

L'INFANZIA DISADATTATA

Mai come in questi ultimi anni si è parlato del problema dell'infanzia minorata. Accanto ad atteggiamenti di scandalo, a preoccupazioni di spettacolo o di propaganda, c'è anche qualche seria ricerca e qualche generoso interesse; ma il più delle volte sono iniziative piuttosto caotiche e non si ha ancora l'impressione che esista una coscienza collettiva, che preluda a una soluzione sociale di grandi linee.

È il motivo che ci ha indotto a presentare ai Lettori una breve trattazione del problema come si presenta oggi nella sua realtà. **In una prima parte** chiariremo la terminologia relativa al tema, daremo qualche classificazione dei disadattati, riporteremo e commenteremo qualche dato statistico, penetreremo rapidamente nel mondo personale e spirituale del disadattato e in quello dei genitori, e abbozzeremo finalmente il significato di collaborazione fra genitori ed educatori e società.

A una seconda parte, che svolgeremo successivamente, riserviamo tutta la ricerca sui mezzi concreti della cura e del recupero del disadattato: la profilassi, la diagnosi, la rieducazione, la scuola, la formazione morale, l'inserimento sociale e professionale, il suo tempo libero, il suo matrimonio, i compiti della comunità nei suoi confronti.

PRIMA PARTE: IL PROBLEMA

TERMINOLOGIA

C'è chi chiama «**anormali**» i ragazzi con disturbi fisici, sensoriali e sociali, in opposizione al gruppo dei normali; ma corre il rischio di dare alla parola anormale esclusivamente il significato di «**subnormale**», con un valore peggiorativo, creando così una separazione netta fra un gruppo e l'altro dei ragazzi. Anche tutta la programmazione del recupero viene fatalmente compromessa da questa concezione errata.

Altri indicano questi minorati con l'appellativo « **handicapés** ». È anche questo un modo di definire il disadattato con uno svantaggio iniziale; ma almeno indica meglio la situazione educativa e sociale, in quanto non esclude una competizione dell'individuo per riuscire nella vita. Nel termine non si nega un deficit fisico, sensoriale, intellettuale o sociale, ma lo si considera **sotto un angolo evolutivo e dinamico**, che implica una prospettiva di recupero.

Nel mondo anglosassone si usa attualmente il termine « **exceptionnel** », che raccoglie nella sua nozione una più vasta gamma di tipi di minorazioni necessitanti un trattamento pedagogico speciale.

Noi usiamo oggi più volentieri il termine « **disadattato** », in quanto esso pone l'accento prevalente sul carattere relativo del deficit. Forse sottolinea meno le condizioni fisiche, sensoriali e sociali, e dà un maggior accento sull'alterazione dei rapporti del minorato con l'ambiente fisico e sociale che lo circonda; ma in cambio induce a una concezione dell'educazione, in cui obiettivo principale è quello di **stabilire relazioni normali con l'ambiente**, pur non dimenticando l'origine interna ed esterna delle sue difficoltà (1).

Definizione di infanzia disadattata.

1. Accettata la dizione, **infanzia disadattata**, secondo una delle più recenti e aggiornate sintesi che si riferiscono ai diversi tipi di disadattati e alle diverse tecniche della educazione e della rieducazione, **vorrebbe indicare** « ogni ragazzo bisognoso di cure mediche, educative, psicologiche o sociali, diverse da tutte quelle che sono necessarie alla salute e alla educazione dei ragazzi normali viventi in un ambiente normale ».

Vengono, cioè, considerati disadattati quei ragazzi che hanno bisogno di cure particolari, diverse da quelle che una nazione prevede per il maggior numero dei suoi abitanti; quei ragazzi che, per essere riportati al livello degli altri, hanno bisogno da parte del legislatore e dell'educatore di qualche cosa di più e di diverso.

Per cui, si potrebbe dire che « **disadattato** » è il ragazzo che viene spinto dai suoi disturbi di comportamento o dalle irregolarità di carattere al margine della società, e posto in conflitto aperto e prolungato con essa e con le esigenze di un ambiente conforme alla sua età e alla sua origine sociale; oppure, se si vuole, quel ragazzo il cui comportamento o efficienza o carattere sono anormali, ma che soffre a causa dell'ambiente non conforme

(1) OLERON P., *L'éducation des enfants physiquement handicapés*, Presse Universitaire de France, Paris, 1961, Introduzione; *The Education of exceptional Children*, 49° Yearbook of the National Society for the Study of Education, Chicago, University of Chicago Press, 1950.

ai suoi bisogni fisici, affettivi, intellettuali o spirituali; oppure ancora quel ragazzo insufficiente mentale o minorato fisico o sensoriale, che vive in un ambiente non adeguato alle sue concrete esigenze (2).

2. Il problema assume dimensioni assai ampie, per il numero dei ragazzi e degli adolescenti che vi sono compresi, soprattutto se si pensa che nell'ambito del problema vengono inglobati inseparabilmente per vari motivi i genitori, gli educatori, la popolazione e i vari ambienti di vita in cui il disadattato passa.

Sul disadattato si ripercuotono l'ignoranza, l'indifferenza e la perversità degli adulti, i loro atteggiamenti sconcertanti, che sono da attribuire in massima parte alla rapida evoluzione delle modalità e del ritmo della vita, alla mancanza del senso del limite, al cambiamento delle concezioni familiari e sociali, e soprattutto all'incalzare di ideologie varie sulla tradizione e sull'esperienza.

CLASSIFICAZIONE

Per attuare un'azione educativa e un ricupero appropriato e veramente individuale, è necessario stabilire anzitutto una classificazione dei vari tipi di disadattamento, anche se una classificazione rigida e schematica rischia di distaccare l'educatore dal suo caso, che il più delle volte non rientra nel quadro teorico e deve essere trattato in maniera individualizzata.

Le varie classificazioni risentono delle concezioni degli esperti che le hanno fatte; risentono della politica, della filosofia e della religione del loro ambiente. Decroly stesso scrive che ogni Paese ha la sua classificazione e non è facile stabilire un sinonimo abbastanza serio fra tutte le terminologie adottate (3).

Una sintesi fra le varie classificazioni, che sembra meglio rispondere alle nostre esigenze rieducative dal punto di vista medico, psicologico e pedagogico, potrebbe essere la seguente:

— a) gli insufficienti mentali e con particolare riguardo all'intelligenza (gravi, medi, lievi) e al carattere; — b) gli insufficienti sensoriali: sordi, sordastri, ciechi e ambliopi, o con disturbi del linguaggio; — c) gli insufficienti motori, con deformazioni ortopediche congenite, i colpiti da disturbi neurologici: postumi di poliomielite, di meningite tubercolosa, encefalopatie;

(2) *Sauvegarde de l'Enfance*, 10° Anniversario dell'UNAR, 1958, nn. 9-10.

(3) CHRISTIAENS L., *Médecine sociale de l'adolescent*, G. Doin, Paris, 1960, p. 195; LAUNNAY C., DUCHE D. J., *L'enfant physiquement handicapé*, G. Doin, Paris, 1958, pp. 21 ss.; GAGGERI E., *L'assistenza e il ricupero dei minorati disadattati nella legislazione sociale*, Tip. Bizzoni, Pavia, 1963.

epilettici; — d) i colpiti da malattia somatica cronica; i diabetici, i cardiopatici, i tubercolotici (4).

Gli insufficienti mentali.

1. Con particolare riguardo all'intelligenza. La nozione di inabilità mentale è legata al quoziente intellettuale (Q.I.), che è il rapporto fra età mentale ed età cronologica, calcolato da un reattivo di livello in funzione del livello mentale medio del gruppo sociale, da cui proviene il soggetto.

Rispetto al valore assoluto del Q.I. si possono dare, secondo l'Amaldi, le seguenti indicazioni particolarmente utili per studiare i ragazzi sospetti di anormalità: Q. I. da 0.91 a 0.70 indica una frenastenia di grado lieve (tardività); Q. I. da 0.66 a 0.45 frenastenia di grado medio (prevalentemente da biopatia); Q.I. da 0.45 in giù frenastenia grave o gravissima (prevalentemente da encefalopatia). L'ineducabilità corrisponde grosso modo a un Q.I. inferiore a 0.45.

Si sa benissimo che la nozione di Q.I. è artificiale e serve solo come punto di partenza e può avere credito se stabilito comparativamente con altri metodi (5).

2. Con particolare riferimento al carattere. I caratteriali, malgrado un discreto livello intellettuale, hanno un comportamento familiare, scolastico, professionale e sociale, che impedisce loro di sviluppare i rapporti normali con l'ambiente e di avere una crescita psicologica armoniosa. Il loro gruppo è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali, con varianti e interferenze: emotività, depressione, eccitazione, instabilità, impulsività, tendenze paranoiche, tendenze perverse.

Le reazioni sono segnate dalla trama della violenza e della distruzione sostenuta da uno stato di inferiorità e di insicurezza di cui essi soffrono. Spesso all'origine vi sono famiglie dissociate dalla miseria, dalla rottura dei rapporti, dalle malattie, dalla delinquenza.

Altre volte, vi sono fattori costituzionali, nevrosi acquisite, deficienze parziali con postumi di malattie, ritardi di crescita e di debilità fisica.

In tali situazioni, i meccanismi di difesa si esasperano e il ragazzo si stabilizza in una forma di egocentrismo, di immaturità

(4) MARTNER E., *The Child with a Handicap. A Team approach to his Care and Guidance*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1959.

(5) PRUDHOMMEAU M., *Les enfants déficients intellectuels*, Presse Universitaire de France, Parigi, 1956; BRAUMER, *Pour élever un enfant déficient mental*, Libr. Psychologique, Parigi, s.d.; BENCINI BARIATTI A., *Educabilità e recupero sociale del mongoloide*, in *Infanzia Anormale*, XLVII, pp. 224 ss.; GADDINI DE BENEDETTI R., *Influenza di fattori prenatali, perinatali e neonatali sullo sviluppo psicologico e mentale del bambino*, in *Infanzia Anormale*, XLVII, pp. 345 ss.

affettiva, di non passaggio alla fase della obiettività e della oblatività, mentre scompaiono i sistemi di difesa morale, per cui tutto questo vuoto viene riempito dalle reazioni di prestanza oppure dall'angoscia, dalla quale si libera con l'aggressività verso di sé e verso gli altri (6).

Gli infermi sensoriali.

Essi rappresentano un gruppo più conosciuto e meno limitato del precedente. Anziché fermarci ad analizzare il gruppo dei ciechi e sordomuti, per i quali esiste già un'ampia bibliografia, ci tratteremo sulle infermità sensoriali di cui oggi ci si va maggiormente occupando in campo diagnostico e rieducativo, quali gli ambliopi, i sordastri, i difettosi del linguaggio.

1. Gli ambliopi hanno una visione indebolita con un'acuità visiva fra 1/10 e 4/10 dell'occhio migliore dopo la correzione. Sono caratterizzati per lo più da forti miopie spesso evolutive, vi sono compresi gli affetti da ipermetropie, da astigmatie, da una vasta serie di cataratte, da albinismi, da nistagmi, da atrofie del nervo ottico, da glaucomi, da retinopatie.

La stenopatia dovuta alla fatica visiva si manifesta in questi ragazzi in forme diverse: dal mal di testa alla congiuntivite, passando attraverso i tics e la ditropia, ed è frequentemente causata da un disgusto per il lavoro scolastico e intellettuale, e di irrequisitezza di comportamento.

Andrebbe poi considerato a parte lo **strabismo convergente o divergente**, il cui pericolo può essere la perdita dell'occhio deviato, che finisce per diventare carente di ogni attitudine funzionale (7).

2. I sordastri hanno un deficit auditivo compreso tra 30 e 60 décibels. Essi odono la voce degli altri deformata e di conseguenza riproducono un linguaggio deformato.

Questo disadattamento dell'udito ha gravi conseguenze sullo **sviluppo del linguaggio**, sul piano affettivo e sul comportamento,

(6) DELL'ACQUA U., *Il ragazzo caratteriale in istituto*; BOLLEA G., *I disturbi del carattere nell'età evolutiva*; BUSNELLI FIORENTINO G., *Disturbi del carattere ed ambiente familiare*, in *Ragazzi d'Oggi*, 1963, n. 2. Vedi anche: BALCONI-BERRINI, *Studio statistico-clinico su di un gruppo di 1.000 bambini segnalati per difficoltà di adattamento al primo anno di scuola*, in *Infanzia Anormale*, 1958, fasc. 25; ROVIGATTI M. T., *Fanciulli in difficoltà nella famiglia e nella scuola*, *Atti del Congresso SIAME*, 6 dicembre 1960, Roma (Piazza Lovatelli, 36), 1961.

(7) CHRISTIAENS L., o. c., pp. 486 ss.; MAURANGES, *Possibilités éducatives offerts aux déficients de la vue*, in *La Semaine Médicale*, ottobre 1960; DELL'ACQUA U., *Gli orientamenti della Pedagogia per minorati visivi*, in *Infanzia Anormale*, 1957, fasc. 23; CONTINI POLI O., *Assistenza al minorato visivo*, in *Organizzazione Sanitaria*, 1959, nn. 5-6.

e l'avvenire mentale del sordastro dipende molto dalla precocità con la quale si inizia una rieducazione. Un ritardo del linguaggio, oltre che essere legato a uno stato di sordità, può essere causato da un ritardo intellettuale e può anche dipendere da un « ritardo » semplice o da una anomalia neurologica degli organi di formazione oppure da un disturbo mentale.

In altri casi, ci troviamo di fronte a ragazzi che odono e comprendono con i gesti, ma **non sanno esprimersi a parole**. Spesso in questi ragazzi vi sono correlazioni fra il ritardo del linguaggio e lo sviluppo della motricità e molti di essi conservano a lungo le caratteristiche motorie dei primi anni di vita.

Le cause di queste situazioni possono essere di ordine affettivo e dovute all'ambiente in cui sono cresciuti, e di ordine costituzionale, dipendere cioè da una eredità familiare ad elaborare con ritardo i meccanismi del linguaggio.

Agli effetti di una rieducazione occorre distinguere i ragazzi **audiomuti**, che capiscono il linguaggio ma che non parlano, e i ragazzi che comprendono il linguaggio ma che **parlano male**. I primi hanno un comportamento a volte di testarda opposizione a volte di timidezza; i secondi sono invece in uno stato di costante disagio perché consapevoli di parlar male (8).

Gli infermi motori.

1. Questo gruppo comprende **gli infermi non neurologici**, con prevalenza di malformazione congenita, di postumi di rachitismo e di distrofia di crescita. Sono comprese le vittime di traumi, come i mutilatini, i sofferenti di fratture mal consolidate o di lesioni gravi o di bruciature con cicatrici paralizzanti; gli affetti da postumi da malattie ossee e articolari, tubercolosi e osteomielite.

2. Un'altra classe appartenente a questo gruppo è quella degli **infermi neurologici da lesioni periferiche o centrali**. Occupa il primo posto fra le lesioni **periferiche** la poliomielite con tutte le sue conseguenze; vi sono poi i casi delle lesioni ostetriche, dei traumi dei nervi periferici e quelli dei postumi di nevriti; vanno aggiunte le affezioni ereditarie e familiari, quali la sindrome di Werdnig Hoffman, di cui conosciamo l'evoluzione fatale prima dei vent'anni e le varie miopatie progressive.

3. Fra gli infermi da lesioni **centrali** vanno collocati i c.d. **paraplegici**, la cui attività motoria è condizionata dalla malattia

(8) LANG J. L., *L'enfance inadaptée: les handicapés sensoriels*, Presse Universitaire de France, Parigi, 1962, pp. 26 ss.; OLERON P., *L'éducation des déficients sensoriels*, Presse Universitaire de France, Parigi, 1955, pp. 871 ss.; GUNTHER LOSCH-MARENZI M., *Controlli e confronti dei risul-*

o da traumi del rachide, dalla compressione del midollo per cause diverse (per esempio, il morbo di Pott), o per tumori, mieliti, meningomieliti, malattie di Friedreich, ecc. Fanno parte di questo gruppo gli **infermi motori cerebrali**, in cui si inglobano e si intersecano fenomeni motori localizzati (emiplegie) o diffusi, fenomeni comiziali, deficit intellettuale, spesso disturbi del linguaggio e difficoltà caratteriali; così le encefalopatie congenite e quelle secondarie, i postumi da interventi chirurgici, come i traumi da parto.

I ragazzi che fanno parte di questo gruppo manifestano una capacità motoria ridotta oppure tremori, movimenti involontari, atetosici, spasticità, rigidità, ecc. (9).

4. Sotto questo gruppo collochiamo anche **gli epilettici**. Il male si può presentare con manifestazioni dell'epilessia classica, denominata comunemente anche « **grande male** ». Essa non è che il sintomo della malattia del sistema nervoso che si può curare: tumore cerebrale, sifilide nervosa, cicatrice di un trauma cerebrale.

Spesso è una epilessia - malattia che ha origine nell'infanzia e che può durare tutta la vita. In questo caso è a volte ereditaria, ma raramente; è consecutiva a incidenti da parto, come l'asfissia o anocsemia di parto laborioso; è postumo di una encefalite o è manifestazione di un invecchiamento cerebrale precoce che sopravviene in un cervello fragilizzato da un eredo-alcoolismo e da un eredo-sifilide.

In questi casi le manifestazioni epilettiche vanno da una grande crisi ad altre forme che sono apparentemente più benigne. La gravità dell'accidente epilettico sta più che nella convulsione, nella perdita di coscienza che la precede.

Può trattarsi anche del c.d. « **piccolo male** », che si manifesta con attimi di « assenza » a modo di brevi distrazioni che interrompono una frase o un'azione in corso; può trattarsi di crisi di cefalea notturna, di vertigini, di crisi dolorose addominali o toraciche, di attività psichica anormale, di manifestazioni allucinatorie, oniriche, caratteriali, di fughe amnesiche (10).

tati funzionali dopo palatoplastica per schisi congenite, in Rivista di Medicina e Igiene della Scuola, 1959, fasc. 4; MARENZI M., Le scuole speciali per otologopatici, in Infanzia Anormale, 1954, n. 6; BOSKIS R. M., Izucenie i obucenie detej c nedostatkami sluha, Izdatel'stvo Akademii pedagogičeskikh nauk RSFSR, Mosca, 1961.

(9) CHRISTIAENS L., o. c., pp. 468 ss.; DE CIAMPIS-DEL TOMA, *Aspetti organizzativi e primi risultati nella rieducazione del minorato spastico in Italia*, in *Infanzia Anormale*, vol. XLVI, pp. 70 ss.; TOURNAY A. - TARDIEU G., *Les handicapés moteurs*, in *Sauvegarde de l'Enfance*, 1957, nn. 1-4, pp. 434 ss.

(10) DECHAUME J., *L'épileptique et la société*, in *L'Enfance Inadaptée; problèmes d'actualité*, Ed. Ass. Region. pour la Sauvegarde de l'enfance, Lione, 1958; CHRISTIAENS L., o. c., pp. 491 ss.; VARI, *Scuola speciale per epilettici*, Ed. Ass. per la Fondazione P. Pini, Milano, 1957.

ALCUNI DATI STATISTICI

In Italia.

1. Non esistono statistiche ufficiali e complete, e quelle che esistono non sono tali da dare una visione esatta e obiettiva. Secondo uno studioso, il Gaddini de Benedetti, vi sarebbero in Italia ogni anno circa **100.000 minori fisicamente disadattati**, di cui 7.000 colpiti da paralisi spastica, 50.000 da postumi da poliomielite, 6.000 diabetici (11). Nell'anno scolastico 1957-1958 esistevano in Italia 310 classi differenziali e 263 speciali per disadattati lievi e gravi (12). La percentuale dei disadattati in età scolare oscilla fra il 4 e il 10%; su una leva scolastica di 750-800.000 soggetti, 70.000 hanno irregolarità dello sviluppo intellettuale e di questi l'80% sono recuperabili, il 15% accessibili a un ricupero parziale, il 5% non recuperabili se non problematicamente (13).

Risulta che i ragazzi assistiti nei centri medico-psico-pedagogici in Italia nel 1960 sono stati 500.000, equivalente quindi all'1% della popolazione. Nello stesso anno sono stati assistiti, compresi gli adulti, 150.000 malati mentali (14). Si possono aggiungere a queste cifre 5.000 irregolari della condotta, passati per il Tribunale dei Minorenni e raccolti dal Ministero di Grazia e Giustizia (15).

2. Volendo prendere in esame una città, scegliamo **Milano**, dove il problema dei minorati e del loro ricupero è assai vivo: nell'anno scolastico 1958-1959 su di una popolazione scolastica di 156.157 allievi di scuola materna, primaria, professionale, secondaria e di istituti privati, vennero effettuate le seguenti prestazioni presso centri sanitari speciali (16).

(11) GADDINI DE BENEDETTI R., *Necessità educative e assistenziali del minorato fisico*, Atti del Congresso SIAME, Garzanti, Milano, 1961.

(12) PALMA L., *Il ricupero scolastico e sociale dei ragazzi mentalmente insufficienti*, in *Ragazzi d'Oggi*, 1959, n. 5.

(13) PALMA L., *cit.*

(14) LIXIA A., *La riforma dell'assistenza nelle malattie psichiatriche*, in *Annali Ravasini*, 1961, n. 26.

(15) Per un esame più approfondito della situazione, vedi: GAGGERI E., o. c. - Vedi anche: TAYLOR W., *Special Education of Physically Handicapped Children*, in *Western Europe*, Ed. Intern. Soc. for the Welfare of Cripples, New York, 1960, pp. 277 ss.; NUCCI G., *I servizi sociali a favore dell'infanzia*, in *Infanzia Anormale*, vol. XLVII, pp. 263 ss.; BOLLEA G., *Piano di organizzazione assistenziale della psichiatria infantile in Italia: tecnici e istituzioni*, in *Infanzia Anormale*, 1962, nuova serie, fasc. 50.

(16) RAGAZZI C. A., *Nouvelles expériences médicales dans les écoles primaires de Milan*, Ed. Comune di Milano, Ufficio d'Igiene, 1960, p. 12.

<i>Centri di assistenza</i>	<i>Consultazioni</i>	<i>Terapie</i>	<i>Interventi</i>
Centro per otologopatici	11.086	9.420	
Centro per ambliopi	17.614	7.521	
Centro per motulesi	3.906	5.946	96
Centro medico-psicopedag.	1.833	2.473	
Centro neuropsichiatrico	551	290	

3. Gli enti interessati al problema, in Italia, sono vari; la loro attività specializzata potrebbe essere riassunta così: l'ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) si occupa di bambini **normali**, lattanti fino a un anno di età; le Amministrazioni Provinciali, con il concorso del Comune, si occupano degli **illegittimi riconosciuti** dalla madre; le Province e i Comuni si occupano dei **figli di ignoti**; le Opere Pie specializzate, i Comuni, il Ministero dell'Interno, l'ONMI, l'ONOG, l'ONIG, l'ENAOI si occupano degli **orfani** e degli **abbandonati**; le Opere Pie, i Comuni, le Province, lo Stato, l'ONMI, ecc. si occupano degli **anormali fisici e psichici**; le Province si occupano dei **ciechi e sordomuti educabili**; il Ministero di Grazia e Giustizia si occupa dei **traviati**; gli enti assicurativi, l'ONMI, i Comuni, i Consorzi Provinciali antitubercolari, il Ministero della Sanità si occupano dei **predisposti alla tbc e dei figli di tbc**.

In tutto questo sistema, veramente complesso, di assistenza e di ricupero intervengono anche altri organismi, associazioni, enti di previdenza che erogano prestazioni sanitarie.

4. Un coordinamento della legislazione italiana, un decentramento dell'assistenza potrebbero ovviare alle lacune nelle prestazioni sanitarie assistenziali per i disadattati e alle **insufficienze e ai contrasti** che sorgono nelle prestazioni dei vari istituti non ancora specializzati o irrazionalmente distribuiti sul territorio nazionale.

Va anche notato che il sistema previdenziale da noi è inadeguato per ciò che riguarda le cure sanitarie e gli interventi sanitari per disadattati fisici congeniti, per la rieducazione dei minorati fisici e psichici, anche perché solo un coordinamento e una previdenza di assistenza sociale potrebbe prendere in considerazione gli altri problemi: rapporti umani e affettivi, condotta morale, adattamento alla società, elevazione della personalità caso per caso (17).

5. Ecco qualche dato numerico, riguardante gli istituti per l'infanzia disadattata: — per diagnosi, per diagnosi e trattamento istituti 204 (pari al 4,1 per un milione di abitanti); — per il trattamento dei disadattati a carattere somatico istituti 204 (pari al 4,1 per milione); per il trattamento dei disadattati psichici istituti 176 (pari al 3,5 per milione); per il trattamento dei disa-

(17) GAGGERI E., o. c., VIII World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples, Ed. Taylor, New York, 1958.

dattati sociali istituti 119 (pari al 2,4 per milione); per minori disadattati istituzioni scolastiche 334 (pari al 6,7 per milione).

Tali istituzioni di assistenza e ricupero sono, da un punto di vista geografico distribuite così: al nord ve ne sono il 44%, al centro il 21,7%, al sud il 22%, nelle isole il 12,3% (18). Da un punto di vista di specialità, nel 1960, dei 347 istituti esistenti in Italia per disadattati fisici, sensoriali o psichici 90 sono per sensoriali, 74 per disadattati fisici e 173 per anormali psichici (19).

A proposito di carenza di istituzioni italiane specializzate per disadattati, il Gaggeri osserva:

«Anche in Italia, data la cospicua assistenza svolta oramai da secoli direttamente od indirettamente dalla Chiesa, si è ritenuto opportuno disciplinare giuridicamente la beneficenza, creandole accanto l'assistenza legale esercitata dallo Stato e dagli enti pubblici.

«Ne è derivato che, se da una parte la pubblica amministrazione esercita l'assistenza in modo uguale ed uniforme, dall'altra, la beneficenza viene esercitata da istituzioni, riconosciute o meno giuridicamente, sparse in modo differente nel territorio in rapporto diretto alla ricchezza del territorio stesso, in quanto, trattandosi di istituzioni per lo più autonome, i mezzi di vita sono, in buona parte, in relazione ai lasciti ed alle elargizioni che ad esse affluiscono.

«Tale fenomeno è importante se si considera che i ricoveri e, nel nostro caso, il trattamento riabilitativo-assistenziale, vengono pressoché effettuati dai detti istituti. Lo Stato e gli enti pubblici territoriali rimangono per lo più estranei all'organizzazione degli istituti, se si considera che si è calcolato essere solo il cinque per cento circa degli istituti medesimi di pertinenza dello Stato, delle province e dei comuni, ancorché gli istituti in parola si servano, data l'insufficienza dei redditi in relazione alle aumentate esigenze ed al deprezzamento dei patrimoni a seguito della svalutazione della moneta avvenuta nel tempo, dello Stato e degli enti sunnominati per attuare le loro provvidenze.

«Il nostro sistema protettivo, prevede, infatti, (a meno che non si tratti di prestazioni effettuate in regime previdenziale e mutualistico) a carico dello Stato e degli enti autarchici territoriali o degli organismi od enti istituiti per l'assistenza di particolari categorie, l'onere dei ricoveri, che si concretano con l'accoglimento negli istituti dei quali si è fatto cenno» (20).

6. Questa coordinazione dell'assistenza dell'infanzia disadattata in un piano unitario efficace e organico, è nello spirito della nostra Costituzione:

«Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, sia come singolo sia nelle formazioni sociali

(18) SEARDONI G., *Istituzioni specializzate per i minori disadattati in Italia*, in *Assistenza d'Oggi*, 1961, n. 3.

(19) CAO PINNA M., *Gli istituti per minori attraverso un decennio*, in *Assistenza d'Oggi*, 1961, n. 4.

(20) GAGGERI E., o. c., pp. 32-33. Vedi anche: GRISONI COLLI A.-BOCCARDI G., *Seminaire sur l'avenir des enfants atteints d'infirmités motrices*, C.I.E., Parigi, 1959, pp. 29 ss.

ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, **impediscono il pieno sviluppo della persona umana** » (art. 3).

« [...] La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo » (art. 31). - « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e **garantisce cure gratuite agli indigenti** [...] » (art. 32). - « Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, **ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale** [...] **Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale**. Ai compiti, previsti in questo articolo, provvedono organi e istituti predisposti e integrati dallo Stato » (art. 38).

LE ISTITUZIONI CATTOLICHE

Abbiamo accennato a un rapporto fra istituzioni autonome di ispirazione cristiana e istituzioni statali. Vorremmo precisare e completare questo richiamo riportando gli orientamenti più recenti dell'**Unione Nazionale Enti Beneficienza e Assistenza (UNEBA)**, che si occupa delle organizzazioni cattoliche del ramo.

L'Unione, per studiare i rapporti fra assistenza pubblica e privata, nel quadro di un sistema di sicurezza sociale che si sta realizzando in Italia, ha indetto nel settembre 1963 un Simposio a Camaldoli, col tema « **Rapporti fra assistito e società che assiste** ». Il convegno ha riassunto il proprio lavoro in questi punti:

« **1. Il Simposio**, sulla base dei principi, inequivocabilmente sanciti dall'insegnamento della Chiesa (fra i più recenti documenti: la « Mater et Magistra » e la « Pacem in Terris »), da documenti internazionali (dichiarazioni dell'ONU sui diritti dell'uomo e la Carta sociale europea) e dalla nostra Costituzione (secondo la quale il cittadino ha diritto all'assistenza, diritto cui corrisponde il dovere della comunità di garantirla), ha riaffermato che **l'assistenza deve realizzarsi in un sistema pluralistico**, che veda impegnati lo Stato e le comunità intermedie, secondo il criterio della sussidiarietà e della reciproca integrazione.

« Solo uno stato totalitario avoca a sé l'esclusività dell'assistenza: lo stato democratico deve promuovere e garantire l'assistenza, rispettando i valori morali e le tradizioni culturali proprie della comunità di cui l'assistito fa parte.

« **2. La Chiesa** per mandato divino ha il dovere di esercitare l'assistenza e pertanto ha il diritto di provvedervi, sia con isti-

tuzioni proprie dirette, sia attraverso la libera iniziativa dei cattolici.

« 3. La premurosa ricerca di venire incontro alle situazioni mutevoli e alle sempre nuove esigenze che si manifestano, ha espresso ed **esprime di continuo nuove iniziative** e nuove forme di assistenza che acquistano particolare valore se si inseriscono ordinatamente nell'ambito di quella sicurezza sociale che costituisce un auspicabile obiettivo della comunità politica moderna.

« 4. L'irrinunciabile azione assistenziale della Chiesa, nell'ambito della società italiana, **si inserisce vitalmente nel contesto della vita del nostro Paese**, anche in virtù della realtà concordataria confermata dalla Costituzione Italiana, il complesso di tale assistenza costituisce un contributo tanto più valido, quanto più consapevole di inserirsi in un impegno organico della comunità nell'instaurare un regime di sicurezza sociale.

« 5. A mano a mano che le comunità politiche assumono l'onere economico dell'assistenza, si evidenzia **l'aspetto personalistico** e spirituale di essa, come contatto tra persona e persona.

In tale prospettiva assume un valore particolare la preparazione tecnica, psicologica e spirituale di quanti professionalmente e volontariamente sono impegnati in questo tipo di attività » (21).

PSICOLOGIA DEL DISADATTATO CONGENITO E ACQUISITO

Il problema, da questo punto di vista, è quanto mai complesso: entrano in giuoco molti fattori influenti: il tipo di infermità e la sua evoluzione, l'adattamento affettivo alla stessa infermità minorativa, l'ambiente familiare e la società con le loro tecniche e attrezzature e iniziative. Per cui, appare evidente che non è solo la medicina che deve assumere l'impegno della cura e del ricupero, ma **anche la psicologia, la pedagogia e la sociologia** in stretta collaborazione. La loro azione unitaria dovrebbe passare attraverso tre momenti fondamentali: la diagnosi, la rieducazione, l'inserimento sociale e professionale.

Pensiamo sia assai importante, per i fini della nostra ricerca, osservare e studiare *le conseguenze affettive* dell'infermità sulla psiche del soggetto e dell'ambiente familiare. Aspetto fondamentale, perché il ragazzo disadattato non venga considerato unicamente come materiale patologico, ma come parte viva della comunità, in cui è chiamato a inserirsi.

1. Il ragazzo disadattato col crescere degli anni **si sente diverso** dagli altri e fortemente dipendente da un ambiente

(21) *L'Italia*, 12 settembre 1963, p. 2.

verso il quale reagisce con un atteggiamento di opposizione, con l'aggressività, con l'apatia nella istintiva volontà di liberarsi dai limiti che lo affliggono. Stato d'animo che si avverte **anche nei genitori**, i quali reagiscono alla situazione o con il rifiuto o con l'indifferenza o con la superprotezione del minorato.

Da questo intricato campo di forze, il ragazzo disadattato deve liberarsi, perché è proprio da questa liberazione che dipende il suo sviluppo futuro.

2. Tutti gli esperti sono d'accordo nell'ammettere **quale importanza abbia sull'evoluzione affettiva del ragazzo** la data di apparizione della minorazione. La differenza tra gli infermi congeniti che non conoscono altra situazione e gli infermi acquisiti, che devono accettare una situazione nuova che rivoluziona tutta la loro personalità e il loro avvenire, è immensa.

Su questa duplice forma di reattività gioca con tutto il suo peso la **concezione che il gruppo etnico**, in cui vive il ragazzo, ha dell'infermità (22).

3. Un'altra nozione deve essere studiata, a proposito del ragazzo infermo: quella della **visione che egli si fa del proprio corpo**: questa immagine di sé ha un'importanza notevole nel trattamento, perché condiziona largamente il comportamento che il ragazzo disadattato avrà in tutta la vita (23).

Le reazioni psicologiche sono estremamente diverse a seconda del tipo di disadattamento; e i casi limite ci fanno osservare che **una accettazione totale** genera il rifugio nella malattia e una conseguente abulia, mentre **il rifiuto ostinato** e non ragionato induce a una rivolta sterile.

È importante ricordare che decisivo sul comportamento futuro è il periodo della rieducazione, durante il quale il ragazzo prende coscienza della sorte che lo attende; per cui la rieducazione non può essere un'attività puramente tecnica, ma deve essere il più possibile umanizzata **da un personale assai ricco di intuizione psicologica e pedagogica**, capace di cogliere le sfumature di speranza e di disperazione che compaiono nel ragazzo disadattato, per prevenire e attuare tutto ciò che è indispensabile, perché lo scoramento non diventi disperazione (24).

Di conseguenza **il personale addetto** deve essere dotato di grande capacità e abilità: che sappia valutare ciò che il ragazzo infermo cerca di nascondere dietro le ostentazioni, la falsa accettazione, il coraggio esasperato, la sterile supercompensazione.

(22) N. N., *Réadaptation des enfants atteints d'infirmité motrice*, C.I.E., Parigi, 1952, pp. 359 ss.; FAVEZ-BOUTONIER J., *Le rôle de la psychologie dans la rééducation de l'enfant inadapté*, Presse Universitaire Française, Parigi, 1955, pp. 907 ss.

(23) DUBAL G., *Moi et les autres*, Delachaux et Niestlé, Ginevra, 1963.

(24) VAN ROY F., *L'enfant infirme*, Delachaux et Niestlé, Ginevra, 1959.

Non è dunque problema unicamente di protesi, di rieducazione motoria e sensoriale; ma deve tendere a far accettare al soggetto la sua situazione e la sua dipendenza come un fatto di cui occorre rendersi conto e con il quale conviene mettersi d'accordo per ricavarne il massimo utile possibile.

4. Per riuscire ad adattare alla sua infermità il **disadattato acquisito**, è necessario conoscere diversi stadi attraverso i quali il ragazzo che fu normale è costretto brutalmente a passare.

a) Dopo la prima fase di ansietà e di paura, in cui il ragazzo, preso dal panico e dalla disperazione, si sente smarrito, subentra la seconda fase, in cui il ragazzo, superata la paura e resosi conto dei suoi limiti, **incomincia a proiettarsi nel suo futuro**, verso cui è sospinto dalla fase dinamica del suo sviluppo evolutivo.

L'ambiente che lo circonda, spesso, non conoscendo questa proiezione nel futuro, per una ignoranza della malattia o per paura, cerca di nascondere a sé e al ragazzo disadattato una verità che può sembrare crudele. Troppo spesso la famiglia si rende conto della realtà, quando il ragazzo, giunto all'età dell'adolescenza, non è in condizione di adattarsi al mondo del lavoro. Tutta la rieducazione dovrebbe allora mirare sì all'adattamento alla vita, ad usufruire delle possibilità offerte dalla società, ma soprattutto a modificare la concezione che egli ha del suo corpo e dei suoi limiti, per integrarli nell'impiego.

b) Vivendo a contatto con questa realtà umana, ci si rende conto sempre più che il ricupero non è legato solo alla volontà del disadattato, ma è **in stretta dipendenza con le reazioni delle persone che lo circondano**. Come in ogni malattia, qui soprattutto è necessaria una particolare assistenza, per la scelta delle cure, della durata, della quantità. Va aperto il campo delle conoscenze del disadattato e dei suoi valori, perché l'infermità restringe lo spazio in cui il ragazzo cerca la sua evoluzione.

Per cui l'opera del terapeuta, in questo caso, non deve esaurirsi intorno all'infermo, ma **deve agire anche sulla famiglia**, provvedendo non solo allo sviluppo del ragazzo, ma anche alla evoluzione e agli adattamenti dei componenti il nucleo familiare (25).

Le false speranze sono in questo caso molto dannose, perché diventano un ostacolo alla realistica ricerca di soluzioni positive.

5. Diversa è la situazione dei ragazzi che appaiono alla vita con **infermità congenite**. Se per essi non c'è il trauma di una

(25) DELL'ACQUA U., *La musica nell'animo del fanciullo*, in S.I.M., 1963, n. 21; DELL'ACQUA U., *Prime esperienze di inserimenti sociali di disadattati fisici adolescenti in un ambiente normale*, Ed. Istituto di Medicina Sociale, Roma, 1961; CLONIN P., *Conditions d'une réinsertion sociale affective*, in *Informations Sociales*, 1962, n. 10.

minorazione improvvisa, c'è quello lento come uno stillicidio della scoperta nel tempo della proprie condizioni « di non essere come gli altri », di non poter agire come gli altri e di essere rifiutato dagli altri.

In questo trauma lento si intravede già una strutturazione di quelli che saranno i futuri disadattamenti sociali. Se al ragazzo normale, nel suo sviluppo affettivo, è facile e spontanea l'identificazione con uno dei genitori, al ragazzo disadattato questo è pressoché impossibile, a causa del suo stato: il suo atteggiamento è piuttosto indotto a regressioni infantili, a uno sviluppo sofferto della personalità e quindi a una difficile accettazione della propria minorazione.

Ecco perché è fondamentale il considerare nel disadattato non tanto un organismo minorato, quanto piuttosto il **malato con una sua personalità**. L'infermità va considerata come parte di tutta una vita del soggetto in rapporto alle sue capacità intellettuali, al suo passato, alle sue speranze, ai suoi fini nell'ambiente in cui vive.

Dopo di che, insorge l'imperativo specifico della rieducazione: far adeguare le aspirazioni del ragazzo alle sue capacità reali (26).

I GENITORI E L'EDUCAZIONE DEI FIGLI DISADATTATI

Non si può disgiungere il problema della integrazione sociale e professionale dell'adolescente minorato da quello della **preparazione dei genitori** di fronte all'avvenire dei loro figli minorati. Preparazione che muove da chiare premesse: quale la diagnosi precoce della minorazione, il dovere della rieducazione e dell'inserimento sociale.

1. Ogni disadattamento crea nella famiglia difficoltà veramente gravi e tali da produrre nei genitori assai spesso comportamenti contrari a quelli che dovrebbero avere ai fini di collaborare al recupero del figlio (27).

Negli incontri fra genitori e figli disadattati si sente spesso esplodere la **tragedia** di chi non ha la forza di accettare una situazione amara; di chi ormai non è più capace di adattarsi per lunghi anni a trattenersi in casa, accanto al figlio paralizzato; di chi, in pur giovane età, pensa al momento della propria morte come all'inizio dell'abbandono, che colpirà ineluttabil-

(26) JACONO G., *Aspetti psicologici del problema dell'inserimento del minorato nell'attività produttiva*, in *Atti del Convegno Nazionale sui problemi medici e sociali dell'utilizzazione dei minorati*, Napoli, 11-13 marzo 1961, ed. Istituto Nazionale di Medicina Sociale, Roma, 1961.

(27) EGG M., *Mon enfant n'est pas comme les autres*, Ed. Delachaux et Niestlé, Ginevra, 1963.

mente la sua creatura senza di lui, che a torto si sente un poco responsabile delle minorazioni; di chi accusa l'altro coniuge di responsabilità; di chi protegge i figli ai fini di compensare ciò che non gli ha dato per colpa sua; di chi è portato a un istinto eccessivo di protezione (28).

2. In questo clima, indubbiamente poco adatto al ricupero e alla formazione, i figli disadattati non hanno iniziativa, né speranze, né aspirazioni. Riportati in un clima adatto, rispondono immediatamente in maniera positiva.

Abbiamo osservato, difatti, ragazzi mutolesi, abituati ad essere serviti in tutto nelle famiglie e che i primi giorni di vita in gruppo si facevano imboccare, che, spronandosi reciprocamente fra loro, *in un clima psicologicamente adatto*, facevano correre le loro carrozzelle in gara con i compagni, usando magari delle mani, che fino allora avevano lasciate inutilizzate a causa di un'eccessiva protezione.

I genitori non sempre sono stati preparati all'arte di educare in queste particolari condizioni; non sempre sono stati incoraggiati a sostenere il loro impegno a volte sovrumano, soprattutto quando, nella stanchezza e nell'ansietà, guardando il quadro sociale che li circonda, si chiudono nella segregazione delle loro ansie e delle loro case.

Proprio per il ricupero del figlio disadattato, questi genitori vanno tolti dalla loro solitudine, perché riacquistino presso i figli quel tono di coraggio, di pazienza e di fiduciosa attesa, nella convinzione che il figlio, sia pur minorato, è sempre in fase dinamica e che questo dinamismo aspetta da loro impulso e sostegno. A differenza del grande invalido per cui la minorazione è punto di arrivo, al ragazzo mutilato è assai più facile trascendere la minorazione fino quasi ad ignorarla (29).

3. Anche se per ciascun genitore il proprio caso è sempre il più grave, tuttavia, almeno per poterci intendere in termini di obiettività, possiamo abbozzare una certa graduatoria nei disadattamenti. Ricordiamo che le infermità neurologiche rivestono un vero aspetto di tragedia per i genitori, che, alle soglie del matrimonio avevano sognato un figlio che fosse il compimento e il prolungamento del proprio amore, ed ora si trovano accanto un essere così diverso da tutti gli altri.

I disadattamenti per malattie croniche, trascinandosi queste a volte per anni, corrono il rischio di portare i genitori ad atteggiamenti di superprotezione impedendo così ai figli ogni iniziativa e finiscono per affidarli ai sanatori o a case di cura, ignorando molto spesso il tipo di trattamento ideale e, peggio an-

(28) Tutte situazioni e atteggiamenti che abbiamo colto personalmente accanto ai minorati e genitori di essi, nel Centro di Malcesine, dove il Comune di Milano ospita nelle vacanze i disadattati.

(29) GIALICANI TEYSSEYRE-ZIEGLE L., *Conseils aux parents d'enfants atteints de déficit auditif*, in *Réadaptation*, 1960, n. 69, pp. 5 ss.

cora, sottraendo al figlio lontano quell'affetto così indispensabile per ogni ricupero che sia veramente tale.

I **disadattamenti scolastici** talvolta causano vere tragedie, in quanto la maggior parte di essi non sono altro che il frutto dei rapporti familiari mal risolti o la mancanza di visione obiettiva sul futuro dei ragazzi; di qui i pessimi risultati di scuola che inaspriscono i rapporti genitori-figli, sotto l'accusa reciproca di errori di scelta da una parte e di pigrizia dall'altra.

Anche la **categoria dei disadattati caratteriali e dei delinquenti**, molte volte trova all'origine del disadattamento problemi di cattivo rapporto genitori-figli.

4. Va ricordato ai genitori che l'inserimento sociale e professionale non viene compiuto solo mediante l'insegnamento della professione; lo **sviluppo affettivo** mantiene sempre nel ragazzo disadattato una grandissima importanza, sia perché si devono risolvere i conflitti psichici dovuti alla minorazione o all'ambiente, sia perché il disadattato deve avere la capacità e la volontà di inserirsi nella vita sociale creando e ampliando rapporti interpersonali (30).

Il compito educativo dei genitori a un certo punto si identifica con quello della società: inserimento del giovane disadattato nella vita, là dove è possibile e tenuto conto dei limiti individuali; portando il soggetto ad una certa autonomia così che possa occupare un posto dignitoso nella economia e nella società in cui è chiamato a vivere.

5. Naturalmente, l'**atteggiamento dei genitori**, di fronte alla minorazione, assumerà espressioni diverse a seconda dell'accettazione o meno dell'infermità del figlio: vi è il genitore che è ancora nella fase di rivolta alla minorazione congenita o acquisita; c'è quello che si è ormai assopito nell'indifferenza; c'è quello che ha accettato la situazione e si impegna con buona volontà a risolverla.

Potranno influire su quest'opera educativa dei genitori e collaboratori, il momento della comparsa del disadattamento, le condizioni economico-sociali del nucleo familiare, l'età del figlio, il sesso del minorato e soprattutto la collaborazione tra padre e madre, tra genitori e figli.

Per gran parte della sua vita il **disadattato grava sulla madre**; il padre è per lo più assente per lavoro; occorre perciò ch'essa si senta aiutata e compresa dal resto della famiglia, che dovrebbe stringersi compatta, senza evasioni individuali, intorno alla comune situazione; anche se ciascuno avrà la sua reazione di tipo personale e di comportamento.

6. La famiglia prende coscienza delle vere incapacità del disadattato, solo al momento in cui il ragazzo abbandona l'am-

(30) LOSPIED C., *La réadaptation et les problèmes des handicapés*, in *Réadaptation*, 1963, n. 100, pp. 7 ss.

biente familiare per entrare in quello sociale, o per ragioni di scuola o per ragioni di lavoro. Si accorge allora che la società rifiuta tali soggetti; vede crollare di fronte a sé le proprie illusioni costruite giorno per giorno; reagisce o assumendo un atteggiamento aggressivo o rafforzando il comportamento superprotettivo.

In questo contesto di reazioni amare, si comprendono le aspirazioni di ogni famiglia di trovare per il figlio minorato centri speciali di preparazione professionale per insufficienti di vario tipo. A dir vero, abbiamo anche casi in cui i genitori esigono un ambiente sociale normale per inserirvi i loro figli debili mentali o delinquenti.

Purtroppo, lo abbiamo già detto, malgrado gli sforzi che si vanno facendo in favore dei disadattati, siamo ancora lontani dal possedere centri educativi professionali. Anzi, dobbiamo constatare con amarezza che **non vi è ancora possibilità di trovare un lavoro stabile e convenientemente retribuito per i giovani disadattati che abbiano pure una parvenza di apprendistato.**

7. Di fronte a questi possibili e spiegabili atteggiamenti dei genitori, è indispensabile che coloro, che si occupano sotto diversi aspetti della rieducazione di questi soggetti, promuovano **frequenti incontri con i genitori** allo scopo di illuminarli e aiutarli a superare la fase della rivolta o ad uscire da un atteggiamento di indifferenza e condurre gradualmente ad una accettazione della situazione di fatto (31).

Una madre, ad esempio, non dovrebbe ripetere più al figlio spastico: «*Se muoi che cosa farai?*». Essa dovrebbe rendersi invece cosciente dei limiti e delle reali possibilità di ricupero del figlio, e instaurare quel clima di distensione che solo può suscitare nel figlio quelle energie che rafforzano il ricupero. Così non si dovrebbe accettare più dal figlio una espressione di questo genere: «*Ditemi: ma che cosa potrò fare io nella vita?*». A un ragazzo così si è insegnato a battere con un legno legato al polso sui tasti di una macchina da scrivere; e ogni foglio dattiloscritto è stato un foglio di speranza che si aggiunge al calendario della vita di questo minorato.

8. Riassumendo le osservazioni, si può dire che praticamente dal comportamento dei genitori dipende molto la riuscita dell'inserimento nella vita e la sua fortuna, perché ogni espressione e attività professionale per questi ragazzi è anzitutto **maturazione psicologica, fiducia in se stessi, volontà di guarire e lasciarsi trattare, e coscienza di poter essere proiettati dinamicamente nella vita sociale.**

Problema facile a dirsi, difficile e pesante a realizzarsi, anche perché i genitori oltre la lotta affettiva, si trovano di fronte al problema dell'incertezza del futuro, delle spese senza fine e della necessità di dover cedere il figlio ad altri.

(31) FALISSE M. F., *Rôle du milieu familial et sociale*, in *Informations Sociales*, 1962, n. 10, pp. 82 ss.

LA COLLABORAZIONE

Accanto ai genitori, data la complessità e la specialità che assume il problema della rieducazione di queste esistenze, deve esistere il **gruppo dei collaboratori**, formato da medici, psicologi, da educatore esperti, da assistenti sociali: i quali, pur rispettando le specifiche competenze, diano vita a una comunità di rieducatori che hanno in comune lo stesso soggetto, i mezzi e i fini della loro attività di recupero.

La collaborazione va vista non solo in funzione del disadattato com'è al presente, **ma soprattutto come sarà nel suo domani**, capace di crearsi una posizione economica e sociale indipendente (32). Qualunque forma di lavoro, che il disadattato riesca a esercitare, è fonte di guadagno e nello stesso tempo terapia.

1. Pensiamo che la collaborazione con la famiglia debba svolgersi attraverso alcuni momenti particolari. Innanzitutto i **genitori devono essere informati** sul tipo di minorazione o di disadattamento e sulle conseguenti terapie da instaurarsi, in modo che la collaborazione sia sempre più fattiva e l'opera di uno non distrugga l'opera dell'altro. Tra l'altro queste informazioni danno ai genitori la possibilità di rendersi veramente conto dei limiti che il disadattamento ha posto all'attività del figlio.

2. **Nei Centri Specializzati** per minorati vengono tenuti incontri di carattere medico, psicologico e pedagogico con i genitori di questi ragazzi. Nelle sedute collettive e private vengono date informazioni mediche e terapeutiche della minorazione; opportune notizie sulla maturazione e sullo sviluppo del carattere; sul modo con cui si manifesta in genere e in particolare la reazione di fronte alla minorazione congenita e acquisita, sulle tendenze e sulle relative possibilità di studio e di lavoro, ricercate attraverso l'osservazione, il colloquio e i reattivi. Perfezioneranno le osservazioni del terapeuta gli episodi presentati dai genitori stessi.

A seconda del presentarsi dei vari aspetti del problema, intervengono nella conversazione e nell'indagine il medico o l'educatore o lo psicologo o l'assistente sociale. Quest'ultimo ha il compito di fiancheggiare in maniera concreta la famiglia nei primi passi dell'inserimento sociale e professionale del soggetto disadattato durante le prime esperienze di iniziativa e di attività indipendente.

(32) OLERON P., *L'éducation des enfants physiquement handicapés*, Presse Universitaire de France, Parigi, 1961, pp. 135 ss.; CHAVIER M., *La famille devant l'enfant handicapé*, in *L'enfance Inadaptée: problèmes d'actualité*, Ed. Ass. Région pour la Sauvegarde de l'enfance, Lione, 1958, pp. 65 ss.

3. Ultimata questa azione informativa, l'opera terapeutica dei collaboratori sarà condotta **anzitutto sui genitori**: condurli a prendere visione obiettiva della minorazione sul piano fisico e psichico, prospettare le eventuali soluzioni e le possibili complicazioni, aiutare a ristabilire la buona armonia nell'animo del padre e della madre fra loro, di loro con il figlio minorato, di questo con i fratelli e con le sorelle; dare loro speranze di occupazione; aiutarli a trovare strade di inserimento sociale, a contrarre relazioni che facendoli uscire dall'isolamento aprano possibilità di nuove conoscenze utili a nuove soluzioni.

In questa azione deve essere tenuta presente e deve trasparire in ogni sforzo di rieducazione e ricupero la **concezione di fondo che il disadattato è persona** nella sua totalità, anche se offuscata dalla minorazione; solo conoscendo questa personalità e il modo di caratterizzarsi di questa persona noi potremo operare per un sicuro inserimento sociale, poiché è la struttura psicologica particolare di quella persona che riesce a spiegare determinate reazioni di fronte alla minorazione.

Se i genitori saranno stati messi in condizione di dimostrare **un sano equilibrio affettivo**, che non ecceda né in un senso né nell'altro e riusciranno a far accettare la minorazione, vedremo il ragazzo prender fiducia e impegnarsi in quelle attività che gli sono possibili e che gli vengono proposte di volta in volta, senza creargli inutili illusioni e senza scoraggiamenti, purché siano sempre secondo il suo sviluppo e le sue possibilità intellettive.

4. Durante questo lavoro di comprensione e di accettazione della propria minorazione, il ragazzo deve essere **aiutato anche dal medico** che cercherà di far capire al ragazzo la sua minorazione, i limiti e i ricuperi possibili.

Mentre l'educatore cercherà di far leva sulle forze interiori del ragazzo ai fini della sua rieducazione: tenendo presente che, se per strutturare una personalità normale in fase dinamica è necessario nel ragazzo sforzo e impegno, a maggior ragione l'azione educativa e rieducativa sul disadattato deve passare sotto l'insegna della « scuola di esercizio » intesa come sforzo, atto volitivo individuale, senza il quale non è possibile parlare di educazione, di rieducazione oggi e di auto-educazione alla fine del ciclo evolutivo.

L'educatore si sforzerà ancora, in vista dell'inserimento professionale, **di proporre attività di espressione a tipo di lavoro**, che all'inizio avranno solo valore di occupazione e di esercizio della propria indipendenza. A tali valori è da aggiungersi il più valido, quello psicologico di creare la fiducia in se stesso. In questo modo l'apprendimento professionale non sarà solo nozione del mestiere e delle sue leggi, ma soprattutto, nella fase pre-lavorativa, la creazione intorno al ragazzo di un clima di fiducia psichica e di ricupero funzionale.

5. Un'altra méta, che l'educatore deve raggiungere, è gettare le premesse, tenendo presenti i diversi tipi di minorazione, **perché ogni ragazzo abbia la sua specializzazione** in un determinato lavoro, quasi creata unicamente per lui. Non sappiamo se l'apprendimento collettivo di determinate professioni, ad esempio per minorati fisici, sia un metodo consigliabile. Ad ogni disadattato (soprattutto se fisico e sensoriale) occorre il suo tipo di lavoro, senza ignorare tuttavia il mercato di lavoro dell'ambiente, in cui il soggetto dovrà vivere e in cui dovrà essere inserito.

Volendo esemplificare: ricordiamo un disadattato fisico che, indirizzato agli studi di computista commerciale, da alcuni mesi vaga di ditta in ditta alla ricerca di un impiego corrispondente al suo titolo di studio, e proprio in una città dove esiste l'inflazione dei ragionieri. Sappiamo invece di ditte che ricercano operai specializzati per lavori che richiedono la minor dispersione di movimenti e che nessuno meglio di un disadattato in carrozzina potrebbe fare. Salvo qualche caso di lodevole eccezione, non possiamo dire di aver risolto anche sul piano legislativo questo problema.

E dire che il problema del lavoro per disadattati, risolto adeguatamente, li salverebbe dalla disperazione o dal cadere a bassi livelli di vita che contrastano con la dignità umana di cui anche questi soggetti sono dotati. Noi ci sforziamo di aprire loro, sul piano della ricerca prima e dell'attuazione poi, vari orizzonti culturali, spirituali e umani, affinché di fronte a un ostacolo che vieta loro una professione, possano trovare in sé l'energia per ritentare altre vie. Ma il problema troverà una soluzione più rapida e più ampia se verrà preso in esame su scala nazionale.

6. Intanto noi cerchiamo di promuovere incontri tra i **disadattati adolescenti**, che oltre a fornire a noi una possibilità di controllo medico, educativo e sociale, dà loro la possibilità di allargare esperienze, nozioni e ideali di vita. I campeggi estivi e i pensionati per disadattati hanno dato in questo senso ottimi risultati: l'incontro con minorati di altre nazioni ha facilitato loro la vita autosufficiente del campeggio, ha dato loro la possibilità di accostare gente di vari ambienti sociali e di rendersi conto del lavoro, delle difficoltà e delle soddisfazioni degli altri (33).

Sarebbe opportuno riuscire, mediante questi incontri, reperire fra questi, alcuni elementi capaci di diventare domani educatori di disadattati, come sono loro stessi: si avrebbe il grande vantaggio ch'essi conoscerebbero più degli altri questo mondo umano, e sarebbero i più pronti a comprenderne le espressioni, e a guidarne il ricupero alla vita e alla società.

(33) DE BILLY Y., *Les loisirs des handicapés moteurs*, in *Réadaptation*, 1963, n. 100, pp. 40 ss.

7. Nel piano delle nostre ricerche sperimentali, per l'inserimento professionale, abbiamo portato i ragazzi motulesi, per un periodo di alcuni mesi alla Pinacoteca di Brera di Milano, e li abbiamo posti in condizione di esprimere i loro interessi, le loro valutazioni, dopo averli istruiti sull'arte e sugli artisti. Volevamo sapere fino a che punto in essi l'inclinazione artistica fosse innata o acquisita, e quali fossero le doti che li differenziavano gli uni dagli altri di fronte alle loro realizzazioni artistiche.

Il nostro intento con questa iniziativa era quello di aprire loro nuove strade professionali, più adeguate alle loro possibilità, le quali, parallele al mondo della pittura (nel quale solo pochi eletti potranno riuscire) diano le prime nozioni e i primi concetti di preparazione al disegno cartellonistico, pubblicitario, figurinistico o scenografico. In tali ricerche, abbiamo sempre sollecitato la presenza dei genitori, perché potessero poi nell'ambito della casa continuare con i figli il colloquio iniziato dinanzi alle opere d'arte.

CONCLUSIONE

Tutto il mondo si muove e già si è mosso su questi principi di inserimento sociale e professionale. Ai tecnici il trovare l'applicazione pratica delle teorie; a coloro che si occupano dell'infanzia disadattata, la volontà di far gruppo con i genitori perché ne scaturisca quella collaborazione che ricuperi il figlio non solo nel corpo ma anche nello spirito.

Non è retorica l'affermare che, se la società ha il diritto di attendersi dai disadattati un vicendevole aiuto, essa ha pure il dovere di rispettare e favorire con le attrezzature più adatte lo sforzo di coloro, che, nella comunità, sono stati i meno fortunati nel corpo e nello spirito (34).

Umberto Dell'Acqua

(34) DELL'ACQUA U., *I genitori di fronte all'educazione dei figli: l'inserimento sociale e professionale dei giovani disadattati*, in *Rivista di Medicina e Igiene della scuola*, 1958, fasc. 4 (*Relazione tenuta al Congresso Mondiale dell'Infanzia*, Bruxelles, 1958).