilitative per i minori irregolari psichici, con la collaborazione di tutte le istituzioni pubbliche e private interessate, vuol costituire un contributo concreto per la riforma generale del settore ed un'iniziativa politica ispirata da profonde esigenze umane.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I.

SCOPO DELLA LEGGE E DEFINIZIONE DEI SOGGETTI ASSISTIBILI

ART. 1.

Ai soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità dello sviluppo psichico sono dovute, secondo le modalità fissate dalla presente legge, le prestazioni mediche, psicologiche e ambientali necessarie ad ottenerne la massima riabilitazione possibile e ad assicurare loro adeguata assistenza sociale in caso di mancata o incompleta riabilitazione.

ART. 2.

Agli effetti della presente legge sono considerati irregolari nello sviluppo psichico i soggetti in età evolutiva che, a causa di tare, anomalie, disfunzioni, disturbi, manifesti o latenti, delle loro strutture organiche o psichiche o a causa di traumi o di carenze del loro ambiente di vita, presentino, prima del compimento del 18° anno di età, difficoltà transitorie o persistenti a svolgere i compiti propri alla loro età nella famiglia, nella scuola, nel mondo pre-lavorativo, lavorativo, e negli altri ambienti sociali, ovvero si mostrino predisposti a tali forme di mancata o inadeguata integrazione sociale.

Le prestazioni terapeutiche previste dalla presente legge, già in atto al compimento del 18° anno, possono essere continuate fino al 21° anno di età.

CAPO II.

FASI E STRUMENTI DI RIABILITAZIONE

ART. 3.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, istituita con legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e l'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, eretto in ente morale con decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 1949, n. 659, svolgono opera di prevenzione delle irregolarità dello sviluppo psichico, rispettivamente nei confronti dei minori di età inferiore e di età superiore ai sei anni, sia indirettamente, favorendo la promozione ed il potenziamento

di attività profilattiche pubbliche e private, sia direttamente, mediante lo svolgimento di idonee iniziative.

ART. 4.

Al reperimento dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico provvedono:

1°) l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, per i soggetti di età inferiore ai sei anni, mediante i centri medico-psico-pedagogici, i consultori pediatrici e ogni altro idoneo mezzo;

2°) l'Autorità scolastica, per i soggetti in età scolastica da sottoporre alla diagnosi per l'eventuale invio alle classi differenziali, alle scuole speciali o alle altre forme di trattamento, avvalendosi della collaborazione dell'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo;

3°) l'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, per i soggetti in età post-scolastica, avvalendosi della collaborazione dei servizi di orientamento professionale, di igiene mentale e di assistenza psichiatrica esistenti nella provincia.

ART. 5.

Alla diagnosi delle irregolarità psichiche dei soggetti di cui all'articolo 2 provvedono:

1°) i Centri medico-psico-pedagogici dell'Opera nazionale della maternità e infanzia, per i soggetti in età inferiore ai sei anni;

2°) i Centri medico-psico-pedagogici dell'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, per i soggetti di età superiore ai sei anni;

3°) altri Centri o Consultori medico-psico-pedagogici, che abbiano la composizione prevista dal successivo articolo 7, accertata dal Comitato di cui all'articolo 30, e che siano riconosciuti dal Comitato stesso.

Gli accertamenti e i trattamenti medico-psico-pedagogici sia di carattere individuale che collettivo non possono essere attuati senza il preventivo assenso di chi esercita la patria potestà.

In caso di diniego di tale assenso si applicano le disposizioni di cui all'articolo 333 del Codice civile.

Le indicazioni di trattamento formulate da detti centri e consultori hanno valore vincolante, ai fini amministrativi e tecnici della scelta del tipo di trattamento iniziale, per gli Organi, gli Enti e le Istituzioni tenuti all'onere dei diversi tipi di trattamento di cui all'articolo successivo.

Eventuali contestazioni di carattere amministrativo vengono risolte dal comitato di cui all'articolo 30.

Il Ministero della sanità, il Ministero della pubblica istruzione e gli altri Ministeri interessati, nonché gli Istituti mutualistici, possono contribuire al finanziamento dei Centri o Consultori di cui al primo comma del presente articolo.

ART. 6.

Il trattamento dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico si effettua, sulla base delle indicazioni formulate dai Centri di cui all'articolo precedente, mediante:

1°) le prestazioni terapeutiche ambulatoriali e domiciliari effettuate dai Centri medico-psico-pedagogici per i casi che le richiedano;

2°) l'accoglimento in sezioni speciali istituite presso le scuole materne dei soggetti di età superiore ai 3 anni che presentano insufficienze mentali o irregolarità nello sviluppo dell'affettività;

3°) l'accoglimento in classi differenziali al compimento dei sei anni, dei soggetti che presentano lievi insufficienze mentali o irregolarità nello sviluppo dell'affettività;

4°) l'accoglimento in scuole speciali, per la osservazione o il trattamento dei soggetti che hanno compiuto i sei anni e presentano o insufficienze mentali di grado maggiore o irregolarità nello sviluppo dell'affettività;

5°) il controllo periodico e l'assistenza specializzata, presso la scuola primaria e secondaria dei soggetti reinseriti dalle classi differenziali nelle classi normali e dei soggetti che presentano altre irregolarità dello sviluppo psichico, non accolti nelle classi differenziali;

6°) l'accoglimento, in appositi istituti di assistenza diurna autonomi o funzionanti presso gli istituti di cui al n. 3 del comma successivo, dei soggetti che presentano irregolarità tali per cui le forme di trattamento cennate nei numeri precedenti si siano dimostrate inefficaci;

7°) ogni altra prestazione ritenuta idonea.

Qualora il soggetto sia privo del nucleo familiare, oppure la sua famiglia presenti carenze tali da pregiudicare l'azione riabilitativa o per altre cause sia impossibile avvalersi degli strumenti di cui al comma precedente, il trattamento si effettua mediante:

1°) l'accoglimento dei soggetti di età superiore ai tre anni che presentano insufficienze mentali di lieve grado o irregolarità dello sviluppo dell'affettività in idonee sezioni dei normali istituti educativo-assistenziali, dotate di personale educativo specializzato ed

eventualmente di scuola materna specializzata o di classi differenziali;

2°) l'accoglimento in istituti medico-psico-pedagogici, per l'osservazione e il trattamento dei vari tipi di irregolarità psichica, dei soggetti che hanno compiuto i sei anni e presentano insufficienze mentali di grado più elevato od altre rilevanti irregolarità psichiche;

3°) l'accoglimento in cliniche ed ospedali psichiatrici dei soggetti che presentano malattie mentali acute;

4°) l'accoglimento in istituti residenziali di assistenza o in cliniche od ospedali dei soggetti che presentino gravi irregolarità psichiche, per i quali le forme di trattamento di cui ai precedenti numeri 1°), 2°) e 3°) si siano mostrati inefficaci.

ART. 7.

Centri medico-psico-pedagogici.

Il centro medico-psico-pedagogico è articolato in uno o più gruppi di lavoro, composti da un medico che abbia specifica competenza nel settore pedo-psichiatrico, da uno psicologo clinico, da uno o più assistenti sociali ed, eventualmente, da altri specialisti della diagnosi e della riabilitazione dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico.

Per i soggetti in età scolastica il centro si avvale della collaborazione dell'insegnante.

Esso ha i seguenti compiti:

1°) svolgere le funzioni diagnostiche e terapeutiche di cui agli articoli precedenti;

2°) collaborare alla composizione delle sezioni speciali di scuole materne, delle classi differenziali e delle classi delle scuole speciali;

3°) fornire la consulenza tecnica periodica agli enti e ai servizi di riabilitazione dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico, intesa ad adeguare tempestivamente le prestazioni di trattamento all'evoluzione clinica del caso.

L'Opera nazionale della maternità e infanzia e l'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo provvedono ad istituire in ogni provincia centri medico-psico-pedagogici, adeguandone l'organizzazione e l'attività alle esigenze della popolazione locale.

ART. 8.

Scuole materne specializzate.

Le sezioni specializzate costituite presso scuole materne accolgono quei soggetti di età compresa tra i tre ed i sei anni, che pre-

sentano insufficienze mentali o irregolarità dello sviluppo dell'affettività, per i quali è possibile prevedere il totale o parziale recupero in seguito al trattamento specializzato attuato da insegnanti di scuola materna, dotate del titolo di abilitazione di cui all'ultimo comma dell'articolo 20.

Il personale educativo di tali sezioni specializzate deve essere quantitativamente proporzionato alle particolari funzioni della scuola.

ART. 9.

Le sezioni specializzate di cui all'articolo precedente possono essere istituite da Enti pubblici e privati previa autorizzazione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e della infanzia, d'intesa con l'autorità scolastica competente per territorio.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, in collaborazione con il Ministero della pubblica istruzione e con le amministrazioni provinciali e comunali, provvede a stipulare apposite convenzioni con enti gestori di scuole materne, allo scopo di specializzare alcune di esse nel trattamento dei bambini irregolari nello sviluppo psichico, o a promuovere direttamente l'istituzione ed il funzionamento di scuole materne specializzate.

ART. 10.

Classi differenziali.

Le classi differenziali accolgono quegli alunni del primo ciclo didattico della scuola elementare, che presentano lievi irregolarità nello sviluppo psichico, per i quali è possibile prevedere l'adattamento alla scuola comune, in seguito a trattamento specializzato.

Il numero degli alunni di ogni classe differenziale non può essere inferiore a otto né superiore a quindici. Agli alunni stessi è assicurata assistenza sociale continuata.

Le classi differenziali sono affidate a personale insegnante dotato del titolo di specializzazione di cui all'articolo 20; esso adatta i programmi di insegnamento delle corrispondenti classi comuni alle possibilità di apprendimento dei singoli alunni, avvalendosi di particolari metodi e di appropriati sussidi didattici.

Le classi differenziali hanno lo stesso calendario della scuola comune. L'orario scolastico può essere prolungato fino a sei ore giornaliere, compreso l'intervallo per la refezione scolastica e la ricreazione.

ART. 11.

Scuole speciali o medico-pedagogiche.

Le scuole speciali per irregolari psichici o scuole medico-pedagogiche accolgono quei soggetti che hanno compiuto i sei anni e che per la loro forma o grado di irregolarità non lasciano prevedere il livellamento scolastico e richiedono quindi un ambiente scolastico speciale, ai fini di ottenere un loro sufficiente adattamento sociale.

Esse provvedono in particolare alla riabilitazione di quei soggetti che presentano forme di natura più chiaramente morbosa.

La scuola speciale per irregolari psichici o scuola medico-pedagogica può essere organizzata esclusivamente per il trattamento di un solo tipo di irregolarità, ovvero per il trattamento di diversi tipi; in tal caso essa si articola in sezioni o classi per soggetti che presentano lo stesso tipo di irregolarità.

ART. 12.

Il numero degli alunni delle classi delle scuole speciali non può essere inferiore a sei né superiore a undici.

Le scuole speciali hanno direzione didattica autonoma, insegnanti dotati del titolo di cui all'articolo 20, personale specializzato per la riabilitazione, programmi particolari, ed assicurano agli alunni terapia medica ed assistenza sociale continuata.

Le classi delle scuole speciali si distinguono in classi preparatorie, classi elementari e corsi di formazione professionale. I metodi di insegnamento e la durata della permanenza in ciascuna classe debbono corrispondere alle capacità di apprendimento dei singoli alunni rilevate dai servizi medici e scolastici.

Le scuole funzionano per dieci mesi all'anno e garantiscono una permanenza di almeno otto ore giornaliere, adeguatamente distribuita tra le attività scolastiche, addestrative, assistenziali, ricreative.

L'ambiente della scuola speciale deve consentire lo svolgimento della ricreazione e altre attività scolastiche in luoghi aperti.

L'obbligo scolastico degli alunni accolti nelle scuole speciali è esteso al 16° anno di età.

La frequenza alla scuola speciale può essere protratta al 19° anno di età per quei soggetti per i quali l'orientamento o la preparazione professionale lascino prevedere una più completa riabilitazione.

Annessi alle scuole speciali possono essere istituiti appositi reparti aperti di osservazione e trattamento dei soggetti per i quali il centro medico-psico-pedagogico ritiene necessario un approfondimento diagnostico.

Le scuole speciali funzionanti negli istituti medico-psico-pedagogici di cui all'articolo 14 possono accogliere anche alunni esterni.

ART. 13.

Il provveditore agli studi, sentito il Comitato provinciale di cui all'articolo 30 in merito alle effettive esigenze della popolazione scolastica risultanti dal reperimento di cui all'articolo 4 della presente legge, nei limiti dei posti assegnati annualmente dal Ministero della pubblica istruzione:

a) istituisce le classi differenziali presso le scuole elementari statali;

b) istituisce le scuole speciali, in collaborazione con l'Amministrazione provinciale e con le Amministrazioni comunali;

c) stipula apposite convenzioni con altri Enti pubblici e privati allo scopo di istituire scuole speciali gestite da detti Enti. Tali convenzioni, che sono sottoposte alla approvazione del Ministero della pubblica istruzione, stabiliscono le norme di funzionamento delle scuole e la misura dell'eventuale contributo dello Stato.

Nel caso in cui il numero degli alunni irregolari residenti nel comune sia inferiore al minimo di cui al 2° comma dell'articolo 10, il provveditore agli studi provvede alla creazione di classi differenziali intercomunali.

ART. 14.

Istituti medico-psico-pedagogici.

L'istituto medico-psico-pedagogico accoglie in internato quei soggetti che esigono il trattamento della scuola speciale, e che, per inesistenza o per gravi carenze pedagogiche della famiglia, abbisognano di un ambiente sostitutivo.

La vigilanza sulle scuole speciali private funzionanti negli istituti medico-psico-pedagogici viene esercitata da un direttore didattico specializzato d'intesa con la direzione dell'istituto stesso.

ART. 15.

Istituti di assistenza psichiatrica.

Istituti convittuali o semi-convittuali di assistenza psichiatrica autonomi o presso ospedali o cliniche accolgono quei soggetti le

cui gravi irregolarità psichiche non ne consentono la riabilitazione attraverso le forme di trattamento di cui agli articoli precedenti, allo scopo di permettere loro di mantenere in esercizio e di accrescere quelle risorse parziali di vita autonoma di cui dispongono.

ART. 16.

Le amministrazioni provinciali, singolarmente o unite in consorzio, contribuiscono al funzionamento ed alla qualificazione dei diversi tipi di istituti di assistenza psichiatrica pubblici e privati di cui agli articoli precedenti, esistenti nella provincia.

Qualora tali Istituti siano inesistenti o insufficienti, esse ne promuovono direttamente o indirettamente l'istituzione.

Il Ministero della sanità contribuisce alle spese necessarie per la costruzione e l'adattamento degli istituti suddetti nella misura massima del 50 per cento ed alla fornitura di attrezzature sanitarie.

ART. 17.

Onere delle prestazioni riabilitative.

Le prestazioni diagnostiche e le prestazioni scolastiche presso le scuole materne specializzate, le classi differenziali e le scuole speciali e gli istituti medico-psico-pedagogici sono gratuite.

Le altre prestazioni riabilitative e assistenziali, di cui al precedente articolo 6, sono gratuite per i minori appartenenti a nuclei familiari che si trovino in stato di bisogno. Negli altri casi la famiglia è tenuta a contribuire alle spese sostenute dagli Enti competenti in proporzione alle proprie possibilità economiche.

ART. 18.

Le spese concernenti le prestazioni diagnostiche dei soggetti in età inferiore ai sei anni e le prestazioni terapeutiche nei confronti degli stessi presso i centri medico-psico-pedagogici di cui al n. 1° dell'articolo 5 e le scuole materne specializzate sono a carico dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e infanzia.

Le spese concernenti le prestazioni diagnostiche dei soggetti di età superiore ai sei anni e le prestazioni terapeutiche nei confronti di questi soggetti presso i centri medico-psico-pedagogici di cui al n. 2° dell'articolo 5 sono a carico dell'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo.

Le spese concernenti le prestazioni diagnostiche e terapeutiche presso i centri e

consultori di cui al n. 3º) dell'articolo 5 sono a carico di chi ne ha la gestione.

Alle spese concernenti il personale insegnante e di direzione didattica delle classi differenziali e delle scuole speciali statali provvede il Ministero della pubblica istruzione.

Alle spese per il trasporto degli alunni dalle rispettive residenze alla sede delle classi differenziali e delle scuole speciali, nonché alle spese per le attrezzature delle scuole speciali, provvedono i comuni interessati singolarmente o uniti in consorzio.

Alle spese concernenti l'assistenza sanitaria e ricreativa delle scuole speciali provvedono le Amministrazioni provinciali.

Le rette per l'assistenza ai minori irregolari in istituto educativo-assistenziale o in istituto medico-psico-pedagogico o in istituto di assistenza psichiatrica, siano essi pubblici o privati, fanno carico, per la quota non sostenuta dalla famiglia, per metà all'Amministrazione provinciale e per metà all'Amministrazione comunale di residenza del minore.

Qualora il minore irregolare sia iscritto ad un Istituto di assicurazione contro le malattie la retta di degenza del minore per malattie mentali presso un ospedale o clinica psichiatrica è a carico dell'Istituto suddetto per il periodo massimo di assistenza malattia previsto dalle norme dell'Istituto stesso; nel periodo successivo o qualora il minore non sia iscritto ad alcun Istituto di assicurazione contro le malattie, le spese del ricovero sono ripartite secondo le modalità previste dal precedente comma.

CAPO III.

PERSONALE

ART. 19.

Insegnanti e assistenti specializzati.

Gli insegnanti delle classi differenziali, delle scuole speciali autonome o funzionanti negli istituti medico-psico-pedagogici, statali o non statali, debbono essere provvisti, oltre che del diploma di abilitazione all'insegnamento elementare, dello speciale titolo di abilitazione all'insegnamento per i soggetti irregolari nello sviluppo psichico conseguito presso le scuole magistrali ortofreniche, statali o riconosciute dallo Stato, di cui all'articolo seguente.

ART. 20.

Le scuole magistrali ortofreniche hanno lo scopo di specializzare per l'insegnamento ai

soggetti irregolari nello sviluppo psichico le persone dotate del titolo di abilitazione magistrale.

Esse hanno corsi della durata di due anni accademici con programmi comprendenti lo studio dello sviluppo fisico e neurologico, della psicologia e psicopatologia dell'età evolutiva, nonché lo studio degli speciali metodi di istruzione, educazione ed impiego del tempo libero per i soggetti irregolari nello sviluppo psichico.

I corsi teorici sono integrati da esercitazioni pratiche e da opportuni tirocini presso le istituzioni scolastiche speciali per soggetti irregolari nello sviluppo psichico.

Al termine dei corsi le scuole magistrali ortofreniche rilasciano agli allievi che hanno superato la prova finale il titolo di specializzazione per l'insegnamento nelle istituzioni scolastiche speciali di cui al 1° comma dell'articolo precedente.

Presso le scuole suddette sono istituiti corsi teorico-pratici della durata di un anno per specializzare persone fornite del diploma di grado preparatorio, vigilatrici d'infanzia e puericultrici nell'assistenza educativa dei bambini irregolari nello sviluppo psichico presso le scuole materne specializzate, gli istituti educativo-assistenziali e gli istituti medico-psico-pedagogici.

ART. 21.

Le scuole magistrali ortofreniche possono essere istituite, ai sensi dell'articolo 20 del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore 31 agosto 1933, n. 1592, esclusivamente presso le Facoltà universitarie di lettere e filosofia o magistero o medicina, che abbiano sede in località ove esistano istituzioni riabilitative dei minori irregolari psichici, presso le quali sia possibile lo svolgimento dei tirocini di cui al comma terzo dell'articolo precedente.

Le scuole magistrali ortofreniche, istituite da altri Enti pubblici o privati presso le località di cui al comma precedente, possono essere riconosciute dallo Stato, mediante approvazione dei programmi, dell'ordinamento dei tirocini, della scelta dei docenti da parte del Ministero della pubblica istruzione.

I Ministeri della pubblica istruzione e della sanità possono contribuire al finanziamento delle scuole di cui al comma precedente.

ART. 22.

Presso le scuole magistrali ortofreniche statali o riconosciute dallo Stato sono istituiti annualmente 90 posti di missione per

insegnanti di ruolo, da conferirsi mediante concorso per titoli.

Sono inoltre conferiti annualmente, mediante concorsi per titoli, 10 borse di studio per insegnanti che intendono frequentare analoghe scuole all'estero.

ART. 23.

Gli insegnanti di ruolo delle istituzioni scolastiche statali per irregolari psichici hanno l'obbligo di permanenza quinquennale nelle istituzioni predette.

Tale permanenza costituisce titolo preferenziale nell'assegnazione della sede per il trasferimento nelle scuole elementari comuni.

ART. 24.

In sostituzione dell'indennità prevista dall'articolo 3 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 3 settembre 1947, n. 1002, agli insegnanti statali delle istituzioni scolastiche per irregolari psichici viene concesso, per il servizio effettivo prestato, un compenso mensile pari ad un quarto dello stipendio base.

ART. 25.

Educatori specializzati.

Le scuole di formazione per gli educatori specializzati degli istituti medico-psico-pedagogici possono essere istituite, ai sensi dell'articolo 20 del testo unico delle leggi sulla istruzione superiore 31 agosto 1933, n. 1952, esclusivamente presso le Facoltà universitarie di magistero.

Le scuole di formazione per gli educatori specializzati degli istituti medico-psico-pedagogici, istituite da altri enti pubblici e privati, possono essere riconosciute dallo Stato, mediante approvazione dei programmi, dell'ordinamento dei tirocini, della scelta dei docenti da parte del Ministero della pubblica istruzione.

I Ministeri della pubblica istruzione e della sanità e le Amministrazioni provinciali possono contribuire al finanziamento delle scuole di cui al comma precedente.

ART. 26.

Alle scuole statali o riconosciute dallo Stato per la formazione di educatori specializzati per istituti medico-psico-pedagogici sono ammesse le persone dotate del titolo di

scuola media superiore, con preferenza per gli aspiranti in possesso del diploma magistrale.

Esse hanno programma biennale comprendente lo studio della pedagogia, psicologia e psicopatologia della età evolutiva, nonché lo studio delle tecniche proprie dell'assistenza educativa in internato.

I corsi teorici delle scuole suddette sono integrati da esercitazioni pratiche e da opportuni tirocini presso istituti medico-psicopedagogici.

ART. 27.

Presso le scuole per educatori specializzati, statali o riconosciute dallo Stato, sono istituiti annualmente 45 posti di missione per insegnanti di ruolo da conferirsi mediante concorso per titolo ed esami.

Sono inoltre conferite annualmente, mediante concorso per titoli ed esami, 5 borse di studio per insegnanti che intendono frequentare analoghe scuole all'estero.

ART. 28.

Il Ministero della sanità conferisce annualmente, mediante concorsi per titoli ed esami, dieci borse di studio per laureati che intendono frequentare scuole di specializzazione in psicologia e dieci borse di studio per medici che intendono frequentare scuole di specializzazione in neuro-psichiatria infantile.

Sono inoltre conferite annualmente dal Ministero della sanità cinque borse di studio per laureati o medici che intendono frequentare analoghe scuole all'estero.

CAPO IV.

COORDINAMENTO E CONTROLLO

ART. 29.

È costituito presso il Ministro della sanità un Comitato nazionale permanente avente il compito di promuovere, coordinare, indirizzare, vigilare tutte le attività di riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva.

Tale comitato è composto:

di un rappresentante del Ministero della sanità, che lo presiede;

di un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione, che funge da vicepresidente;

di un rappresentante del Ministero di grazia e giustizia;

di un rappresentante del Ministero dell'interno:

di un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
designati dai rispettivi Ministeri;
di un rappresentante delle Amministrazioni provinciali, designato dall'Unione delle provincie;
di un rappresentante delle Amministrazioni comunali, designate dalla Associazione nazionale comuni italiani;
di un rappresentante dell'O. N. M. I.;
di un rappresentante dell'E.N.P.M.F., designati dai rispettivi Enti;
di un esperto, in rappresentanza delle altre istituzioni di assistenza agli irregolari psichici in età evolutiva, designato dal Ministero della sanità.

Il Comitato è nominato con decreto del Ministro della sanità.

Esso dura in carica un quadriennio ed i membri uscenti possono essere confermati.

ART. 30.

È costituito presso l'Ufficio sanitario provinciale un Comitato avente per compito di coordinare e di vigilare direttamente sulle attività di riabilitazione degli irregolari psichici nell'età evolutiva nell'ambito della provincia, composto dal medico provinciale, che lo presiede e dai seguenti membri:

il provveditore agli studi, che funge da vicepresidente;

un magistrato minorile designato dal procuratore della Repubblica presso il tribunale per minorenni competente per il territorio;

un rappresentante dell'Ufficio provinciale del lavoro;

due rappresentanti dell'Amministrazione provinciale rispettivamente esperti in materia amministrativa e tecnica;

due rappresentanti dell'O.N.M.I., rispettivamente dirigenti di servizi amministrativi e tecnici;

due rappresentanti dell'E.N.P.M.F. rispettivamente dirigenti di servizi amministrativi e tecnici;

due rappresentanti delle altre istituzioni di riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva esistenti nella provincia, designati dalle istituzioni medesime e rispettivamente esperti in materia amministrativa e tecnica.

I membri del Comitato sono nominati dal medico provinciale; esso dura in carica per un quadriennio e possono essere confermati.

Il Comitato si riunisce almeno ogni quadrimestre.

In seno al Comitato è costituita una sezione tecnica nominata dal Comitato stesso e presieduta dal medico provinciale.

I servizi pubblici o privati preposti alla diagnosi ed al trattamento devono comunicare al Comitato provinciale i nominativi degli assistiti e dei dimessi.

CAPO V.

FINANZIAMENTO

ART. 31.

Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 5, 16, 21, 25 e 28 della presente legge si farà fronte con lo stanziamento di lire 500 milioni nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario successivo a quello dell'approvazione della presente legge.

Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 13, 21, 22, 25, 27 si farà fronte con lo stanziamento di lire 500 milioni nello stato di previsione della spesa del Ministero della pubblica istruzione, per l'esercizio finanziario successivo a quello della approvazione della presente legge.

Negli esercizi finanziari successivi i fondi saranno stanziati, negli stati di previsione della spesa dei suddetti Ministeri, in rapporto al costo effettivo dei rispettivi interventi previsti dalla presente legge.

Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 16, 18 e 25 le Amministrazioni provinciali faranno fronte con parte dei fondi stanziati in bilancio per l'assistenza agli infermi di mente.

Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 18 le Amministrazioni comunali faranno fronte con parte dei fondi stanziati in bilancio per il servizio di assistenza sanitaria ai poveri.

DISPOSIZIONI FINALI

ART. 32.

È abrogata ogni disposizione legislativa e regolamentare incompatibile con la presente legge.

ART. 33.

Su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e dell'interno, sarà emanato il

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

regolamento di esecuzione della presente legge, entro un anno dalla sua entrata in vigore.

ART. 34.

Per un periodo di quattro anni dalla entrata in vigore della presente legge le scuole magistrali ortofreniche esistenti, statali o riconosciute dallo Stato, possono istituire, previa autorizzazione del Ministero della pubblica istruzione, nelle sedi dove se ne ravvisi la necessità, corsi magistrali ortofrenici equivalenti per durata, programmi, docenti, esami, valore del titolo a quelli delle scuole stesse.

ART. 35.

Sono abilitate all'esercizio dell'insegnamento nelle istituzioni scolastiche speciali previste dalla presente legge le persone dotate del titolo rilasciato al termine della frequenza delle scuole magistrali ortofreniche o corsi equivalenti, istituiti precedentemente all'entrata in vigore della presente legge ai sensi dell'articolo 404 del regolamento generale 26 aprile 1928, n. 1297, sulla istruzione elementare, e le persone che hanno esercitato l'insegnamento nelle classi differenziali o scuole speciali statali o riconosciute dallo Stato, per almeno 5 anni consecutivi prima dell'entrata in vigore della presente legge, riportando almeno la qualifica di valente.