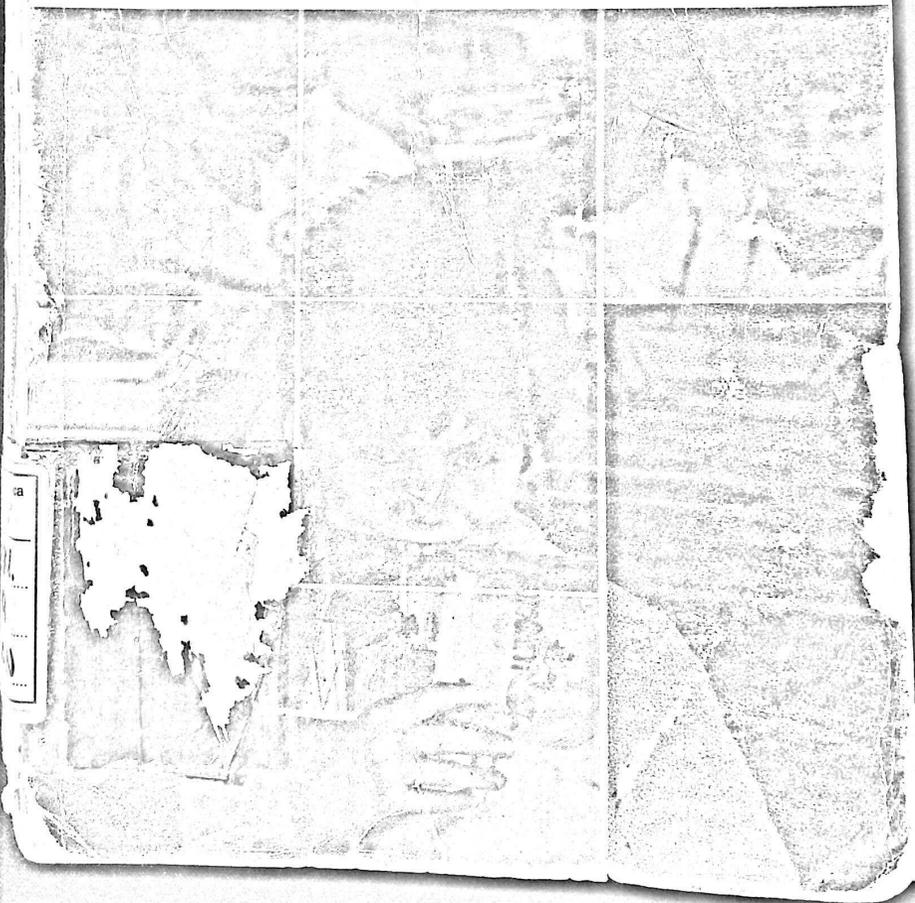


Gli handicappati nella scuola di tutti

Atti del Convegno sui problemi dell'inserimento
dell'handicappato a scuola, promosso da:
Sindacato nazionale scuola CGIL
Movimento cooperazione educativa
Istituto di Psicologia del CNR
Roma, 1-3 novembre 1974



R C

Collana di attualità sindacale



Gli handicappati nella scuola di tutti

Atti del convegno sui problemi dell'inserimento
dell'handicappato a scuola, promosso da:
Sindacato nazionale scuola CGIL
Movimento cooperazione educativa
Istituto di Psicologia del CNR

Roma, 1-3 novembre 1974

57146

Editrice Sindacale Italiana

X

PREFAZIONE

Il successo del convegno sugli handicappati del 1-3 novembre 1974, la risonanza che esso ha avuto presso tutta la stampa, la vivacità degli interventi che si sono sviluppati sia in aula che nelle commissioni di lavoro, la presenza non formale di numerosi rappresentanti di Enti locali, sindacati, associazioni culturali, testimoniano l'impegno e la serietà con cui è stato affrontato il problema.

E' senza dubbio significativo che — sia pure attraverso spunti, accenti, impostazioni diverse — il dibattito abbia fatto registrare una linea di fondo comune e soprattutto sia giunto a conclusioni unanimi sia per quanto concerne l'analisi della situazione attuale sia in relazione agli obiettivi e alle finalità che ci siamo date.

Aver individuato con chiarezza — nel problema degli handicappati — uno dei nodi fondamentali della selezione di classe nella scuola; aver posto con forza l'accento sul tragico spreco delle intelligenze e delle capacità umane in una società regolata dalla legge del profitto e dello sfruttamento; avere da questa analisi fatto scaturire una serie di proposte operative immediate: è certamente uno dei meriti maggiori del Convegno, che ha rifiutato giustamente di porsi come un momento di riflessione intellettuale, magari scivolando in una suggestiva ambiguità umanitaria; ma si è invece caratterizzato come momento di azione e di lotta che deve vedere impegnate le forze sociali e i sindacati dei lavoratori in una

battaglia generalizzata per il rinnovamento della scuola e la trasformazione in senso democratico del nostro paese.

E' pure importante che siano state illustrate nel Convegno le positive esperienze di inserimento scolastico (si tratta di un primo gradino per giungere all'inserimento nel mondo del lavoro e della vita sociale a tutti i livelli) realizzate in alcune province con la partecipazione degli enti locali e delle strutture democratiche; esperienze che non devono restare isolate, pena la perdita di credibilità del movimento che le ha promosse e sorrette, ma dalle quali è necessario partire come punto di riferimento e verifica dei risultati conseguiti.

Il Sindacato scuola della CGIL — che è oggi impegnato per la gestione democratica dei decreti delegati — non può trascurare l'importanza fondamentale che in questo quadro assume il problema dell'inserimento degli handicappati, nel suo duplice aspetto: come lotta a fondo contro gli enti e le istituzioni private che finora hanno gestito il più delle volte con fini clientelari e di potere questa fascia di scuola, e come momento fondamentale per l'affermazione del diritto allo studio, il quale, prima di ogni altra cosa, deve significare una scelta politica, per una scuola al servizio dei lavoratori, non più subalterna alle scelte della classe dirigente.

Se è vero infatti — come noi sosteniamo — che nuovi spazi democratici (sia pur ancora con molti limiti e cautele) si aprono oggi nella scuola con l'attuazione degli organi collegiali, se è vero che siamo di fronte ad un'occasione, che deve diventare una svolta decisiva, per superare vecchie incrostazioni culturali, abbattere steccati, fare giustizia di arcaiche strutture di potere, se tutto questo è vero — e lo è nella misura in cuiosterremo il movimento con le lotte nel paese, con l'azione unitaria che sapremo portare avanti dentro e fuori la scuola — il nostro impegno da questo convegno non può che uscirne rafforzato: l'impegno dei lavoratori della scuola, in prima persona, ma anche e soprattutto l'impegno della Federazione unitaria, per una radicale trasformazione dei rapporti di forza e delle strutture del paese.

Bruno Roscani

INTRODUZIONE

L'esplosione in Italia del problema degli handicappati nel bilancio già pesante di questioni non risolte che si intrecciano in sedi e a livelli diversi di aree di competenza scientifica, tecnica e amministrativa, svela ancora una volta ritardi, responsabilità, incompetenze, tutti inconcepibili nel contesto di una società civile e progredita ma solo comprensibili in nome di interessi di parte ben precisi e di privilegio o, al limite, di una strategia difensiva tesa a mantenere lo status quo.

La scienza, in questo caso, sembra avere assolto il proprio compito, fornendo codificazioni ed etichette che consentono la netta separazione del diverso dalla norma, evitando di adottare strategie di interventi e sistemi di controllo sociali di tipo più avanzato dal momento che funzionano ancora, a sufficienza per molti aspetti, i vecchi.

Scaturita nell'ultima metà degli anni '60, nel clima della riscoperta in termini politici della contestazione ai valori dominanti, in qualunque modo essa si esprimesse, della rivolta antiautoritaria e antiistituzionale, le teorie, i concetti, i modelli legati alla problematica della devianza (cfr. per tutti « La maggioranza deviante di F. e F. Basaglia) hanno fornito gli strumenti per analizzare fenomeni la cui definizione in termini di diversità originaria e innata li escludeva dalla considerazione politica e li delegava ai tecnici del sistema dominante. Di fatto si è venuto proponendo con forza una rivendicazione della politicità di tutto il sociale « con la restituzione alla devianza di uno spessore almeno potenzialmente eversivo nei

confronti delle regole del sistema » (Seppilli, Guaitini, Abbozzo, 1973). Si è evidenziata insomma in tutta la sua drammaticità, la faccia discriminante dell'emarginazione ed è venuto alla luce « tutto il fondo nero della malattia » (Foucault).

Gradualmente ma progressivamente, negli handicappati, nelle loro famiglie, nella testa della gente è venuta maturando una presa di coscienza che, quanto è stato per secoli, pietà, mendicizia e misericordia, deve essere trasformata da « concessione » in diritto sulla base di considerazioni diverse.

Appare sempre più trasparente che l'handicap non può essere considerato come un fenomeno solo settoriale o istituzionale, fuori da ogni connessione con fattori di ordine strutturale, sociale, economico, per l'exasperarsi della contraddizione che vede da un lato l'impossibilità di accesso dell'handicappato ai processi produttivi (quindi può solo chiedere ma non decidere perché non è controparte) e dall'altro, il modello in base al quale si arriva a discriminare, tra handicappati e integri che assume come parametro di normalità la produttività media individuale e che identifica la socialità con la competitività e la propensione al consumo. Di fatto all'handicappato al di fuori dell'emarginazione, niente è assicurato: la presenza di un handicap già nell'ambito familiare acquista presto le proporzioni di un dramma senza sbocchi e scatena una vera e propria operazione di « magia nera » — come la chiamava recentemente Canevaro — tutta tesa a nascondere, allontanare e segregare in istituti, scuole speciali (leggi per tutti i vari « celestini ») il « diverso », abbandonandolo in pratica a se stesso in comunità che di umano hanno solo le forme in quanto a specificità di interventi (non è certo il caso di parlare di scientificità) nemmeno procedimenti per tentativi di errori. Eppure, più di mille miliardi, pari circa al 3 per cento del reddito nazionale, sono spesi annualmente sotto la voce dell'assistenza e beneficenza e si disperdono dietro al mantenimento di quell'enorme ginepraio o giungla di enti pubblici di assistenza sociale, di centri assistenziali dipendenti da enti pubblici, di istituzioni religiose, il cui numero nessun organismo ufficiale dello Stato sembra in grado di fornire, e quindi tanto meno di controllare. Altro che « ma-

gia nera »: se ne sa qualcosa solo quando qualche incidente viene a disturbare la gestione (vedi ad es. gli effetti di una dieta troppo rigorosa) o la cura (come ad es. la morte per adinamia dovuta ad un troppo lungo riposo a letto) o ancora la tecnica riabilitativa impiegata; o invece a proposito di elezioni (cfr. Lattes G. e Tonizzo F. citati da A. e L. Andreini in SAPERE, 770, marzo 1974, « nelle tre elezioni considerate la DC ottiene al Cottolengo addirittura il 96 per cento mentre la percentuale raggiunta in Torino città è del 26-27 per cento »). Si continua tuttavia a sostenere che siamo un paese povero e che quindi non possiamo assolutamente ritenere come realizzabili da noi, quei modelli ed esperienze che ci vengono proposti da altri paesi (dalla Svezia all'Unione Sovietica, dalla Germania agli Stati Uniti d'America). Modelli ed esperienze che, indipendentemente dai livelli più o meno ottimali di soluzione data al problema, sono tutti impostati su una strategia di interventi tecnici, formativi e amministrativi erogati in una dinamica di diritti e doveri nettamente al di fuori da ogni logica concessiva e pietistica o meramente assistenziale, che, ad un'analisi dei costi e dei benefici si pone ad un livello di spesa relativamente inferiore a quella effettuata nel nostro paese.

Gli insuccessi ripetuti da parte di chi per anni (assai esauriente la rassegna che ne ha fatto la Wright già nel '60) si è ostinato a ricercare differenze basiche di personalità per gruppi di persone con specifiche invalidità e soggetti « sani », stanno clamorosamente ad indicare che le persone con handicap fisici non costituiscono affatto un gruppo omogeneo psicologicamente e che l'handicap fisico è soltanto una classificazione fenotipica, di superficie.

Al di sotto di questa superficie ciò che connette significativamente e logicamente il fisico al comportamento sono gli atteggiamenti riguardo all'handicap da parte di chi ne è portatore e poi di chi non lo è.

Dietro questi atteggiamenti si trovano concetti che implicano ad es. scale di valore, posizioni di status, bisogno di accettazione sociale e personale, componenti del concetto di sé, fini e standard del comportamento, accettazione dell'handicap in funzione di una modificazione della scala dei valori,

discrepanza tra aspettativa e realtà apparente e anormalizzazione delle persone, richiesta di compassione, principio di identificazione positiva, creazione di nuove situazioni, richiesta di relazioni in termini di cause-effetto, componenti competitive e frustranti dell'handicap, ecc.

Viene a confermarsi il peso che assume la faccia sociale dell'handicap nel determinismo e nello sviluppo dell'handicap stesso. Cioè, tutti bisogni inerenti all'area dei rapporti interpersonali tra handicappati e « sani ».

A questi bisogni si è data — e si dà ancora — una risposta « spostata », cioè una risposta che non si è preoccupata di cogliere la vera natura dei bisogni interpersonali, che non è andata alla radice del bisogno ma lo ha coperto, sequestrandolo all'interno di una ideologia medica, che considera l'handicap come un dato naturale, come un valore assoluto, in base al quale stabilisce un criterio di giudizio, che, di fatto si configura in termini di proscrizione e di devianza, con tutte le conseguenze che tale giudizio ha comportato sul piano dell'organizzazione della società, con risposte che dalla istituzionalizzazione vanno fino alle classi differenziali e speciali.

Questo è successo. E non tanto e non solo per quelle persone, che in età evolutiva presentano gravi disfunzioni organiche, che ne compromettono l'autonomia a livello biologico, a livello sensoriale e percettivo, a livello motorio e di linguaggio, ma è successo anche per quelli che deficit organici non hanno. Accomunati nello stesso destino di handicappati e con la stessa copertura scientifica (« disadattati del carattere e del temperamento » sic!) sono stati inclusi tutti quelli che, come singole persone e come appartenenti a classi subalterne, hanno in effetti più risentito di tutte le contraddizioni provocate da soluzioni che dal sistema scolastico, dal servizio sanitario, da quello socio-assistenziale, dall'uso del territorio, dalla programmazione economica, o non sono venute o sono state date in modo distorto con risultati anomizzanti e conflittuali a livello di personalità. Si è venuto così a delineare un fenomeno sociale imponente ma di cui non si conoscono, se non in modo grossolano, criteri e modalità di valutazione sia sul piano qualitativo sia su quello quantitativo tanto da giustificare legittime perplessità sulla oggettività e

scientificità della operazione compiuta. E' facile credere alla forzatura delle cifre e all'artificiosità dei bisogni psichiatrici ed assistenziali rilevabili in molte delle statistiche che pretendono di fornire l'entità, l'ampiezza e l'articolazione dell'handicap.

La controprova la si ha quando, lasciando da parte le ipotesi o il sentito dire, e al di là della contrapposizione anche frontale dei punti di partenza concettuali e di riferimento teorico, si esaminano da vicino le definizioni e le classificazioni dei diversi tipi di handicap. Senza invischiarsi nelle definizioni istituzionali da cui invece bisogna sganciarsi per quanto è possibile, si può cercare di circoscrivere il campo degli handicap reali, ossia quelli definiti come « gravi e medi certi » intorno ad una percentuale del 4 per cento della popolazione come indica una pubblicazione dell'OMS del '73 (R. Wilkins « Rassemblements et classifications dans les services pour arriétés mentaux »): il 3,5 4,2 per cento sull'intera popolazione in Unione Sovietica, il 5,2 per cento fra i 5 e i 17 anni di età e lo 1,3 per cento nella popolazione fra 0 e 6 anni in Germania, il 3,35 per cento in Inghilterra su un campione di un milione e ottocentomila abitanti. Nella stessa pubblicazione dell'OMS si può leggere che ben il 75 per cento degli handicappati presenta lievi deficit (cfr. anche le indagini di Yanet condotte nel 1957 negli USA, di Veit in Germania nel 1967 e di Kemp in Danimarca nel 1954 con percentuali sull'85 per cento del numero totale di handicappati), e ancora che i cosiddetti « casi-limite » rappresenterebbero il 16 per cento dell'intera popolazione.

Anche nel nostro paese il fenomeno dell'handicap si è andato configurando negli stessi termini. Tra la disomogeneità delle varie fonti, fa ancora testo la relazione presentata da Bollea nel 1962 al 2° Congresso di Medicina forense: 4% di handicappati « gravi » e « medi », a cui vanno aggiunti 585.000 « casi limite », 1.500.000 « disadattati » del carattere e del comportamento » e 400.000 « sordastri ».

Dietro le definizioni zoppicanti e ambigue emergono due gruppi: uno, caratterizzato da sequele neurologiche e costituito da bambini distribuiti in modo omogeneo nelle varie classi sociali, l'altro, esente da sintomi e manifestazio-

ni neurologiche e costituito esclusivamente da bambini provenienti dalle classi sociali più svantaggiate. (La recente indagine epidemiologica condotta da Stein e Susser in una città industriale dell'Inghilterra costituisce un'ulteriore dettagliata conferma).

Di fronte all'esposizione di questi dati che, certo, hanno favorito una larga presa di coscienza del fenomeno dell'handicap, la strategia di interventi che è stata proposta e finora attuata, si è collocata all'interno di una logica medico specialistica che, al di là di ogni impegno preventivo finalizzato all'individuazione e quindi alla rimozione delle cause dell'insorgere di handicap, ha finito col privilegiare in termini più operativi e strumentali che di elaborazione teorica e concettuale, i momenti della diagnosi e della prognosi, con un ricorso tanto massiccio quanto discutibile a tests intellettivi e di personalità e con l'organizzazione su tutto il territorio nazionale di un vero safari medico-psico-pedagogico condotto da « équipes » di nuove e vecchie figure di operatori sociali diversificate spesso solo nel nome.

Uno degli effetti più vistosi di tale strategia d'intervento è stata — come è a tutti noto — l'istituzione di classi differenziali e speciali, che, sorte sulla base di motivazioni di recupero e di reinserimento per una ristretta fascia di « disturbati » e « disadattati », si andarono via via proliferando tanto da assorbire già nel 1966, fino al 55,2 per cento della intera popolazione scolastica, con buona pace della curva gaussiana della normalità.

Lo stravolgimento di qualsiasi criterio non tanto tecnico-scientifico, quanto solo di buon senso, apparve chiaro a tutti, addetti e non ai lavori, e rappresentò sul piano culturale e politico un primo momento di aggregazione di forze fino ad allora separate, tra loro e con rappresentanze sindacali e di partiti operai, e per un primo avvio ad una verifica di massa di indirizzi scientifici. A posteriori, è sufficiente soltanto constatare che l'istituzione delle classi differenziali, oltre a rappresentare il punto più debole di una globale inadeguatezza dell'organizzazione sanitaria e assistenziale

verso l'infanzia in generale e verso quella handicappata in particolare, ha illuminato per altre vie le vecchie disfunzioni della struttura scolastica ed inoltre ha messo allo scoperto una specifica nocività scolastica riscontrabile « in quelle esclusioni e quegli abusi più sottili e nascosti interni alla scuola normale, quali le bocciature, i giudizi di valore, la violenza quotidiana di un apprendimento imposto e funzionale al sistema produttivo e ai modelli lavorativi della nostra società » (cfr. Scalfari e Zarilli, 1972).

In altri termini, non si è data una risposta medica quando questa era propriamente richiesta sia come domanda di individuazione delle cause di patogenicità primaria e secondaria dell'handicap sia come domanda di recupero delle minorazioni; si sono invece medicalizzati bisogni di crescita e sviluppo — cognitivo, affettivo e di socializzazione — che medici non sono e che solo una precoce azione pedagogica e formativa è in grado di soddisfare. Si sono vanificate insomma le esigenze primarie di un'efficace azione preventiva dell'insorgenza dell'handicap e di tutte le implicazioni che tale orientamento comporta sul piano non solo medico ma anche su quello psicopedagogico e su quello sociale, con un collegamento dei problemi specifici dei bambini handicappati con i problemi generali di tutta l'infanzia. E' noto che il nostro paese presenta tassi di mortalità perinatale ed infantile tra i più elevati in Europa e che accanto alla elevata mortalità è presente una assai notevole morbosità fetale ed infantile attribuibile a fattori diversi, prima, durante e dopo la gravidanza. Ma è anche risaputo che gran parte delle cause di handicap possono essere individuate e neutralizzate. Sia sul piano più propriamente biologico, ad es. attraverso l'identificazione di indici semeiologici ostetrici capaci di evidenziare una sofferenza endouterina prima che compaiano danni cerebrali; o precisando e quantificando il ruolo degli agenti di infezione come causa di possibile malformazione; o ancora effettuando nei primissimi giorni di vita la diagnosi delle c.d. encefalopatie evitabili, dovute a disfunzioni metaboliche responsabili dall'1,5 al 5 % dei deficit mentali. Sia sul piano più specificamente socioambientale, analizzando ad

es. modalità e condizioni di vita della gestante — dalla intuizione al lavoro ad es. — modalità e condizioni di erogazione dell'assistenza al parto e non solo di ordine strutturale in termini di necessaria trasformazione delle strutture degli atteggiamenti e quindi dell'organizzazione dei servizi con un profondo mutamento dell'assistenza ostetrica nella sua globalità, ma anche di ordine culturale in termini di partecipazione attiva e responsabile della futura madre e del contesto familiare e sociale che la circonda. Quanto di tutto questo è stato o è di fatto realizzato nella situazione del nostro Paese? Nel migliore dei casi tali acquisizioni circolano solo all'interno della c.d. comunità scientifica; se qualche volta sono tentate delle verifiche, rimangono costrette in limitate indagini a carattere sperimentale (ad es. dal '72 è stato avviato dal CNR un programma di medicina preventiva perinatale che stenta però a trovare quella dimensione ed articolazione nazionale che sola ne garantirebbe credibilità ed efficacia); quasi mai iniziative del genere sono socializzate e rese operative e disponibili per la popolazione.

Rimane una dura realtà: il nostro è, infatti, un paese dove si scopre che il bambino è insufficiente mentale a 6 anni, che ha disturbi alla vista e all'udito a 4 anni, cioè quando il danno cerebrale o sensoriale è diventato irreversibile ed è troppo tardi per un'azione di recupero. Da qui, peraltro, nascono pressanti le esigenze di una integrazione quanto più precoce dell'infanzia handicappata, sottraendola a qualsiasi luogo chiuso sia questo l'ambito familiare o il ricovero di qualsiasi tipo. Occorre anticipare il più possibile l'inizio del rapporto sociale del bambino che rimane la premessa ad ogni atto riabilitativo estendendo rapidamente una vasta rete di servizi di base per l'infanzia (dagli asili nido alle scuole pubbliche) sulla base della omogeneità territoriale del distretto scolastico e dell'unità dei servizi socio-sanitari ed attribuendo all'Ente locale la responsabilità dell'istituzione e della gestione dei servizi. Si realizzerebbe così: la possibilità di una individuazione tempestiva dell'eventuale handicap con accesso immediato all'azione di recupero; una rottura dell'isolamento delle famiglie degli handicappati con

una azione di sostegno reale e quindi di reinserimento anche di questi genitori nell'ambito della « normalità »; una reale integrazione interdisciplinare di tutti gli operatori della maternità e dell'infanzia handicappata (dal personale medico e paramedico al personale insegnante) di modo che la prevenzione, la cura e la riabilitazione vengano svolti dal medesimo gruppo di operatori sistematicamente collegati.

Per discutere di queste possibilità alternative, sulla base di esperienze diverse che da alcuni anni si muovono in questa direzione, è stato organizzato questo convegno di studi che anche per la diversa collocazione dei promotori si pone in prospettive diverse da quelle tradizionali, « accademiche ». Le relazioni e le discussioni che si sono sviluppate con una fitta partecipazione di persone competenti di fatto e non solo di nome, costituiscono un primo contributo su cui riflettere per operare in modo fondamentalmente diverso rispetto a quanto si è fatto finora.

Raffaello Misiti

INTERVENTI E COMUNICAZIONI

FRANCESCO TONUCCI

DEL MOVIMENTO COOPERAZIONE EDUCATIVA

A nome della Segreteria apro questo convegno nazionale sui problemi dell'inserimento dell'handicappato a scuola. Questo convegno è nato come prima risposta ad una esigenza particolarmente urgente: da qualche anno gli operatori della scuola, gli amministratori locali, le famiglie, gli operatori della riabilitazione, almeno quelli più attenti e sensibili, hanno individuato nella scuola, partendo dai primi livelli (asili-nido e scuola materna), l'unico luogo naturale di socializzazione e di riabilitazione infantile, scegliendo la linea educativa in alternativa alle vecchie strutture istituzionali fondate su criteri di medicalizzazione.

Questa scelta ha dato luogo ad esperienze che sono andate incontro in questi primi anni a molte difficoltà e che hanno spesso rischiato l'isolamento e l'incomprensione. Di qui l'opportunità e l'urgenza di dar luogo ad una occasione di incontro e di verifica di queste esperienze e la necessità di far emergere da queste esperienze stesse una indicazione destinata a tutta la scuola, al suo modo nuovo di essere gestita, agli amministratori, ai politici.

Il discorso era quindi un discorso della scuola e sulla scuola, ritagliato nel più grande e complesso discorso della emarginazione e del suo superamento. Era un invito agli operatori scolastici, ma anche alle forze amministrative e

sociali che oggi permettono una reale e corretta modificazione della scuola, ad incontrarsi e scambiarsi le esperienze. Non per nulla la proposta è nata da un movimento di insegnanti come il Movimento di Cooperazione Educativa, dal Sindacato Scuola nazionale, CGIL e dall'Istituto di Psicologia del CNR che da anni conduce ricerche sui problemi della scuola.

Forse lo scopo è stato raggiunto solo in parte. Forse in queste giornate ascolteremo più tecnici che insegnanti, amministratori, rappresentanti delle famiglie. Questo è uno dei tanti problemi, una delle tante contraddizioni da affidare alla discussione. Se non siamo riusciti a dare il convegno in mano alla scuola rimane l'orientamento chiaro che alla scuola si deve riferire. Orientamento emerso senza dubbi dai due incontri tenuti a Roma in giugno e ottobre preparatori a questo convegno stesso. Da questi pre-convegni, oltre le linee di fondo, è emersa anche la struttura organizzativa; in questi mesi una segreteria composta di rappresentanti dei tre enti promotori ha lavorato per contrattare i nuovi gruppi e enti e per arrivare insomma fino ad oggi. Le urgenze, le vacanze di mezzo, l'inizio delle attività scolastiche e lavorative in genere, gli impegni per le nuove strutture democratiche della scuola, giustificano in parte eventuali carenze organizzative. La segreteria sopravviverà al convegno per curare la stesura degli atti e la diffusione delle conclusioni e nulla vieta che da questo primo e incompleto incontro nasca l'esigenza di incontrarsi ancora per verifiche sempre più puntuali e per proposte sempre più decise.

INDICE

PREFAZIONE (BRUNO ROSCANI)	pag.	3
INTRODUZIONE (RAFFAELLO MISITI)	»	5
INTERVENTI E COMUNICAZIONI	»	15
FRANCESCO TONUCCI, <i>Movimento cooperazione educativa</i>	»	15
Organizzazione territoriale, gestione sociale e problemi dell'infanzia - MARCO CECCHINI, <i>Istituto di Psicologia del C.N.R.</i>	»	17
L'esperienza di Reggio Emilia - GIOVANNI POLLETTA, <i>neuropsichiatra infantile</i>	»	37
Le iniziative di Sesto S. Giovanni - GIUSEPPE DE LUCA	»	59
+ Scuola ed esclusione - AGOSTINO PIRELLA, <i>Direttore ospedale psichiatrico - Arezzo</i>	»	71
+ Sperimentazione e programmi per le scuole dell'infanzia - ÉQUIPE MEDICO-PSICOPEDAGOGICA, <i>Centro di igiene mentale - Livorno</i>	»	85
Realizzazioni di inserimento in un comprensorio di Bologna - GRUPPI DI IGIENE MENTALE INFANTILE	»	109
I servizi di igiene mentale per minori nella provincia di Arezzo - ITALO GALASTRI, <i>Assessore alla P.I.</i>	»	123
+ Esperienze contro l'emarginazione e prospettive di lotta per una scuola democratica - CONSORZIO DI VIGILANZA IGIENICA, PROFILASSI E MEDICINA SCOLASTICA - Montepulciano	»	133
+ La scuola e il bambino handicappato - GIORGIO TESTA <i>Movimento cooperazione educativa - Roma</i>	»	145
+ Problemi di inserimento in una scuola materna a Roma - ALESSANDRA GINZBURG, <i>psicologa</i>	»	155

Relazione della I classe della Scuola elementare Regina Margherita di Roma - GABRIELE BONFIGLI, <i>insegnante M.C.F.</i>	»	163
I risultati del Centro AIAS di Cutrofiano - GIUSEPPE RICCI, <i>neuropsichiatra infantile</i>	»	171
Per il superamento della scuola speciale - ANNA AGLIANI BUIATTI - MANLIO POGGETTI, <i>scuola speciale medico psico-pedagogica</i> - Livorno	»	177
+ L'inserimento dei non vedenti - GRUPPO MOVIMENTO COOPERAZIONE EDUCATIVA - SINDACATI SCUOLA CGIL-CISL-UIL - La Spezia - Massa Carrara	»	187
Esperienze di lotta per l'inserimento a Vicenza - GRUPPO DI GENITORI, INSEGNANTI, OPERATORI SINDACALI E SOCIALI	»	195
Igiene mentale e scuola dell'obbligo - CENTRO DI IGIENE MENTALE DI RIMINI	»	201
◆ Primi tentativi di integrazione di bambini handicappati - CENTRO DI INTERVENTO PRECOCE ANFFAS DI ROMA	»	205
Attività svolta dal Centro AIAS a Genzano (Roma) - GIORGIA MARCELLINI, <i>coordinatrice del Centro</i>	»	209
Cambiare la scuola, cambiare la società - BENEDETTO SAJEVA, <i>Segreteria del SNS-CGIL</i>	»	213
La lotta per un nuovo assetto sociale - LUCIO DEL CORNÓ, <i>Commissione scuola del PCI</i>	»	219
Una gestione sociale non mistificata - COLLETTIVO DELLE ÉQUIPES M.P.P. DI ROMA	»	223
+ Emarginazione e selezione nella scuola - FRANCESCA DI IORIO, <i>Consiglio nazionale SNS-CGIL</i>	»	227
La spinta innovatrice di Cutrofiano - GIOVANNI CANNOLETTA, <i>Presidente del Centro AIAS</i>	»	231
Organizzazione spontanea di base e gestione diretta - SERGIO PASTORELLO, <i>Comitato dei genitori di Vicenza</i>	»	239
+ Sull'handicap fioriscono gli Enti inutili - FEDERICO ROCCO, <i>CGIL Scuola di Cagliari</i>	»	243
Conquistare piattaforme sempre più avanzate - CESARE PADOVANI, <i>CGIL Scuola di Rimini</i>	»	249
DOCUMENTO CONCLUSIVO	»	253
ADESIONI AL CONVEGNO	»	259

DOCUMENTO CONCLUSIVO

Le lotte che il movimento operaio ha condotto in questi anni sui temi della difesa della salute, della riforma della scuola, dei servizi sociali hanno messo in evidenza due esigenze fondamentali. La prima riguarda la necessità di sviluppare su tutto il territorio nazionale una rete capillare di servizi socio-sanitari ed educativi idonei a prevenire l'insorgere di nuove malformazioni ed handicaps.

La seconda si riferisce all'urgenza di fornire una risposta immediata a chi oggi si trova a pagare in prima persona i guasti prodotti:

a) da uno sviluppo capitalistico della società che ha determinato profondi squilibri tra Nord e Sud e sacrificato l'utilizzazione democratica del territorio sull'altare del profitto, della speculazione e rendita parassitaria;

b) da una gestione del potere di tipo clientelare ed elettoralistico;

c) da una tendenza economica che ha privilegiato i consumi individuali a scapito di quelli collettivi e sociali;

d) dal ritardo dell'applicazione della Carta costituzionale nata dalla Resistenza, che oggi si trova esposta alle insidie delle trame fasciste. Insidie che tendono a concretizzarsi con l'accertamento dell'esistenza di disegni eversivi fascisti delle istituzioni democratiche di por-

tata nazionale e che troveranno senz'altro una ferma opposizione nella volontà di lotta della classe operaia.

La risposta alla soddisfazione dei bisogni attuali deve andare nella direzione dell'avvicinamento dei tempi delle riforme e non di un loro allontanamento; deve favorire l'articolazione di forme di intervento unitarie e globali e non settoriali e corporative; deve andare nel segno opposto a quello che ha contraddistinto le forze governative che a quasi 30 anni dalla fondazione della Repubblica sono state incapaci di realizzare strutture di prima necessità, come quella sanitaria scolastica, dei servizi sociali.

I risultati di questo modello capitalistico dell'organizzazione sociale complessiva e di governare sono che oggi in Italia mancano i servizi sanitari di base per promuovere lo sviluppo di una medicina preventiva degli ambienti di lavoro, di quella prenatale e perinatale; gli asili nido e le scuole materne sono insufficienti a soddisfare i bisogni della popolazione; il boicottaggio della legge sull'edilizia scolastica e l'organizzazione classista della scuola mettono in seria difficoltà l'attuazione del programma del diritto allo studio.

Sono tutte queste condizioni di carenza generale dei servizi socio-sanitari educativi che creano handicaps che colpiscono in primo luogo i figli della classe operaia.

Dobbiamo distruggere la concezione stessa dell'handicappato come categoria di malati da curare, emarginandoli in ghetti separati, concezione sulla quale hanno prosperato centri di speculazione o di potere più o meno mascherato, mentre si è creata un'artificiosa distinzione di handicappati di varie categorie (sordi, ciechi, spastici, invalidi civili, etc.), tesa al mantenimento di posizioni di potere e di privilegio di enti di varia natura.

In tutti questi anni la pressione della classe lavoratrice sulla scuola, in particolare quella dell'obbligo, è stata continuamente contrastata da una politica che ave-

va come obiettivo quello di selezionare, escludere e condizionare. Questa politica ha dato luogo a tassi di bocciatura altissimi, al proliferare di classi differenziali, di scuole speciali, di istituti psicopedagogici, assistenziali, pubblici e privati.

L'accentuarsi di questa contraddizione ha determinato un massiccio intervento della classe operaia e delle sue organizzazioni in questo settore; questo intervento ha dato luogo per la prima volta a una diminuzione della selezione, soprattutto al Centro-Nord, in termini di diminuzione delle bocciature e di riduzione delle classi differenziali il cui ritmo di sviluppo aveva raggiunto indici elevatissimi. Inoltre, questo massiccio intervento ha determinato l'inizio di una presenza della classe operaia all'interno del sistema scolastico, iniziando a rompere la chiusura e separatezza di questo sistema, e dando avvio a un processo i cui effetti potranno essere di vasta portata. Si afferma quindi l'urgenza di mettere in movimento un'inversione di tendenza, che — in un diverso modello di sviluppo economico che privilegi i consumi sociali, (costruzione di scuole, nidi, servizi sociali e sanitari) a scapito di quelli individuali non primari — trovi lo slancio per concretizzare, quel piano di riforme radicali di struttura che sono indispensabili per avviare la nazione verso un progresso civile e democratico.

Di questa inversione di tendenza si afferma che l'Ente locale e con esso tutti gli organismi della democrazia decentrata (quartieri, distretto scolastico, Associazioni dei genitori, Comitati sindacali, Consigli di fabbrica) debbono essere egemoni e protagonisti, e che pertanto all'Ente locale stesso vanno ricondotte tutte quelle funzioni che lo mettano in grado di giocare un ruolo diverso da quello accreditatogli da una legislazione arcaica e borbonica.

In questa prospettiva di rinnovamento della scuola, di istituzione del servizio sanitario, di istituzione dei

servizi sociali per tutti vanno collocati gli interventi verso gli handicappati. Le esperienze che su questo terreno sono state compiute in diverse parti d'Italia, e i risultati delle stesse ricerche scientifiche condotte in diverse nazioni mettono in rilievo come l'inserimento dell'individuo handicappato nella comunità dei coetanei sia da considerare un processo terapeutico.

Esso — oltre a favorire il miglioramento dei rapporti relazionali dell'handicappato stesso — mette il gruppo intero nella condizione di elaborare strategie comportamentali di integrazione e di crescita collettiva, mentre la stessa presenza dell'handicappato nella società facilita l'atteggiamento di accettazione da parte della popolazione, se questa è stata sensibilizzata attraverso incontri, dibattiti, riunioni.

In questo quadro ci sembrano fondamentali ed urgenti alcuni interventi:

a) corrispondenza, sulla base dell'omogeneità territoriale del distretto scolastico e dell'unità dei servizi socio-sanitari, affinché non sia ostacolata l'unitarietà di intervento da parte dell'Ente locale, favorendo in questo settore l'avvio di una politica organica di tutela della salute e di educazione di tutta l'infanzia;

b) all'interno dell'unitarietà di tutti questi servizi assumono un ruolo fondamentale le iniziative tese a prevenire prima durante e subito dopo la nascita l'insorgenza di nuovi handicap, servizi che tuttora in Italia non esistono o versano in condizioni spaventose di inefficienza;

c) rilancio costante delle lotte per la realizzazione degli asili-nido, previsti dalla legge 1044, con l'apertura di queste strutture a tutta l'infanzia, ivi compresa quella handicappata;

d) realizzazione del piano per la scuola materna statale e immediata revoca degli articoli della legge sulla scuola e classi materne speciali;

e) apertura immediata di una vertenza sindacale nazionale, coinvolgendo tutti i momenti di gestione democratica (dai Consigli di zona e di quartiere ai Consigli di fabbrica e di circolo) contro il regime delle convenzioni previste dalla legge 118 e da quelle realizzate dal Ministero della P.I. I finanziamenti previsti dall'art. 49 della 118 e dai capitoli di bilancio 1401 e 1803 e 2684 del Ministero della P.I. vanno trasferiti alla Regione come prescrive la Carta costituzionale e la vigente normativa di delega alle Regioni. L'apertura immediata di questa vertenza rafforza la possibilità di una gestione sociale unitaria della salute e della scuola, alla quale l'attuazione dei decreti delegati offre spazi di intervento e di confronto democratico;

f) abolizione generalizzata delle classi differenziali e inserimento degli alunni nelle classi normali;

g) superamento delle scuole speciali con il reinserimento degli alunni nei corsi normali, come momento di sviluppo di un dibattito più generale sull'esclusione e l'emarginazione nell'età scolare, in stretto contatto con gli organismi della gestione collegiale, dai Consigli di quartiere a quelli di circolo, e con gli operatori delle Unità socio-sanitarie territoriali;

h) utilizzazione del personale delle ex-differenziali, delle ex-speciali degli istituti per lo sdoppiamento dei corsi normali e l'avvio di attività nel quadro di una scuola a tempo pieno, e nell'ambito dei servizi socio-sanitari;

i) la realizzazione di questi obiettivi diventa una condizione indispensabile per bloccare l'accesso agli istituti e per favorire l'avvio di un momento di desegregazione che nel territorio e attorno all'Ente locale trova le condizioni per affermarsi;

l) le Regioni, sia sulla base del decreto delegato sulla sperimentazione, sia partendo da iniziative proprie devono promuovere attività decentrate di formazione e

qualificazione del personale, rispondenti il più possibile ai bisogni e alle caratteristiche del territorio. Questo tipo di attività potrà costituire un ribaltamento del modello accademico, autoritario e verticistico, proposto dal Ministero della P.I. per la ricerca e la formazione, finalizzate a questi obiettivi, utilizzando le strutture universitarie e quelle pubbliche di ricerca e di sperimentazione. I programmi finalizzati del CNR, attualmente in discussione, sotto la spinta della Federazione CGIL, CISL, UIL, debbono sempre più essere orientati al raggiungimento di obiettivi di interesse sociale del paese.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è necessaria la partecipazione di tutti i momenti di gestione politica e sindacale che la classe operaia si è data, a tutti i livelli orizzontali e verticali. I contenuti del dibattito emersi dal convegno dimostrano l'esistenza di un processo unitario di sindacalizzazione degli operatori del settore; perciò è fondamentale che si creino momenti di aggregazione con le organizzazioni sindacali della classe operaia, per contribuire all'apertura e alla riuscita di specifiche vertenze. Un ruolo determinante svolge il Sindacato CGIL-scuola per il rafforzamento di alternativa pedagogica, per un rinnovamento della scuola in generale, e per il raggiungimento di tutti gli altri obiettivi emersi dal dibattito. In questo settore e in questo momento particolare la presenza di forti sindacati scuola confederali rafforza le tendenze unitarie indispensabili per far compiere un salto di qualità a tutto il movimento, e contribuisce a sconfiggere quelle forze sociali e politiche che vedono nei sindacati deboli e divisi l'unica possibilità di far passare il disegno politico conservatore e restauratore.

Si rivendica quindi da subito la possibilità di inserimento dei bambini handicappati nella scuola, così com'è, senza distinzioni settoriali, lottando contemporaneamente per un processo di rinnovamento delle strutture scolastiche in rapporto dialettico con l'esterno.