

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore DAL CANTON Maria Pia

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 LUGLIO 1972

Riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche

ONOREVOLI SENATORI. — Ripresentando per la quarta volta la seguente proposta di legge, dopo la costituzione delle Regioni, si corre il pericolo, almeno in apparenza, di far nascere un conflitto di competenze tra i compiti che la proposta demanda allo Stato e quelli che le Regioni rivendicano ai sensi degli articoli 117 e 118 della Costituzione.

Ma un'analisi più approfondita consente di ritenere con certezza che questo conflitto in realtà non esiste e che proprio l'attesa da parte delle Regioni di iniziare una attività in questo settore, rende più che mai necessaria ed attuale la legge. non c'è dubbio che la materia in questione riguarda e coinvolge interessi unitari ed a livello nazionale che non sono certo circoscrivibili nell'ambito delle singole competenze territoriali delle varie Regioni.

D'altra parte la riforma sanitaria, di cui si attende l'attuazione e che dovrà prendere in considerazione, nella medicina riabilitativa, anche questo importantissimo settore, richiede che si predispongano sin d'ora alcuni principi e criteri essenziali ed unitari

dai quali non è possibile prescindere se ci si vuol considerare un Paese civile ed in cui gli handicappati hanno diritto di cittadinanza. Nè va dimenticato, per quanto riguarda le competenze regionali, che anche in concreto non tutte le Regioni sono in grado di assicurare sin d'ora un minimo di assistenza con le strutture a loro disposizione. Da ciò quindi la necessità che lo Stato intervenga ed intervenga subito, sia per assicurare l'immediata attuazione dell'assistenza nel periodo transitorio, sia per garantire le linee direttrici dello sviluppo che all'assistenza verrà dato in sede regionale.

La fondatezza di queste deduzioni trova un autorevole conforto proprio nella pronunzia della Corte Costituzionale (sentenza numero 140 del 1972) che ha ribadito una volta di più le fondamentali ed inderogabili competenze dello Stato in questo settore.

Mentre l'assistenza e la riabilitazione di alcune categorie di minorati (ciechi e sordomuti) vengono svolte in Italia da decenni nei confronti della totalità degli interessati e mediante idonei strumenti tecnici 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, 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, perchè la legislazione che disciplina il settore non è sufficientemente chiara, completa ed organica e concerne 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 soddisfacenti 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, 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 è largamente compromessa, a causa dell'inadeguata attuazione del precetto costituzionale, contenuto nel primo e nel terzo comma dell'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 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 disporre un disegno di legge che risponda adeguatamente alle esigenze rilevate.

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 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 1957-1958) 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 il presente disegno di legge 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.

La legge 14 febbraio 1904, n. 36, sui manicomi e sugli alienati, assegna alle Province il compito di « custodire e curare nei manicomi 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 Province 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 Province 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, adotti 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 Province 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'ONMI il compito di assistere i minorenni « anormali psichici » fino a 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'ONMI 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 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 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 regionali, 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 minorile nei vari Paesi del mondo oscilla in base al tipo di stime 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 esigenza di intervento contemporaneo su non meno di 375.000 minori.

Secondo le 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 richiedono prestazioni specializzate.

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).

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

Le indicazioni qui fornite possono solo orientativamente dare un'immagine dell'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:

a) interventi diagnostici: ad essi provvedono i centri o consultori medico-psicopedagogici; i dispensari di igiene mentale; gli istituti o centri di osservazione.

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 dell'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 di-

sturbo e le modalità più adatte per un completo recupero.

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 perchè 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);

b) interventi in esternato: oltre i trattamenti ambulatoriali svolti dai C.M.P.P., e che 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, discinesie, ecc.). Non esiste una rilevazione sistematica di tali istituzioni, che, per altro, sono rarissime e largamente insufficienti rispetto alle esigenze di un tempestivo recupero di 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;

c) interventi in internato: sono attuati da vari enti.

Detti interventi sono assolutamente insufficienti, ma è doveroso rilevare, in particolare, come nelle regioni del Mezzogiorno tale insufficienza sia ancora 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, 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.

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 principî 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 questi principî

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 del soggetto al frazionamento e alla eventuale mancanza di integrazione 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 del presente disegno: 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 alla 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 (pur troppo solo in termini sperimentali e con una diffusione tuttora modesta) l'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.

Il presente disegno di legge 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 con altrettanta frequenza possono verificarsi riprese e miglioramenti se si interviene per tempo e con l'impiego di mezzi adatti allo scopo.

Nel disegno 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, la formazione professionale, 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 au-

tonoma 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 NEL DISEGNO DI LEGGE

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 informatori 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, transeunti, proprio allo scopo di eliminare o almeno 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 tempestività 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 » perchè 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 bi-

partizione 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 « cronicali » 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 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 ed 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, della 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 essere interessati.

In particolare si ritiene che il compito di maggiore importanza dovrà essere svolto dalle Amministrazioni provinciali, in collaborazione con i comuni.

Alle Amministrazioni provinciali, quindi, dovranno far capo, per un opportuno incontro, tutte le altre iniziative pubbliche o private. Ad esse, pertanto, spetterà la responsabilità per questa funzione importante e delicata, che altrimenti, se non venisse attribuita ad un organo pubblico chiaramente de-

terminato, rischierebbe di essere frustrata ed abbandonata alla discontinuità e sporadicità delle iniziative singole.

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.

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 economica, sociale, culturale e con la sempre più larga soddisfazione dei 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 sintomi di irregolarità o di dubbia regolarità. A tal fine, in tutti i Paesi in cui i principî 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 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 la anormalità: questo errato orientamento, che ha caratterizzato lo sviluppo delle iniziative di assistenza agli irregolari

psichici cinquanta anni or sono, purtroppo non è del tutto superato. Ne consegue l'insufficiente sistematicità degli interventi, che non vengono attuati in 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 s'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, sollevando 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;

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 potrà consentire il reperimento sistematico delle irregolarità nell'infanzia. Per questo si ritiene necessario che le Amministrazioni provinciali promuovano 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, eccetera.

Degli appositi *dépistages* all'ingresso della scuola elementare 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 nell'età dell'adolescenza.

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 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 soluzione dell'ambiente di vita, eccetera.

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 possono 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 CMPP che provveda alla diagnosi nell'età della fanciullezza e dell'adolescenza.

Naturalmente quanti altri — enti, privati, cliniche universitarie, istituti specializzati, eccetera — intendano costituire CMPP, potranno non solo averne la facoltà, ma pure conseguire agevolazioni da parte dello Stato, a condizione che tali CMPP 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 di 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 diagnosticata 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 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 l'indicazione di trattamento proposta dai CMPP: essi devono essere posti in grado non solo di avere dai CMPP le precisazioni necessarie, ma pure di ottenere, se del caso, degli accertamenti supplementari quando risultasse discutibile o insicura l'indicazione formulata.

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 CMPP; trattamenti sociali svolti da assistenti sociali specializzati operanti in seno ai CMPP; 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, eccetera. 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 quegli 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 dell'opera di riabilitazione sociale); la famiglia, se bene integrata da strumenti idonei, risulta l'ambiente più adatto per la riabilitazione. Sicchè 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, eccetera) 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 presenti 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 l'attribuzione di competenze.

Rispetto ai criteri settoriali proposti da alcune parti 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 complessità, 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.

L'attribuzione dei compiti, fondata su questo criterio, deve consentire di eliminare le incertezze e le incongruenze della legislazione e della prassi vigente e deve essere finalizzata alla specializzazione dei servizi.

Non si può trascurare d'altra parte che, nelle età considerate, l'intervento specializ-

zato della scuola costituisce elemento indispensabile per la 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 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.

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 alla 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 gratuita 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 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 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 relativo. 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 con-

fronti dei primi alle Province, 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, 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 specializ-

zate » 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-assistenziali riguardanti i minori irregolari psichici, è interessata ad un largo numero di altri settori della vita sociale ed assistenziale. Pertanto il riconoscimento giuridico del titolo di assistente sociale, che si auspica possa avvenire sollecitamente e nella forma più opportuna, va visto in una prospettiva adeguatamente ampia e deve 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.

Una 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 interventi scoperti, in quanto ciascun operatore viene richiesto di intervenire in base a chiare e ragionevoli attribuzioni di funzioni.

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 per garantire la validità tecnica della 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 una altra garanzia dell'effettiva integrazione delle funzioni.

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 controversie 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 CMPP che ha chiesto il riconoscimento), di coordinamento amministrativo 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.

Sul finanziamento.

Qualora si dovessero contemporaneamente e completamente realizzare tutti gli interventi previsti dal presente disegno di legge, 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-psico-pedagogici e degli altri istituti di assistenza per i soggetti irregolari, alla formazione del personale specializzato sul piano sanitario, didattico, pedagogico, eccetera.

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 del presente disegno di legge non risulta eccessivamente elevato. In relazione ai criteri generali sui quali il disegno di legge si basa, le modalità che

esso 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 propulsione delle diverse attività.

COMMENTO 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 (art. 1).

Agli effetti del presente disegno 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 dal presente disegno di legge e quelli attuati in base alle disposizioni vigenti (che si confida possano trovare sollecita riforma) relativi all'igiene mentale e all'assistenza psichiatrica. In linea generale — e salvo le eccezioni di cui oltre — i due provvedimenti riguardano dunque età diverse (art. 2).

I compiti relativi alla prevenzione, al reperimento ed alla diagnosi vengono in gran parte assegnati alle Province che operano in collaborazione coi Comuni e con la scuola,

nonchè con le Regioni, per quanto di loro competenza (artt. 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 un'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, eccetera; 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, eccetera) ad istituti che accolgano ogni tipo di soggetti. Infatti, questi tipi di istituti costituiscono dei complessi in cui difficilmente si riesce a dare un'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 sanitaria 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 minori per i quali si prevede un lungo periodo di degenza (art. 6).

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 (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 nonchè 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 det-

te 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 32.

Gli articoli 17 e 18 precisano le modalità di finanziamento e di ripartizione degli oneri.

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 il disegno di legge pone l'accento sulla necessità di ordinati tirocini e non solo di insegnamenti teorici.

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 funzionamento 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 25-27). Non si è prevista alcuna

scuola per altri specialisti della rieducazione (ortofonisti, kinesiterapisti, occupational-terapisti, eccetera) 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 (art. 28).

L'articolo 29 prevede il conferimento di venti borse di studio (10 per i direttori didattici e 10 per ispettori scolastici) per la frequenza di corsi di formazione ortopedagogica. Con l'articolo 30 viene precisato che il Ministero della pubblica istruzione provvede, mediante un ispettorato centrale e ispettori provinciali, all'organizzazione, al funzionamento ed al controllo di tutti i servizi scolastici connessi alla riabilitazione dei minori irregolari psichici. Analogamente viene disposto per i Ministeri della sanità, per le competenze pedo-psichiatrico-sanitarie e del lavoro e della previdenza sociale per lo orientamento professionale, i corsi di lavoro e l'inserimento dei giovani riabilitati in una attività produttiva.

L'articolo 31 dispone che i posti di insegnante elementare in classe differenziale o in scuola speciale, di scuola materna specializzata e di classi preparatorie, di ortofonisti e di assistenti sociali, vengono assegnati dopo l'espletamento di appositi concorsi.

Data la presenza dell'aspetto scolastico 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 pubblica istruzione (artt. 32 e 33).

Prevista l'abrogazione di ogni disposizione legislativa e regolamentare contrastante con il disegno di legge (art. 35), si è demandato al Ministero della pubblica istruzione il compito di emanare il regolamento, d'intesa con gli altri due Ministeri più direttamente interessati (sanità e interno) (art. 36).

Gli ultimi due articoli (37 e 38) prevedono, rispettivamente, la possibilità di creare corsi nelle località ove se ne ravvisi la necessità da parte delle scuole esistenti al momento dell'entrata in vigore della presente legge (ciò per adeguare le strutture scolastiche alle esigenze effettive, nei primi tempi di applicazione della legge), e l'abilitazione all'insegnamento, nelle scuole specializzate previste dal disegno di legge, dalle persone dotate del titolo rilasciato dalle scuole magistrali ortofreniche, istituite prima dell'entrata in vigore della legge, in base al regola-

mento generale del 26 aprile 1928 sull'istruzione elementare.

Onorevoli colleghi, il presente disegno di legge 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 profilattiche e riabilitative per i minori irregolari psichici, vuol costituire un contributo concreto per la riforma generale del settore ed un'iniziativa politica ispirata da profonde esigenze umane.

DISEGNO 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, scolastiche, psicologiche e ambientali necessarie ad ottenere 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.

Prevenzione.

Le Province, in collaborazione con i Comuni, svolgono opera di prevenzione delle irregolarità dello sviluppo psichico sia indirettamente, favorendo la promozione ed il potenziamento di attività profilattiche pubbliche e private, sia direttamente, mediante lo svolgimento di idonee iniziative.

Sono fatte salve le competenze delle regioni relative alle attività previste dalla presente legge. Le Province provvedono allo svolgimento dell'attività di cui al primo comma, nonchè delle successive norme della presente legge, in collaborazione con le Regioni per le materie di competenza di queste ultime.

Art. 4.

Reperimento.

Al reperimento dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico provvedono:

1) le Province in collaborazione con i Comuni per i minori in età prescolare da sottoporre alla diagnosi per l'eventuale invio a scuole materne specializzate;

2) l'Autorità scolastica in collaborazione con i predetti enti locali, 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.

Art. 5.

Diagnosi.

Alla diagnosi delle irregolarità psichiche dei soggetti di cui all'articolo 2 provvede la Provincia attraverso i centri e i consultori medico-psico-pedagogici gestiti direttamente o da altri enti o da privati con essa convenzionati, che abbiano la composizione prevista dal successivo articolo 7, accertata dal Comitato di cui all'articolo 33, 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 33.

Il Ministero della pubblica istruzione, il Ministero della sanità e gli altri Ministeri interessati, le Regioni nonchè gli istituti mutualistici, possono contribuire al finanziamento dei centri o consultori di cui al primo comma del presente articolo.

Art. 6.

Trattamento.

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 richiedono;

2) l'accoglimento, in sezioni speciali distinte istituite presso le scuole materne, dei soggetti di età superiore ai 3 anni che presentano lieve ritardo, insufficienze mentali di vario grado, o irregolarità nello sviluppo della affettività;

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

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

5) il controllo periodico e l'assistenza specializzata, presso la scuola primaria o 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 accennate 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 lieve ritardo mentale, 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 vario tipo e grado od altre rilevanti irregolarità psichiche;

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

4) l'accoglimento in istituti residenziali di assistenza o in cliniche ed ospedali dei soggetti che presentano gravi irregolarità psichiche, per i quali le forme di trattamento di cui ai precedenti nn. 1), 2) e 3) si siano mostrate 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 un pedagogista specializzato, da uno o più assistenti sociali ed, eventualmente, da altri specialisti della diagnosi e della riabilitazione dei soggetti irregolari nello sviluppo psichico.

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.

La Provincia, d'intesa con l'autorità scolastica locale, provvede ad istituire o a con-

venzionare, nell'ambito del proprio territorio, centri medico-psico-pedagogici, adeguandone l'organizzazione e l'attività alle esigenze della popolazione.

Art. 8.

Scuole materne specializzate.

Le sezioni specializzate costituite presso le scuole materne accolgono quei soggetti di età compresa fra i tre ed i sei anni, che presentano lieve ritardo, insufficienze mentali di vario tipo e grado, 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 proporzionale 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 della Provincia d'intesa con l'autorità scolastica competente per territorio.

La Provincia, in collaborazione con il Ministero della pubblica istruzione, con le Regioni e con le amministrazioni 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 specializzate.

Art. 10.

Classi differenziali.

Le classi differenziali accolgono gli alunni della scuola elementare, che presentano lievi ritardi nello sviluppo psichico, difficoltà

di inserimento nel gruppo, per i quali è possibile prevedere l'adattamento alla scuola comune, in seguito al trattamento specializzato.

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

Le classi differenziali sono affidate a personale insegnante dotato del titolo di specializzazione di cui all'articolo 20; esso applica con idonei metodi graduali i programmi di insegnamento delle corrispondenti classi comuni avvalendosi, inoltre, di appropriati sussidi didattici e autodidattici.

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

Art. 11.

Scuole speciali.

Le scuole speciali per irregolari psichici accolgono quei soggetti che hanno compiuto i sei anni e che per la loro forma o grado di insufficienza mentale 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 educazione di quei soggetti che presentano forme di natura più chiaramente morbosa.

La scuola speciale per irregolari psichici può essere organizzata esclusivamente per il trattamento di un solo tipo di insufficienza mentale, 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 nè superiore a dodici.

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, di conservazione, di cultura generale 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, terapeutiche e ricreative.

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

Previ accordi col Patronato scolastico, il Comune e l'Amministrazione provinciale, la direzione della scuola speciale predispone, per l'estate, turni residenziali in colonia.

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 e 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 33 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 idonei alla frequenza della classe differenziale residenti nel comune sia inferiore al minimo di cui al secondo 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 scuola speciale dell'Istituto medico-psico-pedagogico è soggetta alle stesse norme di cui all'articolo 12.

La direzione della scuola speciale va affidata al direttore pedagogico dell'Istituto, che deve essere fornito del titolo di cui all'articolo 20.

La vigilanza sulle scuole speciali parificate e 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 o 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, 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 e terapeutiche presso i centri medico-psico-pedagogici di cui all'articolo 5 e le scuole materne specializzate sono a carico della Provincia.

Alle spese concernenti il personale insegnante, per il servizio sociale, di direzione didattica delle classi differenziali e delle scuole speciali statali, dell'Ispettorato centrale e degli Ispettorati provinciali, nonchè alle spese per il trasporto degli alunni dalle rispettive residenze alla sede delle classi differenziali e delle scuole speciali e alle spese per le attrezzature delle scuole speciali, provvede il Ministero della pubblica istruzione.

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

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, clinica o Istituto di riabilitazione o di assistenza di cui alla presente legge 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 fanno carico alla Provincia.

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, all'Amministrazione provinciale.

CAPO III.

PERSONALE

Art. 19.

*Insegnanti, direttori didattici
e assistenti specializzati.*

Gli insegnanti delle classi differenziali, delle scuole speciali autonome o funzionanti

negli Istituti medico-psico-pedagogici, statali o non statali, come i direttori didattici addetti alla vigilanza delle citate istituzioni, debbono essere provvisti oltre che del diploma, dell'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.

L'ammissione alla scuola è vincolata da colloqui attitudinali ad orientamento psico-socio-pedagogico ed è riservata a non più di 50 iscritti.

I corsi hanno la durata di due anni accademici con programmi comprendenti lo studio dello sviluppo fisico, neurologico e psichico della persona umana con particolare riguardo alla psicologia e psicopatologia dell'età evolutiva, nonché lo studio delle strutture legislative e assistenziali e 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, da opportuni tirocini presso le istituzioni scolastiche speciali per soggetti irregolari nello sviluppo psichico (classi differenziali, scuole speciali, istituti medico-psico-pedagogici) e dalla compilazione della carta biografica (studio su un fanciullo irregolare psichico).

Al termine dei corsi, dopo il superamento degli esami per le materie del primo anno e poi quelli del secondo, le scuole magistrali ortofreniche rilasciano agli allievi il titolo di specializzazione per l'insegnamento nelle istituzioni scolastiche speciali di cui al primo comma dell'articolo precedente.

Presso le scuole suddette sono istituiti corsi teorico-pratici della durata di un biennio per specializzare persone fornite del diploma di grado preparatorio, vigilatrici d'in-

fanzia 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, presso le facoltà universitarie di lettere e filosofia o di magistero che abbiano sede in località ove esistano istituzioni riabilitative dei minori irregolari psichici, presso le quali sia possibile lo svolgimento dei tirocini e lo studio del caso di cui al comma terzo dell'articolo precedente.

Le scuole magistrali ortofreniche, istituite da altri enti pubblici e 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 che stipula con le stesse apposite convenzioni.

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, stabilita in un servizio di non oltre dieci anni continuativi, 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 sull'istruzione superiore 31 agosto 1933, n. 1952, 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 della metodologia speciale delle tecniche proprie della 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 titoli 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 pubblica istruzione 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 pubblica istruzione, cinque borse di studio per laureati o medici che intendono frequentare analoghe scuole all'estero.

Art. 29.

Il Ministero della pubblica istruzione conferisce annualmente, mediante concorso per titoli ed esami, dieci borse di studio per direttori didattici e dieci borse di studio per

ispettori scolastici per la frequenza di corsi di formazione ortopedagogica.

Art. 30.

Ispettorati centrali e provinciali.

Il Ministero della pubblica istruzione provvede all'organizzazione, al funzionamento, al controllo di tutti i servizi scolastici connessi alla riabilitazione dei minori irregolari psichici, ivi comprese le scuole magistrali ortofreniche di cui all'articolo 20 e le scuole di formazione per gli educatori specializzati di cui all'articolo 25, a mezzo di un ispettorato centrale e di ispettorati provinciali, assegnandovi funzionari particolarmente esperti.

Analoghi ispettorati periferici provinciali vengono stabiliti dal Ministero della sanità per le competenze pedo-psichiatrico-sanitarie e dal Ministero del lavoro e previdenza sociale per l'orientamento professionale, i corsi di lavoro, l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani riabilitati.

Art. 31.

I posti statali di insegnante elementare in classe differenziale ed in scuola speciale vengono assegnati in base a concorso per esami fra aspiranti forniti del titolo di cui all'articolo 20, secondo un particolare programma di studi ortopedagogici.

Analogamente è stabilito per i posti statali di scuola materna specializzata e di classi preparatorie come per i posti per ortofonisti e per assistenti sociali, da mettere a concorso rispettivamente fra maestre di scuole materne specializzate (art. 20), maestri ortofonisti e assistenti sociali.

CAPO IV.

COORDINAMENTO E CONTROLLO

Art. 32.

È costituito, presso il Ministero della pubblica istruzione, 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 pubblica istruzione, che lo presiede;

di un rappresentante del Ministero della sanità, che funge da vice presidente;

di un rappresentante del Ministero del lavoro e previdenza sociale;

di tre rappresentanti delle Regioni designati dalla Presidenza del Consiglio;

di due rappresentanti delle Amministrazioni provinciali, designati dall'Unione delle province;

di due rappresentanti delle Amministrazioni comunali, designati dall'Associazione nazionale comuni italiani;

di due esperti, in rappresentanza delle istituzioni di assistenza agli irregolari in età evolutiva, segnalati dal Ministero della sanità su una rosa di cinque nominativi proposti dall'Associazione nazionale più rappresentativa che opera nel settore.

Il Comitato è nominato con decreto del Ministero della pubblica istruzione.

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

Art. 33.

È costituito, presso il provveditorato agli studi, 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 provveditore agli studi, che lo presiede, e dai seguenti membri:

il medico provinciale che funge da vice presidente;

un rappresentante dell'ufficio provinciale del lavoro;

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

quattro rappresentanti delle 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 provveditore agli studi; essi durano in carica un quadriennio e possono essere confermati.

In seno al Comitato è costituita una sezione tecnica nominata dal Comitato stesso e presieduta dal provveditore agli studi.

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. 34.

Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 13, 21, 22, 25, 27, 28, 29 e 30 si farà fronte con lo stanziamento di lire 2.500 milioni nello stato di previsione della spesa del Ministero della pubblica istruzione, per l'esercizio finanziario successivo a quello dell'approvazione della presente legge.

Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 5, 16, 21, 25, 28 e 30 della presente legge si farà fronte con lo stanziamento di lire 2.500 milioni nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario successivo a quello dell'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 dei rispettivi interventi previsti dalla presente legge.

Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge le Amministrazioni provinciali faranno fronte con parte dei fondi stanziati in bilancio per l'assistenza agli infermi di mente, mentre le Amministrazioni co-

munali faranno fronte con parte dei fondi stanziati in bilancio per il servizio di assistenza sanitaria ai poveri.

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 35.

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

Art. 36.

Su proposta del Ministero della pubblica istruzione, di concerto con i Ministeri della sanità e dell'interno, sarà emanato il regolamento di esecuzione della presente legge, entro un anno della sua entrata in vigore.

Art. 37.

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, tirocini, docenti, esami, valore del titolo a quelli delle scuole stesse.

Art. 38.

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 alla entrata in vigore della presente legge ai sensi dell'articolo 404 del regolamento generale 26 aprile 1928, n. 1297, sull'istruzione elementare.