

**Experiencia pedagógica desarrollada en Bolonia (Italia) con intervención médico-psicológica en las escuelas y a nivel territorial. Se propugna un tipo de intervención ligado a las necesidades de la colectividad. La descentralización administrativa y política es fundamental en esta experiencia. Intervenir en los casos de inadaptación escolar para realizar un diagnóstico, planificar la reeducación y, si se considera oportuno, mandar al niño a una escuela especial son sus principales objetivos. La implicación de la familia y de la escuela es fundamental.**

---

*educación en Italia, educación especial, integración escolar*

---

## **TAREA COLECTIVA**

La discusión sobre el carácter y la función que han de tener las instituciones especializadas, destinadas a acoger en su seno a los individuos que por presentar unas características especiales (deficiencia mental, sensorial, inadaptación social, enfermedad) escapan a la «norma», así como el papel que desempeñan los profesionales dedicados a este quehacer, médicos, psicólogos, psiquiatras, maestros, ha cobrado una nueva dimensión en estos últimos años. Las soluciones que se han ido adoptando hasta el presente y que son todavía las más usuales, propugnan la marginación del individuo «conflictivo», léase ingreso en un centro de pedagogía terapéutica, asilo mental, hospital. En definitiva la responsabilidad es individual, no colectiva. Esta es la nota predominante en nuestro país, pese a algunos intentos por cambiar la situación existente, es decir, por fijarse como objetivo preservar la salud del individuo y para ello eliminar o neutralizar las causas que producen la enfermedad, el desequilibrio, la desadaptación, en una palabra, en un intento por responsabilizar a la colectividad de los problemas individuales.

Como material de discusión, en este debate, queremos aportar la experiencia que se está llevando a cabo en Italia, en la ciudad de Bologna por un equipo médico-psico-pedagógico y que propugna un tipo de intervención ligado a las necesidades de la colectividad. Este proceso ha ido acompañado de cambios en las estructuras político-administrativas y ha contado además con la participación de amplios sectores de la población (padres, maestros, organizaciones sindicales, partidos políticos).

La experiencia como tendremos ocasión de comprobar no es lineal, sino que ha sufrido modificaciones a lo largo de los años, en función de las dificultades que han surgido así como de los nuevos planteamientos realizados.

## **LA DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y POLÍTICA**

Aunque la Constitución Italiana de 1946 ya prevé que todos los servicios y poderes deben ser descentralizados y pasar la gestión y administración de los mismos a manos de la Región y del Municipio en la practica y hasta fecha muy reciente no se ha procedido a su aplicación. No olvidemos que las Regiones nacen en 1970. Por lo que respecta a la sanidad, existían dos organismos estatales que se encargaban de la asistencia sanitaria a nivel de la región el ministerio del Interior y el ministerio de Sanidad. Por otro lado, la provincia y el municipio administraban instituciones que se encargaban de la asistencia sanitaria (psiquiatría de adultos, centros para la infancia inadaptada).

A partir de 1975 el Estado empieza a transferir sus poderes a la región. La región de la Emilia Romagna decide la creación de un consorzio que reúne todos los centros y dependencias, encargados de los servicios públicos, existentes a tres niveles distintos: región, provincia, municipio. Por lo que respecta a las cuestiones sanitarias y sociales nace el consorzio socio-sanitario que tiene una doble función:

a) asegurar la gestión, administración y funcionamiento de estos organismos.

b) asegurar la participación de los ciudadanos en dicha gestión a través del *consiglio di quartiere*, integrado por 20 miembros pertenecientes a los distintos partidos políticos. El número de consejeros de cada grupo político es proporcional a los votos obtenidos en las elecciones administrativas municipales. *El consiglio di quartiere* dispone, como instrumentos operativos y órganos de participación democrática de distintas Comisiones de trabajo, abiertas a todos los habitantes del barrio y que se encargan de: seguridad, social, urbanismo, escuela, deporte.

## **LA CIUDAD DE BOLOGNA. II QUARTIERE BARCA**

La ciudad de Bologna cuenta con 480.945 habitantes y esta dividida en 18 barrios. El barrio (*quartiere*) Barca, con unos 29.000 habitantes, es un barrio periférico, habitado sobre todo por trabajadores y pequeña burguesía. En la actualidad dispone de las siguientes instituciones destinadas a la infancia: 3 guarderías municipales, 10 parvularios municipales, 5 escuelas de enseñanza primaria, 1 escuela media (enseñanza secundaria) y una escuela inicialmente «especial», que se ha reconvertido y en la actualidad acoge 3 clases normales y 14 niños deficientes. Tiene además un poliambulatorio destinado a la maternidad, psicología infantil y geriatría, que dispone de un equipo de Higiene Infantil y pediatría y de un equipo médico-psico-pedagógico.

El equipo médico-psico-pedagógico creado alrededor de 1960 está integrado por un neuropsiquiatra, un psicólogo, un asistente social en sus inicios y posteriormente se sumaron a él dos logopedagogos. Tenía como finalidad primordial intervenir en los casos de inadaptación escolar para realizar un diagnóstico, planificar la reeducación, y si se consideraba oportuno mandar al niño a una escuela especial. Los profesionales de este equipo se encargaban asimismo de un centro de Pedagogía Especial, atendían a las demandas de los médicos escolares y maestros de las escuelas elementales ubicadas en el barrio. La actuación del equipo tenía por consiguiente una misión muy precisa: diagnosticar y tratar individualmente.

## **MEJOR PREVENIR QUE CURAR**

Tras la convulsión producida por las luchas de los obreros y la contestación de los estudiantes en los años 1967-69 en Italia, el equipo hace un replanteamiento de su actuación como profesionales en la sociedad. La existencia de centros especiales produce la marginación de la población infantil que no se adapta a la norma establecida, la intervención de los técnicos en psiquiatría y psicología, con su saber científico respalda esta marginación. Una nueva preocupación empieza a abrirse camino: es más importante prevenir la enfermedad que diagnosticarla.

Para que esa nueva orientación sea viable, es preciso involucrar a los padres, maestros y a las fuerzas políticas y sociales del territorio. Con este fin, el equipo establece los primeros contactos con *el Consiglio di quartiere* en el año 1971.

La orientación profesional del equipo varía. De ser unos especialistas expertos en los niños problemáticos del barrio pasan a velar por la salud mental de toda la población infantil escolarizada.

Con esta nueva visión, las guarderías y el parvulario se convierten en el máximo centro de interés.

El trabajo que se lleva a cabo en los centros escolares se establece a distintos niveles. Por un lado, se incide en el colectivo de educadores y por otro, en las asambleas de padres. Asimismo se realiza un trabajo de esclarecimiento y reflexión sobre la necesidad de integrar a los niños «deficientes» en los centros escolares (parvulario, enseñanza primaria). En la actualidad esta previsto por la ley la escolarización de los niños deficientes, intelectuales y sensoriales, en el parvulario y en los centros de enseñanza general (primaria y secundaria).

Con el colectivo de educadores el equipo se propone clarificar las relaciones entre el grupo de educadores y el barrio, así como esclarecer la actitud del adulto frente al niño con el objeto de que las relaciones entre ambos sean más adecuadas.

La participación en la asamblea de padres se propone analizar cuales son las causas que provocan la patología infantil, con el fin de prevenirla.

Por lo que respecta a la integración del niño deficiente se toman medidas prácticas. Se bloquean los ingresos previstos en el centro de Pedagogía Terapéutica (Villa Serena) y se hacen gestiones para la inserción de estos

muchachos en la escuela normal. Se inician así encuentros, debates, con la participación de los maestros y ciudadanos interesados. Especialistas del lenguaje que trabajaban en el Centro de Pedagogía especial se incorporan al equipo inicial.

A nivel de parvulario el equipo inicia un plan de discusión con los maestros sobre la integración de los niños inadaptados. La socialización, la recuperación de la autonomía por parte de niño deficiente, la actitud del maestro y del grupo-clase son los temas centrales entorno de los cuales gira la discusión. Simultáneamente los especialistas del lenguaje llevan a cabo una tarea de formación con los parvulistas. Este trabajo se basa en el estudio de la evolución del lenguaje y de las posibles alteraciones que pueden surgir así como la forma de intervenir en corrección de las dislalias (trastornos de articulación).

En la escuela primaria la actuación no es colectiva. Se limita a los maestros interesados en la problemática de la inserción del deficiente. Paralelamente se introducen técnicas expresivas que favorecen la relación niño-adulto.

## **IMPLICAR LA FAMILIA Y LA ESCUELA**

En el curso escolar 1973-74 ya se habían constituido los colectivos de educadores, así como las asambleas de padres en todos los parvularios. Posteriormente surgieron dificultades entre los padres y los educadores al no ponerse de acuerdo sobre las atribuciones y derechos de cada uno de los organismos citados. Unas veces por parte de la administración y otras por los profesionales de la educación e incluso padres, han habido resistencias ante los nuevos planteamientos que se hacen a raíz de la integración.

En la actualidad el trabajo del equipo asegura los aspectos que ya hemos apuntado: relación con las escuelas, padres, niños integrados. Recientemente se ha creado un grupo de Higiene de la infancia y pediatría que trabaja en el ámbito del poliambulatorio que ha introducido una modalidad nueva en su quehacer: la visita a domicilio. Ésta tiene por misión fundamental sensibilizar a la población y responsabilizarla en la defensa de la salud. Todos los niños recién nacidos del barrio son examinados por el equipo pediátrico. Se han elaborado un guión muy completo para conocer las condiciones sanitarias, sociales de la primera infancia y detectar cuanto antes los niños con síntomas de deficiencias. El contacto con la familia se consigue a partir de la información proporcionada a la madre sobre como cuidar a su bebé: higiene de la alimentación, vestido, descanso, etc. Más adelante se abordan problemas de carácter más general: la contracepción, el aborto, problemas escolares de los niños, situación económica, dificultades con los padres ancianos. Uno de los objetivos básicos de la visita a domicilio es detectar a los niños con algún problema neonatal. Para ello se recogen una serie de informaciones relacionadas con: el embarazo, parto. Si se descubre algún niño con problemas se manda al poliambulatorio con la finalidad de establecer un plan de intervención precoz que tiene en cuenta tanto al niño como a la familia y la institución educativa (guardería).

Por lo que respecta a la familia, el equipo hace un análisis de la dinámica familiar para conocer como se estructura a partir del handicap infantil a fin de poder establecer unos códigos de conducta estables. Por otro lado, se quiere implicar a la familia en el proyecto terapéutico para que participe plenamente en él. Así por ejemplo, si se considera necesario una rehabilitación fisioterapéutica la madre participa en las sesiones que se llevan a cabo en el poliambulatorio y luego lo aplica en casa.

## **BALANCE**

Al hacer un balance de esta nueva forma de intervención, es decir, al analizar qué ha significado el pasar de una institución cerrada a un trabajo abierto a la comunidad (escuelas, padres, maestros) el equipo lo considera positivo. Como elementos a retener señalaremos que el trabajo cambia de carácter, en lugar de centrarse en el diagnóstico, se basa en la prevención. El tratamiento individualizado del niño deficiente, que no favorecía en absoluto su autonomía, se transforma en una recuperación de toda su potencialidad.

Estudiando de cerca el proceso seguido por un equipo de profesionales dedicados inicialmente a detectar niños problemáticos, vemos que los cambios producidos tanto en su enfoque como en las formas de intervención han sido posibles porque ha habido unas fuerzas políticas y sociales que han facilitado el cambio de las estructuras.

Parafraseando a los protagonistas de la experiencia y a modo de conclusión diremos que:

a) La técnica es importante cuando se trata de promover un proceso de cambio, pero por sí sola no puede seguir adelante si no cuenta con el soporte de los ciudadanos.

b) Si no existe una confrontación entre técnicos y ciudadanos se incurre en el riesgo de confundir las necesidades reales con las ideadas por los técnicos, lo que lleva consigo la práctica del asistencialismo y del tecnicismo.