


# MEMORIALE DELLE VITTIME DELL'EMARGINAZIONE SOCIALE

1962 - 2020

 **Fondazione**  
**Promozione sociale**  
ONLUS

ULCES  
Unione per la lotta contro  
l'emarginazione sociale



VOL.TO  
VOLONTARIATO  
TORINO



Anfaa  
Associazione nazionale famiglie  
adoptive e affidatarie - OdV



UTIM OdV  
Unione per la tutela delle per-  
sone con disabilità intellettiva



## Fondazione promozione sociale

La Fondazione promozione sociale, costituita nel 2003, è un Ente del Terzo Settore che lavora per la promozione e la difesa dei diritti di coloro che non possono difendersi da sé – i più deboli della società: le **persone con disabilità/i malati cronici non autosufficienti**. La Fondazione non riceve sovvenzioni dalle istituzioni e non gestisce servizi per loro conto a garanzia della sua totale **indipendenza**, necessaria per rivendicare i diritti negati proprio dalle istituzioni – le cure sanitarie, per esempio – agli utenti malati/persone con disabilità non autosufficienti. Le attività della Fondazione sono svolte in collaborazione con il **Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa**, operativo dagli anni Settanta del secolo scorso e al quale aderiscono una ventina di associazioni. La Fondazione ha sede a Torino, ma opera in tutta Italia sulla base delle norme costituzionali (in primis l'articolo 32 della Costituzione) e della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978).

Le **principali attività** della Fondazione promozione sociale...

- informazioni per richiedere prestazioni domiciliari, centri diurni per i malati di Alzheimer e ricoveri definitivi in Residenza sanitaria assistenziale - Rsa per tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti;
- consulenza per opporsi alle dimissioni da ospedali e case di cura private convenzionate, quando non è praticabile il rientro al domicilio di un familiare malato e non autosufficiente;
- sostegno per ottenere interventi al domicilio, la frequenza di un centro diurno, il ricovero in una comunità alloggio, la nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore per persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo;
- attività di promozione (seminari, convegni) per promuovere una cultura dei diritti per le persone non autosufficienti

...con il prioritario obiettivo di **ottenere da Aziende sanitarie locali e Comuni**:

- il concreto riconoscimento del diritto alle prestazioni domiciliari, compreso il riconoscimento del contributo forfettario ai familiari che direttamente o con l'aiuto di privati assistono un parente anziano malato non autosufficiente/ persona con disabilità intellettiva o autismo;
- ricoveri immediati in Rsa con metà della retta a carico dell'Asl, dopo un ricovero ospedaliero o direttamente da casa;
- nuove strutture diurne e residenziali per garantire il diritto alle prestazioni del "durante e dopo di noi";
- informazioni scritte da parte delle Asl per evitare pagamenti extra di prestazioni comprese nella retta di ricovero.

**[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)**

## **Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale**

L'Ulces - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale è un'Organizzazione di Volontariato che opera dal 1965 per la prevenzione delle situazioni di esclusione sociale e per la promozione dei diritti dei soggetti deboli, persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo con limitata o nulla autonomia, malati cronici non autosufficienti.

Il primo presidente fu il giudice Emilio Germano, già Presidente aggiunto della Corte Suprema di Cassazione.

L'Ulces ha animato e fornito determinanti contributi alla collana "Quaderni di promozione sociale" edita da Rosenberg & Sellier e "Persona e società: i diritti da conquistare" pubblicata dall'Utet Libreria e dall'Utet Università. L'Organizzazione è attiva nella consulenza e collaborazione alla rivista "Prospettive assistenziali", trimestrale delle associazioni del Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, pubblicata ininterrottamente dal 1968, e nei casi di maltrattamento delle persone assistite o di presunta illegittimità di provvedimenti amministrativi loro rivolti partecipa rispettivamente ai processi penali costituendosi parte civile o ai procedimenti presso l'Autorità giudiziaria amministrativa, facendosi promotore di ricorsi.

Come tutte le organizzazioni aderenti al Csa, l'Ulces non riceve finanziamenti e non gestisce servizi per conto delle istituzioni e opera secondo i principi del «volontariato dei diritti» le cui finalità sono molto diverse dal volontariato consolatorio.

Il «volontariato dei diritti» si caratterizza per gli interventi finalizzati alla rimozione delle cause dell'emarginazione delle persone deboli; è un'attività di tutela e autotutela, dal momento che può capitare ad ognuno di noi di diventare incapaci di autodifendersi.

L'Ulces interviene per il riconoscimento di diritti esigibili per le persone non autosufficienti e per la loro corretta attuazione. Opera, quindi, con interventi pubblici, campagne informative, pubblicazioni, azioni concrete rivolte alle istituzioni o ai casi personali perché siano approvati in loro favore provvedimenti normativi (leggi, delibere, ecc.) necessari per garantirne le esigenze fondamentali ed eliminare ogni forma di discriminazione.

L'Ulces collabora con la Fondazione promozione sociale Ets, al cui sito internet si appoggia come strumento di diffusione di contenuti e informazioni sulla sua attività.

**[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)**

## **Anfaa - Dal 1962 dalla parte dei bambini**

L'Anfaa è un'associazione di volontariato che – prima in Italia – ha scelto di operare secondo i principi del volontariato dei diritti oltre a quelli del volontariato sociale.

L'Anfaa è una ONLUS ed è stata riconosciuta Ente Morale con D.P.R. 19-3-1973 n. 462

Non svolge attività di ente autorizzato per le adozioni internazionali. Non ha qualificazione politica, sindacale o professionale.

Dalla sua costituzione, nel 1962 ad oggi, l'Anfaa opera per l'affermazione del diritto di tutti i bambini a vivere in famiglia.

Per rendere effettivo questo diritto e per arrivare al superamento del ricovero in istituto (ancora oggi esistenti!), noi di Anfaa ci siamo impegnati

- a livello istituzionale, promuovendo l'approvazione di leggi fondamentali (la legge 431/1967 e la legge 184/1983), e la loro corretta attuazione a livello nazionale, regionale e locale
- a livello culturale e sociale per diffondere un nuovo concetto di paternità e maternità (fondato sul rapporto affettivo genitori-figli e non sul legame biologico), e uno spirito di accoglienza attento ai bisogni dei più piccoli e indifesi.

Il nostro impegno ha contribuito, in oltre cinquant'anni di attività, a:

- potenziare gli aiuti socio-assistenziali forniti alle famiglie d'origine per prevenire l'allontanamento dei minori
- realizzare l'affidamento familiare per decine di migliaia di bambini e ragazzi, riuscendo a evitare i pesanti effetti dei ricoveri in istituto, negativi anche se temporanei
- dare una famiglia adottiva a più di 130.000 bambini che ne erano privi

Abbiamo raggiunto questi obiettivi coniugando il volontariato dei diritti “dalla parte dei bambini” con il sostegno di oltre 20.000 famiglie adottive e affidatarie che hanno saputo abbinare alla loro scelta di accoglienza familiare l'impegno associativo, in qualità di volontari attivi, operanti nei confronti della comunità e delle istituzioni.

Ad esse, in questi ultimi anni, si sono aggiunti alcuni figli adottivi ed ex-affidati adulti, che hanno deciso di operare in prima linea su queste tematiche.

## **Utim - Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva**

L'Utim è una Onlus che provvede dal 1991 non solo alla difesa delle persone con handicap intellettivo, ma anche alla predisposizione delle pratiche inerenti l'interdizione e la tutela delle persone totalmente e definitivamente incapaci di autodifendersi oltre a fornire una consulenza gratuita sull'amministrazione di sostegno.

L'Utim rappresenta tutti noi che ad un certo punto della nostra vita ci ritroviamo ad aver bisogno di assistenza e di cure, per noi o per un nostro caro.

La nostra associazione è aperta a tutti coloro che, sensibili ai problemi sociali e in particolare ai problemi delle persone con disabilità intellettiva, riscontrando scarsità e mancanza di servizi, intendono con noi lavorare per ricreare nella società unità di intenti, chiarezza nella programmazione, celerità e funzionalità nella predisposizione dei servizi previsti.

L'Utim effettua, in apposite commissioni, controlli sulla qualità dei servizi erogati a favore delle persone con disabilità intellettiva. In coordinamento con altre associazioni di volontariato opera a favore di tutte le fasce deboli della popolazione.

Si attiva per rendere sempre attuale un discorso di medicina preventiva al fine di evitare, per quanto possibile, l'insorgere di handicap prima, durante e dopo il parto.

### **Utim: per cosa?**

- per informare i cittadini ed i familiari di persone con disabilità intellettiva dei loro diritti;
- per istruire gratuitamente pratiche varie quali l'interdizione, amministrazione di sostegno, invalidità e indennità di accompagnamento;
- per tutelare i diritti fondamentali delle persone con disabilità intellettiva, che prevedono:
  - inserimento scolastico per tutti;
  - inserimento lavorativo per chi è in grado di svolgere un lavoro;
  - assistenza per i gravi (centri diurni, comunità alloggio e di pronto intervento, assistenza domiciliare);
  - garanzia delle necessarie cure sanitarie, comprese le prestazioni riabilitative.

# **Vol.To. - Volontariato Torino**

**Gerardo Gatto**  
*Presidente Vol.To.*





# INDICE

Prima Parte

## SITUAZIONE DEGLI ANNI '60 DELLE VITTIME DELL'EMARGINAZIONE SOCIALE

### 3 Caratteristiche salienti del settore dell'assistenza sociale negli anni '60

*Gli assistiti sono considerati dal Governo elementi passivi e  
parassitari [3]*

*Una babele costituita da oltre 50 mila enti, organi e uffici di  
assistenza [3]*

*Istituti e ricoverati [5]*

*Un esempio del caos assistenziale esistente nel 1960 [7]*

*Il crudele marchio del Codice canonico [9]*

*Negata la dignità dei nati fuori del matrimonio [10]*

*Una legge disumana [11]*

*Bambini usati come cavie [12]*

*Altre violenze [13]*

*Il futuro dei bambini senza famiglia dipendeva dalle scelte  
dell'ente di assistenza [20]*

*L'affiliazione [21]*

### 24 Persone con disabilità: l'allarmante situazione a partire dagli anni '60

*L'autoemarginazione richiesta dalle Associazioni di persone  
con disabilità [24]*

*Assai negative norme del Codice canonico [25]*

*Arcivescovo di Perugia: i neonati "mongoloidi" possono es-  
sere lasciati morire [26]*

*Ragazzi ammassati come bestie [27]*

*Bambina di sei anni definita "pericolosa a sé e agli altri" [28]*

*Utilizzo di denominazioni emarginanti [28]*

*Cottolengo: libera imposizione [29]*

*Una bruciante lettera di un ricoverato presso il Cottolengo di Torino [29]*

*Esclusione dei bambini con handicap dalle normali strutture prescolastiche e scolastiche [32]*

*Violenze e abusi [34]*

*Le persone in carrozzella devono viaggiare nei bagagliai [37]*

*Bambini condannati a vivere come i ciechi [38]*

*La "clemenza della Magistratura" [39]*

*Istituto di ricovero di minori con handicap: nessun intervento nonostante la frattura del femore [41]*

*Lavorare con le persone con handicap: esercizio della carità e disgusto [42]*

*Difesa della razza e della vita agiata [43]*

47 Anni '70. Anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile: crudele ed estesa negazione dei vigenti diritti costituzionali e legislativi

*Un gruppo di ricoverati del Cottolengo di Torino chiede l'eutanasia [48]*

*Ospedale Maria Vittoria di Torino: gravemente malata trattata come un pacco [48]*

*Ospedale Nuovo Martini di Torino: fuori i vecchi lungodegenti [50]*

*Inferma anziana non autosufficiente abbandonata su un'ambulanza [51]*

*La Procura della Repubblica di Torino archivia un esposto: approvate le dimissioni ospedaliere di una persona con esigenze sanitarie indifferibili [52]*

*Vademecum per i medici: come rispedire a casa gli anziani malati [58]*

*Altre devastanti conferme relative alla violazione delle vitali esigenze e dei vigenti diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile [59]*

- 60 Ipab: sottratti ai poveri cinquanta miliardi di patrimoni ed i relativi redditi
- 72 Norme vigenti sulla povertà assoluta: spesso negate le vitali esigenze dei poveri veri e una cuccagna per numerosi abbienti  
*Le insensate norme della legge n. 33/2017 [73]*  
*Altre insensate e consistenti regalie [75]*
- 78 Servizio sanitario nazionale: miliardi illegittimamente sottratti ai malati, sprechi insensati, regali anche milionari a coloro che provocano infortuni e malattie
- 85 Omicidi/suicidi e maltrattamenti
- 88 La sconcertante vicenda del Villaggio del subnormale di Rivarolo (Torino), ora Comunità La Torre  
*Cronistoria del Villaggio del subnormale – Comunità La Torre [89]*

## Seconda Parte

### RISULTATI POSITIVI DEL VOLONTARIATO DEI DIRITTI DAL 1962 AL 2020

- 103 Principi etici e giuridici del volontariato dei diritti  
*Metodi di lavoro del volontariato dei diritti [104]*  
*Attività formative del volontariato dei diritti [106]*
- 108 Risultati ottenuti dal volontariato dei diritti dal 1962 al 2020
- 111 Importanza dei ricorsi alla magistratura e delle sentenze della Corte costituzionale

- 115 Principali attività svolte dall'Anfaa e basilari risultati raggiunti
- 124 Impegni assunti dall'Ulces ed i più importanti risultati conseguiti  
*Altre iniziative dell'Uipdm e dell'Ulces [128]*
- 134 Risultati ottenuti dalle iniziative promosse dalla collaborazione fra l'Ulces ed il Csa
- 151 Esperienze e risultati ottenuti dalla Fondazione promozione sociale  
*Azioni volte alla corretta attuazione della legge n. 833/1978 [153]*  
*Opposizione alle illegittime richieste di dimissioni ospedaliere di infermi non autosufficienti [155]*
- 161 Vigenti diritti esigibili da segnalare e da rivendicare
1. *Diritto alle cure sanitarie delle persone malate croniche non autosufficienti: violati i diritti umani degli infermi anziani ricoverati nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali [161]*  
*Caratteristiche salienti delle prestazioni sanitarie adeguate alle esigenze delle persone colpite da patologie/disabilità gravemente invalidanti e quindi non autosufficienti [164]*
  2. *Le fondamentali questioni relative al "Dopo di noi" delle persone con disabilità e limitata o nulla autonomia": diritti esigibili e falsità [173]*
  3. *Il "Durante noi" delle persone con disabilità gravi [175]*
- 182 *Allegato B*  
Differenze tra volontariato dei diritti e volontariato caritatevole/consolatorio
- 186 Pubblicazioni su adozione, disabili, emarginazione, infermi cronici non autosufficienti

PRIMA PARTE

**SITUAZIONE DEGLI ANNI '60  
DELLE VITTIME  
DELL'EMARGINAZIONE SOCIALE**



## **CARATTERISTICHE SALIENTI DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SOCIALE NEGLI ANNI '60**

### **Gli assistiti sono considerati dal Governo elementi passivi e parassitari**

Nella relazione allegata al bilancio dello Stato del 1969, il Ministero dell'interno, che all'epoca detiene a livello nazionale le più importanti competenze in materia di sostegno alle persone e ai nuclei familiari in gravi difficoltà, si esprime nei seguenti termini: *«L'assistenza pubblica ai bisognosi (...) racchiude in sé un rilevante interesse generale, in quanto i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari»*.

### **Una babele costituita da oltre 50 mila enti, organi e uffici di assistenza**

Negli anni '60 operano nel settore dell'assistenza: 14 Ministeri (tutti, compresa la Presidenza del Consiglio dei Ministri); 8.050 Comuni; 8.050 Enti comunali di assistenza (Eca) autonomi nei riguardi degli enti locali e delle altre istituzioni; 8.050 Comitati comunali dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (Onmi); 7.038 Patronati scolastici (stima) a cui è affidato il compito di assistere i fanciulli frequentanti le scuole elementari; 2.173 Casse scolastiche (stima) incaricate di soccorrere gli allievi bisognosi delle scuole medie; 95 Comitati provin-

ciali dell'Onmi, più la sede nazionale; 95 Uffici provinciali dell'Aai (Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali), compresa la sede nazionale; 95 Sedi del Commissariato della gioventù italiana (ex Gil - Gioventù italiana del littorio), più la sede nazionale; 95 Sedi provinciali dell'Ente nazionale per la protezione del fanciullo, più la sede nazionale; 94 Comitati provinciali dei patronati scolastici; 94 Assessorati provinciali all'assistenza; 94 Uffici di assistenza presso le prefetture; 94 Comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica; 2.375 (stima) Sedi nazionali e provinciali dei 25 enti nazionali per gli orfani e assimilati (Ente nazionale per l'assistenza agli orfani dei lavoratori italiani, Opera nazionale per gli orfani di guerra, Opera nazionale per gli orfani di guerra anormali psichici, Opera nazionale di assistenza agli orfani ed ai figli dei militari della Guardia di finanza, Ente nazionale di assistenza agli orfani degli agenti di custodia, ecc.); 142 Case di rieducazione, riformatori, uffici distrettuali di servizio sociale; 154 Consigli di patronato per i liberati del carcere e per l'assistenza alle famiglie di detenuti; 9.407 Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab), le ex opere pie; 5.718 Centri assistenza dipendenti da enti pubblici.

Pertanto gli enti, organi e uffici di assistenza pubblici esistenti nel nostro Paese (salvo le inevitabili omissioni) superano l'incredibile cifra di 50 mila. A questi si deve aggiungere una parte delle 13.027 istituzioni caritative ed assistenziali (non comprese nelle strutture precedenti) operanti nella sfera d'azione della Chiesa cattolica, nonché un numero imprecisato di istituzioni private laiche.



## **Istituti e ricoverati**

Per quanto riguarda l'insieme degli istituti e degli assistiti, secondo i dati dell'Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale, nel 1960 la situazione è la seguente (1):

- brefotrofi (2) n. 111, ricoverati 8.699
  - orfanotrofi n. 1.093, ricoverati 59.854
  - istituti con soli minori poveri o abbandonati n. 281, ricoverati 15.265
  - istituti con soli anormali e minorati n. 169, ricoverati 18.810
  - istituti con soli vecchi indigenti n. 1.699, ricoverati 88.089
  - istituti con altre categorie di ricoverati n. 315, ricoverati 16.346
  - istituti con più categorie di ricoverati n. 1.979, ricoverati 167.053
  - colonie permanenti (3) n. 200, ricoverati 61.402
- Totale istituti n. 5.847, ricoverati n. 435.518

Nel 1960 la situazione dei minori istituzionalizzati è la seguente: in allevamento interno dei brefotrofi n. 8.699; ricoverati in orfanotrofi n. 59.854; ricoverati in istituti per soli minori poveri e abbandonati n. 15.265; ricoverati in istituti con più categorie di ricoverati n. 125.431; inseriti in colonie permanenti n. 61.402.

Totale minori ricoverati n. 270.651.

Inoltre, sono 92.502 i minori assistiti nei brefotrofi (4) in al-

levamento esterno (cfr. la nota 2), di cui: illegittimi non riconosciuti n. 17.345; illegittimi riconosciuti n. 74.999; legittimi n. 158.

Totale minori assistiti in allevamento esterno n. 92.502.

Fra i minori in allevamento interno ed esterno, quelli non riconosciuti sono complessivamente 21.113: continuano ad essere ricoverati negli istituti di assistenza nonostante che quasi tutti questi bambini possano essere adottati dalle numerose famiglie in attesa, sovente da anni.

L'adozione poteva essere disposta con estrema facilità, senza la preventiva autorizzazione della Magistratura o di altri enti. Con l'adozione degli oltre 20mila minori ricoverati si sarebbero notevolmente ridotte le spese a carico delle Province.

Per quanto riguarda gli anziani, il ricovero è quasi sempre dovuto alla mancanza di mezzi economici. La pensione sociale non è ancora stata istituita e sono rarissimi i Comuni che erogano contributi ai vecchi (e agli altri soggetti) privi dei mezzi necessari per vivere. Inoltre, l'assistenza fornita dagli Eca, Enti comunali di assistenza, è estremamente carente sotto tutti i punti di vista (qualificazione del personale, tipologia degli interventi, importo delle erogazioni, ecc.).

Gli anziani cronici non autosufficienti sono quasi mai curati presso strutture ospedaliere, ma sono rinchiusi nelle case di riposo o, addirittura, nei manicomi.

Nel 1960 le persone iscritte negli elenchi comunali dei poveri, condizione indispensabile per ottenere l'assistenza sanitaria gratuita, sono 3.234.403.

Riferiti allo stesso 1960, si riportano alcuni dati concernenti i principali enti di assistenza:

a) dai 7.038 patronati scolastici sono assistite 1.674.073 persone;

b) gli assistiti dalle Province sono 393.501 (malati di mente 133.985, minorati psichici 19.577, illegittimi 178.264);

c) per quanto riguarda l'Onmi, i dati sono i seguenti:

- donne (assistenza igienico-sanitaria) 222.647;

- minori (assistenza igienico-sanitaria) 787.835;

- donne (altre forme di assistenza) 131.533;

- minori (altre forme di assistenza) 653.547;

d) gli assistiti dall'Aai, Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali, sono 1.838.106, di cui 482.520 presso colonie estive. I prodotti distribuiti (in tonnellate) riguardano: farina 30.096, pasta e riso 12.831, zucchero 1.901, marmellata 988, carne e pesce 3.463, formaggio 1.229, altri prodotti 10.282, latte pastorizzato ettolitri 55.618;

e) le presenze nei dormitori pubblici e asili notturni sono 2.829.557, di cui 417.597 di soggetti di età inferiore ai 18 anni.

## **Un esempio del caos assistenziale esistente nel 1960**

Il minore nato fuori dal matrimonio non riconosciuto o riconosciuto dalla sola madre:

1) dalla nascita al 15° anno di età è assistito dalla Provincia tramite gli istituti provinciali per l'infanzia, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) e gli istituti privati aventi sedi nella provincia o al di fuori di essa;

- 2) dal 15° al 18° anno è assistito dall'Onmi;
- 3) dal 18° anno in poi dall'Eca;
- 4) se al momento della prima richiesta di assistenza il minore non riconosciuto o riconosciuto dalla sola madre ha superato il 6° anno di età, la competenza non è più della Provincia ma dell'Onmi;
- 5) se il minore viene legittimato oppure è riconosciuto anche o solo dal padre, la competenza è demandata dalla Provincia all'Onmi;
- 6) se il minore riconosciuto dalla sola madre ha un'età inferiore ai 15 anni e rimane orfano, la competenza passa dalla Provincia a uno dei numerosi enti di assistenza per gli orfani, sempre che la defunta appartenesse a una delle categorie previste dalle leggi istitutive degli enti stessi;
- 7) se il minore è riconosciuto da madre profuga, competente è il Ministero degli interni o la Regione. Quando acquisisce il domicilio di soccorso, la competenza può essere trasferita alla Provincia sempre che non si verifichi l'ipotesi di cui al punto 4;
- 8) se il minore riconosciuto dalla madre è cieco o sordomuto, la competenza assistenziale resta alla Provincia anche dopo il 15° e il 18° anno di età;
- 9) se il minore è insufficiente mentale, la competenza viene determinata a seconda che la Provincia o l'Onmi o altri enti abbiano o meno istituito i servizi (non obbligatori) per i suddetti soggetti;
- 10) se il minore è gravemente disadattato, alcune o tutte le competenze possono passare al Tribunale per i minorenni, all'istituto di rieducazione o all'ufficio distrettuale di servizio sociale del Tribunale per i minorenni;

11) se il minore è segnalato dall'autorità di pubblica sicurezza per il ricovero in istituto, la competenza è del Comune;

12) se il minore è fisicamente handicappato, alcune o tutte le competenze possono essere assunte dal Comune;

13) se il fanciullo riconosciuto dalla madre ha bisogno di assistenza scolastica, questa è prestata non dall'ente che lo assiste, ma dal patronato scolastico se frequenta la scuola elementare, dalla cassa scolastica se è inserito in una scuola media;

14) salvi i casi di assoluta urgenza, la madre nubile e il minore da essa riconosciuto sono assistiti dalla Provincia territorialmente competente secondo il domicilio di soccorso, anche se la residenza effettiva è altrove (il domicilio di soccorso si acquisisce solo dopo due anni di residenza nello stesso luogo);

15) il minore nato fuori del matrimonio è inoltre soggetto ai cambiamenti di istituto causati dalle disponibilità degli enti erogatori, dalla ricettività degli enti ricoveranti e dalle loro regole statutarie, ad esempio dimissioni al raggiungimento di una certa età.

## **Il crudele marchio del Codice canonico**

Durante decenni e decenni le persone nate al di fuori del matrimonio, definite "illegittime" e cioè "fuori dalla legge", sono considerate inaffidabili dalla Chiesa cattolica per quanto concerne il sacerdozio, con le evidenti gravissime e nefaste conseguenze personali e sociali. Infatti il Codice canonico, promulgato da Papa Benedetto XV nel 1917, ol-

traggia le persone nate fuori da matrimonio stabilendo che:

- a) sono irregolari per difetto gli illegittimi, sia l'illegittimità pubblica o occulta, se non sono stati legittimati;
- b) sono esclusi dalla dignità cardinalizia gli illegittimi anche se per un successivo matrimonio sono stati legittimati;
- c) sono idonei alla dignità vescovile esclusivamente i nati da legittimo matrimonio, ma non coloro la cui legittimità è stata conseguita da un successivo matrimonio;
- d) per l'accesso alle dignità abbaziali o prelatizie valgono le norme previste per i Vescovi.

### **Negata la dignità dei nati fuori del matrimonio**

Mentre i minori nati nel matrimonio, definiti dalla legge "legittimi", sono assistiti dai Comuni (oltre che da altri enti), per i nati fuori del matrimonio, denominati "illegittimi" quasi fossero dei fuori legge, l'assistenza compete alle Province. Da notare che l'articolo 32 del regio decreto 29 dicembre 1927 n. 2822 stabilisce per i minori "illegittimi" che *«dopo il terzo anno, i fanciulli sono preferibilmente collocati in idonei istituti (...)*». Soltanto nei casi in cui non sia possibile l'istituzionalizzazione, *«i fanciulli vengono affidati ad allevatori esterni, possibilmente abitanti in campagna»*.

Invece, per i minori "legittimi", la priorità dell'assistenza è diametralmente opposta a quella riservata agli "illegittimi". Infatti, come prevede l'articolo 178 del regio decreto 15 aprile 1926 n. 718, possono essere ricoverati in istituto solamente *«i fanciulli per i quali non sia attuabile od opportuno il collocamento presso famiglie»*. Fra gli esempi di dignità calpestate, si ricorda la lettera inviata in data 9 set-

tembre 1967 dal Convitto “Guglielmo Marconi” per la preparazione dei radiotelegrafisti, meccanici navali, elettricisti e frigoristi di bordo, con sede a Ruta di Camogli, Genova, diretto dai Padri Scolopi, così redatta: «*Siamo oltremodo dolenti di dover rinviare tutta la documentazione relativa al giovane C. G. poiché la Commissione esaminatrice per la ammissione al concorso al convitto non ritiene di poter ammettere allo stesso il giovane da voi presentato. Il caso è oltremodo doloroso e preoccupante, ma il regolamento interno del collegio non ammette deroghe per i figli illegittimi o di famiglia irregolare. La vita del mare che i giovani nostri dovranno affrontare richiede serenità d’animo e tranquillità di spirito che purtroppo non possono avere quei marittimi la cui famiglia dolorosamente non esiste. L’immettere alla vita del mare un giovane senza padre sarebbe creare uno spostato e procurargli delle preoccupazioni che la vita del mare senza dubbio accentuerà. Questa Direzione si augura che possiate inviare giovani sani familiarmente, i quali saranno benevolmente accolti nel collegio*».

## **Una legge disumana**

Fino all’entrata in vigore della legge 14 marzo 1968, n. 274, promossa dall’Anfaa, sono in vigore gli articoli 75 e 77 del regio decreto 7 luglio 1939 n. 1238 sull’ordinamento dello stato civile. Essi stabiliscono che, quando un bambino è trovato abbandonato a sé stesso e non può essere identificato, venga redatto un atto di nascita nel quale sono trascritti solo l’anno e il mese (e non il giorno) in cui presumibilmente è nato. Il luogo viene indicato con una delle seguenti parole “ignorasi” o “trovato”.

In quel periodo in tutti i documenti sono contenute anche le generalità della madre e del padre. Di conseguenza nel certificato di nascita, nella carta di identità, nel passaporto, nella pagella, nella patente, nel libretto di lavoro, nelle pubblicazioni di matrimonio e negli altri documenti sono trascritte le seguenti informazioni: nato a ... ignorasi o trovato il ... presumibilmente nel mese di ... dell'anno ... paternità ... NN, maternità ... NN.

Inoltre vi sono ufficiali di stato civile che attribuiscono ai bambini trovati e non identificati (e a volte anche a quelli non riconosciuti), cognomi lesivi della dignità delle persone (ad esempio Diotallevi, Degli Esposti, Esposito, ecc.).

## **Bambini usati come cavie**

In un articolo pubblicato su *Il Giorno* del 25 marzo 1971 il noto Professore Giulio Maccacaro aveva denunciato che, nelle sperimentazioni di nuovi farmaci, le persone malate erano spesso utilizzate al posto dei topi e che fra le vittime scelte vi erano anche bambini e fanciulli colpiti da menomazioni. Ecco la sua testimonianza: *«Di esperimenti condotti sui bambini ne ricordo uno compiuto presso l'Istituto di igiene e la clinica pediatrica dell'Università di Pisa. Gli autori [...] erano curiosi di sapere se alcuni tipi di un microbo "l'escherichia coli" possono produrre enteriti nei bambini. I nostri studi [...] sono stati condotti su soggetti affetti da gravi alterazioni cerebropatiche e, successivamente, anche su bambini sani e convalescenti. A questi bambini – dell'ospizio della clinica – [...] hanno fatto ingoiare culture di germi noti come capaci di accompagnarsi*



*ad episodi acuti di gastroenterite per poi vedere cosa succedeva agli sventurati». Nello stesso articolo Giulio Maccacaro aveva segnalato che il Direttore generale dell'Istituto Gaslini di Genova aveva deciso di usare «i bambini ricoverati nelle cliniche universitarie convenzionate e ospitate dal Gaslini [...] per fotografare il virus dell'epatite virale. Allora prende tre bimbi (S.P. femmina anni 2, D.L. femmina anni 2, C.T. maschio anni 8) ricoverati al Gaslini per questa grave malattia e a ciascuno, perforando l'addome, asporta un pezzetto di fegato da guardare al microscopio elettronico. Per essere più sicuro di riuscire nell'intento – racconta S. (...) – ero ricorso ad un espediente farmacologico: prima della biopsia somministrai ai primi due bimbi 8 milligrammi per chilogrammo di peso al giorno di azatiopirina per tre giorni e al terzo bimbo 8 per cinque giorni [...]. L'azatiopirina poteva nel nostro caso ridurre i poteri immunitari e rendere pertanto più agevole la maturazione del virus».*

## **Altre violenze**

Numerosi e particolarmente crudeli sono gli episodi di violenza accertati negli anni '60 dalla magistratura (5). Ad esempio, il Tribunale di Firenze in data 3 dicembre 1968 condanna alcuni operatori dell'Istituto di Prato "Maria Vergine Assunta in Cielo", noto come istituto dei Celestini, per i gravissimi atti compiuti contro i bambini ivi ricoverati. I fatti riguardano: punizioni particolarmente sadiche (bastonate, frustate, schiaffi, leccare la propria pipì o il pavimento, essere legati a crocefisso sotto il letto o ai piedi di esso, privazione del cibo, ecc.), nonché condizioni igieni-

che disastrose, abiti sporchi, grave ritardo rilevato nello sviluppo intellettuale della maggior parte dei bambini, omissione dei controlli sanitari, ecc.

Un'ispettrice scolastica, con riferimento agli anni 1955-56, segnala che *«i ragazzi erano malnutriti ed erano assoggettati a punizioni intollerabili come mangiare anche per quindici giorni la pappa di pane senza sale o con l'olio di fegato di merluzzo, essere legati alle zampe del letto sotto di questo, ricevere percosse»*.

I bambini avevano segnalato che una delle loro aguzzine *«li puniva anche facendoli stare in ginocchio, con le mani sotto le ginocchia e con dei sassolini sotto le mani»*.

Tipiche le punizioni per l'enuresi notturna (fatto che colpisce gran parte dei bambini istituzionalizzati a causa delle sofferenze patite): *«Le gocce di pipì strizzate in bocca dalle mutandine bagnate»*, i vasi da notte messi in testa, il leccare con la lingua l'orina colata in terra o il tenere avvolte al capo le lenzuola bagnate.

Al riguardo Salvatore, un bambino di dieci anni (al tempo dei fatti ne aveva sette), deponendo davanti al magistrato durante il processo svoltosi nel 1968 contro il direttore padre Leonardo e gli aguzzini dell'istituto dei Celestini di Prato, aveva riferito che N.L. lo aveva costretto a fare *«un bagno freddo tenendogli la testa sotto acqua»* e che *«più volte gli aveva fatto leccare il sudiciume che era sul pavimento e anche l'orina di altri ragazzi»*.

Molto significativa l'esperienza di Fausto, ricoverato in ospedale dopo essere caduto da un albero sul quale si era arrampicato. Infatti alla maestra che era andata a trovarlo aveva detto: *«Quando ritorno all'istituto mi rompo un altro braccio perché bene così non sono mai stato»*.

Da notare che la vicenda dell'istituto dei Celestini durò ben 32 anni (6).

Mentre negli anni '60 numerosi enti privati di assistenza non forniscono adeguate prestazioni ai minori ricoverati, la magistratura non si comporta sempre in modo accettabile. Ad esempio, il Tribunale di Torino, nella sentenza pronunciata il 31 marzo 1967 nei confronti di tre imputati, il direttore e le due vice degli istituti psico-pedagogici situati a Vernone, Cinzano e Brusasco, rileva che non vi è dubbio sul fatto che molti dei bambini ricoverati sono stati privati di qualche pasto, fatti stare in piedi o in ginocchio per un certo tempo e percossi alle volte con particolare violenza con «*sberle, ceffoni, colpi di canna e di bastoni*». Detto convincimento emerge dalle dichiarazioni dei bambini che hanno subito tali trattamenti e dalle loro deposizioni ricche di particolari e confortate talvolta anche dalle deposizioni dei testi oculari, nonché dalle parziali ammissioni del direttore. Ma il Tribunale arriva quasi a giustificare detti comportamenti sostenendo che dette punizioni venivano inflitte solo in occasione di mancanze più o meno gravi, per cui i tre imputati non percuotevano i bambini per malvagità d'animo, ma per finalità esclusivamente educative (7).

Un altro esempio. Il Pretore di Capriati Volturmo assolve il 15 gennaio 1970, per aver agito in stato di legittima difesa, P. O., accusato di abuso di mezzi di correzione in danno di un convittore dodicenne al quale aveva procurato lesioni fissandogli ai piedi due pezzi di ferro dal complessivo peso di kg 3,450 a mezzo di catena con lucchetto per impedirgli di allontanarsi dall'istituto Padre Montorsoli, come aveva già fatto in precedenza (8).

Inconcepibile, nonostante le prove schiaccianti raccolte,

l'assoluzione in istruttoria, datata 11 febbraio 1967 «*perché il fatto non costituisce reato*» di S. M. che insieme a Monsignor S.A. dirige l'istituto "Villaggio dei Santi" imputata di maltrattamenti «*per avere, trascurando l'igiene, fornendo un regime alimentare insufficiente e non provvedendo a un confacente sistema di riscaldamento degli ambienti e delle camerate, sottoposto numerosi bambini indigenti e orfani, ricoverati presso il villaggio San F. di R. (Catania), a gravissimi disagi fisici e morali e a un regime di vita degradante e umiliante*».

I carabinieri segnalano alla locale Pretura che «*molti bambini indigenti ricoverati presso il villaggio San F. sono in preda ai pidocchi (...) e costretti a vivere in locali igienicamente malsani (...) non vengono sufficientemente alimentati e dormono in camerate non riscaldate le cui finestre sono prive in parte di vetri*».

Il giorno successivo, il magistrato si reca presso l'istituto in cui sono ricoverati 270 minori, accerta, a parte la mancanza di vetri, che nel dormitorio delle bambine, un locale di circa 12 x 12 metri «*per la mancanza di un pezzo di muro da una buca entra l'acqua nella camerata*» e che «*oltre una grande umidità si nota fetore*». Inoltre, «*sollevate le coperte dei lettini si rinvencono le lenzuola di tutti i letti completamente sporche e macchiate di urina (...). Le coperte sono sporche e lacere (...). I due lettini delle sorveglianti hanno materassi di lana, federe e lenzuola pulite (...). Devono essere tenuti i cappotti sia per l'umidità che proviene dal pavimento bagnato, sia per il vento che proviene dai finestroni*».

Analoga la situazione accertata dal magistrato nel secondo dormitorio con 26 lettini e in un altro locale con altri

63 letti. Certifica, inoltre, che *«non può materialmente entrare nei gabinetti perché sono sommersi nell'urina (...). Il pavimento è quasi completamente coperto da feci già invase dalle mosche»*.

Lo stesso magistrato afferma, altresì, che nel locale in cui una maestra impartiva le lezioni a trenta bambini *«tutti hanno la faccia sporca. L'aula è priva di qualsiasi sussidio didattico (...), vi è un pezzo di lavagna, circa tre quarti di una vera lavagna, tutta rotta (...). I banchi sono lerci, sgangherati e rotti (...). Il pavimento, che si presenta sporco, viene pulito dai bambini con una scopa (...). In tre banchi manca parte della panca per sedersi e poiché in ogni banco vi sono tre bambini, due restano in piedi (...). Un banco è completamente privo di panca per cui i bambini restano in piedi»*.

Negli stessi giorni in cui il Pretore inizia le indagini, due persone che percorrono una strada a bordo di un'auto, scorgono una bambina che porta sulle spalle il fratellino. I carabinieri, ai quali vengono accompagnati i due ragazzi, danno atto che *«sia la predetta Giovanna che il fratellino Saverio sono vestiti malamente con panni laceri e sporchi. Anche la loro pelle è sporca in ogni parte del corpo, specialmente nel collo. Sono inconsolabili e non vogliono assolutamente tornare al collegio che li ha ospitati. Saverio ha dei pidocchi e presenta dei foruncoli alle braccia e alle mani. I suoi denti sono tutti cariati e soffre per dolori alla bocca»*.

La bambina spiega: *«Sono fuggita perché non potevo più sopportare che il mio fratellino, di anni quattro, venisse continuamente malmenato»* e aggiunge: *«Comune mezzo di punizione è quello di metterci in ginocchio in un qualsiasi*

*posto e per lunghi periodi (...). Mi è capitato di restare in ginocchio per ore intere sul pavimento di marmo e sul selciato del cortile, tanto che qualche volta mi sono ferita (...). Io dormo in un lettino insieme con mio fratello e talvolta mi capita di cadere dal letto per farlo dormire più comodamente».*

Nonostante la conferma da parte dei fanciulli interrogati delle botte ricevute («sono anche stata malmenata dalla signorina A. con una stanga di legno lunga più di un metro (...). Ci puniscono anche mettendoci fuori nella terrazza in pigiama e lasciandoci all'addiaccio (...). Il letto dove dormo è fornito solo di due coperte molto piccole e del tutto insufficienti a ripararmi dal freddo (...). Ci sono i vetri rotti attraverso i quali penetra vento e pioggia (...). A pranzo ci danno la pasta, ma ci sono spesso vermi, terra, mosche, insetti (...). Certe volte veniamo bastonati con un pezzo di legno, cosiddetta "gerla"; ci vengono inferti colpi sul capo, sul corpo e sulla schiena»), nella sentenza assolutoria è scritto che l'esercizio dell'azione penale relativa ai maltrattamenti «non può dirsi sufficientemente suffragata dalle risultanze istruttorie» e non risulta che «la condotta di costei (la direttrice S.M.) sia stata ispirata dalla volontà di nuocere ai piccoli (...)». Inoltre «da nessun elemento del processo emerge la sua (della direttrice) volontà di sottoporre i fanciulli ad una situazione di abituale avvilitamento della loro personalità».

Il provvedimento di assoluzione prosegue osservando che «se tale malvagia finalità avesse guidato la condotta della S.M. non si spiegherebbe l'indebitamento dell'ente per svariate decine di milioni onde sopperire alla gestione (...) e ingiustificati e assurdi sarebbero i continui appelli a enti

*religiosi e istituti caritatevoli per avere sussidi ed elargizioni»*, tralasciando di tener conto che gli enti pubblici avevano contribuito alla costruzione dell'istituto nella rilevante misura dell'80% del costo.

Sconcertante anche la vicenda di Nicola Aliotta, imputato di quattro truffe aggravate continuate e di interesse privato in atto di ufficio, condannato dal Tribunale di Roma il 14 gennaio 1966 a quattro anni e nove mesi di reclusione e lire 1.300.000 di multa, pena aumentata dalla Corte di appello con sentenza del 30 gennaio 1967 a cinque anni di reclusione (9).

Da una relazione redatta dal collegio sindacale dell'Inps era stato accertato che *«un dipendente dell'Inps, professor Nicola Aliotta, a mezzo di società di comodo appositamente create con lo scopo di gestire istituti preventoriali, cliniche, sanatori, ecc. e conseguendo, con l'appoggio del padre, autorevole consigliere di amministrazione dell'Inps, il convenzionamento delle case di cura gestite dalle predette società (...) si era ingerito nell'esplicazione della attività assistenziale traendo a tal fine profitto delle deficienze che la rete sanatoriale dell'Inps presentava nelle località prescelte»*.

Il giro d'affari era imponente, com'è dimostrato dalla costituzione da parte di Aliotta di numerose società a responsabilità limitata: Sicep, Sonaga, Sogip, Sic, Sama e Sias. Ad esempio la Sicep aveva sottoscritto una convenzione con l'Inps per il ricovero di bambini in tre strutture site nella provincia di Lecce. La retta convenuta con l'Inps, inizialmente di lire 1.360 al giorno per bambino, era stata successivamente aumentata a lire 2.000. La Sicep (e così pure le altre società) non gestiva gli istituti, ma aveva su-

bappaltato l'assistenza a costi nettamente inferiori. Al fine di consentire all'Aliotta ed ai suoi collaboratori di incassare somme rilevanti (dalla sentenza risulta che è *«stato raggiunto complessivamente l'enorme profitto non legittimo di lire 1 miliardo, 149 milioni e 400mila»*), veniva superata la capienza degli istituti *«da un minimo del 140% a un massimo del 246%»* con la conseguenza che *«tale sovraffollamento si risolveva in una insufficiente assistenza ai ragazzi e portava a condizioni di estremo disagio»*. Inoltre erano stati manifestati *«fondati dubbi di indebite protrazioni delle degenze»*.

## **Il futuro dei bambini senza famiglia dipendeva dalle scelte dell'ente di assistenza**

I 50 mila enti, organi o uffici (*ved. pag. 3*) hanno il potere, in effetti un vero e proprio arbitrio, di decidere il presente e il futuro dei bambini senza famiglia. Nel 1960 sono assistiti ben 21.113 bambini non riconosciuti. Pertanto, per la loro sistemazione presso famiglie adottive o affidatarie, gli organismi preposti alla loro assistenza non sono condizionati dalle decisioni o dai pareri dei genitori e degli altri congiunti. Ciononostante, la stragrande maggioranza dei fanciulli resta in istituto fino al raggiungimento della maggiore età, in quel periodo prevista al compimento del 21° anno. Poi, quasi sempre, vengono dimessi dagli istituti e abbandonati a loro stessi. Di conseguenza, molte sono le ragazze costrette a prostituirsi per poter vivere e numerosi sono i maschi che ingrossano le file della delinquenza.



## L'affiliazione

Negli anni '60 era ancora vigente l'affiliazione, istituto giuridico creato dal fascismo con lo scopo di soddisfare *«un doppio bisogno giuridico individuale, il bisogno, anzi il diritto, degli illegittimi perché lo Stato intervenga a cancellare la inferiorità familiare e sociale che loro infligge la colpa dei genitori e il bisogno spirituale, morale e talora economico, specie nel campo agricolo, delle famiglie sterili o fornite di poca prole, di avere un focolare allietato dal sorriso del fanciullo e di reclutare nuove forze di aiuto e di completamento della comunità economica familiare»* (10). L'affiliazione doveva essere preceduta da almeno tre anni di affidamento a scopo educativo. Questo periodo poteva essere interrotto dal o dai genitori in qualsiasi momento salvo diversa decisione dell'autorità giudiziaria; inoltre era praticabile la revoca in caso di riconoscimento tardivo da parte anche di uno solo dei genitori.

L'affiliazione aveva natura eminentemente assistenziale e si esauriva con il raggiungimento della maggiore età dell'affiliato, salvo la conservazione del cognome assunto o aggiunto. Su richiesta dell'affiliante, il minore assumeva il suo cognome se figlio di ignoti o riconosciuto da un solo genitore, lo aggiungeva al proprio se figlio legittimo o riconosciuto da entrambi i procreatori. L'affiliato non aveva diritto alla successione del o degli affilianti. L'affiliante, purché maggiorenne, poteva avere qualsiasi età, essere celibe, nubile, vedovo o coniugato. Se coniugato, come per l'adozione, era solo necessario l'assenso del coniuge, libero di affiliare il minore oppure no.

Le gravissime carenze dell'affiliazione risultavano evidenti

anche dalla relazione della proposta di legge n. 1628 presentata alla Camera dei Deputati il 15 ottobre 1959 dalle parlamentari Luciana Viviani e Laura Diaz in cui si legge quanto segue: *«Il 24 ottobre del 1958 si presentavano dinanzi alla casa dei signori D. F., una famiglia di pescatori di Pozzuoli, 10 agenti, un avvocato, un ufficiale giudiziario e la signora I. F., madre naturale di G., una bimba di 11 anni. La famiglia D. F. aveva preso G. dal brefotrofito di Napoli, a soli 8 mesi, e per 10 anni l'aveva cresciuta ed educata come una figlia. La signora I. F., essendo riuscita ad ottenere una sentenza di riconoscimento della patria potestà e quindi l'affidamento della figlia, per superare le gravi resistenze che la famiglia D. F. opponeva alla consegna della piccola G., aveva chiesto ed ottenuto l'appoggio delle forze di polizia per rendere esecutiva la sentenza. La bambina fu strappata con la forza dalle braccia della madre adottiva. La scena, tremenda nella sua disumanità, durò per due ore. La piccola G., condotta a Cosenza dalla madre naturale, fu rinchiusa in un istituto assistenziale ove tuttora risiede. Non occorre essere esperti di psicologia per comprendere come il trauma subito dalla bambina, in età assai delicata per la sua formazione psichica, avrà gravi conseguenze e il ricordo di quel ratto disumano resterà per sempre scolpito nella sua memoria. Questo episodio, che suscitò grande impressione in tutta la popolazione di Pozzuoli, non è che uno dei tanti che, forse con minore scalpore, si verificano nel nostro Paese. Il dramma di G. dimostra come le leggi che regolano in Italia l'adozione e la affiliazione rendono assai difficile per migliaia e migliaia di bambini "illegittimi" la possibilità di essere accolti in una famiglia e di rimanerci per sempre, sani*

*e felici. Dichiarando di voler difendere la famiglia, in realtà questa legge impedisce, in molti casi, che i bimbi nati fuori dal matrimonio ritrovino un focolare sicuro e dimentichino di essere dei “minorati sociali”».*

## **Note**

(1) Le denominazioni riportate sono quelle utilizzate dall'Istat.

(2) I dati riguardano solo i minori ricoverati nei brefotrofi (allevamento interno) e non comprendono quelli in allevamento esterno, affidati a balie, allevatori e istituti.

(3) Si tratta di istituti che, secondo l'Istat, accolgono «*per periodi piuttosto lunghi, bambini linfatici, anemici, predisposti alla tubercolosi, ecc.*». In effetti, sono ricoverati quasi esclusivamente bambini di famiglie povere.

(4) Nei brefotrofi, su 8.699 ricoverati in allevamento interno, 3.768 sono illegittimi non riconosciuti, 3.564 illegittimi riconosciuti e 1.367 legittimi.

(5) Cfr. Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera, *Il Paese dei Celestini - Istituti di assistenza sotto processo*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1973.

(6) Cfr. “Dagli aguzzini di Prato (1963) alle torture di Laterza (1966): responsabilità e proposte”, *Prospettive assistenziali*, n. 115, 1996.

(7) Cfr. Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera, op. cit.

(8) Ibidem.

(9) Ibidem.

(10) Relazione presentata il 4 giugno 1937 da Piola Caselli, Di Marzo e Costamagna in merito al progetto di legge sull'affiliazione, allora definita anche “piccola adozione”.

## **PERSONE CON DISABILITÀ: L'ALLARMANTE SITUAZIONE A PARTIRE DAGLI ANNI '60**

### **L'autoemarginazione richiesta dalle Associazioni di persone con disabilità**

Significativo esempio, che ha avuto nefaste conseguenze per migliaia di persone soprattutto quelle con disabilità grave, è il pronunciamento nel 1970 della Commissione costituita dai Presidenti delle più importanti organizzazioni allora esistenti nel settore della disabilità (Opera nazionale mutilati e invalidi di guerra, Associazione nazionale vittime civili di guerra, Associazione mutilati e invalidi del lavoro, Unione nazionale mutilati per servizio, Libera associazione mutilati e invalidi civili) che, dopo aver puntualizzato che *«la generalità dei cittadini invalidi costituisce nel suo complesso un insieme nettamente distinto del popolo italiano»*, richiede *«come indispensabile e indilazionabile, una radicale e completa riforma di struttura del settore degli invalidi che, prescindendo dalla causa invalidante, sia attuata differenziando chiaramente i cittadini portatori di invalidità permanente dai cittadini sani o incidentalmente malati»*, nonché *«la delega dello Stato ad un unico ente di diritto pubblico di ogni azione di pubblico intervento e quindi dell'istruzione e dell'addestramento professionale degli invalidi e del loro collocamento al lavoro, dell'assistenza sanitaria limitatamente agli esiti dell'invalidità permanente, di quella sociale, morale e giuridica e della cura e di ogni*

*altra provvidenza che possa essere a loro rivolta», stabilendo altresì che l'amministrazione di questo ente di diritto pubblico deve essere «espressione diretta ed esclusiva delle associazioni di categoria».*

Sostenuta dagli emarginatori era stata l'iniziativa dell'Anthai, Associazione nazionale per la tutela degli handicappati, che (cfr. il n. 100/1992 di "Prospettive assistenziali") intendeva costruire *«un complesso polifunzionale, composto da case protette, residenze speciali, day hospital, nonché da strutture residenziali, commerciali e sportive».* Nel complesso dovrebbero essere ricoverate *«dalle cento alle duemila persone».* Secondo l'Anthai *«l'area destinata ad un primo esperimento del genere dovrà consistere in almeno 15 ettari e, con ogni probabilità, la scelta cadrà nel Lazio, sebbene si preveda di costruire un centro per ogni regione. La spesa iniziale si aggira intorno ai 100 miliardi per circa 800 posti».* Anche se ogni tanto qualcuno è folgorato dall'idea di eliminare gli handicappati dal vivo del contesto sociale relegandoli in incivili ghetti, magari di lusso, è estremamente preoccupante che l'iniziativa dell'Anthai abbia ottenuto il sostegno dell'Assessorato enti locali e servizi sociali della Regione Lazio, che ha svolto uno studio specifico al riguardo.

## **Assai negative norme del Codice canonico**

Il Codice canonico, promulgato da Papa Benedetto XV nel 1917, rimasto in vigore, salvo alcune modifiche, fino al 1983, non solo oltraggia le persone nate fuori dal matrimonio (*ved. pag. 9*), ma anche quelle colpite da disabilità. Infatti il Codice canonico stabilisce che sono irregolari per difetto:

- a) coloro che sono colpiti da menomazioni fisiche e che, a causa della loro deformità, non sono in grado di adempiere al ministero dell'altare in modo valido;
- b) coloro che sono o sono stati epilettici, pazzi o posseduti dal demone. Però, se dopo aver ricevuto l'ordinazione risulta sicuramente che ne sono immuni, l'ordinario può nuovamente permettere loro l'esercizio della normale attività.

### **Arcivescovo di Perugia: i neonati “mongoloidi” possono essere lasciati morire**

Sulla pubblicazione ufficiale del Vaticano “l'Osservatore della domenica” del 26 gennaio 1969, Monsignor Ferdinando Lambruschini, all'epoca noto teologo-moralista e Arcivescovo di Perugia «*circa il dovere o meno di salvare la vita di prole nata precocemente, mediante ricorso all'incubatrice*» aveva sostenuto – incredibile ma vero – che «*l'obbligatorietà di tale ricorso va affermata quando si prevede che detta prole potrà avere una vita normale*» e che «*se si tratta invece di prole anomala, ad esempio mongoloide, non si può interdire, ma neppure imporre, in nome della coscienza cristiana, il ricorso all'incubatrice, che prolungherebbe una vita di stenti e di sacrifici*».

Monsignor Lambruschini aveva utilizzato non solo le parole fortemente dispregiative sopra riportate «*prole anomala, ad esempio mongoloide*», ma anche i seguenti termini infamanti «*prole anormale*», «*prole tarata*», «*prole deforme*».

C'era anche un riferimento ai «*così detti mostri umani*» (1).

## Ragazzi ammassati come bestie

Durante la trasmissione televisiva di TV7 del 4 luglio 1969 “I figli di tutti” di Manuela Chadringer, Mario Tommasini, Assessore all’assistenza, igiene e sanità di Parma, ha dichiarato quanto segue: *«Noi a Sospiro abbiamo ritirato dei ragazzi della Provincia di Parma perché, in una visita che abbiamo fatto, sono stati trovati in un modo che... è indescrivibile. Questi ragazzi erano in uno stanzone, in uno stanzone nudo: ragazzi nudi, in mezzo a un... in mezzo a dello sterco, a dell’urina, coperti solamente da uno straccio. Questi ragazzi erano... avevano i piedi gonfi dal permanere su questo pavimento continuamente lurido e mangiavano lì, in quel posto, come... come... degli animali. Noi siamo arrivati a vedere queste cose dopo una... uno scontro violento, anche, con i dirigenti di questo istituto, perché non volevano... non volevano lasciarci entrare in questi reparti. Siamo entrati in questo reparto, chiamato dal medico il reparto dei sudici. Erano irrecuperabili. Diceva che stare vestiti non potevano perché si laceravano, tener le scarpe se le sarebbero tolte, e non avevano nessuna capacità né di intendere né di volere. Beh, a un anno e mezzo di distanza, questi sono i ragazzi che erano a Sospiro: Francesco... poi chi c’era? Giorgio, Massimiliano. Addirittura, Massimiliano dicevano che era sordomuto, invece è un bambino che poi, in un ambiente diverso, ha incominciato a parlare; ed altri ragazzi che in questo momento sono a lavorare. A Ficarolo di Rovigo, dove abbiamo ritirato dei nostri ragazzi, se lei vedesse l’organico di questo istituto, sembra l’organico del più grande istituto... del più perfetto istituto che mai si sia visto; se poi*

*vede nella realtà, non c'è niente. A Ficarolo, i ragazzi sono ammassati come tante bestie».*

## **Bambina di sei anni definita “pericolosa a sé e agli altri”**

Con ordinanza del 23 ottobre 1970, il Sindaco di C. (Milano) firma il provvedimento «*per ricovero di alienati*» della bambina L.P.M.F. nata nel 1964, definita a 6 anni «*pericolosa a sé e agli altri*» e indirizzata all'Ospedale psichiatrico di Limbiate.

## **Utilizzo di denominazioni emarginanti**

Un inaccettabile contributo alla quasi unanime connotazione negativa delle persone con disabilità è l'utilizzo di definizioni emarginanti. Ad esempio, l'acronimo dell'Anffas è “Associazione nazionale famiglie di fanciulli subnormali”, mentre la testata della rivista della Società italiana di neuropsichiatria infantile è “Infanzia anormale”. A sua volta l'Istat utilizza i termini “anormali e minorati” per indicare i dati relativi al numero degli istituti di assistenza e dei ricoverati, come risulta dall'Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale (*ved. paragrafo a pag. 5*). Molto usata è la definizione “minorati psichici” che crea una devastante confusione con i malati psichici e cioè con le persone con infermità psichiatriche e favorisce il ricovero di disabili intellettivi in strutture manicomiali, ad esempio la famigerata “Villa Azzurra” di Grugliasco, Torino. Inoltre, proprio perché assimilate ai malati psichiatrici, fino alla sentenza della Corte costituzionale n. 50 del 1990, le per-



sone con disabilità intellettiva sono escluse dal collocamento obbligatorio al lavoro di cui alla legge 482/1968.

## **Cottolengo: libera imposizione**

Negli anni '60, per essere ammessi alle strutture di ricovero del Cottolengo di Torino, le persone con handicap fisico e integre capacità intellettive sono costrette a sottoscrivere la seguente dichiarazione: *«Io sottoscritto faccio rispettosa domanda alla Direzione della Piccola Casa della Divina Provvidenza di essere accolto nella Famiglia invalidi, promettendo da parte mia di accettare liberamente l'ordinamento che mi verrà imposto»* (2).

## **Una bruciante lettera di un ricoverato presso il Cottolengo di Torino**

Riportiamo integralmente la lettera di Roberto Tarditi, pubblicata su n. 1, gennaio 1987, di "Controcittà": *«Dilaga, in quest'ultimo periodo, la tendenza a rivalutare il ruolo e le funzioni degli istituti privati e pubblici di assistenza. Io cittadino portatore di handicap "cosiddetto grave", ospite per 35 anni del Cottolengo, vorrei fare alcune considerazioni. Le prime, di ordine storico, scaturiscono dalla lettura di alcuni passi di una lettera di Giuseppe Benedetto Cottolengo inviata da Carlo Alberto nel 1833 per far riconoscere legalmente il suo Istituto: "Da qualche tempo in qua coadunati alcuni letti di ricovero di taluni di que' molti miserabili, che altrimenti perirebbero abbandonati, come di condizioni morbose non ammissibili in alcun venerando ospedale" e poi "vari generi di persone povere altrimenti potrebbero es-*

*sere colla loro infelicità il disturbo della pubblica pace e il peccato in seno ai sudditi”.*

*Emerge evidente l'intenzione di ghettizzare i più deboli in modo da eliminare la loro presenza dal tessuto sociale e non turbare così la vita dei “cosiddetti normali”.*

*Nei 150 anni successivi non è stato modificato il modo di affrontare il problema, contribuendo così a mantenere e a sviluppare nell'opinione pubblica la tendenza a voler isolare e nascondere i “diversi”.*

*Ovviamente le responsabilità principali ricadono sui vari Governi via via succedutesi i quali non hanno affrontato la questione in termini di inserimento di ogni cittadino nella vita sociale. Di fatto fino a non molti anni fa lo Stato si è limitato a lasciare a istituti privati, prevalentemente religiosi, la gestione del problema. Infatti, nel 1968 il Ministero degli interni cinicamente affermava che “L'assistenza ai bisognosi racchiude in sé un rilevante interesse generale, in quanto i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari”.*

*Quando parlo di mondo cattolico e di società non voglio generalizzare in quanto, in questi ultimi anni, settori sia cattolici sia laici hanno lottato e operato per l'inserimento attivo dei soggetti portatori di handicap nel tessuto sociale e hanno contribuito a combattere quella parte di società che affronta il problema in puri termini di assistenzialismo. A questo punto entro nel merito della mia esperienza. Ho 41 anni; appena nato, a causa del mio handicap e di una cultura emarginante che ha spinto mia madre, ragazza madre, a sbarazzarsi di me, sono stato rinchiuso al Cottolengo, per ben 35 anni. Per moltissimo tempo ho vissuto*

*una vita vegetale fino al momento in cui ho preso piena coscienza della mia condizione fisica e ho maturato, in conseguenza, una visione politica della mia situazione. Penso che una persona sia tale se nella sua vita, può affrontare e risolvere tutta una serie di problematiche (affetti, amicizie, lavoro, studio) e di piccole scelte (decidere se andare in vacanza al mare od in montagna, se andare al cinema o fare politica). In istituto tutto ciò non era possibile. L'ideologia che ci veniva inculcata era quella secondo la quale noi dovevamo espiare i peccati altrui e quindi il nostro unico compito era quello di pregare per meritare il paradiso. Quando uno di noi prendeva coscienza politica della propria condizione e cercava soluzioni diverse veniva confinato in un reparto di anziani malati cronici in modo da non poter "turbare" la vegetatività dei compagni giovani. Nella grande maggioranza dei casi il nostro handicap è stato determinato da mancanza di prevenzione o da responsabilità ben precise (ad esempio l'uso dei talidomide) e non certo per causa divina. Il farci credere che noi rappresentiamo un disegno di Dio significa uccidere la nostra capacità di ragionare sulla condizione in cui viviamo. Conseguenza di lunghi anni "prigione", di isolamento e di condizionamenti psicologici è che molti di noi temono il mondo reale e quindi hanno paura a cercare di inserirsi nel tessuto sociale. Secondo una cultura dominante, io rappresento un soggetto che non può avere relazioni sociali come tutti ma deve vivere assistito. Al contrario, ormai da sei anni, vivo in un alloggio affrontando autonomamente i problemi di tutte le persone. Ho anche costruito rapporti sociali e affettivi come qualsiasi persona "cosiddetta normale" pur tenendo conto della mia diversità fisica. La mia*

*crescita sarebbe risultata impossibile se avessi continuato a vivere in un istituto protetto.*

*Ora, oltre a sentirmi vivo e attivo, credo di contribuire alla crescita della società portando la mia esperienza e lottando per l'inserimento delle persone handicappate, e più in generale, contro la ghettizzazione di tutte le categoria emarginate e indifese».*

## **Esclusione dei bambini con handicap dalle normali strutture prescolastiche e scolastiche**

Negli anni '60 i bambini con handicap sono quasi sempre esclusi dalla frequenza delle normali strutture prescolastiche e scolastiche, nonché dalle relative attività culturali, ricreative e sportive. Inoltre sono inesistenti le iniziative volte alla loro preparazione al lavoro. Non solo non vi sono esperienze di inserimento lavorativo di detti soggetti, ma ogni proposta in merito è addirittura improponibile anche culturalmente.

Le classi differenziali e le scuole speciali sono istituite in alcune zone del nostro Paese; negli anni '60-'70 per i bambini e ragazzi con vera o presunta insufficienza mentale il ricovero in istituti a carattere di internato o in reparti manicomiali è ritenuto molto spesso un intervento adeguato alle loro esigenze. Al termine del ciclo scolastico, quasi ovunque non vi sono servizi di sorta: il ricovero in istituto è quindi largamente praticato.

In data 17 aprile 1970 il Provveditorato agli studi di Torino chiede alle Direzioni didattiche del territorio di fornire i dati relativi agli alunni insufficienti mentali (gravi Q.I. da 0 a 50; medio-lievi Q.I. da 50 a 75; casi limite Q.I. da 75 a 85),

nonché quelli indicati come “disadattati sensoriali gravi” (sordastri, logopatici, ambliopici o subvedenti) e coloro che sono classificati come “disadattati fisici gravi”. Inoltre, chiede di precisare la loro provenienza (dal domicilio delle famiglie o dall’istituto) e di precisare quali erano i mezzi di trasporto utilizzati dai ragazzi.

Sconcertanti le risposte: a) Direttrice didattica del Circolo di Venaria: «*Nel circolo di Venaria quest’anno sono stati fatti gli esami psicologici individuali a carico dell’equipe provinciale soltanto a 12 bambini di classe prima. Dei 91 alunni delle classi speciali ben 41 non sono stati sottoposti a reattivi mentali; quanto agli altri non sono più sottoposti a test dal 1965 o dal 1966, nella migliore delle ipotesi dal 1967. Degli alunni delle classi normali (che assommano a 1.800) e classi differenziali (gli allievi delle differenziali sono 85) soltanto una quindicina sono stati sottoposti quest’anno a tests di intelligenza e non ancora a quelli proiettivi, per cui non si è ancora giunti a classificarli in modo adeguato. Circa la possibilità di suddividere i disadattati sensoriali in sordastri, logopatici ed ambliopici, le equipe della Provincia hanno esaminato soltanto le capacità uditive dei bambini della classe terza, ma tali esami non sono a tutt’oggi [15 maggio 1970, e cioè al termine dell’anno scolastico, ndr.] ultimati: infatti alcuni alunni sono stati convocati per ulteriori accertamenti. Non si è in grado inoltre di ricostruire i risultati delle visite audiometriche degli anni precedenti*»; b) Direttore della scuola Pacchiotti di Torino: «*Non è mai stata eseguita alcuna seria indagine su tutti gli alunni (...). I dati riferentesi agli insufficienti mentali sono incompleti, mancano i referti di 59 visite psicomedicali*»; c) Direttore del Circolo didattico di None: «*Gli inse-*

*gnanti non sono stati in grado di rispondere alle richieste (...); molto onestamente mi hanno dichiarato che si sentono sprovvisti degli strumenti diagnostici per ordinare gli alunni insufficienti mentali secondo la tipologia proposta dal questionario». Aggiunge quanto segue: «La prego, Signor Ispettore, di farsi partecipe presso i Superiori Uffici del disagio nel quale gli Insegnanti e Direttore sono venuti a trovarsi nell'impossibilità di affrontare, con un minimo di serietà un problema tanto grave».*

## **Violenze e abusi**

Fra le innumerevoli segnalazioni di gravissime violenze inferte ai minori con handicap ricoverati in istituti a carattere di internato è sconvolgente la vicenda dell'istituto Santa Rita di Grottaferrata (Roma), che inizia nel 1951 con l'apertura di una struttura per bambini gravemente disabili e si conclude con l'arresto della direttrice Maria Diletta Paggiuca avvenuto il 7 giugno 1969. Come risulta dalla sentenza della Corte d'Assise di Roma del 23 dicembre 1971, nell'ispezione del 6 giugno 1969 gli inquirenti *«trovano 13 ragazzi che dormivano in coppie su sette lettini, tranne l'A. che dormiva da solo, ciascuno con la testa verso la spalliera e legati a loro per le gambe. Anche le braccia erano avvinte, mediante catenelle assicurate con lucchetti o con legacci di stoffa, alle apposite spalliere del letto; l'ambiente era impregnato di fetore»*. Da notare che l'istituto aveva continuato a funzionare per ben 18 anni senza essere in possesso della relativa preventiva autorizzazione prevista dalla legge e nonostante che il Prefetto di Roma ne avesse ordinato la chiusura per ben due volte a seguito di una re-

lazione in cui l'ispettore aveva rilevato che *«non vi sono parole adatte per descrivere le pessime condizioni di abitabilità e manutenzione e lo stato di abbandono di questo sedicente istituto di ricovero [in cui] vi sono bambini cento volte più infelici per il luogo dove vivono che per la loro menomazione»* (3).

Numerose e assai gravi le violenze inflitte alle persone con disabilità negli anni successivi. Ad esempio, come risulta dalle notizie riportate dai giornali.

- Istituto medico-psico-pedagogico di Chiusa Pesio (Cuneo) - Decesso di W.T. di 16 anni per blocco intestinale, conseguente all'ingestione di oltre tre chili di ghiaia. Al momento del ricovero in ospedale il ragazzo era in grave stato di denutrizione, vomitava feci ed era in agonia (Gazzetta del Popolo dell'8-12-1975).

- Ospedale psichiatrico di Palermo - Vi sono ricoverati una trentina di bambini dai 4 ai 14 anni, affidati alle cure dei malati mentali adulti. Spesso i bambini *«vengono tenuti legati ai tavoli e alle sedie»*. È in corso una inchiesta della magistratura (Gazzetta del Popolo del 13-1-1976 e Amica del 5-2-1976).

- Torino - Disperato appello di una madre il cui figlio è malato (autismo precoce infantile): *«Nessuno vuole curarlo»* (Gazzetta del Popolo del 27-10-1976).

- Istituto privato «Casa della Divina Provvidenza» di Bisceglie - Accoglie 3800 persone e dà lavoro a 2000 persone (tutte assunte con sistemi clientelari) e riceve ogni anno dall'Amministrazione provinciale di Bari per le sole rette ben 20 miliardi. *«Era un vero e proprio "lager" l'istituto ortofrenico di Bisceglie dove ieri è stata effettuata una ispezione per ordine della procura del tribunale per i minorenni*

*di Bari (...). Si sono appresi particolari agghiaccianti che non trovano riscontro in nessuno dei più turpi casi del genere, venuti alla luce negli ultimi venti anni». L'istituto «ospita malati sofferenti di insufficienza mentale: duecento hanno meno di 18 anni, il più piccolo ne ha cinque; alcuni sono ricoverati da pochi mesi; altri da anni; un ragazzo di dodici anni è lì da quando ne aveva uno e mezzo». «L'ispezione ha permesso di accertare che tre bambini erano bloccati con medioevali attrezzi di contenzione; altri tre erano "ancorati" coi piedi ad altrettanti tavoli, con cinte consunte: ai letti, maniglie con fasce pendenti; negli armadi, viti, manicotti ed altri rudimentali aggeggi usati per "tenere a freno" i malati» (Gazzetta del Popolo del 9-1-1977, l'Unità del 10-1-1977 e COM-Nuovi Tempi del 23-1-1977).*

- Foggia - Da un verbale esistente presso il Tribunale per i minorenni risulta che all'ospedale psichiatrico "Santa Maria" di Foggia la situazione è così descritta:«*Promiscuità (maggioresenni irrecuperabili e bambini con lieve deficit intellettuale, malati di mente e handicappati fisici mescolati insieme); casi sospetti di omosessualità; casi evidenti di violenza tradizionale (incontinenti perennemente legati - anche di notte? - ai seggioloni col buco); mancanza di tecniche di recupero; insufficienza di personale; nessun presidio ricreativo, degenti abbandonati a se stessi in uno stato pre-comatoso che si protrae dal giorno alla notte» (La Stampa del 28-1-1977).*

- Catanzaro – Trattato peggio di una bestia – La Repubblica del 28 giugno 1990 - Come ha riferito Filippo Veltri nell'articolo "Undici anni legato al letto" «*Vive dimenticato da tutti. Da undici anni legato a un letto, vicino a un termo-*



*sifone, per non fare del male a sé stesso e agli altri. È la triste storia di Giuseppe C., 23 anni, un cerebropatico di Catanzaro, che passa le sue lunghe giornate con i polsi assicurati a un letto. Si alza una sola volta la settimana, nel suo giorno di “festa”, quando gli infermieri gli fanno la doccia. Per il resto vive come un animale in gabbia. Uno scandalo in piena regola, anche se i medici del Dipartimento di salute mentale dell’Unità sanitaria locale numero 18 di Catanzaro fanno notare come il vero ed autentico scandalo sia quello che Giuseppe non abbia che poche speranze, perché nel territorio dell’Usl di Catanzaro non esistono strutture alternative per malati gravi del tipo di Giuseppe».*

- Laterza – Strappate le unghie delle mani e dei piedi a tre disabili gravi – Nell’istituto privato Osmairm (Organizzazione sanitaria meridionale assistenza inabili e recupero minorenni) sito a Laterza (Taranto), nella notte fra il 30 aprile e il 1° maggio 1996 sono state strappate a tre ricoverati tutte le unghie delle mani e dei piedi. I torturati sono giovani di 16, 23 e 26 anni; due di essi sono colpiti da insufficienza mentale e da tetraparesi spastica, il terzo è affetto da tetraplegia a seguito di un grave trauma cranico. I seviziatori sapevano che nella stanza in cui è stato compiuto l’orrendo crimine, al secondo piano dell’istituto, solo tre dei cinque soggetti handicappati ivi ricoverati non erano in grado di gridare o di reagire in altro modo.

## **Le persone in carrozzella devono viaggiare nei bagagli**

Come risulta dagli atti parlamentari del 30 ottobre 1970,

rispondendo all'interrogazione n. 3-03417 presentata dall'On. Cesarino Niccolai, il Sottosegretario di Stato per i trasporti Cengarle ha precisato che *«il trasporto delle persone invalide, unitamente al proprio mezzo di locomozione, è consentito, nei limiti dello spazio disponibile, nei bagagliai dei treni viaggiatori»*, aggiungendo che *«allo stato attuale le caratteristiche del materiale rotabile non prevedono, nei bagagliai, speciali ambienti isolati da riservare ai trasporti particolari in argomento, per cui, nonostante l'interessamento del personale ferroviario, non si possono escludere situazioni di disagio»*. Dunque le persone in carrozzella erano considerate dei pacchi e subivano pertanto non solo la segregazione nel bagagliaio privo di servizi, ma anche le conseguenze del freddo gelido e del caldo afoso. Trascorsi dieci anni senza alcun cambiamento, le Ferrovie dello Stato avevano proposto ai propri dipendenti il versamento di 150 lire al mese per finanziare iniziative non precisate *«a favore dei figli e dei congiunti handicappati dei ferrovieri»*. Ancora una volta non diritti ma elemosine con ampia pubblicizzazione dei giornali e l'adesione di alcune organizzazioni sindacali.

## **Bambini condannati a vivere come i ciechi**

Nell'articolo "Condannati a vivere come i ciechi", apparso su Oggi, n. 4, 1966, Neera Fallaci aveva intervistato il Professor Giuseppe de' Gennaro, docente universitario e chirurgo oculista, il quale aveva dichiarato quanto segue: *«Come ispettore oculista ho controllato tutti i ricoverati a carico della Provincia di Napoli: almeno il trenta per cento potrebbe e dovrebbe essere fuori di là e frequentare classi*

*speciali. Invece vengono bendati, abituati a non vedere perché la percezione tattile sia falsata da quella visiva e viene loro insegnato il Braille». In quel periodo era abbastanza frequente il ricovero negli istituti per ciechi di bambini che “vedono male”, ma le istituzioni intervenivano «per procurare loro un tetto e il pane». Il Professor de' Gennaro ricordava il caso di cinque fratelli siciliani affetti da cataratta congenita che, sebbene l'intervento fosse felicemente riuscito, «i due maggiori sono tornati all'istituto ciechi di Palermo perché ormai sono alla vigilia d'un diploma in Braille» mentre «i minori sono a Napoli, vivono in collegio». Uno dei fratelli «aveva la cataratta congenita a un occhio, ma dall'altro ci vedeva bene. Eppure anch'egli era stato ricoverato nello stesso istituto per ciechi». Pertanto, conseguenza crudele del trattamento ricevuto, «sapeva leggere e scrivere solo in Braille» pur vedendo bene da un occhio! Inoltre il Professor de' Gennaro aveva precisato che «molti istituti dei ciechi, nonostante ospitino una rilevante percentuale di minorati visivi, non hanno neppure l'oculista, né vi è un controllo all'atto di ammissione del bambino».*

## **La “clemenza della Magistratura”**

In primo luogo va osservato che negli anni '60–80 (e purtroppo anche successivamente) quasi mai sono stati rinviati a giudizio dai Procuratori della Repubblica i funzionari incaricati della vigilanza degli istituti di ricovero che avevano omesso di compiere il loro dovere, con la conseguente prosecuzione delle violenze inferte ai minori ivi accolti. È il caso, ad esempio, dei responsabili del mancato

controllo degli istituti dei Celestini di Prato e di quello gestito dalla Pagliuca di Grottaferrata.

Fra gli episodi più significativi si ricorda la vicenda di Monsignor Patrizio Carroll Abbing, Presidente dell'Opera per la Città dei ragazzi di Roma, accusato di *«aver omesso di inviare al Giudice tutelare gli elenchi dei minori prescritti dall'articolo 314/5 della legge 5 giugno 1967 n. 431»*, impedendo quindi l'adozione dei fanciulli privi di assistenza materiale e morale da parte dei loro genitori. Infatti il Giudice istruttore, Antonio Aliprandi, con l'ordinanza del 13 maggio 1973, respingeva la succitata richiesta affermando che *«non essendo l'assistenza sociale attività la cui titolarità è riservata alla pubblica amministrazione, e quindi pubblico servizio, l'esercizio di essa non costituisce esercizio di un pubblico servizio»*.

Si segnala inoltre che il Pretore di Capriati Volturmo il 15 maggio 1970 aveva assolto per aver agito in stato di legittima difesa, un operatore accusato di abuso di mezzi di correzione in danno di un convittore di 12 anni cui aveva *«procurato lesioni guarite in 7 giorni fissandogli ai piedi due pezzi di ferro dal complessivo peso di Kg. 3,450 a mezzo di catena con lucchetto»* per evitare che scappasse dall'istituto (4).

Si sottolinea che nel giudicare l'operato dei responsabili e degli operatori degli istituti che avevano inferto violenze anche gravi ai bambini e ai ragazzi ricoverati, mai si è tenuto conto dell'articolo 224 del regio decreto 15 aprile 1926 n. 718 il cui terzo comma stabilisce quanto segue: *«Sono vietate le punizioni corporali e quelle consistenti nella privazione degli alimenti»* (5).

Pertanto anche per atti di estrema gravità sono state pro-

nunciate sentenze di assoluzione o sono state inflitte pene molto lievi.

Fra le punizioni più frequenti e violente vi erano quelle relative all'enuresi notturna, fenomeno molto noto derivante dalla carenza di cure affettive.

Orbene, dagli atti di un processo celebrato nel nostro Paese negli anni '70 risulta che le punizioni riguardavano anche *«le gocce di pipì strizzate in bocca dalle mutandine bagnate, il leccare con la lingua l'orina colata in terra o il tenere avvolte sul capo le lenzuola bagnate»*.

### **Istituto di ricovero di minori con handicap: nessun intervento nonostante la frattura del femore**

Riportiamo la lettera inviata il 20 gennaio 1983 da Frida Tonizzo ai signori N.

*«Sono una rappresentante della Commissione di controllo dei movimenti di base (6), autorizzata dall'Amministrazione provinciale di Torino a visitare gli istituti e i centri in cui sono assistiti dei bambini anche handicappati.*

*«Nel novembre scorso durante una nostra visita all'istituto Papa Giovanni XXIII di Volpiano abbiamo conosciuto vostro figlio e ci siamo preoccupati delle sue condizioni fisiche: abbiamo cioè saputo che erano trascorsi dei mesi dalla frattura del suo femore, che era stato dimesso dall'ospedale senza nessun intervento.*

*«Abbiamo segnalato la sua situazione all'Assessore all'assistenza della Provincia di Torino che ha poi deciso la visita dell'ortopedico effettuata ai primi di questo mese.*

*«Tornati all'istituto la settimana scorsa, abbiamo visto che era rientrato dopo un periodo trascorso con voi.*

*«Lo scopo della nostra Commissione composta da volontari è di migliorare le condizioni in cui vivono questi ragazzi.*

*«Vorremmo parlarvi per vedere cosa possiamo ancora fare per vostro figlio, visto che la mancanza di cure gli ha provocato danni irreversibili. Vi prego quindi di telefonarci per fissare un appuntamento con voi; potete cercarmi in orario ufficio al numero 83.12.79 intestato all'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (via Artisti 34).*

## **Lavorare con le persone con handicap: esercizio della carità e disgusto**

Nelle dispense predisposte nel 1983 dall'Aris, Associazione religiosa istituti socio-sanitari, per il corso di ausiliario, stampate a cura dell'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte, si legge quanto segue:

a) *«di fronte a certe persone handicappate può sorgere il pensiero “che funzioni ha nel mondo una persona come quella?”. Ognuno di noi ha una sua funzione nel mondo; non fosse altro che di fare esercitare la carità a chi sta bene ed a ringraziare il Signore per i doni ricevuti e che tante volte dimentichiamo di possedere»;*

b) *«l'ausiliario può essere incaricato anche del trasporto quotidiano al centro di riabilitazione o ad altri servizi a seconda dell'handicap; dovrà svolgere questo compito con molta delicatezza ed intelligenza; nulla in lui dovrebbe lasciar trasparire disagio o disgusto, ma solo desiderio di rendersi utile».*

Susetta Bonnet del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), con lettera del 21 giugno

1983 segnala all'Assessore alla sanità della Regione Piemonte non solo che il problema dell'handicap «è stato affrontato superficialmente, in maniera incompleta, ma soprattutto falsa ed ineducativa» ma anche che «lo spirito che ha caratterizzato gli autori del testo è in netto contrasto con quegli impegni sociali per cui ci stiamo da anni battendo, con spirito laico, affinché al cittadino portatore di handicap siano garantiti i servizi a lui spettanti senza ombra di carità».

Inoltre Susetta Bonnet rileva che è «grave che l'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte abbia curato la pubblicazione di lezioni per la formazione di futuri ausiliari socio sanitari imperniata sul pietismo e carità».

Deludente la risposta dell'Assessore alla sanità della Regione Piemonte che, con lettera dell'8 luglio 1983 ha affermato che «l'attività di revisione da parte dell'Assessorato regionale si limita alla riconduzione di un linguaggio didattico più idoneo a lavoratori in possesso della sola scolarità dell'obbligo, ad alcune precisazioni giuridiche nella organizzazione dei servizi, all'eliminazione di alcune dispense ritenute superflue nell'economia di un corso di aggiornamento per ausiliari».

## **Difesa della razza e della vita agiata**

Sul n. 2, 1970 della rivista "La Parola Amica" della Piccola Opera per la salvezza del fanciullo di Monza, la Direttrice dell'Istituto provinciale per la protezione e l'assistenza all'infanzia di Genova, nel «tracciare un'acuta diagnosi della vita moderna» aveva sostenuto che «i gruppi etnici elevati dal punto di vista del patrimonio genetico e della educa-

*zione, si moltiplicano meno degli altri, con il grave pericolo di una selezione negativa».*

*Segnalava quindi l'esigenza di garantire «necessità assistenziali maggiori per coloro che nelle città non sono utili né tollerati e non solo per i molesti malati di mente per i quali basterebbe talvolta solo il ricovero diurno, ma per quelli che ostacolano la vita agiata della città, i bambini, i malati, i vecchi, gli inabili, i bisognosi di controllo e di assistenza non potendosi, a causa delle necessità lavorative e della limitazione degli spazi, tenerli in casa».*

*Dunque, per consentire ai «gruppi etnici elevati dal punto di vista del patrimonio genetico e dell'educazione di vivere tranquilli», la Direttrice dell'Istituto provinciale per l'infanzia di Genova proponeva il ricovero in istituto «per i malati di mente (...) i bambini, i malati, i vecchi e gli inabili».*

*Pertanto, la soluzione consisteva nel ricoverarli. In questa logica la direttrice di Genova ottenne la costruzione di un nuovo istituto provinciale per l'infanzia di 350 posti. Questo istituto non è mai entrato in funzione se non per il giorno dell'inaugurazione da parte del Presidente della Repubblica Giuseppe Saragat: i bambini erano stati portati nell'istituto al mattino e riportati nella vecchia sede nel pomeriggio. In seguito è stato usato per altri scopi, mai, per fortuna, per i bambini.*



## Note

(1) Come è stato riportato sul numero 130/2000 di "Prospettive assistenziali" con il titolo "I soggetti con sindrome di Down definiti agonia umana": «A Messina un sacerdote nega la confessione ad un bambino con sindrome di Down; a Torino il settimanale cattolico "Il Nostro Tempo" commenta il fatto in prima pagina e cerca "come sempre nei momenti di smarrimento le parole che illuminano di fede una situazione difficile da capire nell'umiliazione della ragione". Le trova affermando che "l'agonia umana è anzitutto un atto d'amore" e sostenendo addirittura che la sindrome di Down è una «dolorosa, lunga e misteriosa "agonia umana"». Il settimanale della Diocesi di Torino conclude l'articolo con le parole: "Che cosa importa? Tutto è grazia". Ma questa non è la dimostrazione di una cinica insensibilità nei confronti delle esigenze e dei diritti delle persone con handicap Down e dei loro congiunti?». Segnaliamo altresì che, come è stato pubblicato su "La Stampa" del 1° luglio 2012, Monsignor Andrea Gemma, Vescovo emerito di Isernia, durante la trasmissione "Vade retro" andata in onda il 9 giugno 2012 su TV2000, canale di proprietà della Cei, Conferenza episcopale italiana, ha dichiarato che «il posseduto dal diavolo ha le movenze e il portamento simile a un Down».

(2) Cfr. il volume di Emilia De Rienzo e Claudia De Figueredo, *Anni senza vita al Cottolengo – Il racconto e le proposte di due ex ricoverati*, Rosenberg & Sellier, Torino, 2000.

(3) Cfr. il volume di Bianca Guidetti Serra e di Francesco Santanera, *Il Paese dei celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, Torino, 1973.

(4) Cfr. Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera, *op. cit.*

(5) A tutela dei minori gli altri due commi dell'articolo 244 del regio decreto 718/1926 erano così redatti: «*Gli istituti indicati nei precedenti articoli devono essere ordinati in maniera da assicurare possibilmente ad ogni ricoverato la sanità fisica e psichica e in tutti i casi l'istruzione elementare di grado preparatorio, inferiore e superiore, l'istruzione professionale e l'avviamento a quel mestiere o a quella professione che risponda alle sue abitudini*». «*L'ordinamento disciplinare educativo e l'abituale comportamento del personale di direzione, educazione, assistenza e vigilanza, nei riguardi dei ricoverati, devono essere scevri da ogni asprezza o severità sistematica ed informati al principio che gli educatori debbono sopra tutto mirare alla conquista della fiducia, della stima e dell'affetto dei singoli ricoverati*».

(6) Ai sensi della delibera della Giunta della Provincia di Torino del 5 ottobre 1979 viene assicurata «*ai movimenti di base la possibilità di esercitare il*

*controllo sulle strutture di assistenza sia a carattere residenziale che diurno». L'accesso è consentito in qualsiasi momento del giorno e della notte a gruppi «costituiti da un minimo di due persone ad un massimo di quattro» in possesso del tesserino rilasciato dall'Amministrazione provinciale torinese. Gli incaricati dei movimenti di base «non possono, pena il ritiro immediato del tesserino, interferire sul lavoro svolto dai servizi, né manifestare apprezzamenti di alcun genere»; le eventuali osservazioni, critiche e proposte debbono essere presentate all'Amministrazione provinciale dai movimenti di base. Analoga delibera è stata assunta dalla Giunta comunale di Torino con atto del 28 febbraio 1983.*

## **ANNI '70. ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E PERSONE CON DEMENZA SENILE: CRUDELE ED ESTESA NEGAZIONE DEI VIGENTI DIRITTI COSTITUZIONALI E LEGISLATIVI**

L'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, ha ottenuto un ampio, anche se non completo, riconoscimento dell'assoluta negatività del ricovero in istituto dei minori, nonché l'approvazione della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante, con il conseguente avvio dell'inserimento nelle famiglie d'origine o adottive dei 310mila fanciulli ricoverati in strutture a carattere di internato, spesso veri e propri lager .

L'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, nel frattempo, ha impedito la creazione del villaggio residenziale progettato e finanziato dalla Provincia di Torino per l'internamento di ben 500 minori con disabilità intellettiva e molto limitata o nulla autonomia. Inoltre ha promosso (oltre 200mila firme raccolte) la presentazione al Senato della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali", che ha favorito l'approvazione della legge 118/1971, "Nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili", le prime disposizioni del nostro Paese a tutela delle persone con disabilità.

Sulla base dei risultati raggiunti, l'Ulces ha deciso di affrontare anche la questione degli anziani malati cronici non

autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile, la cui situazione era assolutamente tragica sotto tutti gli aspetti, attività che, a partire dal 2003 è stata assunta soprattutto dalla Fondazione promozione sociale onlus.

## **Un gruppo di ricoverati del Cottolengo di Torino chiede l'eutanasia**

Un esempio significativo della drammatica situazione degli anziani malati è la lettera apparsa su La Stampa del 21 agosto 1979 che riproduciamo integralmente: *«Siamo un gruppo di vecchi e di handicappati del Cottolengo: ti preghiamo di fare una campagna a favore dell'eutanasia. Se l'iniziativa avrà successo ne deriverà una legge, come per l'aborto, che porterebbe tanto sollievo a molti disperati. Basterebbe che negli ospedali ci fosse un reparto per accogliere queste persone che desiderano morire, mettendo a disposizione le medicine che devono prendere e un letto per l'ultimo sonno. Ti saremo molto riconoscenti se vorrai avere pietà di noi e di tanti che si trovano nelle nostre condizioni».*

## **Ospedale Maria Vittoria di Torino: gravemente malata trattata come un pacco**

Gelosa della sua libertà e pienamente in grado di provvedere a sé stessa, la signora A.B. di 89 anni viveva da sola a casa sua. Per motivi di emergenza si rivolge al Pronto soccorso dell'ospedale Maria Vittoria di Torino il giorno di Natale 1978 e viene malamente apostrofata con queste

parole: «Non si deve andare in quelle condizioni in ospedale, alla vecchiaia bisogna pensare per tempo e farsi ricoverare in casa di riposo vent'anni prima». Sul n. 25, marzo 1979 di Controcittà il seguito della vicenda viene così descritto: «Appena ricoverata l'ammalata al Maria Vittoria, il medico chiede all'accompagnatrice di firmare un foglio in cui si impegna a portar via "la vecchia" entro tre giorni. Il foglio non viene firmato e l'accompagnatrice dichiara al medico di accettare la dimissione solo quando la direzione sanitaria dichiarerà che la paziente non ha più bisogno di cure ospedaliere. Il medico a questo punto va su tutte le furie e scoppia una vivace polemica fra tutto il personale sanitario presente e l'accompagnatrice. Data la situazione, l'accompagnatrice provvede a mettere un'infermiera a pagamento, sia per assicurare la paziente che per calmare il personale sanitario. Il 29 dicembre (dopo quattro giorni di ricovero) un infermiere comunica che avrebbero trasferito la paziente alle Molinette dove ci sarebbe stato il reparto adatto. È chiaro che vogliono liberarsi a tutti i costi di quella malata. Per evitare che la malata sia trasportata da sola, una vicina di casa si reca al Maria Vittoria e alle Molinette anche per controllare dove avrebbero messo la signora. Questa persona rimane molto sconvolta nel vedere come avviene il trasferimento: si tratta di una malata che respira a fatica, che si agita, che ha il catetere e l'ipodermoclisi. Il viaggio è allucinante. Il medico del Pronto soccorso delle Molinette è infuriato e grida che quelli del Maria Vittoria sono pazzi a sottoporre una simile paziente a quel trasporto, che è un modo per ucciderla e quindi la rispedisce con una relazione al Maria Vittoria, nello stesso reparto. È inutile descrivere le scene terribili accadute al

*Maria Vittoria nel reparto neurologia, dove viene riammessa. Il risultato è un immediato peggioramento della paziente (catarro, piaghe da decubito, depressione). Il 2 gennaio si trova finalmente una infermiera a pagamento per la notte e l'assistenza diurna è fatta da una vicina di casa. Ciò nonostante la richiesta è sempre quella di portarla via. Quando finalmente si ha la possibilità di avere un posto dove ricoverarla a pagamento, l'accompagnatrice parla con il medico del reparto richiedendo per la dimissione un certificato in cui si dichiara che la paziente non aveva più bisogno di cure ospedaliere e che quindi poteva essere ricoverata in una casa di riposo. Il medico non fa la dichiarazione e la paziente rimane nel reparto dove muore il 9 gennaio dopo due settimane di vero calvario».*

## **Ospedale Nuovo Martini di Torino: fuori i vecchi lungodegenti**

Dalla Gazzetta del Popolo del 16 dicembre 1979 si riportano le parti principali dell'articolo "L'ospedale non la vuole. Ammalata troppo vecchia": «Per mesi i parenti hanno pagato 18mila lire al giorno all'Istituto di ricovero di corso Casale per vedere l'anziana mamma deperire a vista d'occhio, assistita male, curata peggio. Ridotta al lumicino, quasi in coma, la donna è stata ricoverata in ospedale al Nuovo Martini. Si è ripresa, sta bene anche se patisce i mali dell'età avanzata e ora l'ospedale la vuole dimettere. Per i malati cronici i cosiddetti "lungodegenti" non c'è posto, la donna deve ritornare nell'istituto di ricovero. Un controsenso, una delle tante situazioni assurde delle quali gli anziani sono vittime».

## **Inferma anziana non autosufficiente abbandonata su un'ambulanza**

Su "Il Lavoro" del 3 novembre 1989 viene riferito quanto segue: «L.P. una pensionata di 73 anni, vedova, senza figli, residente a Prà [...] per sette ore è stata sballottata a bordo di una ambulanza alla ricerca di un posto per tutti gli ospedali dell'8<sup>a</sup> Usl per approdare infine al Martinez di Pegli. L'incredibile incivile odissea della donna ha inizio all'ospedale di Campoligure dove è ricoverata da 15 giorni a seguito della angiosclerosi diffusa e alla conseguente emiparesi che immobilizza l'intera parte sinistra del corpo. L. è sola al mondo se si esclude una sorella più giovane di alcuni anni che però ha seri problemi di salute. Attorno alle 13 di ieri i medici decidono di dimettere L. dall'ospedale dopo averne constatato il miglioramento – dice il foglio di accompagnamento – L. che ha comunque un catetere permanente, viene affidata ai militi della Pubblica assistenza per essere ricondotta a casa, dove giunge intorno alle 14. I militi cercano della famiglia S., i vicini di casa che hanno in custodia le chiavi dell'appartamento. V. S. avverte che è impossibile lasciare l'anziana in casa da sola. Si telefona al marito della sorella che è a letto con la febbre. Allora la famiglia S. decide di accompagnare L. all'ospedale di Voltri. L'ambulanza riparte alla volta del San Carlo dove L. viene ricoverata per poche ore. Poi di nuovo contrordine, si decide di ricondurre la paziente a casa. Questa volta è la Croce Verde di Prà che si occupa del trasporto. Alle 19 i vicini devono nuovamente spiegare ai militi che non è possibile abbandonare la donna da sola e questa volta avvisano la polizia. La polizia ed i vicini di casa decidono di

*trasportare l'anziana al Martinez di Pegli. E' l'ultimo tentativo. Nuovo viaggio e finalmente, dopo sette ore trascorse in barella con il catetere L.P. viene ricoverata all'ospedale. Sono le 20 e può abbandonare l'ambulanza. Il medico di guardia rivela che è in stato di ipertensione arteriosa. La donna non si è mai lamentata per tutto il giorno, ma il suo sguardo la dice tutta. L. non parla ma la famiglia S., che da molto tempo, insieme ad altri inquilini del palazzo si occupa di lei, non se la sentono più di tacere. "E' una cosa inconcepibile, assurda, vergognosa! Una donna sola, anziana, incapace di muoversi, non dovrebbe sopportare queste cose". Ancora una volta la grave inefficienza e la disorganizzazione che imperano nell'ottava Usl ha colpito, come sempre, i più deboli e indifesi».*

### **La Procura della Repubblica di Torino archivia un esposto: approvate le dimissioni ospedaliere di una persona con esigenze sanitarie indifferibili**

In data 8 ottobre 1980 un gruppo di responsabili di organizzazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, invia il seguente esposto alla Procura della Repubblica di Torino: «I sottoscritti a titolo personale e quali rappresentanti delle organizzazioni a fianco indicate segnalano per i provvedimenti del caso che la Signora C. L. di anni 89, già abitante a Torino, (...), è stata ricoverata il 18 settembre u.s. presso la Casa di riposo Carlo Alberto con sede in Torino, Corso Casale 56. Il ricovero presso la Casa di riposo è stato effettuato poiché l'Astanteria Martini di Largo Gottardo 143 aveva cer-



*tificato che la signora C.L. non necessitava più di cure ospedaliere. Al momento del ricovero le condizioni della signora C.L. erano talmente preoccupanti (deperimento organico gravissimo con peso di 37 kg, piaghe da decubito estesissime) che la Casa di riposo, non essendo in grado di fornire cure richiedenti un ricovero ospedaliero, chiedeva immediatamente l'intervento della Ripartizione XVI del Comune di Torino che a sua volta informava subito l'Ufficiale sanitario di Torino. Questi disponeva una visita di controllo, effettuata il giorno seguente del ricovero, da cui risultava che la paziente era intrasportabile a causa delle sue gravissime condizioni. Gli scriventi chiedono pertanto alla Procura della Repubblica di Torino di accertare:*

*- se le cure e l'assistenza praticate alla signora C.L. durante la degenza presso l'Astanteria Martini di Largo Gotardo 143 sono state adeguate alle necessità della paziente;*

*- se il gravissimo stato di deperimento organico e le estesissime piaghe da decubito sono stati determinati da incuria o da abbandono;*

*- se, tenuto conto delle condizioni della paziente e delle norme vigenti in materia sanitaria, l'Astanteria Martini poteva disporre le dimissioni della paziente;*

*- i motivi per cui il giorno 18 settembre le condizioni di salute della signora C.L. consentivano il trasporto dall'Astanteria Martini alla Casa di riposo Carlo Alberto e poche ore dopo, come da dichiarazione del medico inviato dall'Ufficiale sanitario di Torino, ne veniva accertata l'intrasportabilità».*

La vicenda della signora C.L. non è purtroppo un caso iso-

lato. Infatti nel territorio di competenza della Procura della Repubblica di Torino sono migliaia gli anziani definiti cronici che, pur avendo in base alle leggi vigenti diritto al ricovero ospedaliero gratuito e senza limiti di durata quando le cure non sono praticabili a domicilio o in ambulatorio, sono dimessi dagli ospedali spesso di forza o con ricatti di vario genere e ricoverati in istituti di assistenza e beneficenza. Si segnala che molto sovente agli anziani, durante il ricovero ospedaliero, non vengono somministrati gli alimenti. Inoltre la carenza dei più elementari interventi di assistenza negli ospedali determina il sorgere di dolorosissime piaghe da decubito, che spesso sono la dimostrazione lampante dell'incuria e dell'abbandono.

Circa il problema degli anziani cronici si segnalano i seguenti fatti:

1) all'interrogazione dei Consiglieri regionali Anna Maria Vietti e altri presentata il 24 febbraio 1977, gli Assessori regionali alla sanità Ezio Enrietti e all'assistenza Mario Vecchione rispondevano in data 4 aprile 1977 affermando che nell'istituto di riposo per la vecchiaia di Torino, corso Unione Sovietica, nel luglio 1976 erano ricoverati "476 lungodegenti non autosufficienti affetti da malattie specifiche della vecchiaia di cui al Decreto Ministeriale del Lavoro 21-12-1956 (G.U. 2 gennaio 1957 n. 1) e pertanto necessitanti di cure sanitarie continue non praticabili a livello domiciliare o ambulatoriale". Nonostante l'accertata violazione delle leggi vigenti, nessuno dei 476 lungodegenti è stato ricoverato in ospedale;

2) il Prof. Ettore Strumia, Dirigente medico della casa di riposo Carlo Alberto, ha scritto nella lettera pubblicata dalla Gazzetta del Popolo del 5 gennaio 1980 quanto segue:

*«In carenza di specifiche strutture, i cronici spesso ancora necessitanti di terapie ed in parte ancora recuperabili se adeguatamente trattati, vengono indirizzati dagli ospedali agli Istituti geriatrici, i quali privi di adeguati servizi, devono far fronte alle gravi esigenze di questi malati. Oltre l'80% dei ricoverati di questo istituto giungono direttamente dagli ospedali cittadini e necessitano prosecuzione della terapia»;*

3) nessuna risposta è stata data e nessun risultato è stato raggiunto dalle numerosissime istanze presentate alla Regione Piemonte e agli Enti ospedalieri dirette ad ottenere che si ponesse termine alle violazioni di legge conseguenti al ricovero in istituti di assistenza di anziani cronici necessitanti di cure ospedaliere.

Si citano in particolare:

- la lettera inviata nel maggio 1977 dal Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base ai Presidenti e ai Direttori sanitari degli Enti ospedalieri del Piemonte e agli Assessori regionali alla sanità e all'assistenza;

- la lettera inviata il 2 luglio 1980 dal Comitato di difesa dei diritti degli assistiti alle Presidenze e alle Direzioni sanitarie degli Enti ospedalieri del Piemonte.

A sostegno dell'obbligo per gli ospedali di assicurare i trattamenti agli anziani cronici non curabili a domicilio o in ambulatori gli scriventi fanno riferimento:

- all'interrogazione presentata al Consiglio comunale di Torino dal Consigliere Avv. Giorgio Santilli in data 4 febbraio 1975;

- alla risposta dell'Assessore Nardullo del 21 febbraio 1975 all'interrogazione di cui sopra, in cui sono ammesse le dimissioni illegittime di anziani cronici dagli ospedali;

- l'articolo "Gli anziani definiti cronici vengono calpestati nei loro diritti" pubblicato da Prospettive assistenziali, n. 44.

*«Si segnala inoltre che tutte le volte che persone o organizzazioni collegate con i firmatari del presente esposto sono intervenute contro le dimissioni di anziani cronici dagli Enti ospedalieri, le dimissioni stesse non sono state attuate. Nel dicembre 1978, a seguito di interventi fatti a titolo personale dall'assistente sociale Jole Meo, abitante a Torino, (...), l'ospedale Maria Vittoria di Torino non dava corso alle dimissioni della signora G. A. che decedeva presso l'ospedale suddetto il 9 gennaio 1979. La vicenda è illustrata nell'articolo "Il dramma di una povera vecchia" pubblicato sul n. 25 di ControCittà. Su intervento dell'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale con sede in Torino, Via Artisti 34, l'Ospedale Civile Santa Croce di Moncalieri ritirava le dimissioni e continuava ad assistere il signor G. M., già abitante in (...), Nichelino, deceduto nell'ospedale suddetto il 28 marzo 1979. Iniziative assunte dalla signora A. C. Torino, (...), figlia della paziente e dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, gli articoli pubblicati sulla Gazzetta del Popolo del 16 dicembre 1979 e sulla Voce del Popolo del 23 dicembre 1979, portavano al ritiro delle dimissioni insistentemente richieste dall'Ospedale Martini Nuovo, via Tofane 71, della signora B. P., ricoverata presso l'Ospedale suddetto e tuttora ivi degente. Presso il suddetto ospedale Nuovo Martini il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti doveva nuovamente intervenire in data 11 luglio 1980 con una manifestazione e relativa distribuzione di un volantino per impedire le dimissioni della signora F. A. in M. che conti-*

*nuava a rimanere ricoverata e quindi decedeva all'ospedale stesso. Infine si segnala l'intervento fatto nei confronti dell'Astanteria Martini di Largo Gottardo per evitare le dimissioni del Signor R. E., ivi ricoverato il 16 agosto 1980, dimissioni che anche in questo caso venivano ritirate dall'ospedale. Ciò premesso e tenuto conto che gli enti ospedalieri sono enti pubblici e quindi tutti gli addetti sono pubblici ufficiali o quanto meno incaricati di un pubblico servizio, gli scriventi chiedono alla Procura della Repubblica di accertare la sussistenza di reato di omissione di atti di ufficio e di altri reati:*

*- per quanto riguarda il caso sopra illustrato della signora C.L., sia in merito alle cure e all'assistenza prestata, sia in relazione alle dimissioni dall'ospedale Astanteria Martini;*  
*- per quanto concerne le migliaia di dimissioni e non ammissioni negli ospedali pubblici di anziani cronici non curabili a domicilio o in ambulatorio in relazione agli obblighi delle vigenti leggi».*

Nel provvedimento di archiviazione del 2 luglio 1984 (sono trascorsi ben 4 anni!) la Procura della Repubblica di Torino, ha evidenziato che la dimissione della signora C.L. e il suo trasferimento presso l'istituto Carlo Alberto «*furono indubbiamente disposti in una situazione di difficoltà [non comprovata, ndr.], di cattiva sopportazione da parte dell'Astanteria Martini per una condizione patologica bisognosa di cure di tipo geriatrico e con prospettive di lungodegenza*». Nonostante le sopra citate considerazioni, senza tenere in alcun conto le norme costituzionali e la legge 833/1978 il cui articolo 2 obbliga il Servizio sanitario nazionale ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la*

*durata*», la Procura della Repubblica ha scelto la seguente motivazione pilatesca, affermando che «*non risulta in alcun modo provato – ed anzi tutto fa ritenere [senza precisare alcun dato oggettivo, ndr.] che vi sia la prova negativa – che il trasferimento in istituto abbia apprezzabilmente aggravato le condizioni della paziente*», omettendo anche di considerare che la casa di riposo aveva segnalato, come era stato evidenziato nell'esposto, di non essere in grado di fornire cure richiedenti il ricovero ospedaliero.

### **Vademecum per i medici: come rispedire a casa gli anziani malati**

In data 17 luglio 1984, protocollo n. 122, il Presidente dell'Usl Roma 9 e il Dirigente del Servizio sanitario della stessa Usl hanno inviato alla Direzione sanitaria dell'Ospedale San Giovanni e dell'Addolorata di Roma la seguente comunicazione: «*Con l'approvazione del Comitato di Gestione si dispone quanto segue: ogni volta che si riscontrino difficoltà nel far rientrare presso i familiari un paziente posto in dimissione, il Servizio Sociale curerà quanto segue:*

*1) in prima istanza, curerà che sia inviato ai familiari, a firma del Direttore Sanitario, un invito telegrafico a prendersi in casa il paziente;*

*2) ove tale invito telegrafico non abbia esito alcuno, il giorno successivo sarà inviata ai familiari e per conoscenza al Sindaco, al presidente dell'Usl di residenza ed al suo Medico di base una lettera raccomandata in cui sarà indicata la data e l'ora in cui il paziente sarà accompagnato*

*a casa in ambulanza insieme a un assistente sociale e ad un infermiere;*

*3) nel caso in cui tale tentativo fallisse, se ne darà comunicazione scritta al Direttore Sanitario, che interesserà a sua volta il Coordinatore Amministrativo per i necessari atti legali nei confronti dei familiari.*

*Con l'occasione si prega voler ricordare ai Signori Primari che la denuncia di lungodegenza esclude di per sé la possibilità di seguire la prassi di cui sopra».*

Molto significativa l'ultima frase/avvertenza rivolta ai Primari: non segnalate che si tratta di lungodegenti, perché questi malati hanno diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata!

### **Altre devastanti conferme relative alla violazione delle vitali esigenze e dei vigenti diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile**

Al riguardo si veda sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) l'articolo "Storie di anziani" pubblicato sul n. 69/1985 di "Prospettive assistenziali". Altre tragiche vicende sono riportate nei seguenti libri: Francesco Santanera e Maria Grazia Breda, Vecchi da morire. Libro bianco sui diritti violati degli anziani malati cronici: manuale per pazienti e familiari e, degli stessi autori, Per non morire d'abbandono. Manuale di autodifesa per pazienti, familiari, operatori e volontari, entrambi con prefazione di Norberto Bobbio, pubblicati da Rosenberg & Sellier rispettivamente nel 1987 e nel 1990.

## **IPAB: SOTTRATTI AI POVERI CINQUANTA MILIARDI DI PATRIMONI ED I RELATIVI REDDITI**

1. Sono (o più precisamente erano) Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, gli enti pubblici che, ai sensi della legge n. 6972/1890, hanno lo scopo di prestare assistenza alle persone ed ai nuclei familiari in condizione di povertà economica. I patrimoni mobiliari e immobiliari delle Ipab, nonché i relativi redditi, devono essere destinati esclusivamente ai poveri.

2. L'elenco (cfr. l'Allegato A) dei patrimoni delle ex Ipab Istituto San Michele di Roma, Pio Albergo Trivulzio di Milano, Opera Pia Poveri Vergognosi di Bologna e Opera Pia Barolo di Torino evidenzia l'imponente valore economico di detti enti e dei relativi redditi sottratti ai poveri.

3. Nella seduta della Camera dei Deputati del 17 febbraio 1982, l'On. Marisa Galli ha valutato in 30-40 mila miliardi delle ex lire il valore economico dei patrimoni mobiliari e immobiliari delle Ipab ancora operanti. A sua volta nel n. 6, dicembre 1995 la rivista "Ipaboggi", organo di detti enti, lo ha calcolato in 50mila miliardi delle ex lire.

4. In sintesi le principali vicende concernenti la sottrazione dei beni mobili e immobili e dei relativi redditi ai poveri sono le seguenti:

a) dall'indagine condotta dal 1880 al 1888 la Commissione



istituita dal Re, dopo aver accertato che «*gli abusi [erano] troppo frequenti*» e che «*rendite colossali che si spendevano senza una vera, pratica utilità per la popolazione sofferente*», individua ben 21.819 enti, denominati inseguito Ipab, con i relativi beni mobiliari e immobiliari;

b) sulla base delle risultanze della sopra citata Commissione reale, la legge 6972 del 1890 regola in modo assai minuzioso la materia stabilendo non solo – come già ricordato – che i patrimoni ed i relativi redditi dovevano essere destinati alle persone e ai nuclei familiari poveri, ma anche che, allo scopo di tenere sotto continuo controllo detti enti, i Ministri dell'interno devono ogni anno aggiornare il censimento, effettuato con notevole dispiego di forze e di denaro dalla stessa Commissione, mediante la segnalazione delle nuove Ipab riconosciute, nonché di quelle estinte o raggruppate. Purtroppo, dal 1981 ad oggi nessun Ministro dell'interno o altra autorità ha rispettato quest'obbligo di legge;

c) nel 1970 il Ministro dell'interno informa che le Ipab ancora funzionanti sono circa 9mila, senza fornire alcuna notizia in merito alle oltre 12mila sparite insieme ai relativi patrimoni, certamente non acquisiti dai poveri;

d) nel 2000, in occasione della discussione parlamentare sulla riforma del settore dell'assistenza sociale, ora legge 328/2000, il numero complessivo delle Ipab è stimato in 4.200. Anche in questo caso nessuna notizia sugli enti e sui relativi patrimoni nuovamente scomparsi;

e) assai numerosi e molto consistenti sono i patrimoni mobiliari e immobiliari regalati ad enti privati (ad esempio le già citate Opere pie Poveri Vergognosi di Bologna e Barolo

di Torino) oppure regalati ad aziende pubbliche di servizi alla persona (com'è il caso del Pio Albergo Trivulzio) o trasferite a titolo gratuito ai Comuni. In tutti i casi non è rispettata l'esclusiva destinazione ai poveri;

f) fra le innumerevoli vendite di patrimoni di Ipab o di ex Ipab e l'omessa obbligatoria destinazione ai poveri, si ricorda che Sergio Chiamparino, all'epoca Sindaco di Torino, come risulta dalla delibera del 14 dicembre 2007, ha venduto cinque edifici di ex Ipab trasferite al Comune di Torino a seguito del decreto della Regione Piemonte n. 5801 del 27 giugno 1980, incassando ben 43 milioni di euro, senza però destinarli al settore dell'assistenza sociale, come imponeva il sopra citato decreto il quale, con riferimento all'estinzione dell'Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino imponeva *«il vincolo della destinazione dei beni e delle relative rendite a servizi di assistenza sociale»*. L'elenco dei beni dell'Istituto di riposo per la vecchiaia trasferiti al Comune di Torino è riportato nell'allegato 2.

5. Nel convegno di Torino del 12 dicembre 1989, organizzato dal Csa, Coordinamento sanità e assistenza per i movimenti di base, Monsignor Giovanni Nervo, all'epoca Coordinatore della Conferenza episcopale italiana per i rapporti Chiesa-territorio, aveva precisato che *«il primo principio etico equivale per i credenti ad un Comandamento di Dio: non rubare. I patrimoni delle Ipab sono stati donati da privati cittadini per i poveri. Prima che fossero donati erano di proprietà dei privati, dopo che sono stati donati sono diventati proprietà dei poveri. Questo principio rimane, qualunque siano state le vicissitudini storiche e giuridiche»*.

## ALLEGATO A

### 1. *Patrimoni dell'ex Ipab San Michele di Roma*

Le proprietà dell'Ipab San Michele a Roma sono le seguenti: 3 esercizi pubblici in via del Porto 1 e 4, piazza dei Mercanti 15; 4 abitazioni in via del Porto 3 e 4; in piazza dei Mercanti 17 e 18; 2 magazzini in piazza dei Mercanti 19 e 20.

Zona Montecitorio (Ospizio Apostolico): 4 negozi in via della Colonna Antonina 27-28, 29, 30 e 31; 2 alberghi: Nazionale in piazza Montecitorio 12, Colonna Palace Hotel in piazza Montecitorio 131.

Zona Termini (Ospizio S. Maria degli Angeli): il Vecchio Clementino, il portico di destra di Piazza della Repubblica; 3 caffè in Piazza della Repubblica 40-41-43, in via Terme di Diocleziano 38, in via Viminale 39; una galleria d'arte in piazza della Repubblica 42; 1 abitazione in piazza della Repubblica 43, 7 in via Viminale 3; 3 scuole: Mazzini in via Terme di Diocleziano 33, in piazza della Repubblica 43, A. Locatelli in via Casal de' Merode 4; un cinema in piazza della Repubblica 44-45; 11 negozi in via Terme di Diocleziano 31, 32, 32A, 34, 37, in via Viminale 1, 3B, 3C, 7, 7A; l'Istituto Tecnico per il Turismo, via Terme di Diocleziano 33; 2 esercizi pubblici in via Terme di Diocleziano 35 e 36; l'albergo Casa del Passeggero in via Viminale 1A e 1 in via Viminale 11; un bar in via Viminale 5A; 2 magazzini: in via Viminale 3 e in piazzale A. Tossi 4; un ufficio in via Viminale 3; un'officina in via Casal de' Merode 8; una fabbrica ceramiche in via Casal de' Merode 8; un laboratorio falegnameria in via Casal de' Merode 8; un laboratorio lu-

cidatori in via Casal de' Merode 8; una cemenzeria in via Casal de' Merode 8; una fonderia in via Casal de' Merode 8; una tipografia in via Casal de' Merode 8; orto, sito in via G. Cerbara; impianti sportivi in piazzale A. Tosti 4; un impianto (mq. 8.000) in piazzale A. Tosti 4; un terreno (mq. 15.000) nel quartiere Garbatella; 4 abitazioni in piazzale A. Tosti 4.

Immobili in comproprietà con l'Ipab Società romana pro-infanzia: un negozio in via Babuino 35; 5 abitazioni: 4 in via del Babuino 35, una in via Oberdan 4; 2 vigne: in località Selve nuove e in località Pantanicei; un ripostiglio sito a Marino (Roma); mq. 63 e vani 16 in via Cimadori 6; mq. 155 e vani 39 in via del Moro 7; mq. 636 e vani 65 in via del Porto 8/a, 9, 10, 12, 13, 14 e 16; mq. 4.596 e vani 22,5 in via Ripa Grande 9, 13, 14, 21, 22, 24, 26, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, e 56/A; mq. 58 in via delle Palle 15.

## *2. Patrimoni dell'ex Ipab Pio Albergo Trivulzio di Milano*

Immobili ad uso abitazione

Numero complessivo unità immobiliari (compresi i condomini): 1.128 di cui: 18 portinerie, mq. 678,5; 11 convitti, mq. 480,5; 8 comunità, mq. 1.063,4; 16 usufrutti, mq. 1.012,7; 18 uso foresteria, mq. 1.333; superficie netta totale mq. 71.310,1; superficie media appartamento (mq. 71.310,1 : 1.128) = mq. 63,21.

Distribuzione territoriale

Appartamenti in Milano (stabili interi) 742, mq. 45.877,9;

appartamenti fuori Milano (stabili interi) 193, mq. 12.815,7;  
appartamenti in condominio in Milano 114, mq. 7.332,8;  
appartamenti in condominio fuori Milano 8, mq. 715,6; sta-  
bili di proprietà: n. 60, di cui in Milano n. 37, fuori Milano n.  
23; inquilini dipendenti dell'Ipab: 120 circa.

Immobili ad uso diverso dall'abitazione

N. 405 compresi i box; superficie 1) mq. 18.278,1 superfi-  
cie 2) mq. 11.554,96, totale mq. 29.333,06.

La superficie 1) è così composta: negozi mq. 5.763,2 (n.  
94); uffici mq. 7.845,2 (n. 72); magazzini mq. 2.369,6 (n.  
53); laboratori mq. 2.300,1 (n. 26).

La superficie dei box è di mq. 1.266,6 (n.85); quella dei  
posti auto è di mq. 657,7 (n. 75).

Immobili ad uso agricolo

N. 43 poderi (tra piccoli e grandi) per un perticato comples-  
sivo di circa 25.900 p.m.

### *3. Patrimoni dell'ex Ipab Poveri Vergognosi di Bologna*

Patrimonio immobiliare

Il patrimonio immobiliare dell'ente è costituito da fabbricati urbani e da fondi agricoli. Fra quelli urbani figurano il Palazzo Rossi Poggi Marsili, via Marsala, sede dell'ente; l'ex Conservatorio di Santa Maria, strada Maggiore 74, sede della Casa protetta Santa Maria e del Centro diurno Riccardo Ballotta; il Palazzo Salaroli, strada Maggiore 80, sede di alcuni uffici dell'amministrazione provinciale. Gli altri immobili urbani sono concentrati prevalentemente nel

Comune di Bologna, anche se in questi ultimi anni nel patrimonio agrario sono state attivate numerose locazioni urbane trasformando case e fabbricati agricoli.

Le proprietà urbane sono costituite da 25 fabbricati per complessivi mq. 30.000 circa con le seguenti destinazioni d'uso: 135 appartamenti, 28 negozi, magazzini e laboratori, una palestra, 16 uffici, 31 autorimesse, un poliambulatorio, una scuola, una residenza protetta, una casa protetta, due centri diurni e un centro sociale per anziani. I fondi agricoli sono sparsi sul territorio della Provincia di Bologna e dislocati nei Comuni di Anzola dell'Emilia, Baricella, Bologna, Budrio, Castelfranco Emilia, Castel Guelfo, Castel San Pietro Terme, Castenaso, Crevalcore, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Medicina, Minerbio, Ozzano dell'Emilia, San Giorgio di Piano, San Giovanni in Persiceto, San Pietro in Casale e Sant'Agata Bolognese. Il patrimonio agrario, per ragioni storico-organizzative interne all'ente, è suddiviso in tenute che raggruppano a volte anche più Comuni o parti di essi, per una superficie di circa 2.070 ettari. I poderi, tenuto conto del tipo di condizione, sono così suddivisi: 88 per una superficie di ha. 1.450 condotti con contratti di affittanza agraria da coltivatori diretti e 13 per una superficie di ha. 620 condotti in economia diretta dall'ente.

### Patrimonio pittorico

Il patrimonio pittorico dell'ente annovera oltre 160 opere che gli esperti attribuiscono al collezionismo privato e non del Settecento bolognese. Tale raccolta è nota agli studiosi di storia dell'arte.

### Patrimonio cartografico e incisioni

Accanto alla ricca collezione di dipinti, l'Opera pia possiede anche una cospicua raccolta di incisioni, realizzate con tecniche grafiche diverse ed ascrivibili ad un arco temporale che va dalla fine del XVI secolo alla prima metà del XIX secolo.

### Archivio storico e ricerche tematiche

Tra il patrimonio dell'ente, quello archivistico è senz'altro il meno appariscente. Noto solo a pochi studiosi ed a qualche studente universitario, stenta ad essere inteso come bene culturale.

## *4. Patrimoni dell'ex Ipab Opera Pia Barolo di Torino*

### Sedi fisiche

Piazza Savoia 6, Torino; Istituto famiglie operaie, via delle Orfane 7, Torino; Istituto Sant'Anna, via Consolata 20, Torino; Istituto Maddalenine, via Cottolengo 22, Torino; Scuola elementare, strada Altessano, Venaria Reale; Ospedaletto S. Filomena e annesso laboratorio S. Giuseppe, via Cottolengo 24, Torino; Istituto Nostra Signora del Rifugio, via Cottolengo 26, Torino.

### Terreni

Comune di Venaria Reale, 39 appezzamenti; Comune di Leinì, 25 appezzamenti; Comune di Borgaro, 12 appezzamenti; Comune di Saluzzo, 43 appezzamenti per un totale di 3 milioni di metri quadrati.

## Fabbricati

Comune di Torino: via delle Orfane 7, vani 30,3 mc. 4.430 e mq. 587; via Corte d'Appello 20, mq. 64; via Corte d'Appello 22, mq. 314 e vani 70; piazza Savoia 6, vani 86; via Cottolengo 22, mc. 22.053; via Cottolengo 24-24 bis, mc. 13.357; via Consolata 18-20, mc. 30.584; via Santa Giulia 7, mq. 469; via Cigna, terreno con distributore di benzina e magazzino.

- Comune di Venaria Reale: via Scesa 9-11-13-15 e 17, vani 250; via Amati 118/1-118/2-118/3-118/4-118/5-118/6-118/7, vani 417.

- Comune di Ceres: via Ala, vani 25.

- Comune di Mondrone, vani 10.

- Comune di Moncalieri: Istituto Sant'Anna, via Galilei.

## Titoli di debito pubblico

Lire 26.483.784

## ALLEGATO 2

Patrimoni dell'ex Ipab Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino

Risultavano di proprietà dell'Istituto di riposo per la vecchiaia i seguenti beni:

### Terreni

Comune di Torino: corso Unione Sovietica partita catastale n. 10255, are 632,19; corso Unione Sovietica, p.c. n. 10254, are 601,56; via Filadelfia, p.c. n. 38174, are 1,38; via Filadelfia, p.c. n. 38174, are 8,01; via Filadelfia,



p.c. n. 38174, are 37,40; via Filadelfia, p.c. n. 10253, are 0,59.

## Fabbricati

Comune di Moncalieri: via S.G. Bosco 6 (32 A/2), p.c. n. 3134, vani 149; via S.G. Bosco 2 (14 C/6), p.c. n. 3134, mq. 174; largo Leonardo Da Vinci 1 (20 A/2), p.c. n. 3091, vani 125; largo Leonardo Da Vinci 3 (alloggio custode A/2), p.c. n. 3091, vani 4; largo Leonardo Da Vinci 3 (28 A/2), p.c. n. 3091, vani 133; corso Trieste 57 (5 C/1), p.c. n. 3134, mq. 512; corso Trieste 57 (14 A/2), p.c. n. 3134, vani 84; corso Trieste 59 (12 A/2), p.c. n. 3134, vani 63; corso Trieste 61 (18 A/2), p.c. n. 3134, vani 63; corso Trieste 63 (19 A/2), p.c. n. 3134, vani 88; corso Trieste 65 (alloggio custode A/2), p.c. n. 3134, vani 3,5; corso Trieste 65 (20 A/2), p.c. n. 3134, vani 93,5; via S.G. Bosco 8 (60 C/6), p.c. n. 3134, mq. 1.148; largo Leonardo da Vinci 2 (26 C/6), p.c. n. 3091, mq. 280; corso Trieste 69 (3 C/1), p.c. n. 3130, mq. 144; corso Trieste 71 (3 C/1), p.c. n. 3130, mq. 92; corso Trieste 73 (3 C/1), p.c. n. 3130, mq. 98; corso Trieste 75 (3 C/1), p.c. n. 3130, mq. 174; corso Trieste 67 (alloggio custode A/2), p.c. n. 3130, vani 3,5; corso Trieste 67 (20 A/2), p.c. n. 3130, vani 96; corso Trieste 69 (25 A/2), p.c. n. 3134, vani 98,5; corso Trieste 69 (3 C/1), p.c. n. 3134, mq. 96; corso Trieste 71 (4 C), p.c. n. 3134, mq. 169; corso Trieste 71 (12 A/2), p.c. n. 3134, vani 54; corso Trieste 73 (18 A/2), p.c. n. 3134, vani 145; corso Trieste 75 (18 A/2), p.c. n. 3134, vani 81; via S.G. Bosco 10 (72 C/6), p.c. n. 1081, mq. 1.278; via S.G. Bosco 12 (19 C/6), p.c. n. 3134, mq. 228.

## Fabbricati

Comune di Torino: corso S. Maurizio 16 bis (2 C/1), p.c. n. 30881, mq. 83; corso S. Maurizio 18 (C/1), p.c. n. 30881, mq. 41; corso S. Maurizio 18 bis (2 C/1), p.c. n. 30881, mq. 69; corso S. Maurizio 16 bis (14 A/3), p.c. n. 30881, vani 49; corso S. Maurizio 18 (14 A/3), p.c. n. 30881, vani 49; corso S. Maurizio 18 bis (15 A/3), p.c. n. 30881, vani 66,5; corso S. Maurizio 18 bis (14 A/3), p.c. n. 30881, vani 66,5; corso S. Maurizio 18 bis (D/8), p.c. n. 30881; corso S. Maurizio 14 (3 C/1), p.c. n. 30881, mq. 75; corso S. Maurizio 16 (2 C/1), p.c. n. 30881, mq.47; corso S. Maurizio 14 (16 A/3), p.c. n. 30881, vani 66; corso S. Maurizio 16 (16 A/3), p.c. n. 30881, vani 72; corso S. Maurizio 12 bis (2 C/1), non censita al Nceu mq. 160; corso S. Maurizio 12 bis (15 A), non censita al Nceu vani 60; via Montebello 26 bis (2 C/1), non censita al Nceu mq. 120; via Montebello 26 bis (8 A), non censita al Nceu vani 22,5; via Montebello 26 (2 C/1), non censita al Nceu mq. 133; via Montebello 26 (8 A), non censita al Nceu vani 23; via Gaudenzio Ferrari 7 (8 A/3), p.c. n. 30881, vani 53; via Vanchiglia 38 (2 C/1), p.c. n. 30881; via Vanchiglia 40 (5 C/1), p.c. n. 30881; via Vanchiglia 38 (11 A/4), p.c. n. 30881, vani 33; via Vanchiglia 40 (11 A/4), p.c. n. 30881, vani 31; via Po 29 (3 C/1), p.c. n. 30881, mq. 258; via Po 31 (2 C/1), p.c. n. 30881, mq. 277; via Po 35 (8 C/1), p.c. n. 30881, mq. 279; via Po 37 (3 C/1), p.c. n. 30881, mq. 122; via Montebello 1 (2 C/1), p.c. n. 30881, mq. 156; via Po 29 (6 A/3; 4 A/4; 9 A/5) p.c. n. 30881, vani 70; via Po 31 (7 A/3; 5 A/4), p.c. n. 30881, vani 68,5; via Po 35 (2 A/3; 19 A/4; 11 A/5), p.c. n. 30881, vani 110; via Po 37 (10 A/4; 4 A/5), p.c. n. 30881, vani 59,5; via Montebello 1 (5 A/4; 4 A/5),

p.c. n. 30881, vani 27,5; via Duchessa Jolanda 20 (19 A/3), p.c. n. 20682, vani 94; piazza San Carlo 161 (6 C/1), p.c. n. 30881, mq. 808; piazza San Carlo 161 (A/10), p.c. n. 30881, vani 66; corso Re Umberto 85 (A/2; 4 A/3), p.c. n. 10819, vani 33,5; corso Re Umberto 85 (C/6), p.c. n. 10819, mq. 22; via Spaventa 16 (15 C/6), p.c. n. 33881, mq. 195; via Spaventa 16 (13 A/3), p.c. n. 33881, vani 51,5; via Spaventa 14 (27 A/3), p.c. n. 33881, vani 119,5; corso Unione Sovietica 220 (B/1), p.c. n. 30881, mc. 318.506; via San Marino 30 (sede Buon Riposo, B/1), p.c. non censita al Nceu mc. 50.686; via Filadelfia 49 (C2; C7), p.c. n. 6344, mq. 204; via Tunisi 86 (4 A/2), p.c. n. 6344, vani 29,5; via Filadelfia 47 (C/6; C/7), p.c. n. 6344, mq. 47.

#### Fabbricati

Comune di Roma: via dei Gracchi 278 (A/4), p.c. n. 82661, vani 6.

#### Titoli di debito pubblico

Obbligazioni/Azioni: valore nominale lire 83.459.300

## **NORME VIGENTI SULLA POVERTA' ASSOLUTA: SPESSO NEGATE LE VITALI ESIGENZE DEI POVERI VERI E UNA CUCCAGNA PER NUMEROSI ABBIENTI**

Per l'individuazione dei poveri assoluti, l'Istat calcola l'importo del denaro occorrente per l'acquisto dei beni e dei servizi essenziali per garantire un livello di vita minimo accettabile.

*Le «condizioni di povertà – come ha precisato Maurizio Motta (1) – vengono ricavate dall'indagine (interviste a domicilio) condotta periodicamente dall'Istat secondo il progetto Eu-Silc e viene intervistato a domicilio un campione rappresentativo dei residenti in Italia (nel 2014: 47.136 persone in 19.653 famiglie di circa 800 Comuni di diverse dimensioni)».*

Da notare – incredibile ma vero – che per l'individuazione dei poveri, compresi quelli assoluti, *«non si valutano i patrimoni mobiliari ed immobiliari posseduti»* (2).

Pertanto, secondo l'Istat *«se una famiglia che vive in una casa di proprietà [di qualsiasi valore, n.d.r.] e sta pagando un mutuo, dal punto di vista economico e contabile, questa voce di bilancio è un investimento, e non rientra quindi nelle spese per consumi»* (3). Ne consegue che, se la somma dei redditi (stipendi, ecc.), dedotte le quote versate per il mutuo, sono inferiori all'importo calcolato dall'Istat per lo standard di vita minimo accettabile, tutti i componenti della famiglia sono considerati poveri assoluti.

Analogamente – una manna per migliaia di famiglie e di persone

– la situazione dei possessori di una o più abitazioni di qualsiasi valore che non producono alcun reddito.

Come dovrebbe essere ovvio a tutte le persone di buon senso, nei casi in cui vi siano persone o nuclei familiari in possesso di beni immobiliari e mobiliari, ma privi del necessario contante per vivere, non dovrebbero essere concessi contributi a fondo perduto, ma prestiti, se del caso con interessi molto limitati. I prestiti dovrebbero essere restituiti appena risolto il bisogno o, nei casi di decesso, dagli eredi, ferma restando la loro facoltà di rinunciare all'eredità.

Inoltre è evidente l'esigenza di ottenere da coloro che richiedono contributi economici, la sottoscrizione di una dichiarazione analoga a quella richiesta dal Consorzio dei servizi socio-assistenziali di Gassino (Torino) così redatta: *«Dichiaro altresì (...) di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, il Consorzio Cisa, e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali dell'assistito ad enti terzi ivi inclusi istituti di credito e banche, al fine di eseguire le opportune verifiche sulla condizione socio-economica del medesimo».*

## **Le insensate norme della legge n. 33/2017**

Sulla base degli insensati criteri dell'Istat, la potentissima "Alleanza contro la povertà in Italia" (4) ha promosso la legge n. 33/2017 per il contrasto alla povertà, in base alla quale sono considerati "poveri assoluti" coloro che hanno un Isee (Indicatore della situazione economica equiva-

lente) e un Isre (Indicatore sulla situazione reddituale) di valore non superiore rispettivamente a 6mila e 3mila euro, la proprietà della casa di abitazione di qualsiasi valore, il possesso di altri immobili la cui quotazione economica non sia superiore a 20mila euro e dispongono, altresì, nel caso di nuclei familiari da tre o più persone, di beni mobili anche immediatamente disponibili, di importo non superiore a 10mila euro.

Da notare che – fatto di estrema gravità – la stessa legge n. 33/2017 esclude dalle erogazioni le persone con disabilità prive di risorse di qualsiasi genere, nonostante che l'importo della pensione erogata a coloro che non possono svolgere alcuna attività lavorativa proficua a causa dell'estrema gravità delle loro condizioni di salute fosse di fame permanente (nel 2018 euro 282,55 al mese per 13 mesi). Evidentemente, con questa somma non sono in grado di provvedere alle spese relative all'abitazione, alimentazione e vestiario e alle altre vitali esigenze (5).

Purtroppo sulla base delle irragionevoli norme della legge n. 33/2017, è stata approvata la n. 26/2019 “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni”, promossa dal Movimento 5 Stelle, in cui è previsto che il beneficiario deve possedere: 1) un valore dell'Isee inferiore a 9.360 euro; 2) un patrimonio immobiliare, in Italia o all'estero, diverso dalla casa di abitazione, di valore non superiore a 30mila euro; 3) un valore dei beni mobiliari non superiore a 6mila euro, aumentabili di 2mila euro per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo fino ad un massimo di euro 10mila, incrementati ulteriormente di euro 5mila per ogni componente in condizione di disabilità e di euro 7.500,00 per ogni soggetto con disabilità grave o

di non autosufficienza; 4) un valore del reddito familiare inferiore alla soglia di 6mila euro «*moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza*», con la possibilità di incrementi a euro 7.560,00 oppure a euro 9.360.

Da tenere presente che sia la legge 33/2017 che la 26/2019 prevedono l'erogazione di contributi a fondo perduto non solo a coloro che sono in possesso di patrimoni immobiliari, ma anche di beni mobiliari, immediatamente disponibili ed inutilizzati.

### **Altre insensate e consistenti regalie**

Come è stato già segnalato, nel 2018 l'importo mensile (per 13 mesi) della pensione assegnata agli invalidi civili totali era nel 2018 di euro 282,55 (6). Identico l'importo per i ciechi assoluti ricoverati (7), i ciechi civili parziali ed i disabili sordi.

Poiché, com'è noto da secoli, mai ci sono risorse economiche sufficienti per i più bisognosi, l'identico importo di euro 282,55 era erogato a coloro che possedevano case di abitazione di qualsiasi valore non produttive di redditi, nonché altre entrate, purché inferiori a euro 1388,59 mensili (8).

Inoltre l'omessa considerazione dei beni non produttivi di redditi riguarda altresì l'integrazione al minimo delle pensioni (n. 3.080.950 nel 2017), la maggiorazione sociale (822.767) e le pensioni o assegni sociali (887.995) di cui non vi sono dati che consentano di accertare il numero delle persone che non hanno alcuna necessità di aiuti da parte dello Stato essendo in possesso di patrimoni.

Al riguardo si precisa che, secondo i dati dell'Istat del 2016, l'80,3% dei cittadini italiani vive in abitazioni di loro proprietà.

## Note

(1) Cfr. Maurizio Motta, Quanti sono i poveri? Come misurare la povertà e a quale scopo, Prospettive assistenziali, n. 195/2016.

(2) Ibidem.

(3) Cfr. Istat, Report del 18 giugno 2019 riguardante il 2018.

(4) Sono soggetti fondatori dell'Alleanza contro la povertà: Acli, Action Aid, Anci, Azione cattolica italiana, Caritas italiana, Cgil, Cisl, Uil, Cnca, Comunità S. Egidio, Confcooperative, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Federazione nazionale Società di S. Vincenzo de Paoli, Fio-Psd, Fondazione banco alimentare, Forum nazionale del Terzo Settore, Jsn – Jesuit social network, Legautonomie, Save the children, Umanità nuova – Movimento dei Focolari. Sono soggetti aderenti dell'Alleanza: Adiconsum, Associazione professione in famiglia, Atd Quarto mondo, Banco farmaceutico, CilapEapn Italia, Csvnet – Coordinamento nazionale dei Centri di servizio per il volontariato, Federazione Scs/Cnos – Salesiani per il sociale, Fondazione Banco delle opere di carità, Fondazione Èbbene, Piccola Opera della divina provvidenza del Don Orione, Unitalsi. L'Alleanza contro la povertà in Italia è stata realizzata grazie al contributo delle Segreterie confederali di Cgil, Cisl e Uil e degli altri aderenti. Alle Acli è stato affidato il coordinamento politico-organizzativo, mentre il prof. Cristiano Gori coordina le attività del gruppo tecnico. Per maggiori informazioni si rinvia al sito [www.redditoinclusione.it](http://www.redditoinclusione.it).

(5) Occorre tenere presente che le persone con invalidità totale, che abbisognano dell'aiuto permanente di una persona non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, ricevevano nel 2018 euro 516,35 al mese per 12 mesi a titolo di indennità di accompagnamento. Detta somma corrisponde a 71 centesimi di euro all'ora (516,35 x 12 mesi : 365 giorni x 24 ore).

(6) Se spettanti, occorre aggiungere 10,33 euro relativi alla maggiorazione introdotta dall'articolo 70 della legge 388/2000.



(7) Per i non ricoverati l'importo era di euro 308,93.

(8) Attualmente (gennaio 2020) l'importo mensile della pensione è di euro 285,55 e, ferme restando le norme sul possesso dei beni, il limite del reddito mensile è di euro 1401,11. A seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 152 del 20 luglio 2020, l'importo è stato elevato ad euro 652,02 al mese.

## **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: MILIARDI ILLEGITTIMAMENTE SOTTRATTI AI MALATI, SPRECHI INSENSATI, REGALI ANCHE MILIONARI A COLORO CHE PROVOCANO INFORTUNI E MALATTIE**

1. Come è stato precisato da Giorgio Cavallero e da Rossella Zerbi nell'articolo "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del Piano di rientro", pubblicato sul n. 1/2017 di "Torino Medica", rivista dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, *«una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la Sanità sono stati negli anni utilizzati come cassa per spese extra-sanitarie, come ammesso dall'Assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della dotazione del Servizio sanitario nazionale destinati al Servizio sanitario regionale che sono stati utilizzati altrove»*. Pertanto, a causa dell'illegittima sottrazione della rilevante somma sopra indicata, dal 2010 al 2016 sono stati imposti al Servizio sanitario piemontese *«tagli a prestazioni e servizi sanitari, blocco del turnover e delle assunzioni nel servizio pubblico, ticket salati, code e liste d'attesa»*. Purtroppo – aspetto assai preoccupante – non si hanno notizie di iniziative della Corte dei Conti e della Magistratura in merito ai 4,3 miliardi sottratti alla Sanità piemontese e alla loro illegittima destinazione ad attività scelte dal o dagli autori per finalità che dovevano e devono essere accertate, soprattutto per il fatto che le conseguenze più devastanti sono state subite da decine di migliaia di anziani

malati cronici non autosufficienti e di persone colpite dalla demenza senile, di cui per tanti anni e ancora nel 2020 sono stati (e sono) confinati in crudeli liste di attesa ben 30mila (1) infermi, nonostante l'assoluta indifferibilità delle loro esigenze sanitarie (2).

2. Sconcertanti sono le conseguenze derivanti dalle gravi carenze (peraltro facilmente evitabili come verrà precisato anche in seguito) del Servizio sanitario: la mancata erogazione delle cure non solo viola le esigenze vitali degli infermi non autosufficienti, ma è anche la causa di impoverimenti assai numerosi e rovinosi.

3. Nonostante l'asserita mancanza di adeguate risorse economiche le Asl e le Aziende ospedaliere quasi mai assumono le semplicissime iniziative dirette ad ottenere il recupero delle spese vive – spesso consistenti – sostenute dal Servizio sanitario per interventi (trasporto, cura e riabilitazione di infermi) forniti dalle stesse Asl e/o dalle Aziende ospedaliere a seguito di eventi di varia natura (infortuni sul lavoro, malattie professionali, incidenti, risse, attività sportive e non svolte in zone vietate, ecc.) per i quali la Magistratura con sentenza definitiva ne ha attribuito la colpa grave ad aziende o persone per violazione di norme previste da leggi o da altri provvedimenti. Al riguardo si segnala che Mario Pirani, nell'articolo "Sanità confusa fra urgenze e scelte impossibili", pubblicato su "La Repubblica" del 23 dicembre 2013 aveva precisato che le spese attualmente sostenute dal Servizio sanitario per i «*traumi dell'infortunistica stradale, sportiva, nel lavoro e la responsabilità di terzi che non rientrano nel "di-*

*ritto alla salute”»* erano valutabili in «*circa 30 miliardi annui*». Si fa altresì presente che la quota assegnata al Servizio sanitario dalle Società di assicurazione per le auto, che dovrebbe riguardare solo gli incidenti non attribuibili a colpa grave, è incredibilmente molto limitata. Ad esempio per un’assicurazione stipulata con la Società Cattolica di Assicurazioni per un’auto, importo complessivo di euro 420,00, al Servizio sanitario sono destinati solamente euro 33,04.

4. Vi sono Regioni che hanno stipulato convenzioni con le case di cura private senza precisare, ad esclusione del Direttore sanitario, la qualifica ed il numero del personale medico e non medico che deve essere presente in relazione al numero degli infermi curati. Si tratta di una omissione che danneggia i malati e consente profitti inammissibili.

5. Non risulta che vi siano Regioni che abbiano imposto alle case di cura private e alle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, convenzionate di condizionare il pagamento della retta a carico del Servizio sanitario alla presentazione della copia sia dei versamenti effettuati all’Inps e all’Inail per il personale dipendente, sia delle fatture rilasciate dagli operatori autonomi. Al riguardo si segnala che gli accertamenti sulla presenza del personale stabilito dalle convenzioni non possono certamente essere effettuati dalle Commissioni di vigilanza che, nelle migliori delle ipotesi, intervengono una o due volte all’anno.

6. C’è l’urgente necessità di assicurare le iniziative occor-

renti per accertare se le Asl versano alle Rsa almeno il 50% della retta totale di ricovero, com'è previsto dalle leggi vigenti. Al riguardo si segnala che vi sono ricerche dalle quali risulterebbe che la Regione Lombardia versa meno del 50% caricando illegittimamente la differenza ai ricoverati e, nei casi di non copertura da parte dei degenti della quota ad essi spettante, ai Comuni.

7. Come avviene impunemente e incomprensibilmente da molti anni, la Regione Piemonte versa alle Rsa una quota superiore anche del 20% per ciascuno dei numerosi letti occupati da propri infermi, rispetto all'importo corrisposto dal singolo utente privato.

8. Da molti anni il Servizio sanitario nazionale, confinando in illegittime liste d'attesa anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile nonostante siano tutti infermi aventi esigenze sanitarie assolutamente indifferibili, obbliga i loro congiunti alla copertura delle spese a carico della sanità. Al riguardo, nel VII Rapporto redatto da Rbm Assicurazione salute e dal Censis del 7 giugno 2017, viene evidenziato che *«il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi ha più bisogno di cure soffre sul piano economico»*, che nell'area dei "saluteimpoveriti" (locuzione utilizzata da Rbm e dal Censis che non fa certo onore alla Sanità pubblica e privata) e cioè delle persone (1,8 milioni) *«sono entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria»* e che *«ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio,*

*a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale». Da tenere in attentissima considerazione che i preoccupanti dati sopra riportati sono quasi identici a quelli di venti anni fa. Infatti nel documento “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, diffuso nell’ottobre 2000, viene segnalato che «nel corso del 1999, 2 milioni di famiglie sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spesa sostenuto per la “cura” di un componente affetto da non autosufficienza».*

9. Sulla rivista “Prospettive assistenziali” che esce ininterrottamente dal 1968, oltre agli articoli concernenti le esigenze vitali ed i diritti esigibili dalle persone non autosufficienti (minori, adulti, anziani) sono state pubblicate notizie riguardanti abusi, sprechi e false informazioni, la cui conoscenza consente di avere riscontri sulla realtà allora presente e sui cambiamenti intervenuti. Di seguito riportiamo le relative notizie riportate dal 2000 al 2002.

Sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) sono reperibili i seguenti titoli: “Perché il fisco è buono con chi evade?”, n. 132, 2000; “Ospedali che uccidono”, n. 133, 2000; “Devono essere assistiti anche i benestanti?” e “Privilegi immorali approvati dalla Regione Sicilia” n. 134, 2001; “La sinistra riforma delle Ipab: tolti ai poveri almeno 50 mila miliardi”, “Per quali motivi il Comune di Torino ha concesso all’Ente nazionale sordomuti parte della proprietà dell’ex Ipab Lorenzo Prinotti?”, “Il Cottolengo sa solo

costruire istituti?”, “Sono ancora 285 gli enti inutili” e “Falsi poveri della Provincia di Enna”, n. 135, 2001; “Comunicato stampa dei Nas sui controlli eseguiti in campo nazionale alle strutture ricettive per anziani”, “Organi di bambini venduti in Inghilterra” e “La carità ai malati di Aids: uno schiaffo alla loro dignità”, n. 136, 2001; “La Regione Piemonte ha istituito una agenzia per le adozioni internazionali: una iniziativa inutile e costosa”, “Un’altra delibera illegittima e persecutoria del Comune di Firenze”, “Come mai in Lombardia bisogna pagare per curare a casa i propri congiunti malati di Alzheimer?”, “Dove vanno a finire i fondi raccolti dalla Croce Rossa Italiana?”, “Un esempio di malasana piemontese”, “La bizzarra concezione sulla solidarietà dell’Assessore alla famiglia della Regione Lombardia” e “80mila decessi evitabili ogni anno in Italia”, n. 137, 2002; “Monito della Corte di Strasburgo ai Tribunali per i minorenni per una maggiore vigilanza sull’operato dei servizi sociali”, “Impiantate protesi d’anca difettose: chi le vendeva ne era al corrente, ma stava zitto”, “Perché la Caritas antoniana costruisce in Kenia un istituto per bambini?”, “Malati psichici bruciati vivi”, “Gravi abusi nei confronti di 40 ricoverati”, “Idee stravaganti del Ministro Sirchia sul volontariato” e “Nel 2000 l’evasione fiscale ha raggiunto 210 milioni di euro”, n. 138, 2002.

## Note

(1) Cfr. l’articolo di Francesco Pallante “Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute”, *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 1, 2019.

(2) Nel documento del 6 luglio 2015 l’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha precisato che «*gli anziani malati cronici non*

*autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici».*

(3) Analoghi sono i dati forniti dai Rapporti redatti dal Ceis Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma.



## OMICIDI/SUICIDI E MALTRATTAMENTI

1. In merito agli omicidi/suicidi causati da gravi carenze dei servizi o dalla totale assenza di prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie, su “Prospettive assistenziali” sono stati pubblicati i seguenti articoli dal n. 182/2013 al n. 205/2019:

- “Ammazza la madre malata: “Non riesco più a curarla””, n. 182/2013;

- “Un omicidio/suicidio sulla coscienza di coloro che negano i vigenti diritti esigibili sul “durante e il dopo di noi””, n. 192/2015;

- “Altri omicidi/suicidi di anziani malati. Smettiamo di chiamarle vittime della disperazione. I Servizi non informano sul diritto alle cure sanitarie dei malati”, n. 201/2018;

- “Disabili e malati non autosufficienti: è epidemia di omicidi/suicidi e maltrattamenti. Ecco l’effetto della negazione delle prestazioni socio-sanitarie” a cura dell’Ulces, n. 202/2018.

2. In merito ai maltrattamenti gli articoli pubblicati su “Prospettive assistenziali” dal n. 169/2010 al n. 205/2019 sono i seguenti:

- “Altri gravissimi abusi individuati dai Nas nelle strutture ricettive per anziani”, n. 169/2010;

- “Rieti. Blitz nell’ospizio-lager: anziani legati e farmaci scaduti”, n. 169/2010;

- “Santa Marinella (Roma): morti asfissati due anziani segregati in un ripostiglio di una casa di riposo”, n. 169/2010;

- “Un altro istituto/lager per anziani in Sicilia”, n. 172/2010;

- “Indagine dei Nas: anziani maltrattati in una struttura residenziale di Bologna”, n. 174/2011;
- “Anziani non autosufficienti maltrattati in strutture a Sanremo e a Roma”, n. 177/2012;
- “Gli aberranti crimini commessi alla clinica Santa Rita di Milano: la sentenza di primo grado” di Giuseppe D’Angelo, n. 179/2012;
- “Sassari: truffa e sevizie ai malati di Alzheimer”, n. 180/2012;
- “Chiavari: ancora crudeli violenze a persone in gravi difficoltà ricoverate per esigenze terapeutiche”, n. 181/2013;
- “Clinica di Meta (Napoli) un altro lager per 37 disabili gravi” e “Terni: anziani picchiati e umiliati”, n. 183/2013;
- “Altri anziani maltrattati in strutture socio-sanitarie residenziali”, n. 185/2014; - “Ancora violenze subite da anziani malati cronici non autosufficienti”, n. 186/2014;
- “Altri maltrattamenti e abusi su anziani e minori ricoverati”, n. 191/2015;
- “Abusi inferti agli anziani: perché non è presa in considerazione la negazione delle cure socio-sanitarie ai vecchi malati cronici?”, n. 192/2015;
- “Si intensificano i casi di maltrattamenti nelle strutture di ricovero: latitano le istituzioni socio-sanitarie”, n. 193/2016;
- “Il disimpegno del Ministero della salute per prevenire e reprimere i maltrattamenti delle persone istituzionalizzate colpite da patologie e/o disabilità invalidanti e non autosufficienza”, n. 194/2016;
- “Continuano i maltrattamenti ai soggetti deboli nella totale indifferenza delle istituzioni”, n. 195/2016;
- “Numerosi e assai gravi i fatti avvenuti nel Veneto a

danno delle persone più deboli” e “Fino a quando proseguiranno i maltrattamenti delle persone più deboli e indifese?”, n. 197/2017;

- “Ancora sevizie e crudeltà ad anziani malati cronici non autosufficienti”, n. 198/2017;

- “Trattamenti indegni e degradanti a un anziano malato cronico non autosufficiente. La testimonianza della figlia «il nostro viaggio all’inferno»”, n. 199/2017;

- “La Regione Piemonte tace sulle terribili sevizie inferte da educatori e infermieri alle persone ricoverate a Borgo d’Ale (Vercelli)”, “Maltrattamenti in struttura sanitaria: umiliato e lasciato nudo nel corridoio. L’odissea e la rinascita di un «vuoto a perdere»” e “Ancora efferati maltrattamenti degli anziani degenti”, n. 200/2017;

- “Nessuna preventiva valutazione della personalità degli operatori: altre violenze sui più deboli”; “Altri anziani vittime di maltrattamenti” e “Altri omicidi/suicidi di anziani malati. Smettiamo di chiamarle vittime della disperazione. I servizi non informano sul diritto alle cure sanitarie dei malati”, n. 201/2018;

- “Ancora botte ai più deboli e ancora silenzio da parte delle istituzioni” e “Casa di cura fantasma sui colli romani: anziani malati confinati, una salma non dichiarata, attività milionaria sconosciuta al fisco”, n. 205/2019.

## **LA SCONCERTANTE VICENDA DEL VILLAGGIO DEL SUBNORMALE DI RIVAROLO (TORINO), ORA COMUNITA' LA TORRE**

Sono purtroppo numerose le associazioni cui aderiscono persone in gravi difficoltà che, invece di organizzarsi per pretendere dalle istituzioni i servizi e le prestazioni garantite dalla Costituzione, di fronte alle continue inadempienze degli enti pubblici tenuti ad intervenire, non rivendicano i diritti sanciti dalle leggi in vigore, magari temendo ritorsioni, e cadono nella trappola della gestione diretta.

E' una trappola in quanto, in concreto e in tutti i casi, come aveva evidenziato l'on. Domenico Rosati, già Presidente nazionale dell'Acli (cfr. "Avvenire" del 26 giugno 2002), il soggetto che *«realizza per conto del pubblico, in regime di contributo o di convenzione [...] diventa indispensabile per il pubblico, ma reciprocamente non può farne a meno»*. Infatti, come le esperienze italiane e straniere dimostrano da secoli, l'ente che affida attività a terzi, li può sempre condizionare sia nella prosecuzione dei contratti, sia in merito all'erogazione (tempi e importi) dei corrispettivi economici.

In sostanza è da sempre e per sempre praticabile il principio: chi paga, comanda, per cui la gestione di tutte le strutture private, nessuna esclusa, è condizionata dall'ente che le sovvenziona.

Inoltre, se l'associazione che tutela le esigenze vitali delle persone in gravi difficoltà, soprattutto se definitivamente e

totalmente non autosufficienti, costruisce o acquista beni immobiliari, corre il rischio di dover continuare ad utilizzare strutture superate e quindi non più idonee per gli utenti, com'è il caso del Villaggio del subnormale di Rivarolo, ora Comunità La Torre, edificato dall'Anffas, Associazione nazionale famiglie di fanciulli subnormali, ora Associazione nazionale di famiglie di persone con disabilità intellettive e/o relazionali.

Un'altra importantissima questione, da tenere attentamente presente, riguarda l'appoggio o meno delle comunità, locali e non, alla istituzione o meno di questa o quella tipologia dei servizi e delle strutture, soprattutto in relazione al sempre nefasto isolamento delle persone deboli, siano esse giovani o adulte o anziane.

Al riguardo, è noto da secoli che detto isolamento è sempre stato utilizzato dalle istituzioni italiane e straniere per negare, per quanto possibile in relazione agli effettivi condizionamenti sociali e politici, le esigenze di coloro che non erano in grado di autotutelarsi.

Pertanto, per evitare o almeno limitare l'emarginazione delle persone impossibilitate ad autotutelarsi a causa della gravità delle loro condizioni di salute, è della massima importanza ottenere il sostegno delle organizzazioni che operano per il rispetto delle loro necessità e, in particolare, quelle vitali.

## **Cronistoria del Villaggio del subnormale – Comunità La Torre**

1965 – L'Amministrazione provinciale di Torino, che in quel periodo aveva competenze in merito all'assistenza, pro-

getta la costruzione di una struttura di ricovero per 500 persone colpite da disabilità intellettiva grave e quindi con autonomia molto limitata o nulla, garantendo un finanziamento di 10miliardi delle ex lire. La struttura è concepita come una piccola città, con scuole e servizi riservati esclusivamente ai ricoverati.

29 marzo 1966 – A seguito della Tavola rotonda organizzata dall'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore, ora Ulces – Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, con la collaborazione di altre organizzazioni, l'Amministrazione provinciale di Torino rinuncia all'iniziativa.

15 luglio 1968 – L'Amministrazione provinciale di Torino, soprattutto a seguito della scandalosa situazione di Villa Azzurra (1), delibera la creazione di un istituto medico-psico-pedagogico per 144 minori disabili intellettivi ripartiti in 12 gruppi, una scuola per 144 interni e 56 esterni, un centro di osservazione, nonché i locali per i servizi generali. Anche questa iniziativa è stata abbandonata dalla Provincia di Torino a seguito degli interventi dell'Ulces, che propone e ottiene l'avvio di servizi e strutture non emarginanti.

1969-1970 – Avvio della raccolta delle firme per la presentazione al Parlamento della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici e sensoriali ed i disadattati sociali" (2). Nella prima presentazione al Senato (21 aprile 1970) sono state consegnate 66.420 firme. Successivamente ne sono state depositate altre 130mila. L'iniziativa popolare e le successive iniziative di sostegno hanno favorito notevolmente l'approvazione della legge 30 marzo 1971, n. 118, la prima normativa a tutela delle persone con disabilità.

1972 – Con la netta opposizione dell'Ulces e di altre orga-

nizzazioni, ma con l'appoggio dell'Anffas, l'Amministrazione provinciale di Torino istituisce un Istituto medico-psico-pedagogico, denominato Mainero, per 42 minori con disabilità intellettiva grave. Spende un miliardo delle ex lire, mentre, come aveva richiesto l'Ulces, con 200-250 milioni poteva acquistare e arredare 5-6 appartamenti per attivare 5-6 comunità alloggio (all'epoca denominate "focolari") in diverse zone di Torino.

14 novembre 1972 – Il Ministero dei lavori pubblici concede all'Anffas un mutuo di 500 milioni delle ex lire per la costruzione del villaggio di Rivarolo per 80 disabili intellettivi. Un altro mutuo di 383 milioni è erogato all'Anffas dallo stesso Ministero, mentre la Regione Piemonte versa a fondo perduto 250 milioni e l'Istituto bancario San Paolo di Torino sborsa anch'esso a fondo perduto 3 miliardi e 500 milioni delle ex lire.

4 marzo 1985 – Rispondendo ad una interpellanza del Consigliere Adriano Andruetto, l'Assessore all'assistenza della Provincia di Torino, Fernando Gattini precisa che «*il San Paolo ha chiesto niente a nessuno, né alla Regione, né a noi, né all'Asl*» e che nello stesso modo si è comportata l'Anffas nazionale.

18 marzo 1985 – Ventuno dirigenti di organizzazioni e di servizi (Acli Torino, Unione ciechi Piemonte, Coordinamento Comitati spontanei di quartiere, Scuola terapisti della riabilitazione dell'Asl Torino 1-23, Associazione italiana assistenza spastici, Ulces, Coordinamento delle comunità alloggio del Comune di Torino, Centro informazione politica economica, Gruppo inserimento sociale Usi 27, ecc.) prendono posizione contro la creazione della struttura di Rivarolo.

25 aprile 1985 – La Presidenza nazionale dell'Anffas, nella relazione relativa alla struttura di Rivarolo, evidenzia che *«non è purtroppo vero che la persona con handicap psichico nella maggior parte dei casi trovi giovamento dal proprio contesto familiare»*.

9 maggio 1985 – L'Assessore all'assistenza della Provincia di Torino, Fernando Gattini, scrive al Presidente nazionale dell'Anffas, protestando perché in merito al Villaggio *«tutto è stato deciso nella testa degli Enti che si interessano»* delle questioni relative alla disabilità intellettiva e precisando che, in base alle esperienze acquisite in merito alle comunità, l'Amministrazione provinciale di Torino ha scelto *«un numero non superiore ad otto utenti»* e che una struttura della stessa Provincia di Torino per 21 disabili intellettivi è stata sostituita da cinque comunità *«dove sono stati inseriti 7/8 utenti per ognuna»*. Pertanto l'Assessore Gattini afferma che *«piaccia o non piaccia, un centro per venti persone medio-gravi, come previsto da Voi, si configura già come un piccolo istituto e richiederà una gestione di servizi generali (vestiario, mensa, ecc.) di notevole proporzioni e costi elevati, mentre una comunità è più autonoma nella sua gestione, dall'acquisto delle vivande alla gestione in proprio della casa con l'attiva partecipazione degli utenti nell'autogestirsi la giornata, iniziando dalla preparazione del pranzo»*. Inoltre l'Assessore Gattini evidenzia che con i fondi disponibili l'Anffas poteva attivare *«certamente un minimo di dieci»* comunità per un totale di *«70/80 utenti e non per venti»*. Dopo aver segnalato che a Locana, Comune posto nelle vicinanze di Rivarolo, è in funzione *«una piccola comunità famiglia con 4/6 utenti»*, informa l'Anffas che la Provincia di Torino ha attivato dieci



comunità in diversi Comuni e che ne sono in allestimento altre otto, mentre sono operanti diciotto centri diurni per 20/25 utenti e altri 11 sono di prossima apertura.

26 luglio 1985 – Con un colpo di mano l'Assessore alla sanità e all'assistenza sociale della Regione Piemonte, Sante Bajardi del Pci, sottoscrive un accordo con l'Anffas, il Sindaco di Rivarolo, l'Ussl 38 ed i Sindacati Cgil, Cisl e Uil in cui sono previste, nell'ambito del Villaggio, le seguenti strutture: due comunità alloggio di 8 posti ciascuna per 12 disabili residenti nell'Ussl 38 o in altre viciniori e 4 provenienti da qualsiasi parte d'Italia; un centro diurno di 25 utenti, una sede per l'aggiornamento professionale degli operatori dell'Anffas con 34 posti letto per gli allievi, un centro di documentazione, alloggi per il direttore e il custode, nonché locali per una palestra, piscina, cucina e mensa.

18 ottobre 1987–Alla presenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, Giovanni Goria (che come Ministro del tesoro si era distinto per gli attacchi allo stato sociale e alle persone più deboli), viene inaugurato il Villaggio del subnormale.

Nell'occasione viene distribuito un volantino da parte del Comitato "No al Villaggio del subnormale di Rivarolo" (3) di cui riproduciamo integralmente il testo:

*«Siamo qui per ricordarvi*

**CHE NON È GIUSTO RINCHIUDERE GLI HANDICAPPATI IN ISTITUTO O STRUTTURE ASSIMILABILI. Noi non siamo d'accordo; non vogliamo emarginarli e nasconderli in ghetti, per il quieto vivere della società.**

**CHE RIVAROLO È UNA BATTAGLIA PERSA nella strada battuta in questi anni per l'inserimento degli handicappati,**

*perché calpesta il DIRITTO di queste persone a vivere in un normale contesto di vita, di studio, di lavoro.*

*CHE RIVAROLO ESISTE PERCHÉ: - risolve i problemi dell'ANFFAS; - risolve i problemi degli Enti pubblici; - lascia in pace la coscienza del cittadino comune; - è in linea con chi vuole emarginare fisicamente gli handicappati.*

*CHE L'ISTITUTO SAN PAOLO DI TORINO POTEVA DARE IL SUO CONTRIBUTO ALLE ALTERNATIVE AL RICOVERO che erano state proposte:*

*- almeno una comunità alloggio o un centro diurno (CST) per insufficienti mentali in ogni USSL;*

*- comunità alloggio per anziani e per minori handicappati.*

*Non dovete dimenticare*

*CHE I SERVIZI ASSISTENZIALI NEI RIGUARDI DEGLI HANDICAPPATI (E DEGLI ALTRI CITTADINI) vanno predisposti nel territorio di appartenenza, per non creare situazioni di deportazione assistenziale.*

*CHE IL PREVISTO INSERIMENTO DI ORFANI DI ALTRE REGIONI impedisce alle persone che saranno ricoverate di conservare i legami affettivi e i rapporti con fratelli, sorelle, altri parenti, anche di un solo genitore.*

*CHE OGNI USSL DEVE PROVVEDERE AI PROPRI ABITANTI, secondo uno dei principi fondamentali della riorganizzazione del settore assistenziale, NESSUNO ESCLUSO.*

*Ci dispiace*

*- che i più deboli siano sempre allontanati dalla società;*

*- che gli Enti locali subiscano e non programmino;*

*- che, in questo caso, le associazioni tutelino più se stesse che i diritti di chi dovrebbero difendere;*

*- CI DISPIACE PER TUTTI GLI HANDICAPPATI CHE FI-*

*NIRANNO IRRIMEDIABILMENTE RINCHIUSI NEL VILLAGGIO DEL SUBNORMALE A RIVAROLO».*

30 dicembre 1991 – Su proposta dell'Anffas l'Amministratore straordinario dell'Ussl 38 approva una delibera in cui – tenuto conto che la palestra e la piscina del Villaggio del subnormale, denominato “Comunità La Torre”, sono inutilizzate, la sede per l'aggiornamento degli operatori è quasi mai aperta, il centro diurno è frequentato da 10-12 disabili e funziona una sola comunità alloggio con 8 ospiti (la seconda è chiusa) – è prevista la destinazione della struttura alla creazione di una Rsa, residenza sanitaria assistenziale per il ricovero di 30 persone con disabilità e di 38 anziani prevalentemente non autosufficienti.

1995 – La Fondazione Anffas “Dopo di noi” intende ricavare nello spazio disponibile del terreno in cui sorge la “Comunità La Torre” 30 alloggi mono e bilocali, per i genitori con un figlio disabile a prezzi da 65 a 165 milioni. I genitori non ne acquistano la proprietà, ma solamente il diritto di abitarli. Per ottenere questo diritto devono versare il 50% del prezzo dell'alloggio; l'altro 50% deve essere depositato a favore della Fondazione quale prestito infruttifero, che verrà restituito agli eredi alla morte dei genitori; la Fondazione rientra nella piena proprietà dell'alloggio alla morte dei genitori. La persona con handicap continuerà a frequentare il centro diurno, mentre per l'inserimento nella struttura residenziale i genitori devono prendere accordi con gli enti di provenienza degli utenti per la stipula degli appositi accordi.

14 giugno 1995 – A conoscenza del progetto, pubblicato sul n. 2, marzo-aprile 1995 di “La Rosa Blu”, il Direttore dell'Usl e il Sindaco di Rivarolo scrivono alla Fondazione

“Dopo di noi” segnalando, in particolare, che *«non si ritiene che da parte Vostra sia possibile dare la “garanzia che il proprio figlio rimasto orfano sarà ospitato presso la Comunità La Torre”»*.

16 gennaio 2020 – Sul sito della Fondazione “Comunità La Torre-Anffas” viene segnalato che la Fondazione *«gestisce servizi che erogano prestazioni socio-sanitarie, di tipo diurno e residenziale, per la cura e la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e relazionale, dei loro familiari e/o legali rappresentanti, in stretta collaborazione con gli Enti pubblici (Comuni, Consorzi comunali, Asl)»*. Per quanto concerne i presidi Raf viene riferito quanto segue: *«Presso la Fondazione “Comunità “La Torre” sono attivi quattro nuclei Raf di dieci ospiti ciascuno più 4 posti per progetti specifici in Corso Indipendenza 126. I nuclei Raf hanno il compito di accogliere persone con disabilità intellettive con difficoltà specifiche di apprendimento accompagnate a limitazioni dello sviluppo cognitivo e della sfera emozionale associati a compromissioni di natura organica. La vita quotidiana all’interno di ciascuno dei nuclei Raf, possiede le caratteristiche tipiche di una situazione familiare; gli ospiti, nel rispetto delle basilari regole di convivenza, godono di spazi di autonomia con la possibilità di dedicarsi alle attività preferite; sono considerate opportunità significative per la crescita personale e di gruppo, anche attività come il riassetto della casa, i piccoli acquisti, la preparazione di alcuni semplici alimenti. Un gruppo appartamento di tipo A, in grado di ospitare 6 persone con disabilità intellettiva dove è presente un buon grado di autonomia per la gestione della quotidianità. Un Centro diurno riabilitativo, che ospita fino a 20 persone di-*

sabili e con sede a Rivarolo Canavese in Corso Indipendenza 126. Per ciascuno dei quattro nuclei Raf sono previsti Oss, educatori e infermieri professionali a garanzia di un intervento quantitativamente e qualitativamente attento ai bisogni di ciascuno degli ospiti dei nuclei stessi. Questi rapporti, nel rispetto della normativa vigente, sono costantemente garantiti durante le assenze del personale titolare con opportune sostituzioni. Tale rapporto assistenziale ed educativo consente la programmazione e l'effettuazione di interventi individualizzati. Gli ospiti vengono seguiti in tutte le attività quotidiane, promuovendo l'autonomia personale mediante interventi dedicati come previsto dai piani educativi individualizzati; in particolare si cura l'apprendimento, il miglioramento e la conservazione delle competenze delle autonomie nelle seguenti aree [...]».

Per quanto concerne la "Residenza Claudio" le informazioni sono le seguenti: «Nel gennaio 2007 la Fondazione "Comunità La Torre" Anffas Onlus stipula la convenzione con il Ciss 38 per l'affidamento in gestione della struttura "Residenza Claudio" per venti anziani in condizione di svantaggio sociale, non autosufficienti, nucleo già presente nella struttura dal 2001 e con la gestione dello stesso tramite appalto di cooperative. Dal 15 gennaio 2012 con voltura la Fondazione "Comunità La Torre" Anffas Onlus diviene direttamente proprietaria e gestore dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento, della Residenza Claudio. La Residenza si trova al primo piano di un'ala della struttura della Fondazione, con accesso indipendente a lato del Campanile di San Desiderio, comunemente chiamata torre, simbolo della Fondazione. Un nucleo, Residenza Claudio, per anziani non autosufficienti

*in situazione di svantaggio sociale (...) ha l'obiettivo di fornire accoglienza, prestazioni assistenziali e di recupero a persone in condizioni psico-fisiche di non-autosufficienza di bassa, di medio-bassa e di media intensità. Il servizio rappresenta una risposta fondamentale per gli anziani che per scelta o per necessità non possono più vivere completamente soli nella propria abitazione, per la mancanza della capacità di provvedere completamente alla cura di sé stessi, all'igiene dell'ambiente domestico, oppure alle piccole faccende di tutti i giorni. L'inserimento può avere carattere temporaneo o definitivo. La struttura ha una disponibilità di venti posti letto suddivisi in camere singole e doppie».*

## **Note**

(1) Cfr. il libro di Alberto Gaino, *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2017.

(2) Sulla questione del disadattamento sociale la posizione dell'Ulces è stata profondamente modificata a seguito dei dibattiti svoltisi per la raccolta delle firme.

(3) Contro il Villaggio dell'Anffas era stato costituito un Comitato del quale facevano parte: F. Gattini, Assessore all'assistenza della Provincia di Torino; Lega per le autonomie locali; F. Santanera, Presidente dell'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale; E. Venesia, Coordinatrice socio-assistenziale del Comune di Torino; M. Faloppa, Insegnante comandata dal Ministero della pubblica istruzione presso l'Anffas di Torino per seguire i problemi scolastici degli handicappati; G. Callegari, Coordinatore della Scuola Educatori specializzati e dei Centri socio-terapeutici per handicappati del Comune di Torino; M. Mancini, Consigliere Provincia di Torino del Pci; G. Gardiol, Consigliere Provincia di Torino di Dp; A. Andruetto, Consigliere Provincia di Torino della Sinistra indipendente; M. Lucà, Presidente provinciale delle Acli; L. Massa, Segretario regionale piemontese della Lega per le autonomie locali; D. Vanara, Responsabile dell'Ufficio Coordinamento handicappati della Provincia di Torino; E. Gaveglio, Coordinatore

socio-assistenziale del Comune di Torino; P. Maggiorotti, Responsabile Area Educazione Sanitaria USL Torino 1-23 e Presidente del Coordinamento Para e Tetraplegici; V. Bozza, Consiglio direttivo della Sezione Anffas Torino e rappresentante sindacale Funzione pubblica Cgil; R. Foti, Funzionaria della Regione Piemonte addetta alla Formazione professionale degli handicappati; S. Bonnet, Vice Presidente della Sezione Aias di Torino; R. Tarditi, Lega per il diritto al lavoro degli handicappati; R. Rubin Saglia, Coordinamento Comitati spontanei di quartiere; G. Tedeschi, Centro Informazioni Politiche ed Economiche; B. Guidetti Serra, Consigliere Comune di Torino di Dp; C. Montefalchesi e C. Baffert, Consiglieri Comune di Torino della Sinistra indipendente; G. Ardito, Capogruppo PCI del Consiglio provinciale di Torino; D. Imarisio, Coordinamento Comunità alloggio del Comune di Torino; A. Tassinari, Coordinatrice Scuola Superiore Servizio Sociale; M. Guerrini, Funzionario del Comune di Torino; G. Tarditi, Direttore Scuola Terapisti della riabilitazione dell'Ussl Torino 1-23; C. Brucato, Coordinamento Servizi di Neuropsichiatria infantile; G. De Leo, Segretaria regionale piemontese della Società italiana di Neuropsichiatria infantile e Coordinatrice dei Servizi di Neuropsichiatria infantile di territorio dell'Usl Torino 1-23; R. Pettigiani, Coordinatrice progetto minori del Comune di Torino; R. Bertani, Coordinamento Affidamenti familiari del Comune di Torino; C. Cattaruzzi, Coordinatrice Centro sociale della Circoscrizione 3 di Torino; C. Meda, Coordinamento problemi con Autorità giudiziaria del Comune di Torino; M. Peirone, Coordinatrice Scuola Educatori Firas di Torino; P. Rollero, Ispettore scolastico e Giudice onorario della Corte di Appello, Sezione minorenni di Torino; E. Zagaria, psicologa Ussl 24; Gruppo 23 Operatori dell'Ussl 24; F. Malerba, Gruppo inserimento sociale Ussl 27; G. Carena, Coordinatore Servizi sociali Comune di Torino; G. Salatino, Presidente provinciale di Torino dell'Unione italiana ciechi; E. Boni, Coordinamento Autogestione Handicappati; G. Pallavicini, Presidente Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie; P. Otelli, Csa Ussl 39 - Chivasso; Gruppo 15 Operatori Usl 1-23 Torino e Comune di Torino; G. Piraccini e A. M. Cappelli, Direttori didattici Torino; P. L. Quaregna, A. Novallet e S. Manzi, Segreteria Cgil Scuola Torino.





## SECONDA PARTE

# **RISULTATI POSITIVI DEL VOLONTARIATO DEI DIRITTI DAL 1962 AL 2020**

Il volontariato dei diritti:

58 anni di risultati positivi che hanno cambiato la vita di decine di migliaia di persone non autosufficienti (minori privi dell'indispensabile sostegno genitoriale e/o parentale, soggetti con disabilità intellettiva grave, adulti e anziani malati cronici con limitatissima o nulla autonomia, infermi colpiti dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile) e dei loro nuclei familiari.



## PRINCIPI ETICI E GIURIDICI DEL VOLONTARIATO DEI DIRITTI

Basi del volontariato dei diritti, praticato da organizzazioni (associazioni, fondazioni, ecc.), da persone singole o da gruppi sono:

- il rispetto dei principi della nostra Costituzione, analoghi a quelli espressi dal Decreto dell'Apostolato dei laici, approvato dal Consiglio Ecumenico Vaticano II, al fine di ottenere il concreto riconoscimento della piena dignità personale e sociale di tutti gli esseri umani, nessuno escluso. Infatti la nostra Costituzione stabilisce al secondo comma dell'articolo 3 che *«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 (...)»*, mentre il Concilio esprime la necessità che *«siano anzitutto adempiuti gli obblighi di giustizia perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è dovuto a titolo di giustizia; si eliminino non soltanto gli effetti ma anche le cause dei mali; l'aiuto sia regolato in tal modo che coloro i quali lo ricevono vengano, a poco a poco, liberati dalla dipendenza altrui e diventino sufficienti a sé stessi»*.

- l'effettiva attuazione della nostra Costituzione, anche nei confronti dei cittadini più deboli e indifesi, al fine di ottenere il riconoscimento concreto della piena dignità personale e sociale di tutti gli esseri umani, nessuno escluso;

- la messa in atto delle azioni democratiche dirette a bloc-

care ogni forma di razzismo (1), di intolleranza, di diffamazione e di svalutazione delle esigenze, spesso indifferibili, delle persone non autosufficienti, in particolare quelle che – a causa della gravità delle loro condizioni di salute – non sono nemmeno in grado di esprimere le loro necessità vitali;

- l'assoluta autonomia, anche economica, rispetto alle istituzioni e la non accettazione di privilegi o di favoritismi di qualsiasi genere;

- il rispetto assoluto delle norme di legge relative alla riservatezza dei dati personali;

- la totale gratuità delle consulenze fornite dai volontari. Sono altresì completamente a carico del volontariato dei diritti i costi sostenuti per le iniziative intraprese nei confronti degli enti pubblici e privati tenuti a fornire prestazioni esigibili in base alle leggi vigenti;

- il divieto della gestione di servizi di qualsiasi natura;

- l'assenza totale di vincoli per quanto riguarda i finanziamenti ricevuti.

## **Metodi di lavoro del volontariato dei diritti**

Dal 1962, anno in cui è stata costituita l'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affilianti, identici sono

---

(1) Nell'approfondimento contenuto nell'Enciclopedia Treccani, in merito alla parola "razzismo", Sergio Parmentola precisa quanto segue: «È antichissima, invece, la tendenza a discriminare i 'diversi' (nazioni, culture, classi sociali inferiori), e la principale funzione del razzismo, in tutte le varianti, fu sempre di giustificare qualche forma di discriminazione o oppressione».

i valori del volontariato dei diritti perseguiti:

- dall'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, fondata nel 1965 con la denominazione di Unione italiana per la promozione dei diritti del minore;
- dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) operativo dal 1970 (\*) ;
- dalla Fondazione promozione sociale, funzionante dal 2003.

Ai sensi dei principi giuridici in precedenza precisati, il metodo di lavoro delle sopracitate organizzazioni è stato, ed è, fondato sulle seguenti regole:

- valutazione delle esigenze delle persone in gravi difficoltà o non autosufficienti sulla base delle informazioni fornite dalle persone interessate e/o da coloro che le rappresentano;

---

(\*) Attualmente (dicembre 2020) fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione "Luce per l'autismo" ODV, Torino; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

- individuazione delle vigenti norme di legge con particolare attenzione a quelle che stabiliscono diritti esigibili;
- approfondito esame delle concrete possibilità di intervenire conseguendo risultati positivi;
- identificazione delle procedure da intraprendere, compresa l'eventuale necessità della richiesta all'Autorità giudiziaria della nomina di un Amministratore di sostegno o di un tutore, designato dall'interessato e/o dai suoi congiunti;
- ricerca delle possibili alleanze e segnalazione delle false notizie.

## **Attività formative del volontariato dei diritti**

Con la consulenza scientifica della Fondazione promozione sociale e la collaborazione delle organizzazioni aderenti al Csa e, in particolare, dell'Ulces, l'Associazione promozione sociale pubblica la rivista trimestrale "Prospettive assistenziali", che esce ininterrottamente dal 1968 (\*); edita altresì il notiziario bimestrale "Controcittà" il cui primo numero risale al 1976.

Attualmente (dicembre 2020) sono le uniche pubblicazioni sul volontariato dei diritti che forniscono informazioni utili

---

(\*) A partire dal n. 216, ottobre-dicembre 2021, la rivista ha una nuova veste grafica, è edita dall'Unione per la promozione sociale, è diretta da Andrea Ciattaglia e la nuova testata è "Prospettive - I nostri diritti sanitari e sociali". La sede rimane in 10124 Torino, via Artisti 36, tel. 389-4352479, [info@prospettiverivista.it](mailto:info@prospettiverivista.it), [www.prospettiverivista.it](http://www.prospettiverivista.it). Continua la pubblicazione di "ControCittà".

in merito alle persone in gravi difficoltà con particolare riferimento ai complessi problemi dei malati non autosufficienti.

Sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) sono riportati tutti gli articoli pubblicati ad esclusione degli ultimi otto numeri di "Prospettive assistenziali" e delle due ultime annate di "Controcittà". Altre notizie assai importanti per conoscere il lavoro informativo e promozionale svolto dal volontariato dei diritti sono contenute nelle proposte di legge di iniziativa popolare e nelle petizioni i cui testi sono riportati su "Prospettive assistenziali". Assai frequenti e molto utili i confronti verbali e scritti con associazioni del volontariato caritatevole, sindacati, esperti: i relativi resoconti sono stati spesso pubblicati su "Prospettive assistenziali".

## **RISULTATI OTTENUTI DAL VOLONTARIATO DEI DIRITTI DAL 1962 AL 2020**

Segnaliamo i principali risultati conseguiti a partire dal 1962 dal volontariato dei diritti, riportando quelli:

1. dell'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie;
2. dell'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore, ora Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale;
3. della Fondazione promozione sociale e di alcune organizzazioni aderenti al Csa.

In sintesi, sono precisate le situazioni esistenti all'avvio delle attività delle sopra citate organizzazioni, situazioni descritte e analizzate più approfonditamente nella parte prima relativa alla situazione degli anni '60.

Come dovrebbe essere ovvio da sempre, la sicurezza di ricevere prestazioni adeguate alle proprie esigenze consiste nella presenza di leggi che assicurino pieni e, se necessario, immediati diritti esigibili. Inoltre occorre che siano utilizzati strumenti e procedure idonei ad ottenerne la corretta e tempestiva attuazione.

Altro elemento fondamentale è la disponibilità di sufficienti risorse economiche, tali da consentire l'erogazione delle prestazioni riconosciute dalla legge come diritti esigibili.

Al riguardo, nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale ha evidenziato che «*secondo un principio desumi-*



bile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l’altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”** (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto».

A sua volta, nella sentenza n. 275/2016 la Corte costituzionale ha precisato che «il diritto all’istruzione del disabile è consacrato nell’articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall’articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel “rispetto di un nucleo indefettibile di garan-

zie per gli interessati” (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l’effettività del medesimo diritto». **La sentenza n. 275/2016 sancisce inoltre che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».**

In conclusione, il volontariato dei diritti, per rendere efficaci le iniziative da intraprendere, deve operare in due direzioni:

- una di natura promozionale volta ad ottenere leggi idonee;
- una seconda, strettamente collegata con la prima, diretta alla difesa dei diritti delle persone, in primo luogo quelle non autosufficienti, alle quali le istituzioni negano o ritardano le prestazioni stabilite dalle leggi vigenti. Questa attività, in genere assai semplice e non costosa (ad esempio, la garanzia di idonee prestazioni domiciliari, l’opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura private di infermi adulti o anziani malati cronici non autosufficienti e la richiesta della continuità diagnostica e terapeutica sancita dalla legge 833/1978, la richiesta di centri diurni e comunità alloggio per le persone con disabilità intellettiva e/o autismo aventi limitatissima o nulla autonomia e non inseribili al lavoro), consente ai gruppi di volontariato dei diritti e ai cittadini di conoscere il reale comportamento degli enti e, quindi, di assumere le occorrenti azioni operative, nonché, in determinati casi, la presentazione di ricorsi alle competenti autorità giudiziarie.

## **IMPORTANZA DEI RICORSI ALLA MAGISTRATURA E DELLE SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE**

Sul sito della Fondazione promozione sociale onlus ([www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)) sono segnalati i più “Importanti provvedimenti sui diritti delle persone colpite da patologie e/o da disabilità con autonomia limitatissima o nulla”, comprese le sopra citate sentenze della Corte costituzionale n. 509/2000 e 275/2016.

Mentre ricordiamo la possibilità per le persone con difficoltà economiche di ricorrere senza alcun costo alla magistratura utilizzando le norme del gratuito patrocinio, evidenziamo che, a seguito del ricorso presentato al Tribunale di Torino da Vincenzo Bozza, Presidente dell’Utlim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, organizzazione che fa parte del Csa, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 152/2020, ha imposto l’aumento dell’importo mensile delle pensioni – erogate a decine di migliaia di invalidi civili totali – da euro 286,81 a euro 651,51 per 13 mensilità (1).

Un altro risultato estremamente positivo per tutte le persone colpite da disabilità era stato ottenuto in seguito al ricorso presentato al Tar del Lazio in data 19 novembre 1983 dai genitori di Carla, diciottenne portatrice di handicap poiché, secondo gli insegnanti, non avrebbe tratto alcun profitto dalla frequenza della scuola media superiore.

Preso in esame l’ordinanza del Tar del 28 novembre 1984,

la Corte costituzionale, con sentenza n. 215/1987 aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 28, terzo comma della legge 118/1971 nella parte in cui, con riferimento agli alunni con disabilità, disponendo che le parole «sarà *facilitata*» la frequenza degli invalidi e mutilati alle scuole medie e superiori, e l'università, dovevano essere sostituite dalla frase «è *assicurata*» (2) .

In merito alle sentenze dei Tar, Tribunali amministrativi regionali, e del Consiglio di Stato, occorre rilevare che ultimamente sono stati assunti provvedimenti decisamente negativi per le persone deboli e assolutamente inaccettabili per le insensate motivazioni.

In particolare segnaliamo che il Consiglio di Stato con la sentenza n. 1858/2019 ha valutato positivamente il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Gentiloni del 12 gennaio 2017, che sancisce la creazione di un separato servizio sanitario di serie B, in cui è previsto il confinamento dei malati cronici non autosufficienti, siano essi giovani, adulti o anziani, sulla base dell'affermazione secondo cui per tutti o quasi tutti questi infermi è valida «*l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza*» (3).

Sbrigativa la sentenza del Tar del Piemonte n. 501/2019. Infatti, viene affermato che «*non può certo sostenersi che tutte le persone non autosufficienti abbiano, per ciò stesso, diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l'inserimento in strutture residenziali di soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture*

*semiresidenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto insopportabile per l'enorme dilatazione del numero di posti letto che comporterebbe». I Giudici si sono semplicemente dimenticati che l'articolo 23 della Costituzione afferma che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e che mai il Parlamento ha approvato norme per imporre ai congiunti dei malati, compresi quelli non autosufficienti, l'erogazione di prestazioni sanitarie, obbligatoriamente a carico del Servizio sanitario che, ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978, deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali ne siano le cause la fenomenologia e la durata» (4).*

## NOTE

(1) Il ricorso era stato presentato da Enzo Bozza, quale tutore della figlia con disabilità intellettiva gravissima, sostenendo che l'allora vigente importo della pensione di inabilità non rispettava il primo comma dell'articolo 38 della Costituzione in base al quale «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento (...)». Mentre il ricorso era stato respinto dal Tribunale, la Corte d'Appello di Torino, Sezione lavoro, aveva sollevato la questione di legittimità costituzionale. In merito è anche intervenuto il Governo con il decreto legge n. 104/2020.

(2) Cfr. l'articolo di Marisa Pavone, "Handicappati non più clandestini nelle scuole medie superiori comuni. Una importante sentenza della Corte costituzionale", *Prospettive assistenziali*, n. 82, 1988, in cui è riportata integralmente la sentenza n. 215/1987.

(3) Nel volume di Costantino Cipolla, *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, 2005, alla pagina 76 viene puntualizzato che «una malattia cronica è una malattia che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo, né giungono a miglioramento. Secondo la definizione del National Commis-

*sion in Cronich Illness, sono croniche tutte quelle patologie “caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche”».*

(4) Come richiesto fin dal 1970 dalla proposta di legge di iniziativa popolare “Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e per i disadattati sociali”, presentata al Senato con oltre 200 mila firme apposte ciascuna di esse alla presenza di un notaio o di un cancelliere o di un segretario comunale che le convalidava immediatamente una per una, continua ad esserci l'urgente necessità di promuovere la volontaria disponibilità dei familiari o di terze persone, idonee a garantire una presenza attiva 24 ore su 24 non solo per rispondere alle esigenze del paziente, ma anche per evitare di incorrere nel reato di abbandono di incapace, nei casi di auto o etero lesionismo. Ovviamente il Servizio sanitario dovrebbe non solo garantire le prestazioni mediche e infermieristiche, ma anche corrispondere un contributo economico per il pagamento delle persone che sostituiscono la persona che ha assunto l'impegnativo compito di garantire la permanenza a domicilio, alla quale evidentemente non si può richiedere di impegnarsi 24 ore al giorno.

## **PRINCIPALI ATTIVITÀ SVOLTE DALL'ANFAA E BASILARI RISULTATI RAGGIUNTI**

Anche se da molte persone e organizzazioni viene segnalato che le iniziative di base dirette contro l'emarginazione dei più deboli sono state avviate nel 1968, in realtà i primi interventi sono stati quelli dell'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affilanti (1), ora Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, fondata a Torino nel dicembre 1962, anno in cui i minori ricoverati negli istituti a carattere di internato erano oltre 300mila, di cui ben 21 mila non erano stati riconosciuti dai loro procreatori.

Pertanto questi ultimi avrebbero potuto/dovuto essere affidati a scopo di adozione o di affiliazione dopo poche settimane dalla nascita alle assai numerose famiglie italiane e straniere, in attesa spesso da anni.

Al riguardo occorre tener presente che negli anni '60 erano oltre 50mila gli enti e gli uffici pubblici di assistenza, il cui funzionamento mangia-soldi era assicurato dalla presenza degli assistiti (minori, fanciulli e adulti con disabilità, anziani poveri e/o colpiti da patologie inguaribili e da limitata o nulla autonomia, ecc.) (2).

Allo scopo di individuare gli interventi da assumere, i dirigenti ed i Soci attivi dell'Anfaa, come prima attività, presero in attenta considerazione non solo le condizioni di vita degli oltre 300 mila minori ricoverati negli istituti, spesso veri e propri lager, ma altresì l'esame della situazione politico-istituzionale esistente nel nostro Paese.

Per quanto concerne i minori istituzionalizzati, era stata sconcertante la constatazione che da anni erano note le numerose ricerche scientifiche che avevano evidenziato i deleteri effetti della carenza di cure familiari sul loro sviluppo psico-fisico.

In particolare, occorre sottolineare che nel 1957 l'Editrice Universitaria di Firenze aveva pubblicato il libro "Cure materne e igiene mentale del fanciullo", il cui Autore, John Bowlby, riferiva in merito alle numerose ricerche compiute in vari Stati, dai quali emergeva senza alcuna ombra di dubbio che assai negativi e persistenti erano i deleteri effetti della carenza di cure familiari sullo sviluppo psico-fisico dei fanciulli istituzionalizzati, compresi quelli inseriti in strutture con personale idoneo professionalmente e adeguato numericamente alle esigenze dei minori ricoverati.

Nonostante l'estrema gravità dei risultati dei lavori del Bowlby, confermati da numerosi altri esperti, nessuno in Italia era intervenuto a segnalare le devastanti conseguenze per i 300 mila minori ricoverati in strutture a carattere di internato, spesso veri e propri ghetti.

In merito alla situazione politico-istituzionale, tenuto conto dell'influenza della Democrazia cristiana e della Chiesa cattolica, nonché del fortissimo potere dei 50 mila enti e uffici pubblici di assistenza e della influenza, anche culturale, del settore privato, l'Anfaa aveva deciso di evitare che le iniziative da intraprendere a tutela delle esigenze vitali dei fanciulli istituzionalizzati diventassero un terreno di scontro fra i partiti di maggioranza e di opposizione.

Scelse pertanto di concentrare le attività sulla massima diffusione possibile delle evidenze scientifiche che dimostravano la devastante gravità dell'istituzionalizzazione dei



minori anche in tenera età.

Di qui la scelta dell'Anfaa di chiedere più volte al Prof. Michel Soulé, pediatra e neuropsichiatra infantile del Centro internazionale dell'infanzia di Parigi, di venire nel nostro Paese a relazionare sui temi della carenza di cure familiari. Venne quindi condotta una martellante campagna informativa (convegni, dibattiti, documenti, articoli, ecc.) per cui le problematiche relative all'istituzionalizzazione dei minori vennero conosciute da decine di migliaia di persone e divennero anche materia di articoli su giornali e riviste informative, nonché di dibattiti televisivi (3).

Di conseguenza un gruppo sempre più numeroso e documentato di nostri esperti (giuristi, neuropsichiatri infantili, psicologi, ecc.) e di operatori confermavano i deleteri effetti dell'emarginazione minorile.

Di particolare importanza la costituzione a Parigi, promossa dall'Anfaa, il 21 aprile 1963 del Comitato internazionale di intesa fra le associazioni di famiglie adottive della Francia, del Belgio, del Lussemburgo e successivamente della Svizzera, dell'Olanda, degli Stati Uniti e del Canada che, fra le altre iniziative, si era rivolto al Concilio Ecumenico Vaticano II al fine di ottenere una dichiarazione a favore dell'inserimento familiare dei bambini soli.

Va altresì segnalato che nei mesi di luglio e agosto 1965 l'Anfaa aveva inviato a circa duemiladuecento Padri conciliari una lettera/appello che aveva contribuito ad ottenere l'inserimento nel decreto sull'Apostolato dei Laici del Concilio Ecumenico Vaticano II della seguente frase: «*Fra le varie opere di apostolato familiare ci sia concesso di enumerare le seguenti: adottare come figli propri i bambini in stato di abbandono*». Al riguardo va evidenziato che

l'espressione latina del testo «*Infantes derelictos in filios adoptare*» dice molto di più della traduzione italiana. Infatti "In filios" esprime, e giustamente, la risultanza effettiva di piena filiazione, mentre "come figli" può sembrare un semplice paragone (4).

La citata importantissima dichiarazione del Concilio Ecumenico Vaticano II, il competente e attivo sostegno di giuristi, medici, psicologi e altri operatori, nonché le continue pressanti e forti sollecitazioni dell'Anfaa avevano consentito, senza però modificare le allora vigenti norme sull'adozione tradizionale e sull'affiliazione, l'approvazione della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante dei minori «*privi di assistenza materiale e morale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi*», aventi meno di anni otto al momento della segnalazione della loro situazione all'Autorità giudiziaria (5).

L'impegno dell'Anfaa non era certamente finito con l'approvazione della legge 431/1967. Infatti numerose e intense erano state le opposizioni.

In particolare, con circolare datata 11 settembre 1967, l'Ufficio IV del Ministero di grazia e giustizia aveva addirittura segnalato che «*in merito ai problemi tecnici e organizzativi posti dall'applicazione della legge 5 giugno 1967 n. 431 sull'adozione speciale*» era opportuno che «*si soprasse- desse dal prefissare meccanismi di applicazione particolare*» fino a quando non sarebbe stato reso noto l'esito delle iniziative in corso riguardanti studi e incontri anche di carattere interdisciplinare.

Tenuto conto delle iniziative dirette a contrastare l'adozione dei bambini senza famiglia (6), l'Anfaa aveva richiesto il sostegno di organizzazioni e persone affinché

promuovessero incontri o predisponessero articoli o altre iniziative al fine di sollecitare le istituzioni interessate (giudici tutelari, magistrati della Procure e dei Tribunali per i minori, enti pubblici, ecc.) ad assumere le occorrenti iniziative dirette al corretto e tempestivo inserimento adottivo dei fanciulli senza famiglia (7)

Poiché le decisioni relative all'adozione dei minori erano troppo spesso assunte con notevoli ritardi da parte dei Tribunali per i minorenni, l'Anfaa aveva predisposto un testo, presentato dall'On. Macchiavelli e approvato dal Parlamento con la legge n. 181/1968 che aveva modificato positivamente la situazione dei Tribunali per i minorenni di Firenze, Milano, Napoli, Palermo, Roma e Torino, stabilendo che tutti i giudici dovevano operare a tempo pieno, non essendo più consentito che essi potessero svolgere funzioni presso altri uffici giudiziari. Era inoltre stabilito che per i Tribunali e le Procure per i minorenni di Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Catanzaro, Genova, Lecce e Venezia le norme sopra indicate dovevano essere applicate solamente ai Presidenti dei Tribunali per i minorenni ed ai relativi Procuratori.

Tuttavia, nonostante i miglioramenti derivanti dalla legge n. 181/1968, i ritardi causati dalla disorganizzazione dei Tribunali e delle Procure per i minorenni erano sempre di più inaccettabili.

Pertanto, presi gli opportuni accordi con l'Unione italiana dei Giudici per i minori, un'assistente sociale dell'Anfaa e alcuni soci si erano recati presso tutti i Tribunali per i minorenni al fine di acquisire una adeguata e sicura conoscenza della situazione.

Dalle interviste effettuate e dai dati raccolti erano state riscontrate condizioni di lavoro assolutamente negative: insufficienza del personale (magistrati, cancellieri e segretari), necessità del riconoscimento dell'autonomia dei Tribunali e delle Procure e conseguenti esigenze della specializzazione di tutti i magistrati minorili, nonché urgenza della stabile collaborazione con specialisti (psicologi, assistenti sociali, ecc.). Erano state addirittura riscontrate carenze riguardanti i locali e la mancanza di scrivanie, di sedie, di macchine da scrivere e altre attrezzature (8).

Dopo continue e ripetute sollecitazioni dell'Anfaa e dell'Uipdm (ora Ulces), la pubblicazione di articoli su giornali e riviste, finalmente veniva approvata la legge n. 35/1971, in base alla quale tutti i magistrati dei Tribunali e delle Procure per i minorenni erano a tempo pieno e la loro consistenza numerica era stata aumentata da 62 a 126 (9).

Fra gli altri importanti risultati ottenuti dall'Anfaa si segnalano i seguenti (10):

- promozione della costituzione del Ciai, Centro italiano per l'adozione internazionale, con lo scopo di avviare le iniziative necessarie sia per l'adozione in Italia dei bambini senza famiglia dei Paesi in via di sviluppo, sia per sensibilizzare, in Italia e all'estero, l'opinione pubblica, gli operatori e le Autorità, alle problematiche dei fanciulli senza famiglia, in modo da indurre le Autorità dei Paesi stranieri ad assumere le occorrenti iniziative (sostegni alla famiglia di origine, adozione, ecc.);
- azione nei confronti del Governo e del Parlamento diretta ad evitare la ratifica da parte dell'Italia della Convenzione relativa al riconoscimento della filiazione materna dei mi-

nori nati fuori dal matrimonio, redatta dalla Commissione internazionale dello stato civile. In base a detta Convenzione il rapporto di filiazione, che allora – come adesso – viene stabilito mediante il riconoscimento effettuato dalla madre, sarebbe stato effettuato anche a seguito di una semplice dichiarazione fatta da qualsiasi persona, pur in contrasto con la volontà della madre stessa (11);

- azioni dirette all'approvazione di provvedimenti per l'erogazione di aiuti concreti alle famiglie in difficoltà socio-economiche allo scopo di evitare l'istituzionalizzazione dei loro figli;

- attività volte alla tempestiva e corretta informazione dei figli adottivi in merito alla loro situazione familiare;

- l'approvazione con la legge n. 274/1968 della proposta di legge, presentata, su iniziativa dell'Anfaa, dall'On. Martuscelli, in base alla quale sono state modificate le norme dell'ordinamento dello stato civile per quanto concerne le indicazioni "nato presumibilmente nel mese di" (il giorno non era indicato) e "luogo di nascita ignorasi", indicazioni che erano trascritte nei certificati di nascita, nelle pagelle scolastiche, nei passaporti, nei libretti di lavoro e in tutti gli altri documenti rilasciati a coloro che erano stati abbandonati in tenera età e non identificati.

## NOTE

(1) L'affiliazione, istituto giuridico istituito dal fascismo, aveva lo scopo primario di fornire come mano d'opera gratuita i minori senza famiglia soprattutto ai contadini, senza stabilire alcun rapporto stabile. Difatti essi cessavano giuridicamente al compimento del 21° anno di età. L'affiliazione veniva utilizzata anche per stabilire rapporti giuridici fra i genitori con i loro figli allora denominati adulterini, oppure per instaurare un vincolo con i fan-

ciulli che non potevano essere adottati in quanto l'età minima prevista dalla legge per ciascun adottante (la moglie e il marito) era di 50 anni, riducibile a 40 nei casi di comprovata sterilità o impotenza. L'adozione era da decenni utilizzata perché «*col sistema dell'adozione la falcidia fiscale successoria si riduce economicamente*», come aveva precisato Carlo Manera nel libro "Eredità senza tasse", La Tipografia di Varese, 1963.

(2) Notizie dettagliate sulle "Caratteristiche salienti dell'assistenza sociale negli anni '60" sono riportate nella rivista "Prospettive assistenziali", consultabile sul sito della Fondazione promozione sociale.

(3) Non risulta nemmeno che, prima delle iniziative assunte dall'Anfaa, siano stati pubblicati commenti o recensioni del libro del Bowlby sia nelle riviste scientifiche che in quelle divulgative.

(4) Finora (dicembre 2020) sono stati adottati oltre 200mila minori italiani o stranieri.

(5) Notizie dettagliate sulle attività svolte dall'Anfaa per ottenere la legge 431/1967 e la sua corretta attuazione sono contenute nel libro di Francesco Santanera, "Adozione a bambini senza famiglia. Le iniziative dell'Anfaa", Manni Editore, 2003. Nel libro, che riproduce articoli pubblicati su "Prospettive assistenziali", sono ricordate le numerose persone e organizzazioni che hanno sostenuto le richieste dell'Anfaa. Per una documentata conoscenza dei minori ricoverati negli istituti negli anni '60, si veda il libro di Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera, *Il Paese dei Celestini, Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, 1973. Esperienze di ex ricoverati sono descritte nei seguenti libri: Nunzia Coppedè, *Al di là dei girasoli* (Cottolengo di Roma), Edizione "Sensibili alle foglie", 1992; Emilia De Rienzo e Claudia De Figueredo, *Anni senza vita al Cottolengo* (di Torino), *Il racconto e le proposte di due ex ricoverati*, Rosenberg & Sellier, 2000; Giuseppe Fucci, *Infanzia calpestata. Adolescenza rubata* (Istituto dei Celestini di Prato), Casa Editrice Menna, 2011.

(6) A causa del boicottaggio del Ministero di grazia e giustizia, l'Anfaa e l'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore avevano provveduto alla stampa e all'invio ai Giudici tutelari di migliaia di copie delle "Schede nominative di minore di anni 21" utilizzate per la segnalazione dei fanciulli ricoverati negli istituti e la successiva trasmissione ai Tribunali per i minorenni. Cfr. il n. 2/1967 di "Attualità e notizie dell'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore".

(7) Nel citato libro "Adozione e bambini senza famiglia" sono elencati i principali convegni organizzati dopo l'entrata in vigore della legge 431/1967 (pag. 242 e seguenti), i più importanti articoli (pag. 268 e seguenti), le due

trasmissioni televisive (pag. 286 e 287), le proposte di legge (pag. 288 e seguenti), nonché le iniziative assunte dall'Anfaa e dall'Unione per la promozione dei diritti del minore.

(8) Un resoconto dettagliato dell'indagine svolta dall'Anfaa è reperibile nell'articolo di Francesco Santanera, *Funzionalità degli Uffici giudiziari minorili in relazione all'applicazione della legge sull'adozione speciale*, Maternità e infanzia, n. 5, 1969. Analoghe le carenze riscontrate dall'Anfaa nell'indagine conoscitiva sugli Uffici dei Giudici tutelari, condotta con il metodo del questionario.

(9) Da notare che nel 1971 i magistrati in servizio erano 6.882.

(10) Più avanti, in un apposito capitolo, sono elencati altri risultati conseguiti dall'Anfaa unitamente ad altre organizzazioni di volontariato dei diritti. Di rilevante importanza le iniziative dirette ad ottenere la corretta e tempestiva attuazione della legge 431/1967, l'estensione dell'adozione legittimante a tutti i minori senza famiglia compresi quelli dei Paesi del Terzo Mondo, l'approvazione di norme concernenti l'affidamento familiare di minori a scopo educativo, nonché il pieno riconoscimento della filiazione adottiva, anche per quanto riguarda i rapporti di parentela.

(11) Cfr. l'articolo "Chi aveva ragione nell'interpretazione della Convenzione relativa al riconoscimento materno dei figli naturali?", Prospettive assistenziali, n. 3/4, 1968.

## IMPEGNI ASSUNTI DALL'ULCES ED I PIÙ IMPORTANTI RISULTATI CONSEGUITI (\*)

Nel corso delle attività svolte dall'Anfaa, di cui al precedente capitolo, era emersa anche l'estrema gravità delle condizioni di vita dei minori con disabilità, in particolare intellettuale, soprattutto di quelli ricoverati in istituti a carattere di internato (1).

La situazione si presentava molto complessa e difficile da affrontare, in quanto caratterizzata da un esteso e spietato rifiuto sociale che si manifestava anche e soprattutto nei settori dell'assistenza, della sanità, della prescuola, dell'istruzione dell'obbligo e dell'inserimento lavorativo.

Tenuto conto degli inevitabili e fortissimi ostacoli che avrebbero sicuramente contrastato le iniziative dirette al rispetto delle esigenze vitali e dei diritti costituzionali di questi nostri concittadini, l'Anfaa, superando difficoltà di varia natura, aveva operato per la costituzione di un raggruppamento di organizzazioni sociali.

Era stata quindi creata una federazione, l'Uipdm (Unione per la promozione dei diritti del minore, ora Ulces – Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale), alla quale avevano aderito le due scuole di servizio sociale operanti a Torino (Onarmo e Unsas), alcune associazioni (2) e diverse persone che si erano impegnate a *«svolgere ogni attività a favore dei minori, in particolare di quelli minorati fisicamente o psichicamente, abbandonati, esposti all'abbandono o comunque bisognosi di aiuto, al fine di rendere concreti ed effettivi i principi sanciti dalla Dichiarazione dei*



*Diritti del Fanciullo approvata dalle Nazioni Unite il 20 dicembre 1959» (3).*

L'Uipdm era presieduta da Emilio Germano, magistrato a capo della prima Sezione civile del Tribunale di Torino e collaboratore del giornale "La Stampa" di Torino; Vice Presidenti i direttori delle scuole di servizio sociale (Don Aldo Guglielmo Ellena e Maria Luisa Addario), segretario Francesco Santanera.

Il primo e allarmante problema affrontato dall'Uipdm aveva riguardato l'iniziativa dell'Amministrazione provinciale di Torino diretta alla costruzione di un istituto neuro-psico-pedagogico di ben 500 posti letto (4), di cui erano già stati individuati sia la localizzazione, sia il finanziamento.

Nella relazione predisposta dall'Amministrazione provinciale di Torino "Studio delle prospettive per l'apertura di un istituto neuro-psico-pedagogico provinciale" *«per l'assistenza e il recupero dell'infanzia anormale psichica e disadattata»*, veniva precisato che, alla data del 30 giugno 1965, i ricoverati a carico dell'ente erano mille e duecento, collocati in 64 istituti, in gran parte situati fuori del Piemonte. I ricoveri concernevano anche *«minori con un deficit intellettuale rilevante, ma con qualche fondamento di limitato ed orientato recupero»*. Veniva altresì puntualizzato che *«i ricoveri del 1952/3 riguardavano minori tutti gravi, spediti in manicomio od in istituti di tipo manicomiale» (5).*

Essendo rimasti infruttuosi i contatti presi con Assessori e Consiglieri della Provincia di Torino, nonché con le altre Autorità interessate, l'Uipdm decideva di organizzare un incontro pubblico, la "Tavola rotonda sull'assistenza ai subnormali con particolare riferimento al progettando istituto

neuro-psico-pedagogico”, tenutasi il 29 marzo 1966 a Torino.

Le relazioni introduttive erano state svolte dai seguenti esperti: Umberto Dell’Acqua, Dirigente del Centro di formazione e assistenza per minorati in età evolutiva del Comune di Milano; Angelo Donelli, Direttore dell’Ente Scuola Assistenti Educatori di Milano; Alberto Giordano, Docente di neuropsichiatria infantile; Manuel Gutierrez, Docente di psicologia differenziale e clinica, nonché Direttore del Centro medico psico-pedagogico del Pontificio Ateneo Salesiano di Roma; Aurelia Vaccarino Castagnone, Assistente sociale ed esperta del Comitato regionale piemontese della programmazione economica.

I contenuti delle relazioni, la partecipazione di quasi 500 persone ed i numerosi interventi decisamente contrari al progettato istituto avevano creato le condizioni per la rinuncia dell’iniziativa da parte dell’Amministrazione provinciale di Torino (6).

Da notare che le iniziative dell’Uipdm e delle altre organizzazioni, dirette ad evitare la costruzione del mega istituto, erano state continuamente ostacolate dall’Anffas che, come era emerso nei mesi successivi, già allora intendeva creare una propria struttura a carattere di internato, denominato inizialmente “Villaggio del subnormale” (7).

La positive risultanze dell’iniziativa dell’Uipdm avevano indotto molti esperti e numerose istituzioni pubbliche e private a riconsiderare le problematiche relative all’istituzionalizzazione di minori e di adulti con disabilità, nonché a valutare le possibili alternative.

Le questioni da affrontare erano assai complesse, anche in relazione alla presenza di oltre 50 mila enti e uffici pub-

blici operanti nel settore dell'assistenza, nonché di un nugolo di strutture private: tutti uniti nel non voler modificare le loro posizioni.

L'obiettivo dell'Uipdm era il trasferimento ai Comuni singoli o associati di tutte le competenze in materia di assistenza sociale, allora gestite dalle Province, dall'Onmi – Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, dagli Eca – Enti comunali di assistenza (8), dai Patronati e dalle Casse scolastiche, nonché dai 25 enti nazionali per gli orfani e assimilabili e dalle moltitudini delle altre istituzioni pubbliche (9).

Tenuto conto delle numerose e gravissime carenze delle norme allora vigenti che molto spesso negavano le vitali esigenze delle persone con disabilità, l'Uipdm, dopo aver effettuato le opportune ricerche informative e concordato le alternative, predisponendo il testo della proposta di legge d'iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali" (10).

La raccolta delle firme, oltre 200mila, era stata molto impegnativa in quanto erano coinvolte numerose organizzazioni di tutte le Regioni. Inoltre, contemporaneamente alle singole sottoscrizioni della proposta, era obbligatoria l'autenticazione da parte di un notaio o di un cancelliere della Pretura o del Tribunale del luogo oppure di un giudice conciliatore o di un segretario comunale.

In data 21 aprile 1970 aveva avuto luogo la prima presentazione al Senato della proposta di iniziativa popolare con allegate 66.420 firme. Successivamente erano state raccolte altre 130mila sottoscrizioni.

I risultati ottenuti dall'Uipdm erano stati molto positivi. A seguito delle centinaia di incontri, organizzati per la raccolta

delle firme, a decine di migliaia di persone, a centinaia di amministratori di servizi pubblici e di strutture private, nonché a numerose organizzazioni sociali erano state fornite informazioni sulle esigenze vitali dei cittadini con disabilità, nonché sulle occorrenti prestazioni (11), creando quindi le condizioni per l'approvazione della legge 118/1971, che stabiliva per la prima volta numerose disposizioni a favore degli invalidi civili (assistenza sanitaria, pensione di inabilità, assegno di accompagnamento, preparazione professionale, eliminazione delle barriere architettoniche, frequenza scolastica, ecc.).

### **Altre iniziative dell'Uipdm e dell'Ulces**

Fra le molteplici iniziative assunte dall'Uipdm e dall'Ulces a difesa delle vitali esigenze e della dignità dei nostri concittadini in gravi difficoltà, si segnala quanto segue:

- l'invio ai Componenti della Commissione "De Fidelium Apostolato" del Concilio Ecumenico Vaticano II di un appello, datato 1° ottobre 1965, e altre attività (incontri con il Cardinale Lercaro, uno dei quattro Moderatori del Concilio, con Vescovi ed Esperti conciliari, in particolare Don Rolando) volte ad ottenere, nell'ambito dello Schema XIII, un pronunciamento a favore delle persone deboli (12);
- organizzazione ad Assisi nei giorni 14, 15 e 16 maggio 1967, con la collaborazione attiva dell'Anfaa, di un seminario di studio sui problemi dell'infanzia sola, dell'adozione e dell'affidamento familiare a scopo educativo con la partecipazione di oltre 200 persone (dirigenti di enti, medici, psicologi, assistenti sociali, ecc.), avente in particolare lo scopo di individuare le attività da intraprendere per la cor-

retta emananda legge sull'adozione speciale e per porre le basi per l'avvio degli affidamenti familiari a scopo educativo dei minori non inseribili presso i loro genitori o i relativi parenti e non adottabili in quanto non totalmente privi di assistenza materiale e morale da parte delle sopra citate persone (13);

- invio, alla Commissione "Assistenza pubblica all'infanzia" del Centro per la riforma del diritto di famiglia, della relazione (allegata al verbale del Consiglio direttivo dell'Uipdm del 29 settembre 1967) in cui veniva evidenziato che non è *«possibile rielaborare il sistema dell'assistenza ai minori nati nel matrimonio o fuori di esso indipendentemente da una riorganizzazione di tutto il settore»* per i seguenti motivi: *«a) l'assistenza al minore e al suo nucleo familiare dovrebbe costituire un tutt'uno inscindibile; b) l'assistenza economica dovrebbe essere erogata in base alla situazione di ogni singolo caso – bisogno e non secondo classificazioni formali (ad esempio madri nubili); c) i servizi assistenziali dovrebbero essere organizzati in modo da garantire, individuato il bisogno, la continuità delle prestazioni al soggetto e al suo nucleo familiare, anche in questo caso al di là delle classificazioni formali; d) i servizi assistenziali dovrebbero altresì essere organizzati in modo da soddisfare anche una pluralità di bisogni con l'intervento del minor numero possibile di organizzazioni; e) il settore assistenziale non dovrebbe limitarsi alle attività operative, ma altresì partecipano alla elaborazione delle politiche sociali»*;

- denuncia della situazione dell'istituto di osservazione presso il Tribunale per i minorenni di Torino, in cui venivano rinchiusi fino a 60 ragazzi che non avevano commesso

reati, ma erano ricoverati d'urgenza dai giudici per irregolarità della condotta. A seguito di numerose proteste sulle opprimenti condizioni di vita dei minori, il centro di osservazione veniva chiuso;

- attività rivolte alla creazione a Torino delle scuole per la formazione di educatori specializzati e di terapisti della riabilitazione. Le scuole sono state istituite dalla Provincia di Torino;

- varie iniziative per la promozione dell'inserimento prescolastico e scolastico degli handicappati, con particolare riguardo a quelli intellettivi, nelle normali sezioni e classi, e conseguente soppressione delle scuole speciali e differenziali;

- denuncia penale del Presidente nazionale dell'Onmi (Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia) e di altre autorità poiché negli istituti di assistenza all'infanzia, quasi sempre operanti senza essere in possesso della preventiva autorizzazione a funzionare prevista dall'art. 50 del regio decreto 15 aprile 1926 n. 718, si verificavano con preoccupante frequenza maltrattamenti in danno dei minori ricoverati. Inoltre la denuncia metteva in risalto che spesso i titolari degli istituti non trasmettevano i prescritti elenchi trimestrali al giudice tutelare, togliendo così ogni possibilità di adozione ai bambini in situazione di abbandono; veniva inoltre segnalato che i controlli sulle istituzioni assistenziali erano scarsi e inesistenti. I processi celebrati a Torino, Roma, Venezia e in altre città, hanno fatto conoscere all'opinione pubblica la drammatica situazione dei bambini e degli adolescenti ricoverati in istituti pubblici e privati di assistenza;

- opposizione alla creazione dell'istituto regionale (non co-

struito) per handicappati fisici, psichici e sensoriali di Sarre (Aosta), con la proposta di servizi alternativi;

- collaborazione alla realizzazione e stesura dell'accordo Provincia di Torino - Sindacati in materia di servizi psichiatrici di territorio, accordo firmato il 13 luglio 1973;
- sostegno giuridico e legale alle famiglie costitutesi parte civile nei processi penali contro i dirigenti dell'istituto dei Celestini di Prato e della struttura di Maria Diletta Pagliuca con sede a Grottaferrata;
- partecipazione alla stesura e raccolta delle firme della proposta di legge di iniziativa popolare "Competenze regionali in materia di servizi e scioglimento degli enti assistenziali". La proposta (firme raccolte oltre 100.000) è stata presentata alla Camera dei deputati in data 8 marzo 1976;
- opposizione alla costruzione (non realizzata) a Orio Canavese, Torino, di un ospedale per bambini lungodegenti.

## NOTE

(\*) Tutte le iniziative riguardanti direttamente o indirettamente i minori sono state concordate con l'Anfaa e quasi sempre attuate insieme all'Ulces.

(1) In merito si veda il paragrafo della prima parte concernente le persone con disabilità.

(2) Avevano aderito all'Uipdm quali soci ordinari le Sezioni di Torino dell'Associazione italiana per l'assistenza agli spastici, dell'Associazione nazionale famiglie di fanciulli subnormali, del Centro assistenza Immigrati, del Centro volontari della sofferenza e dell'Ente Montessori, nonché il Centro di tutela minorile di Torino, l'Anfaa e le sopra citate due scuole di servizio sociale.

(3) Lo statuto dell'Uipdm era stato costituito con atto notarile il 10 giugno 1965 *«quale federazione delle associazioni o sezioni di associazioni o enti o scuole che abbiano per scopo statutario la protezione, sotto qualunque aspetto, degli interessi dei minori e la formazione di personale specializzato»* stabiliva altresì che *«sono escluse le attività assistenziali dirette»*.

(4) Nella relazione dell'Amministrazione provinciale di Torino veniva segnalato che *«le indicazioni più recenti sull'ampiezza che è opportuno non superare nei complessi ospedalieri, fanno ritenere che queste difficoltà o disfunzioni sopravvengono quando i posti letto superano i 500»*. Al riguardo si ricorda che nell'istituto medico-psico-pedagogico "Casa di cura Santa Rita" di Ficarolo (Rovigo) erano ricoverati ben 862 fanciulli "minorati psichici" di età compresa fra i 5 ed i 12 anni, pur essendo autorizzato solamente per il ricovero di 23 minori, senza che le Commissioni preposte alla vigilanza avessero per anni rilevato la più che evidente violazione.

(5) Cfr. il libro di Alberto Gaino, *"Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione"*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2017.

(6) Nel documento del Consiglio direttivo dell'Uipdm del 6 agosto 1965 "Alcune considerazioni d'ordine generale sul problema dei subnormali" veniva precisato che le cure materne e paterne *«fin dai primi mesi di vita sono indispensabili per il normale sviluppo psico-fisico, intellettuale, spirituale e sociale dei bambini»*, che *«ogni sforzo, ma veramente ogni sforzo, deve essere fatto affinché i figli possano essere allevati ed educati secondo le cure costanti e dirette dei genitori»*, che *«la costituzione di un villaggio di soli insufficienti mentali di così ampie dimensioni (500 ricoverati) è sconsigliabile sotto i profili educativo, assistenziale ed economico»*. Veniva quindi proposta l'istituzione di un servizio sociale avente lo scopo di *«consigliare, aiutare e sostenere i genitori a reinserire i loro figli in famiglia»*, nonché la sperimentazione di una *«azione per l'affidamento familiare di breve o lunga durata dei fanciulli non accolti dai genitori o da parenti»*. Di particolare importanza ed efficacia gli articoli del Presidente dell'Uipdm, Emilio Germano, pubblicati su "La Stampa": *"Un milione di 'subnormali' si possono e si devono recuperare. In Italia mancano i programmi ed i mezzi"*, 30 novembre 1965; *"I bambini 'subnormali psichici' possono essere integrati nella società. Occorre un piano organico, ragionevole e coraggioso"*, 25 dicembre 1965; *"L'assistenza ai bimbi subnormali affidata a troppi 'enti di carità'. Il prete di Chieri arrestato per maltrattamenti"*, 14 dicembre 1966; *"Assicurare un'educazione adatta ai bimbi insufficienti fisicamente e mentalmente. Il problema dei cosiddetti 'ascolastici'"*, 8 ottobre 1967. Di particolare rilievo anche gli articoli pubblicati su "Oggi" da Neera Fallaci che all'epoca si firmava Neera Ferreri: *"Invecchieranno restando bambini"*, n. 1, 1965; *"Il calvario che dura tutta la vita"*, n. 2, 1966; *"Condannati a vivere come i vecchi"*, n. 4, 1966; *"Ho condannato mio figlio a vivere"*, n. 20, 1966.

(7) Cfr. il capitolo *"La sconcertante vicenda del Villaggio del subnormale di Rivarolo (Torino), ora Comunità La Torre"*.



(8) Si trattava di 8.050 enti, totalmente autonomi rispetto alle Amministrazioni comunali.

(9) Cfr. il capitolo *“Caratteristiche salienti del settore dell’assistenza sociale negli anni ’60”*.

(10) La relazione e il testo della proposta di legge di iniziativa popolare sono pubblicati sul n. 5/6, 1969 di *“Prospettive assistenziali”*. Dai dibattiti organizzati per la raccolta delle firme era emersa l’inidoneità delle proposte relative ai disadattati sociali, settore che l’Uipdm e l’Ulces avevano poi affrontato sulla base di una diversa impostazione. Al riguardo si veda il n. 7, 1969 di *“Prospettive assistenziali”*.

(11) Anche se attualmente alcune prestazioni previste nella proposta di legge di iniziativa popolare sono superate, occorre tener conto della situazione esistente nel 1970, descritta nel capitolo *“Caratteristiche salienti del settore dell’assistenza sociale negli anni ’60”* e *“Persone con disabilità: l’alarmante situazione a partire dagli anni ’60”*.

(12 ) Nel decreto sull’Apostolato dei Laici viene precisato: *«Siano anzitutto adempiuti gli obblighi di giustizia perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è dovuto a titolo di giustizia; si eliminino non soltanto gli effetti, ma anche le cause dei mali»*.

(13 ) Cfr. il volume di Giuseppe Andreis, Francesco Santanera e Frida Tonizzo, *L’affidamento familiare*, Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionale, Roma, 1973.

## **RISULTATI OTTENUTI DALLE INIZIATIVE PROMOSSE DALLA COLLABORAZIONE FRA L'ULCES ED IL CSA**

Dopo la costituzione dell'Anfaa (1962) e dell'Ulces (1965), nel 1970 era stato istituito il Csa, Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base.

Poiché assai numerose sono state le attività intraprese di comune accordo fra queste organizzazioni, consideriamo che – tenuto conto delle date sopra riportate – siano da attribuire alla positiva collaborazione instaurata i seguenti principali risultati ottenuti nell'ambito delle iniziative del volontariato dei diritti:

- stesura della deliberazione, approvata dal Consiglio comunale di Torino il 14 settembre 1976 che:
  - a) definisce le priorità di intervento in campo assistenziale, privilegiando le iniziative che eliminano o riducono le cause che provocano le richieste di assistenza;
  - b) unifica le linee di intervento nei confronti dei minori, degli adulti, degli anziani, degli handicappati, ponendosi in reale alternativa ai servizi settoriali;
  - c) assegna al Comune gli interventi di competenza delle Province;
  - d) riconosce il ruolo del volontariato;
- azioni per il superamento degli istituti provinciali per l'assistenza alla maternità e all'infanzia;
- richiesta alla Provincia di Torino di assumere 18 insufficienti mentali, assunzione deliberata in data 15 marzo 1977;

- collaborazione alla stesura delle deliberazioni del Comune di Torino riguardanti la determinazione dei criteri generali di erogazione dell'assistenza economica e gli interventi a favore degli handicappati di età superiore ai 15 anni (deliberazioni del Consiglio comunale del 21 giugno e del 12 settembre 1978);
- iniziative per la chiusura dell'ospedale di Pra Catinat (località situata a 70 km da Torino, 1800 metri di altitudine, 294 posti letto, occupati una decina) allo scopo di evitarne la destinazione a cronicario per anziani;
- presentazione, avvenuta il 21 luglio 1979, al Consiglio regionale piemontese della proposta di legge regionale di iniziativa popolare (firme raccolte oltre 13 mila) "Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi";
- denuncia delle insopportabili condizioni di vita dei ragazzi rinchiusi nell'istituto di custodia preventiva "Ferrante Aporti" di Torino;
- organizzazione del corteo di protesta dell'11 novembre 1978 nei confronti del Comune di Torino, a seguito del quale il Consiglio comunale, in data 27 marzo 1979, ha deciso l'assunzione nei propri ruoli di 40 insufficienti mentali lievi e medio lievi;
- stesura della deliberazione sul servizio di aiuto domestico, approvata dal Consiglio comunale di Torino il 14 marzo 1979;
- richiesta, rivolta alle Amministrazioni comunale e provinciale di Torino, per il riconoscimento di una commissione di controllo sui servizi (comunità alloggio, centri diurni, strutture residenziali), composta da rappresentanti delle associazioni dell'utenza. L'iniziativa è stata deliberata dalla

Provincia di Torino in data 5 ottobre 1979 e in seguito anche dal Comune di Torino. Le visite di controllo potevano essere svolte, ovviamente senza alcun preavviso, in qualsiasi ora del giorno e della notte sia nei confronti dei servizi gestiti direttamente dal Comune e dalla Provincia di Torino (tutti), sia nei riguardi di quelli convenzionati (solo alcuni);

- accordo con il Comune di Torino (delibera del 2 aprile 1980) in base al quale, per la prima volta in Italia, era stato stabilito che la retta di ricovero in istituti di assistenza di anziani cronici non autosufficienti a carico degli interessati e dei familiari era di importo uguale alla retta degli autosufficienti.

La parte restante (due terzi circa) era a carico del comparto sanitario. Questo accordo è stato stipulato ferma restando la richiesta del Csa circa l'esclusiva competenza del settore sanitario nei confronti degli anziani cronici non autosufficienti;

- iniziative nei confronti della Regione Piemonte per il trasferimento al Comune di Torino di Ipab, in particolare dell'Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino, avente un patrimonio del valore allora valutabile in circa mille miliardi delle ex lire;

- redazione della bozza del programma per la deistituzionalizzazione dei minori di età inferiore ai sei anni e la creazione di interventi alternativi. Il programma è stato approvato dal Comune di Torino nel maggio 1981;

- assegnazione da parte del Comune di Torino di alloggi dell'edilizia economica e popolare ad handicappati, anziani e altri casi sociali. Gli alloggi assegnati dal 1 ° gennaio 1982 al 31 dicembre 1996 sono stati 986;

- approvazione da parte del Comune di Torino di una delibera per l'adattamento di appartamenti di proprietà del Comune stesso o dell'Istituto autonomo case popolari al fine di renderli accessibili e rispondenti alle esigenze degli handicappati e degli anziani. Un'altra delibera prevedeva l'erogazione di contributi per l'adeguamento degli alloggi di proprietà privata;
- istituzione del servizio taxi per le persone impossibilitate a usare i mezzi pubblici. Sono concesse fino a 120 corse mensili al prezzo corrispondente alle tariffe dei mezzi pubblici. Un servizio del Consorzio trasporti torinesi effettua, mediante apposito pulmino, il trasporto delle persone che non sono in grado di utilizzare né i mezzi pubblici, né il servizio taxi;
- stesura del testo base e azione promozionale per l'emanazione della legge della Regione Piemonte 23 agosto 1983 n. 20 "Indirizzi e normative per il riordino dei servizi socio-assistenziali" che prevede, fra l'altro, l'attribuzione della gestione di tutti i servizi assistenziali, a partire dal 1° gennaio 1985 (termine poi prorogato al 31 ottobre 1987), agli stessi organi preposti alla conduzione dei servizi sanitari. Negativamente sono state valutate dal Csa le norme riguardanti le case protette, in quanto strutture emarginanti;
- denuncia penale, a seguito delle dimissioni selvagge del sig. A.N. di 94 anni dall'ospedale Molinette di Torino. Il Tribunale ha emesso sentenza di condanna nei confronti di due operatori responsabili (un'assistente sociale e un medico ispettore), poi assolti con una sentenza fondata sul travisamento dei fatti;
- azione di tutela dei diritti di S.B., una bambina che espo-

nenti del Governo italiano volevano rinviare in Uruguay in cambio dei diari del Capo della Loggia P2;

- ideazione e promozione dei corsi prelaborativi per insufficienti mentali deliberati dalla Regione Piemonte e istituiti dal Comune di Torino. Al riguardo sono stati stabiliti i protocolli di intesa fra il Comune di Torino, le Organizzazioni sindacali e il Csa;

- pressione sull'Usl Torino 1-23 per l'approvazione della delibera istitutiva del servizio di ospedalizzazione a domicilio di persone altrimenti necessitanti di ricovero ospedaliero. Il servizio funziona ininterrottamente dalla fine del 1984, purtroppo solo su una determinata parte della città di Torino;

- campagna per l'approvazione della legge della Regione Piemonte 3 settembre 1984 n. 54 che prevede l'abolizione delle barriere architettoniche da tutti i nuovi alloggi costruiti dagli Istituti autonomi delle case popolari e dai Comuni;

- promozione della delibera, approvata dal Comune di Torino in data 25 giugno 1985, in cui sono stati sostanzialmente ridotti i contributi a carico degli utenti e dei parenti tenuti agli alimenti nei casi di inserimento in comunità alloggio e di ricovero in istituto;

- sollecitazioni rivolte al Comune di Torino per l'istituzione del Servizio di consulenza educativa domiciliare, attivato a partire dal settembre 1984. Il Servizio, che fornisce sostegni educativi e non assistenziali, è gestito dall'Assessorato all'istruzione ed interviene nei confronti delle famiglie che hanno bambini handicappati, prioritariamente quelli aventi meno di 3 anni (1);

- promozione dell'intesa sull'inserimento scolastico degli handicappati firmata il 16 luglio 1986 dal Provveditorato

agli studi di Torino, dal Presidente dell'Usl Torino 1-23 e dall'Assessore all'istruzione del Comune di Torino;

- iniziative varie in base alle quali è stato bloccato l'iter parlamentare della proposta di legge n. 3321 presentata alla Camera dei Deputati in data 4 dicembre 1985 dagli on. Vincenzo Mancini, Bianchi, Garocchio, Pisicchio e Rossatini della Dc; Lodi Faustini e Pallanti del Pci; Ferrari Marte del Psi; Caria e Ghinami del Psdi; Arisio del Pri; Mancuso della Sinistra indipendente e Benedikter del Partito popolare sudtirolese, che prevedeva la esclusione dei partiti, dei sindacati e delle organizzazioni senza fini di lucro dall'obbligo di assumere handicappati;
- promozione di una causa civile dinanzi alla Pretura di Torino di tre cittadini handicappati contro il Ministero delle poste e delle telecomunicazioni per ottenere l'abbattimento delle barriere architettoniche dell'Ufficio postale di Torino, Via Sospello 123 bis. La causa ha avuto esito positivo;
- emanazione di bandi da parte dell'Istituto autonomo per le case popolari per l'assegnazione di alloggi dell'edilizia economica e popolare ad anziani e ad handicappati;
- attività rivolte alla non creazione e all'abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici pubblici o aperti alla cittadinanza, nelle case private, nei mezzi di trasporto e nelle altre strutture;
- presa di posizione contro la decisione del Consiglio nazionale della pubblica istruzione che proponeva l'istituzione di scuole e centri riservati agli handicappati intellettivi e psichici gravi;
- iniziative dirette a dimostrare l'infondatezza delle affermazioni (non suffragate da alcun elemento concreto) ten-

denti a sostenere l'esistenza di numerose situazioni di abbandono di anziani malati da parte dei loro congiunti;

- denunce, finora senza alcun seguito, contro il ritorno in servizio degli aguzzini della casa di riposo di Mestre;

- azione informativa sulle nefaste conseguenze umane e sociali derivanti dall'accettazione passiva dei falsi riconoscimenti di bambini stranieri e del loro illegale trasferimento in Italia;

- interventi che hanno impedito l'approvazione del disegno di legge n. 666, presentato al Senato dal Sen. Covello e altri parlamentari in data 21 novembre 1987 su sollecitazione dell'Unione italiana ciechi, allo scopo di creare istituti speciali per i ciechi sotto forma di enti regionali di diritto pubblico;

- stesura e raccolta delle firme per la presentazione, avvenuta il 21 luglio 1991, al Consiglio regionale piemontese della proposta di legge (mai discussa) di iniziativa popolare "Riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani cronici non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali". Identiche proposte sono state presentate da altri gruppi di base ai Consigli regionali dell'Emilia-Romagna (che l'ha respinta) e della Lombardia (che non l'ha presa in considerazione);

- varie iniziative rivolte al Comune di Torino per l'approvazione (avvenuta il 6 marzo 1990) di una delibera per la prosecuzione, in via eccezionale, degli affidamenti familiari a scopo educativo dopo il 18° anno di età fino al raggiungimento dell'autonomia e, comunque, non oltre il 21° anno;

- denuncia alla magistratura delle pensioni-lager di Torino in cui erano abusivamente ricoverati anziani cronici non autosufficienti;



- promozione dell'istituzione del Gruppo nazionale Alzheimer e collaborazione alla stesura del documento base in cui si rivendica la piena competenza del Servizio sanitario nazionale (e non dell'assistenza sociale) per la diagnosi e la cura di pazienti colpiti da demenza senile;
- difesa di tre figli e di due nipoti accusati ingiustamente dalla Procura di Venezia per non aver accettato le dimissioni della madre malata cronica e non autosufficiente dall'ospedale Fatebenefratelli di Venezia. Il Tribunale ha pronunciato l'assoluzione piena in data 1 ° giugno 1993 "perché il fatto non sussiste";
- collaborazione alla stesura delle proposte di legge "Istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio" e "Incentivazione delle iniziative socioassistenziali alternative al ricovero in istituto e delle attività di aiuto domiciliare ai nuclei familiari e ai singoli", presentate dal Gruppo Pds al Consiglio regionale piemontese rispettivamente il 17 gennaio 1991 e il 19 marzo dello stesso anno;
- raccolta di firme in Valle d'Aosta per l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio. La petizione popolare è stata respinta dalla maggioranza del Consiglio regionale;
- denuncia alle Procure del Piemonte degli istituti che ricoverano abusivamente anziani malati e che non rispettano le norme sulla prevenzione ed estinzione degli incendi. Le Procure non hanno dato alcun seguito;
- consulenza fornita in merito ad una causa promossa contro il Comune di Torino. Il giudice conciliatore, con sentenza dell'11 novembre 1991, ha condannato il Comune di Torino stabilendo che i parenti di anziani non autosufficienti ricoverati in strutture di assistenza sociale nulla de-

vono versare agli enti pubblici;

- ridefinizione del problema handicap distinguendo fra handicappati intellettivi e malati psichiatrici e assumendo nuovi riferimenti in materia al fine della promozione della massima autonomia possibile dei soggetti con minorazioni fisiche, sensoriali e intellettive;

- collaborazione alla stesura della proposta di legge “Intervento dello Stato a sostegno delle attività delle Regioni e delle Province autonome per il servizio di ospedalizzazione a domicilio degli anziani” presentata in data 18 maggio 1992 alla Camera dei Deputati dall’On. Salerno. La proposta non è stata approvata da Parlamento;

- partecipazione (anche economica) alla difesa del diritto della Sig.ra P.F. alle cure sanitarie contestate dall’USL 28 di Bologna Nord. Con sentenza del 21 dicembre 1992 il Pretore di Bologna ha stabilito che è legittima la richiesta dell’anziana malata cronica non autosufficiente *«di poter continuare a beneficiare di adeguata assistenza sanitaria usufruendo delle prestazioni gratuite del Servizio sanitario nazionale presso una struttura ospedaliera e non di generica assistenza presso istituti di riposo o strutture equivalenti»*;

- difesa del diritto alla frequenza della scuola media inferiore dell’alunno C.F., colpito da *«lieve immaturità, con conseguente ritardo dello sviluppo psico-motorio e manifestazioni convulsive»*;

- richiesta (accolta) al magistrato di condannare l’Ussl Torino VI che aveva sospeso il versamento del sussidio terapeutico alternativo al ricovero alla Sig.ra V.P., malata psichiatrica;

- partecipazione alla redazione della proposta di legge “Interventi regionali a favore di persone disabili con grave insufficienza mentale; servizi di aiuto alla persona. Rapporti con il volontariato di promozione sociale” presentata al Consiglio regionale piemontese il 15 giugno 1993 da Rifondazione comunista e dai Verdi;

- interventi che hanno evitato la creazione a Monza da parte di Telefono azzurro di una struttura di ricovero per bambini abusati provenienti da tutta Italia;

- promozione delle seguenti assunzioni di handicappati intellettivi:

1979-1984: Comune di Torino 80, Provincia di Torino 4, Aziende municipalizzate 5;

1985-1991: Usl torinesi 60, Aziende torinesi (tramite i corsi prelaborativi) 7, Comune di Torino 5;

1992-1997: Cantieri di lavoro 30, Cooperative sociali 70, Aziende municipalizzate 5, Comune di Torino 20, Unione industriale - Associazione piccole industrie che si impegna per l’assunzione in 3 anni di 30 handicappati intellettivi che hanno frequentato corsi prelaborativi di formazione professionale.

È stata, inoltre, ottenuta l’assunzione di handicappati fisici con limitata autonomia nelle seguenti misure:

1979-1984: Comune di Torino 10, Provincia di Torino 4, Aziende municipalizzate 5;

1985-1991: Comune di Torino 100, con le assunzioni nell’ambito della legge 482/68;

1992-1997: Progetto Unione Europea 10;

- raccolta delle firme necessarie per la presentazione al Consiglio comunale di Torino della proposta di deliberazione (in parte accolta) “Programma di provvedimenti ur-

genti per gli anziani e adulti cronici non autosufficienti, per gli handicappati e per altre iniziative riguardanti le attività assistenziali e sanitarie”;

- segnalazione dei gravi soprusi messi in atto a Ravenna per negare il diritto di un’anziana cronica non autosufficiente alle cure sanitarie;

- presa di posizione contro la Fondazione italiana per il volontariato che, invece di sostenere il riconoscimento del diritto degli handicappati all’inserimento nelle normali aziende pubbliche e private, vorrebbe che l’unica loro collocazione lavorativa avvenisse nelle cooperative sociali, anche per coloro che sono in grado di garantire un rendimento pieno, uguale a quello degli altri lavoratori;

- stipula dell’intesa del 14 maggio 1996 con l’Ordine dei Medici di Torino e Provincia sul diritto alle cure sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti (2);

- denuncia delle torture subite da tre handicappati presso l’istituto Osmairm di Laterza (Taranto) a cui sono state strappate tutte le unghie delle mani e dei piedi;

- interventi presso il Ministro per la solidarietà sociale, On. Livia Turco, per ottenere sostanziali modifiche al decreto legislativo 109/1998, il quale prevedeva che, nei riguardi di tutti i soggetti necessitanti di prestazioni sociali (centri diurni e comunità alloggio per soggetti con handicap intellettuale, Rsa, ecc.), doveva essere presa in considerazione la situazione economica dell’intero nucleo familiare. A seguito delle iniziative del Csa, è stato emanato il decreto legislativo 130/2000 in cui è stabilito che i soggetti con handicap in situazione di gravità e gli ultrasessantacinquenni non autosufficienti devono contribuire alle prestazioni assistenziali esclusivamente in base alla loro

condizione economica personale. Nel decreto 130/2000 è, inoltre, ribadito che gli enti pubblici non possono sostituirsi all'interessato nella richiesta degli alimenti di cui agli articoli 433 e seguenti del codice civile;

- prese di posizione nei confronti della Federazione Alzheimer Italia e dell'Associazione Italiana Malati di Alzheimer per le notizie fuorvianti contenute nelle loro pubblicazioni. In esse non veniva né rivendicato il diritto alle cure gratuite da parte del Servizio sanitario nazionale, né era condannata l'illegale richiesta di contributi ai parenti dei malati ricoverati presso Rsa, case di riposo e strutture similari;

- approvazione da parte della Giunta comunale di Torino in data 18 aprile 2001 della delibera in cui è autorizzata l'erogazione massima di lire 10 milioni per ciascun progetto di autonomia per giovani in affidamento familiare a scopo educativo. Il progetto deve essere avviato entro il compimento del 21° anno di età del soggetto e concludersi non oltre il 25° anno;

- varie prese di posizioni nei confronti degli enti che, nei loro atti (ad esempio la delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna del 30.12.1999 n. 2581), nei loro scritti sulla malattia di Alzheimer (Università cattolica del Sacro Cuore e Fondazione Manuli) o in articoli apparsi (riviste Pagine di psicomotricità, La famiglia, Missione Uomo e Prospettive sociali e sanitarie) non hanno segnalato che le persone colpite da demenza senile hanno diritto alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, gratuite e senza limiti di durata e che le Asl ed i Comuni non possono imporre contributi economici ai parenti dei suddetti malati qualora essi siano ricoverati presso Rsa, case di riposo, ecc.;

- patrocinio della causa avviata dal signor G.A. contro l'Opera Pia Lotteri di Torino che aveva ottenuto dal giudice l'emissione di un decreto ingiuntivo di pagamento di una parte della quota sanitaria relativa al ricovero di un suo congiunto. Il giudice di pace ha stabilito che detta quota è a carico dell'Asl 1, in quanto il motivo del ritardo dell'esame compiuto dall'Unità valutativa geriatrica è stato attribuito alla stessa Asl;
- realizzazione, in collaborazione con l'Utlim (Unione per la tutela degli insufficienti mentali), di tre cicli di sei incontri ciascuno nelle Province piemontesi per la promozione dell'inserimento scolastico, del diritto al lavoro e alla formazione prelaborativa di soggetti con handicap intellettivo, al ruolo delle famiglie e delle organizzazioni di tutela dell'utenza, all'interdizione e alle esigenze di assistenza;
- prese di posizione in merito alle indagini fuorvianti sugli anziani commissionate dalla Regione Piemonte, dal Comune di Torino, dalla Fenacom e da Forum, poiché nelle suddette ricerche era ignorato il diritto degli anziani cronici non autosufficienti e dei malati di Alzheimer alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata;
- presa di posizione nei confronti del Comune di Torino affinché non venga costruita nel capoluogo del Piemonte una casa di riposo per anziani autosufficienti, anche per il fatto che non ci sono richieste al riguardo da parte della popolazione;
- costituzione dell'Ulces nel processo contro il gestore ed alcuni operatori della casa di riposo di Ceva (Cuneo). Il processo si è concluso con la loro condanna per esercizio abusivo della professione sanitaria;
- promozione della creazione da parte delle Asl (e non da

parte dei Comuni) di centri diurni sanitari per i malati di Alzheimer e soggetti colpiti da altre forme di demenza;

- disbrigo, a titolo gratuito, da parte dell'Utlim ("Unione per la tutela degli insufficienti mentali", ora "Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva") delle pratiche per la pronuncia dell'interdizione di persone (anziani cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer, handicappati intellettivi, ecc.) totalmente e definitivamente incapaci di tutelare i propri interessi morali e materiali;

- predisposizione delle proposte di delibera per il riconoscimento del volontariato infra-familiare da parte dei Comuni (per i soggetti aventi diritto all'assistenza) e delle Asl (per le persone malate e non autosufficienti). La prima delibera in materia è stata approvata dal Cisap, Consorzio dei servizi alla persona fra i Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino), il 16 gennaio 2001;

- prese di posizione nei confronti del Vidas (Assistenza domiciliare gratuita agli inguaribili di cancro) che, nella campagna promozionale per la raccolta di fondi, non aveva segnalato ai malati e ai loro familiari l'obbligo imposto dalla legge alle Asl di curare gratuitamente e senza limiti di durata anche le persone colpite da tumore o da qualsiasi altra patologia;

- presa di posizione contro il rifiuto delle scuole private, comprese quelle cattoliche, di inserire allievi con handicap intellettivi;

- promozione dell'apertura di Rsa gestite dal settore sanitario, quale primo passo per il riconoscimento effettivo delle condizioni di malattia in cui versano i ricoverati;

- segnalazione alla Procura della Repubblica in merito ai trasferimenti di anziani cronici non autosufficienti e di ma-

lati di Alzheimer da una casa di cura privata ad un'altra allo scopo di evitare la riduzione (20-40%) dell'importo della retta, stabilita dalla Regione Piemonte dopo un certo periodo (60 o 120 giorni) di degenza;

- diffusione di numerose notizie, provvedimenti della magistratura compresi, concernenti i diritti delle persone in difficoltà (minori, soggetti con handicap, anziani malati, ecc.);

- prosecuzione delle iniziative intraprese dal Csa - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti per evitare l'esclusione dalla piena competenza del Servizio sanitario nazionale degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e di pazienti psichiatrici;

- realizzazione di incontri della Scuola dei diritti "Daniela Sessano", rivolti ad associazioni e gruppi di volontariato interessati a sviluppare la promozione e la difesa dei diritti dei minori in difficoltà, degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e dei soggetti con handicap aventi limitata o nulla autonomia;

- azioni presso il Ministero della pubblica istruzione e le organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil per ottenere le prestazioni di ausilio materiale a favore degli alunni con handicap per la cura della loro persona e per le altre esigenze particolari, compresi gli interventi rivolti ai bambini delle scuole materne per l'utilizzo dei servizi igienici;

- organizzazione da parte dell'Istituto italiano di medicina sociale, della Scuola dei diritti "Daniela Sessano" dell'Uices, dell'Utim, della rivista "Prospettive assistenziali", del Bollettino "Handicap & Scuola" del 2° convegno europeo "Handicappati intellettivi e soggetti con sindrome di Down nell'Europa del 2000: gli obiettivi raggiunti, i diritti da con-



quistare”, Milano, 22 e 23 ottobre 1998, i cui atti sono stati pubblicati dalla rivista “Difesa sociale”, n. 1, 2001;

- organizzazione del convegno nazionale “Esperienze concrete del volontariato dei diritti. Come tutelare le esigenze delle persone non in grado di autodifendersi: minori totalmente o parzialmente privi di sostegno familiare, handicappati intellettivi, soggetti con sindrome di Down, anziani cronici non autosufficienti, malati psichiatrici con limitata o nulla autonomia, persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile” (Milano, 16 ottobre 1999). Promotori: la Scuola dei diritti “Daniela Sessano” dell’Ulces, Anfaa, Utim, “Prospettive assistenziali”. Gli atti sono stati pubblicati dalla suddetta rivista;

- organizzazione del convegno regionale piemontese “L’orientamento degli allievi con handicap intellettivo: dall’integrazione scolastica, all’inserimento lavorativo e sociale” (Torino, 30 novembre 2002), promosso dal Csa, dalle riviste “Prospettive assistenziali” e “Handicap & Scuola”, con il patrocinio del Comune di Torino e la collaborazione del Centro Servizi per il volontariato, Sviluppo e Solidarietà in Piemonte.

## NOTE

(1) Cfr. gli articoli pubblicati su “Prospettive assistenziali”: Marina Rudà, “Il Servizio di consulenza educativa domiciliare del Comune di Torino per i bambini handicappati”, n. 74, 1986; Enza Cavagna, “Consulenza educativa domiciliare: un servizio del Comune di Torino per i bambini handicappati” e “Consulenza educativa domiciliare: un servizio per la primissima infanzia colpita da handicap”, n. 107, 1994 e 142, 2003.

(2) Cfr. l’editoriale del n. 114, 1996 “Una importante intesa sugli anziani cro-

nici non autosufficienti tra l'Ordine dei Medici di Torino e il Csa-Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti". Purtroppo, l'Ordine dei Medici di Torino non ha assunto iniziative per ottenerne l'attuazione da parte sia della Regione Piemonte e delle strutture pubbliche e private, sia dei Medici. Nel prossimo capitolo verranno ricordati gli importanti documenti approvati dall'Ordine dei Medici di Torino nel 2005, 2006 e 2007.

## **ESPERIENZE E RISULTATI OTTENUTI DALLA FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE**

Con atto notarile 8 aprile 2003 è stata costituita la Fondazione promozione sociale con i seguenti scopi statutari: a) *«l'individuazione delle esigenze e dei diritti dei cittadini non autosufficienti ed incapaci di autodifendersi perché colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, oppure da grave handicap di natura intellettiva, nonché dei minori privi di adeguato sostegno da parte del o dei loro genitori e degli altri congiunti»*; b) *«la promozione degli interventi necessari per prevenire il disagio personale»* (1).

La Fondazione è retta da un Consiglio di amministrazione composto da 5 membri, quattro designati ognuno dai Presidenti nazionali dell'Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie (Anfaa), dell'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (Ulces), dell'Associazione promozione sociale (Aps), e dell'Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva (Utim) ed uno della famiglia Santanera che aveva donato alla Fondazione beni immobiliari e mobiliari del valore di oltre 400 mila euro (2).

Sulla base delle esperienze condotte a partire dal dicembre 1962, dall'Anfaa e successivamente dalle altre organizzazioni (Ulces, Aps, Utim, Tutori volontari, Csa, ecc.) la Fondazione promozione sociale è stata ed è impegnata soprattutto nelle attività concernenti gli adulti e gli anziani non autosufficienti a seguito di patologie e/o di disabilità gravemente inabilitanti (3).

Attuando i principi del volontariato dei diritti, che ha obiettivi e metodi di lavoro molto diversi e a volte opposti a quelli del volontariato caritatevole/consolatorio (4), la Fondazione promozione sociale onlus, nell'ambito delle sue effettive e limitate possibilità operative, interviene non solo per ottenere il rispetto delle vitali esigenze e dei diritti esigibili delle persone non autosufficienti, ma anche per la risoluzione delle problematiche sociali di tutti i cittadini in analoghe condizioni.

Al riguardo le attività sono svolte anche per ottenere leggi e altri provvedimenti diretti a superare le difficoltà presenti. Tenendo conto dei rilevanti ostacoli frapposti dalle istituzioni e dalla cultura dominante al concreto riconoscimento della pari dignità umana e sociale di tutte le persone, la Fondazione promozione sociale onlus ha operato ed opera con a piena collaborazione del Csa e delle organizzazioni aderenti, nonché con tutte le associazioni e persone aventi gli stessi obiettivi.

Una particolare attenzione è rivolta all'informazione. Al riguardo la Fondazione collabora attivamente con l'Associazione promozione sociale che pubblica ininterrottamente dal 1968 la rivista "Prospettive assistenziali" e dal 1976 il notiziario "Controcittà".

Per quanto concerne gli interventi volti ad ottenere il rispetto dei vigenti diritti, occorre evidenziare che essi hanno anche un forte impatto culturale e informativo in quanto le relative attività consentono a migliaia di cittadini di conoscere la reale situazione concreta dei settori coinvolti, situazione quasi sempre oscurata dalle fuorvianti dichiarazioni dei responsabili delle istituzioni e di gran parte del relativo personale. Inoltre, com'è noto, i mezzi di infor-

mazione molto spesso trasmettono acriticamente le affermazioni di comodo dei gestori dei settori pubblico e privato, di fatto mai contestate dal volontariato caritatevole/consolatorio.

In particolare occorre tenere in attenta considerazione la sempre più forte opposizione dei partiti e delle istituzioni alla corretta e tempestiva attuazione delle leggi che contengono norme valide anche per le persone più deboli, in primo luogo la n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale il cui articolo 1 stabilisce che deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»*, mentre, in base all'articolo 2, deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* (5). Ne consegue che il volontariato dei diritti consegue risultati positivi anche nei casi – purtroppo numerosi – in cui deve intervenire non per ottenere provvedimenti a favore delle persone più deboli, ma a difesa dei diritti sanciti da leggi conquistate.

### **Azioni volte alla corretta attuazione della legge n. 833/1978**

Sulla base delle iniziative già intraprese dall'Ulces e dal Csa, documentate su “Prospettive assistenziali” e su “Controcittà”, la Fondazione promozione sociale onlus ha indirizzato una considerevole quota della sua attività alla tutela delle esigenze vitali e dei vigenti diritti delle persone non autosufficienti a causa delle patologie e/o delle disabilità gravemente invalidanti che hanno provocato non solo sof-

ferenze spesso atroci, ma anche la totale dipendenza da terze persone e quindi l'assoluta e definitiva impossibilità di autotutelarsi.

Prima però di segnalare il lavoro svolto in merito, ci preme ricordare l'intensa attività svolta anche dalla Fondazione diretta ad ottenere il riconoscimento concreto della priorità delle prestazioni sanitarie domiciliari per tutti gli infermi, colpiti da patologie acute e croniche, autosufficienti o non autosufficienti, che potrebbero beneficiarne, fra l'altro con vantaggi anche di natura terapeutica e con consistenti risparmi economici degli oneri a carico del settore pubblico (6).

Al riguardo è stato ed è richiesto, anche da parte della Fondazione, che le prestazioni sanitarie domiciliari vengano riconosciute come intervento prioritario dal Servizio sanitario a condizione che:

a) il Parlamento approvi una legge che riconosca il diritto alle prestazioni domiciliari sanitarie in tutti i casi in cui i congiunti o terze persone sono volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva alle persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie, gravemente invalidanti, nonché ai cittadini con disabilità e autonomia limitatissima o nulla;

b) le prestazioni domiciliari dovrebbero essere considerate prioritarie dal Servizio sanitario, nel caso in cui possano essere assicurate dal medico di medicina generale dell'infermo, che ne abbia riconosciuto la validità e l'assenza di controindicazioni nei confronti dell'accuditore domiciliare (7).

Quest'ultimo si impegna direttamente, o tramite altre persone di sua scelta, a garantire 24 ore su 24 una presenza

attiva volta ad assicurare all'infermo gli interventi necessari, nonché provvedere alle eventuali emergenze, richiedendo se occorre l'intervento dei servizi delle Asl, anche al fine di evitare, nei casi di autolesionismo dell'infermo o di etero-lesionismo causato da terzi magari introdottisi abusivamente nell'abitazione, di essere accusato del reato di abbandono di persona incapace;

c) al malato (adulto o anziano) non autosufficiente o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, l'Asl di competenza, in base alla residenza dell'infermo, dovrebbe predisporre un progetto individualizzato di cure comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche;

d) le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute;

e) sia le Rsa che le prestazioni domiciliari devono rientrare nella piena competenza esclusiva del Servizio sanitario e vi è quindi la necessità di collegare continuamente le azioni da intraprendere per il conseguimento dei due obiettivi.

### **Opposizione alle illegittime richieste di dimissioni ospedaliere di infermi non autosufficienti**

Anche in relazione al progressivo aumento delle illegittime richieste delle dimissioni ospedaliere, ormai praticato in

tutte le zone del nostro Paese, l'attività svolta dalla Fondazione è stata incrementata, per cui le consulenze (gratuite) fornite finora (novembre 2020) prima dal Csa (1970) e dal 2003 dalla Fondazione ammontano a oltre 20mila.

È di rilevante importanza soprattutto per quanto concerne il lavoro svolto e da svolgere, tener presente che mai – da parte del Ministro della salute, delle Regioni, delle Province autonome, delle Asl, della Aziende ospedaliere e delle strutture private – sono state avanzate obiezioni di sorta sulle motivazioni giuridiche e sanitarie contenute nel fac-simile della “Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica prevista dalle leggi vigenti”.

Proprio sulla base delle sopra citate motivazioni giuridiche e sanitarie, la Fondazione promozione sociale onlus, con molta fatica, ha ottenuto dall’Azienda ospedaliera universitaria “Città della Salute e della Scienza di Torino” e dalla Casa di cura privata “Villa Ida”, che è una delle strutture sanitarie della Società “Santa Croce” che fa capo all’Avv. Michele Vietti, già Vice Presidente del Consiglio Superiore della Magistratura, il rinvio delle dimissioni e la segnalazione da parte loro, all’Asl di residenza del malato, della richiesta di assumere i provvedimenti di competenza per la prosecuzione delle cure, compreso il trasferimento in una Rsa, Residenza sanitaria assistenziale. Si tratta di una iniziativa importante tenuto conto che, nel caso in cui i congiunti o altre persone non accettino volontariamente di garantire la degenza a domicilio dell’infermo non autosufficiente, nella maggior parte delle situazioni, pur del tutto analoghe alle precedenti, gli ospedali e le case di cura private, comprese alcune che operano nell’ambito della



Chiesa cattolica, non riconoscono il diritto alle cure sanitarie sancito «*senza limiti di durata*» dalla legge 833/1978 e insistono nel pretendere le dimissioni, nonostante si tratti, come ha evidenziato l'Ordine dei Medici di Torino nel citato documento del 6 luglio 2015, di infermi aventi esigenze sanitarie indifferibili.

Questo si verifica per l'assenza di interventi a difesa delle norme sopra richiamate – approfittando anche delle negative posizioni dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil – da parte dei titolari delle Diocesi (8) e degli Ordini dei Medici, che ricevono sempre copia delle lettere di opposizione alle dimissioni, nonché del sostegno purtroppo di numerosi Giudici tutelari che, su segnalazione del personale sanitario, nominano amministratori di sostegno esterni, con lo scopo di imporre le dimissioni dei malati non autosufficienti.

Alcuni ospedali hanno reagito minacciando addirittura di denunciare coloro che si erano opposti alle dimissioni di infermi non autosufficienti, facendo riferimento al reato di abbandono di persona incapace, omettendo (volutamente?) di tener conto che, com'è precisato nelle lettere di opposizione alle dimissioni che «*non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari. Al riguardo si ricorda che l'articolo 23 della Costituzione è così redatto: "Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge"*».

A conferma delle notevoli difficoltà che incontra la Fondazione nell'espletamento delle azioni dirette al rispetto delle vigenti norme costituzionali e legislative, si segnala la vicenda della signora A. B. colpita da polmonite e da de-

menza senile, ricoverata all'ospedale S. Paolo di Milano. Appena guarita dalla polmonite, l'ospedale richiede le dimissioni, sostenendo – incredibile ma vero – la non competenza del Servizio sanitario in merito alla cura delle persone affette da demenza senile. Poiché la figlia si oppose utilizzando il fac-simile della Fondazione, la Direzione dell'Ospedale ricorre al Giudice tutelare che, in evidente violazione delle norme costituzionali e legislative, affida il compito di Amministratore di sostegno ad un funzionario comunale, che nemmeno conosceva l'inferma, revocando detta funzione di tutela alla figlia che l'aveva esercitata per anni, accogliendo anche la madre a casa sua e provvedendo adeguatamente alle sue esigenze. Purtroppo la figlia non ha presentato ricorso alla illegittima decisione del Giudice tutelare e si è limitata ad informare il nuovo Amministratore di sostegno che, se non avesse utilizzato le prestazioni gratuite del Servizio sanitario, appena diventata erede di sua madre, gli avrebbe richiesto il rimborso dei danni subiti (9).

Da molti anni non solo in Lombardia, ma anche in altre Regioni, ad esempio la Liguria (10) e l'Umbria (11), si dimettono gli infermi cronici non autosufficienti appena sono superate le fasi acute delle patologie che avevano determinato la degenza, scaricando sui loro congiunti la responsabilità della prosecuzione delle cure sanitarie, indifferibili come evidenziato nel citato documento dell'Ordine dei Medici di Torino del 6 luglio 2015.

## NOTE

(1) Sul sito ([www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)) sono riportati i testi dell'atto costitutivo, dello statuto e dei relativi aggiornamenti, nonché bilanci e altri documenti.

(2) Al fine di assicurare la piena autonomia della Fondazione, è vietata dallo Statuto *«l'erogazione, sotto qualsiasi forma [di] prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali rivolte alle persone ed ai nuclei familiari (ad esempio, elargizioni di contributi economici, interventi di aiuto domiciliare, predisposizione e gestione di strutture e servizi di accoglienza di cure e residenziali, ecc.)»*. Inoltre tutte le cariche sono a titolo gratuito.

(3) Dettagliate segnalazioni sulle attività svolte dalla Fondazione, sono riportate nelle "Relazioni annuali" predisposte dalla Presidente, Maria Grazia Breda e riportate su "Prospettive assistenziali", n. 154/2006, 157/2007, 161/2008, 166/2009, 175/2011, 177/2012, 186/2013, 191/2014, 194/2016, 201/2017, 206/2018 e 2010/2019.

(4) Cfr. "Differenze tra volontariato dei diritti e volontariato caritatevole/consolatorio", consultabile sul sito della Fondazione promozione sociale.

(5) Com'è stato precisato dall'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino *«gli anziani cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*.

(6) Nell'allegato B sono riportati i titoli delle proposte di legge di iniziativa popolare presentate, a partire dal 1970, allo scopo di ottenere idonee leggi. Si ricorda altresì la notevole importanza del già segnalato Servizio di ospedalizzazione a domicilio, promosso dall'Ulces e dal Csa, funzionante ininterrottamente dal 1984 in alcuni quartieri di Torino, molto meno costoso per il settore pubblico rispetto ai ricoveri ospedalieri e considerato molto valido sia dagli utenti che dai loro congiunti.

(7) Accuditore – e non, con termine inglese, caregiver – perché sia compresa da tutti la funzione svolta nei confronti della persona malata e/o con disabilità non autosufficiente.

(8) Ricordiamo che il compianto Cardinale Carlo Maria Martini aveva partecipato al convegno "Anziani malati cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi", organizzato da "Prospettive assistenziali" e svoltosi a Milano il 20-21 maggio 1988, evidenziando, fra l'altro, nella sua relazione che *«l'anziano, anche quello non autosufficiente, è persona»* e che

ha il diritto «*innanzitutto [...] ad essere curato tanto da garantirgli non solo la sopravvivenza, ma anche una vita dignitosa, nella consapevolezza che egli, se spesso è inguaribile, non è per questo incurabile*». Il testo integrale della relazione del Cardinale Martini (e quello degli altri intervenuti: il Senatore a vita Norberto Bobbio, il Prof. Fabrizio Fabris, ecc.) sono riportati nel volume “Eutanasia da abbandono. Anziani malati cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi”, pubblicato nel 1988 da Rosenberg & Sellier.

(9) Purtroppo non aveva avuto alcun esito la Pec inviata dal Csa e dalla Fondazione l’11 ottobre 2018 ai Presidenti dei Tribunali italiani avente per oggetto “Allarmante negazione da parte di alcuni Giudici tutelari della nomina ad Amministratore di sostegno dei congiunti degli infermi non autosufficienti a causa di patologie invalidanti che, nel rispetto delle leggi vigenti, si sono opposti alle dimissioni di loro familiari da ospedali e da case di cura private”, in cui, come caso esemplare veniva segnalato proprio il sopra citato sconcertante comportamento del Giudice tutelare di Milano ed erano segnalate non solo le norme vigenti, ma anche la relazione del Difensore civico della Regione Piemonte del 16 maggio 2017, in cui veniva ribadito che «*l’opposizione alle dimissioni rientra a pieno titolo nell’ambito del diritto di partecipazione del cittadino*».

(10) Cfr. “Nella Regione Liguria continuano ad essere violate le esigenze ed i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti”, *Prospettive assistenziali* 197, 2017

(11) Cfr. Francesco Pallante, “La Sanità in Umbria: se non ti sbrighi a guarire, paghi”, *Prospettive assistenziali* 205, 2019.

## **VIGENTI DIRITTI ESIGIBILI DA SEGNALARE E DA RIVENDICARE**

### **1. Diritto alle cure sanitarie delle persone malate croniche non autosufficienti: violati i diritti umani degli infermi anziani ricoverati nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali**

A conclusione delle 98 pagine della documentata ricerca “Abbandonati”, Amnesty International, *«movimento globale di oltre sette milioni di persone impegnate per un mondo dove tutti godano dei diritti umani»*, viene precisato che *«la risposta del Governo italiano alla pandemia Covid-19 non è stata adeguata a proteggere e a garantire i diritti umani degli ospiti delle strutture sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane»*. Pertanto viene avanzata la richiesta di *«un’inchiesta pubblica totalmente indipendente per esaminare in profondità la preparazione generale e la risposta alla pandemia per quanto riguarda i presidi residenziali sociosanitari e socioassistenziali per persone anziane»*.

Mentre è auspicabile l’effettuazione di una indagine approfondita, se non altro per il dovuto rispetto alle migliaia di anziani deceduti e al dolore dei loro congiunti, nonché per evitare analoghi futuri disastri, rileviamo l’esigenza primaria e urgentissima della cessazione di tutte le numerose e gravissime violazioni delle vigenti norme costituzionali e legislative.

In particolare occorre agire per ottenere il puntuale rispetto

della Costituzione, il cui articolo 3 stabilisce che *«tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali»*, mentre l'articolo 32 dispone che *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti, [...]»*.

Bisogna anche considerare che la Corte costituzionale ha precisato (fra le altre, si ricordano le citate sentenze n. 509/2000 e 275/2016) che *«è la garanzia dei diritti incompressibili [del settore sanitario, n.d.r.] ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»*.

Si ricorda altresì che l'articolo 23 della Costituzione sancisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e che non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari colpiti da patologie e/o da disabilità invalidanti [1].

Ne consegue che il Servizio sanitario nazionale deve obbligatoriamente attuare la legge 833/1978 siano le sopra citate persone guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, colpite da patologie acute o croniche.

In particolare il Servizio sanitario deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* (articolo 1 della legge 833/1978) e deve garantire *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»*, nonché provvedere *«alla tutela della salute degli anziani,*

*anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2 della stessa legge 833/1978).*

Ciò premesso, occorre considerare con la massima attenzione che ognuno di noi e dei nostri cari, anche da un momento all'altro, può essere colpito da patologie e/o da disabilità invalidanti.

Secondo i dati dell'Istat, al 31 dicembre 2018 (ultimi dati disponibili) erano ben 1.537.398 le persone ultrasessantacinquenni che ricevevano l'indennità di accompagnamento (nel 2020 euro 520,29 al mese) poiché, come stabiliscono le leggi vigenti, o abbisognavano *«di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita»* e pertanto erano totalmente non autosufficienti, oppure erano *«nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore»*.

Tenuto conto che il numero delle persone ultrasessantacinquenni che ricevono l'indennità di accompagnamento dovrebbe essere aumentato del gruppo degli infrasessantacinquenni che beneficiano di detta indennità e ridotto dell'ammontare di coloro che sono nell'impossibilità di deambulare, ma sono autosufficienti ad esempio per lo svolgimento di attività lavorative, poiché non vi sono dati statistici in merito a queste due situazioni, si può ragionevolmente ritenere che attualmente (dicembre 2020) siano oltre un milione i nostri concittadini ultrasessantacinquenni non autosufficienti a causa di patologie e/o di disabilità così gravemente invalidanti da aver causato la loro totale e definitiva dipendenza da altre persone e spesso anche l'incapacità di autodifendersi: hanno quindi la quotidiana necessità di essere curati anche per limitare in tutta la mi-

sura del possibile sia il dolore, sia gli aggravamenti. Inoltre, si tratta – lo sottolineiamo con forza – di infermi che hanno altresì il diritto alle prestazioni sanitarie stabilite dalla legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, cure palliative che, ai sensi dell’articolo 2 sono *«l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare»*. Al riguardo evidenziamo di non avere mai avuto alcuna conferma, da parte delle centinaia di Rsa, in merito al rispetto della sopra citata legge 38/2010.

***Caratteristiche salienti delle prestazioni sanitarie adeguate alle esigenze delle persone colpite da patologie/disabilità gravemente invalidanti e quindi non autosufficienti***

Anche se già segnalato in precedenza, ripetiamo che in primo luogo è assolutamente necessaria l’approvazione di una legge che riconosca il diritto alle prestazioni domiciliari sanitarie in tutti i casi in cui i congiunti o terze persone sono volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva alle persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie, gravemente invalidanti, nonché ai cittadini con disabilità e autonomia limitatissima o nulla.

Le prestazioni domiciliari dovrebbero essere considerate prioritarie dal Servizio sanitario, nel caso in cui possano essere assicurate dal medico di medicina generale dell’infermo, che ne abbia riconosciuto la validità e l’assenza di controindicazioni nei confronti dell’accuditore domiciliare.



Quest'ultimo si impegna direttamente, o tramite altre persone di sua scelta, a garantire 24 ore su 24 una presenza attiva volta ad assicurare all'infermo gli interventi necessari, nonché provvedere alle eventuali emergenze, richiedendo, se occorre, l'intervento dei servizi delle Asl, anche al fine di evitare, nei casi di autolesionismo dell'infermo o di eterolesionismo causato da terzi magari introdottisi abusivamente nell'abitazione, di essere accusato del reato di abbandono di persona incapace.

Al malato (adulto o anziano) non autosufficiente o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, l'Asl di competenza, in base alla residenza dell'infermo, dovrebbe predisporre un progetto individualizzato di cure comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche.

Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute.

Sia le Rsa che le prestazioni domiciliari devono rientrare nella piena competenza esclusiva del Servizio sanitario: vi è quindi la necessità di collegare continuamente le azioni da intraprendere per il conseguimento dei seguenti obiettivi.

Per quanto concerne le cure sanitarie, alle quali hanno diritto – senza limiti di durata – tutte le persone non autosufficienti indipendentemente dalle cause e dalle conseguenze, è assolutamente indispensabile che esse

vengano garantite riconducendo le relative prestazioni nell'ambito degli interventi di competenza del Servizio sanitario, senza – pertanto – creare strutture di fatto separate, com'è stato fatto per la Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, utilizzando vari espedienti: la creazione – mediante le norme sui Lea, Livelli essenziali di assistenza – del settore socio-sanitario, proposto come insieme di attività non solo sanitarie, ma anche sociali (Cfr. “Vitali esigenze delle persone non autosufficienti e palesi violazioni delle Asl del diritto alle cure sanitarie”, predisposto dall'Ulces e pubblicato sul n. 211, 2020 di “Prospettive assistenziali”).

Ne consegue la necessità che in ogni ospedale sia prevista la creazione di reparti per la degenza di anziani e adulti non autosufficienti e per persone colpite da Alzheimer o da altre forme di demenza senile in tutti i casi in cui non sono praticabili le cure domiciliari, se del caso integrate dalle attività di centri diurni, o l'accoglienza presso comunità alloggio sanitarie inserite nel vivo del contesto sociale ed aventi non più di 8-10 posti.

I previsti reparti ospedalieri dovrebbero svolgere anche l'importantissimo compito della preparazione e aggiornamento del personale medico e infermieristico, nonché degli altri addetti in modo che anche questi nostri concittadini (domani noi stessi e/o i nostri cari) siano curati da personale preparato.

Inoltre questi reparti dovrebbero essere istituiti anche allo scopo di creare le condizioni opportune affinché gli operatori, anche mediante il lavoro in équipe, siano in grado di:

- valutare nel concreto le esigenze specifiche di questi utenti al fine della definizione delle norme di comporta-

mento occorrenti per un'effettiva prevenzione della non autosufficienza, per cure valide, per combattere la cronicità, nonché per l'erogazione di adeguate cure palliative e di efficaci terapie del dolore;

- acquisire gli elementi necessari per l'individuazione corretta del personale necessario (professionalità e numero) che deve obbligatoriamente essere messo a disposizione delle strutture private che provvedono – previa valutazione del settore pubblico – alle cure sanitarie delle persone non autosufficienti e dei soggetti colpiti da Alzheimer o da analoghe forme di demenza senile ad esse inviate dal Servizio sanitario. Detta acquisizione è altresì indispensabile per la corretta determinazione dei compensi;

- equiparazione totale del ruolo, della denominazione, dei controlli e delle attività delle strutture private che provvedono alla cura di persone non autosufficienti alle case di cura che intervengono nei riguardi di infermi con patologie acute autosufficienti o non autosufficienti.

L'attuazione del principio etico-giuridico del pieno e, se necessario, immediato diritto alle cure sanitarie senza accanimenti terapeutici e senza abbandono esige, com'è ovvio, la cessazione di tutte le iniziative volte alle dimissioni dalle prestazioni residenziali delle persone non autosufficienti a causa di patologie e/o disabilità gravemente invalidanti.

Al riguardo occorre tener presente che le dimissioni ospedaliere di persone aventi ancora l'indifferibile esigenza di prestazioni sanitarie (diagnosi, terapie, riabilitazione) non solo sono illegittime, ma anche crudeli in quanto, purtroppo in molti casi, queste persone non ricevono tutte le cure necessarie, comprese quelle rivolte alla massima possibile riduzione delle sofferenze.

Inoltre esse sono una rilevante causa di impoverimento. Infatti, come risulta dal VII Rapporto redatto da Rbm Assicurazione salute – Censis Sanità pubblica, privata e integrativa, che reca la data del 7 giugno 2017 *«ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria [spesso per l'illegittimo confinamento di detti infermi in crudeli liste di attesa, nonostante l'indifferibilità delle loro esigenze sanitarie, n.d.r.] ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi ha più bisogno di cure, più soffre sul piano economico»*, che nell'area dei "saluteimpoveriti" [denominazione utilizzata da Rbm – Censis che non fa certamente onore alla Sanità pubblica e privata] e cioè delle persone (1,8 milioni) che *«dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie pagate di tasca propria [...] ci sono finiti anche il 3,7% di persone con redditi medi, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche ci si posiziona sui livelli non bassi della piramide sociale»*.

Occorre tener presente che gli infermi non autosufficienti sono nostri concittadini destinati, senza alcuna eccezione, a morire nel giro di 5-6 giorni se non ricevono le occorrenti ed indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli utenti di segnalarne la durata, l'intensità e, a volte, anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non siano in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti ricevuti). Inoltre hanno la pressante esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento, curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza),

movimentati (allo scopo di evitare l'anchilosi e le piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le altre prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze.

Nonostante l'estrema gravità di queste situazioni e gli obblighi indubbi del Servizio sanitario nazionale, vi sono state strutture pubbliche e private che hanno dimesso e continuano a dimettere questi nostri concittadini al termine delle fasi acute delle patologie che avevano determinato il ricovero o appena terminato il periodo prestabilito dall'Asl per la riabilitazione.

Esempio tipico quello dell'ospedale S. Paolo di Milano: appena guarita dalla polmonite, la signora A. B., anziana colpita da demenza senile, viene dimessa come se non si trattasse di una malattia e il Servizio sanitario non avesse l'obbligo giuridico ed etico di garantire la prosecuzione delle cure.

Un altro esempio è quello dell'Usl Umbria 2, di cui si riporta il certificato medico del 18 dicembre 2018 utilizzato per dimettere un anziano malato cronico non autosufficiente (vedi pagina seguente).

Un ulteriore espediente di violazione delle vigenti norme di legge è il confinamento in illegittime e crudeli liste di attesa le persone non autosufficienti, negando in tal modo non solo la loro dignità, ma anche i vigenti diritti esigibili alle cure sanitarie.

Come emerge dall'articolo "Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute", pubblicato sul n. 1, 2019 della rivista "Il Piemonte delle Autonomie", il giurista Francesco Pallante, sulla base dei dati comunicati dagli uffici regionali, segnala che solamente in



**USL Umbria2**

Prot. n. 286253 del 18/12/2018

Centro di Salute1  
Via A. Floriano n°5  
tel. 0744-204658/204651  
mail paola.paoli@uslumbria2.it

**DR. STEFANO FEDERICI  
DIRETTORE DEL DISTRETTO N.1**

**E AI COMPONENTI DELL'UVM GERIATRICA DI TERNI**

Oggetto: Proposta di Piano assistenziale individualizzato per il signor [redacted]  
Persona di riferimento: il figlio, signor [redacted]

Equipe Centro di Salute 1 - Terni: Responsabile Centro di Salute, Dr.ssa Paola Paoli; Medico Centro di Salute, Dr.ssa Vita Carmela; Coordinatrice Infermieristica Centro di Salute, Dott.ssa Micciano Maria Cristina; Assistente Sociale Centro di Salute, Dott.ssa Bartuccio Nunziata

Il Sig. [redacted] nato a Terni il [redacted] 1930 e residente in Terni, [redacted] 29/06/2018 è ricoverato c/o l'R.S.A. "le Grazie" di Terni. In data 17 ottobre 2018 era stata già effettuata c/o la R.S.A. da parte del Centro di Salute 1 e del M.M.G., una valutazione delle condizioni cliniche del paziente e dei relativi bisogni assistenziali, in previsione delle imminenti dimissioni, aggiornata successivamente con la Responsabile Dr.ssa Marina Marinelli.

Il Sig. [redacted] è invalido 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

Principali patologie: scompenso cardiaco con fibrillazione atriale persistente, insufficienza respiratoria cronica, portatore ossigeno, spondiloartrosi diffusa e frattura vertebrale L4 trattata con vertebroplastica, esofagite erosiva con grave anemizzazione, litiasi vescicale con idroureteronefrosi di 2° grado bilaterale e RAU in fimosi serrata, TPV arto inferiore sinistro, gozzo tossico, TIA ricorrenti, lesioni da decubito al sacro, declino cognitivo e depressione maggiore.

Il Sig. Scalondro non è autonomo né nel trasferimenti né nell'utilizzo della sedia a rotelle.

A domicilio deve essere fornito dei seguenti presidi: letto preferibilmente ortopedico munito di materassino antidecubito e sedia a rotelle. È completamente dipendente nell'igiene personale e nella vestizione. È portatore di catetere endovescicale e necessita di controlli accurati della diuresi, una corretta gestione del catetere ed una sostituzione periodica dello stesso. Si alimenta autonomamente ma necessita di cibo adeguatamente preparato per la somministrazione.

Non è in grado di assumere farmaci autonomamente e devono essere somministrati allo stesso. Particolare attenzione è da riservare alla somministrazione del Coumadin che deve essere dosato in relazione ai valori dell'INR, dunque necessita di prelievi periodici per la determinazione di detti valori.

[redacted] presenta lesioni da decubito.

Il paziente necessita di assistenza continua nelle 24 ore.

Il Centro di Salute 1 può fornire assistenza infermieristica domiciliare per medicazioni, lesioni da decubito, prelievi ematici e sostituzione catetere endovescicale (qualora occorra anche con l'intervento dello specialista urologo). Inoltre considerando le difficoltà del figlio nella gestione dell'assistenza domiciliare, confermate in data odierna dallo stesso presso il Centro di salute 1, si propone il servizio tutelare domiciliare per l'igiene personale, eccezionalmente per n. 6 accessi settimanali da n.1 ora ciascuno, con personale ausiliario convenzionato. Le verifiche del PAI saranno effettuate con cadenza trimestrale e anche quando se ne ravveda la necessità.

La Responsabile Centro di Salute 1

Dr.ssa Paola Paoli

La Dott.ssa Vita Carmela

(Carla Vita Carmela)

Il Figlio ed

Amministratore di sostegno

La Coord.Inferm CDS1

M. Micciano

Il MMG

Dr. Riccardi Domenico

L'Assistente Sociale

Nunziata Bartuccio

Piemonte erano ben 26.653 gli anziani malati cronici non autosufficienti intrappolati in illegali e disumane liste di attesa per mesi e a volte per anni, con la conseguente assenza di interventi sanitari e la rilevante estensione della povertà indotta, nuova piaga sociale fondata sulla violazione della Costituzione e delle leggi vigenti in materia sanitaria.

Purtroppo fra le strutture che dimettono illegittimamente infermi non autosufficienti vi sono state (e vi sono ancora?) case di cura private che operano nell'ambito della Chiesa cattolica [2].

Altri ostacoli, spesso molto forti diretti contro le esigenze ed i diritti delle persone non autosufficienti, sono stati frapposti dai Sindacati, in particolare dalle sezioni dei pensionati della Cgil, Cisl e Uil.

Essi, non solo non hanno mai operato affinché fossero attuate le leggi 841/1953 e 692/1955, che stabilivano il diritto pienamente esigibile alle cure sanitarie senza limiti di durata e gratuite ai pensionati dei settori pubblico e privato colpiti dalle malattie di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale del 21 dicembre 1956 [3], ma hanno sostenuto l'approvazione della legge 30/1979 della Regione Emilia Romagna, con la quale, dopo nemmeno un anno dall'entrata in vigore della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario universalistico, venivano create e finanziate le case protette, strutture del settore assistenziale, destinate anche e soprattutto agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai quali veniva richiesto di contribuire alle spese, nonostante che la citata legge 833/1978 imponesse la totale gratuità (e durata) delle prestazioni comprese quelle ospedaliere.

Un'altra devastante botta, approvata dai Sindacati, era stata inferta al diritto alle cure sanitarie dalla stessa Regione Emilia Romagna con l'approvazione della legge 5/1994 in base alla quale l'emarginazione nelle case protette era estesa agli ultradiciottenni non autosufficienti «*a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile*», mentre la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi sanitari (ad esempio la verifica della validità delle cure oncologiche) era assegnata agli assistenti sociali che, com'è noto, non hanno, né devono avere alcuna competenza diagnostica e terapeutica.

Evidentemente soddisfatti della cancellazione del diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata e il trasferimento oneroso all'incompetente settore dell'assistenza sociale delle funzioni concernenti le cure degli infermi anziani e adulti non autosufficienti operato dalla Regione Emilia Romagna, i Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil avevano presentato al Parlamento con iniziativa popolare la proposta di legge "Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo regionale", il cui testo era stato depositato alla Corte di Cassazione il 10 ottobre 2005, la cui base è l'inaccettabile non riconoscimento delle indifferibili esigenze sanitarie di tutte le persone non autosufficienti [4].

Poiché le iniziative dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil continuano (dicembre 2020) ad essere rivolte alla creazione di un settore socio-assistenziale per gli anziani (e in certi casi anche per gli adulti) non autosufficienti, occorre tenere nella massima considerazione le relative iniziative dirette all'emarginazione sanitaria di questi nostri concittadini, domani ognuno di noi, ai quali verrebbe revocato l'attuale di-



ritto pienamente e, se necessario, immediato diritto esigibile alle cure sanitarie senza limiti di durata.

## **2. Le fondamentali questioni relative al “Dopo di noi” delle persone con disabilità e limitata o nulla autonomia”: diritti esigibili e falsità**

Com'è ovvio, i genitori delle persone con disabilità e limitata o nulla autonomia sono giustamente molto preoccupati del futuro dei loro figli, specialmente pensando a quando non saranno più in grado di assicurare le indispensabili prestazioni, spesso comprendenti: alzarli, imboccarli e garantire – essi stessi o altri soggetti – una presenza attiva 24 ore su 24 per rispondere alle loro necessità e per evitare l'accusa di abbandono di persona incapace.

Tenuto conto che – come troppo sovente capita – le istituzioni ed i relativi operatori dichiarano alle persone interessate che non vi sarebbero leggi che assicurano a questi nostri concittadini il “Dopo di noi”, vi sono molte organizzazioni che, mentre asseriscono di tutelare i soggetti colpiti da disabilità, negano l'esistenza dei vigenti diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili.

Al riguardo la Fondazione promozione sociale, sulla base delle iniziative assunte dall'Ulces e dal Csa, ha incessantemente fornito, fin dalla sua costituzione, le occorrenti informazioni, segnalando che, fin dall'entrata in vigore del regio decreto 6535/1889, il settore pubblico doveva garantire il “Dopo di noi” [5].

In particolare la Fondazione ha segnalato alle persone e alle organizzazioni interessate che, come risulta dall'arti-

colo “Come abbiamo procurato un ricoveri d'emergenza a un nostro congiunto colpito da grave handicap intellettuale”, pubblicato sul n. 123, 1998 di “Prospettive assistenziali”, sulla base dell'articolo 154 del regio decreto 773/1931, era stato ottenuto dal Cisa, Consorzio intercomunale socio-sanitario dei Comuni di Candiolo, Nichelino, None e Vinovo, dopo 21 giorni dalla prima richiesta, il ricovero in una comunità alloggio di un adulto colpito da disabilità intellettuale e limitatissima autonomia, con oneri interamente a carico dell'utente (pensione e indennità di accompagnamento, dedotta la quota destinata alle spese personali) [6].

Si ricorda altresì l'articolo di M. Benetti, pubblicato sul n. 189/2015 della stessa rivista “Come mia moglie ed io abbiamo assicurato il durante e il dopo di noi a nostra figlia colpita da grave disabilità intellettuale”, a dimostrazione del diritto di ottenere l'accoglienza a tempo pieno in una comunità alloggio di un figlio, anche mentre i genitori sono viventi.

Nonostante la dimostrazione dell'esistenza del diritto pienamente e, se necessario, immediatamente esigibile, concernente il “Dopo di noi”, il Parlamento ha approvato la legge 112/2016, sbandierata come “legge sul dopo di noi”, che non stabilisce alcun diritto, ma, consente alle Regioni di fornire ad alcune associazioni, che gestiscono servizi residenziali per le persone con disabilità, finanziamenti non indifferenti: 90 milioni di euro nel 2017 e 56,1 milioni a partire dal 2018 [7].

Da tener presente che la legge 112/2016 è stata approvata sulla base delle false informazioni fornite da numerose organizzazioni di persone con disabilità ed è stata addirittura

definita dall'allora Presidente del Consiglio dei Ministri, Matteo Renzi, una iniziativa avente lo scopo di «*assicurare un futuro alle persone con disabilità quando non ci saranno più i genitori a seguirli*» [8].

Attualmente (dicembre 2020) le prestazioni relative al “Dopo di noi” devono obbligatoriamente essere assicurate senza limiti di durata dal Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, dell'articolo 54 della legge 289/2002 e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

### **3. Il “Durante noi” delle persone con disabilità gravi**

Purtroppo vi sono tuttora organizzazioni che considerano valida l'emarginante affermazione contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica del 4 ottobre 2013, secondo cui «*la nozione di non autosufficiente, che è in aperta contraddizione con la visione di disabilità introdotta dalla Convenzione Onu, dovrebbe essere rivista e ridefinita*».

Ne consegue che, non solo si esprime disprezzo nei confronti delle persone con disabilità intellettiva così grave da aver determinato condizioni di autonomia estremamente limitate o nulle, tali da non consentire l'auspicabile indipendenza personale almeno per lo svolgimento degli atti quotidiani della vita, ma si vorrebbe addirittura – da parte dei gruppi più estremisti – che la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata a New York il 13 dicembre 2006, non riguardasse anche i nostri concittadini non autosufficienti.

A questo proposito ricordiamo che, nonostante le ripetute richieste avanzate dalla Fondazione promozione sociale, del Csa e delle relative organizzazioni aderenti, né il Governo, né il Parlamento, né il Presidente della Repubblica sono intervenuti per migliorare il testo della sopra citata Convenzione, ratificata senza aver proposto alcun emendamento migliorativo, com'era consentito agli Stati [9].

Un'altra importante questione. Partendo dall'assurdo principio che le persone con disabilità fisiche e/o sensoriali e/o intellettive non siano colpite da carenze anche gravi delle loro condizioni di salute (l'Organizzazione Mondiale della Salute ha affermato più volte che la salute deve essere intesa come massimo benessere fisico e psichico), vi sono organizzazioni di persone con disabilità che accettano passivamente la posizione di alcune istituzioni, in particolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che premono per ottenere, per inaccettabili scopi di potere, l'assegnazione al settore dell'assistenza sociale delle competenze relative alle persone non autosufficienti o con disabilità gravissime.

In merito occorre tenere ben presente che, mentre il settore sanitario è fondato su diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili (si vedano, fra le altre, le citate sentenze della Corte costituzionale n. 509/2000 e 275/2016), quello socio-assistenziale è ancora basato, salvo le pensioni, sulla discrezionalità come è stato evidenziato dalla sentenza n. 157/2020 della stessa Corte costituzionale.

Inoltre le prestazioni economiche devono essere erogate dal settore dell'assistenza sociale secondo i limiti stabiliti dal primo comma dell'articolo 38 della Costituzione che re-

cita: *«Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale».*

Preso atto dell'attuale situazione, è necessario continuare ad operare affinché venga riconosciuto non solo dal legislatore e dalle istituzioni, ma anche da Sindacati e dalle organizzazioni che operano a tutela delle esigenze vitali delle persone più deboli, in particolare delle centinaia di migliaia di malati cronici/disabili non autosufficienti, che si tratta indiscutibilmente di persone con rilevanti e indifferibili esigenze sanitarie [10].

Ciò premesso occorre, a nostro avviso, operare attivamente per ottenere dal Servizio sanitario nazionale le prestazioni alle quali hanno il pieno e immediato diritto esigibili tutte le persone colpite da disabilità, ovviamente comprese quelle con autosufficienza limitata o nulla. Le prestazioni obbligatorie, previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, non riguardano solamente l'erogazione di protesi, ortesi e altri ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo *«volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito».*

Infatti il sopra citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, definisce altresì i diritti concernenti le cure domiciliari (articolo 22), le cure palliative domiciliari (articolo 23), le prestazioni sociosanitarie ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie (articolo 24), gli interventi sociosanitari alle persone con disabilità (articolo 27), le prestazioni sanitarie extra ospedaliere ad elevato impegno sanitario (ar-

ticolo 29), nonché gli interventi sociosanitari semiresidenziali e residenziali alle persone con disabilità (articolo 34). Al riguardo è assai importante tener conto che si tratta di interventi garantiti e finanziati dal Servizio sanitario nazionale (articolo 1 del sopra citato decreto).

## NOTE

[1] Vi è quindi la necessità di promuovere il volontariato intrafamiliare e di sostenerlo anche sotto il profilo economico, soprattutto nei casi in cui occorra assicurare una presenza attiva 24 ore su 24.

[2] Cfr. gli articoli pubblicati su “Prospettive assistenziali”: “Importanti precisazioni del Difensore civico della Regione Piemonte indirizzate all’Ospedale Cottolengo a Torino”, n. 182, 2013; “Anche le case di cura private devono rispettare le norme sulla continuità terapeutica degli anziani malati cronici non autosufficienti”, (riguardante anche il Centro “Don Gnocchi” di Torino), n. 187, 2014; “Dimissioni truffaldine da ospedali e da case di cura di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone con demenza senile”, n. 189, 2015; “Credere e non informare? Mancano da parte delle organizzazioni cattoliche iniziative d’informazione sui diritti esigibili degli anziani malati cronici non autosufficienti e sulla difesa delle loro indifferibili esigenze terapeutiche”, di A. Ciattaglia e F. Santanera, n. 192, 2015; “Informare sui diritti delle persone non autosufficienti: sollecitazione ai mezzi di comunicazione e informazione cattolici”, n. 194, 2016; “Tutti gli altri Alfie”, n. 201, 2018; “Quando la Chiesa cattolica riconoscerà le proprie responsabilità sul diritto negato agli anziani malati non autosufficienti alle indifferibili cure sanitarie e socio-sanitarie”, n. 203, 2018; “Il Servizio sanitario che esclude: anziani malati e persone con disabilità non autosufficienti. Chi tace è complice”, n. 205, 2019; “Diritto alla salute: ripartire dalle radici del Servizio sanitario universalistico”, n. 206, 2019. Ricordiamo, inoltre, le segnalazioni inviate dalla Fondazione promozione sociale al Centro Don Gnocchi di Torino in data 14 marzo 2014 e il 25 febbraio 2014 a Mons. Angelo Bazari, Presidente della Fondazione Don Gnocchi; il 12 luglio, il 24 agosto e

il 28 settembre 2018 al Dott. Renzo Bragando e a Don Vincenzo Barbante, Direttore sanitario e Presidente della Fondazione Don Gnocchi; il 22 maggio 2019 al Presidente e al Direttore sanitario del Centro di riabilitazione Santa Maria Bambina; il 7 agosto 2019 alla Direzione del Centro Santa Maria al Castello e il 9 agosto 2019 a Suor Maurizia Maria Cardone, al Prof. Roberto Russo e all'Avv. Giampaolo Zanetta del Cottolengo di Torino, nonché quelle indirizzate alle più importanti Autorità della Chiesa cattolica, a tutti i Vescovi italiani, ai Parroci di Torino e Provincia, ai Responsabili delle sedi nazionale e locali della Caritas per segnalare, senza mai ricevere alcun riscontro, la violazione dei vigenti diritti esigibili degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile, violazioni che hanno notevolmente contribuito al decesso di migliaia di ricoverati nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali. Copia delle comunicazioni è a disposizione di tutti coloro che le chiederanno.

[3] Per fronteggiare i maggiori oneri economici erano stati contemporaneamente aumentati i contributi previdenziali, ulteriormente incrementati dalla legge n. 386/1974. Si noti che, nello stesso periodo in cui erano state approvate le citate leggi 841/1953 e 692/1955, i lavoratori in servizio avevano solamente diritto alle cure ospedaliere gratuite non oltre 180 giorni all'anno, salvo situazioni particolari, ad esempio nei casi fossero colpiti dalla tubercolosi. Cfr. il volume di F. Santanera e Maria Grazia Breda, *Vecchi da morire. Libro bianco sui diritti violati degli anziani malati cronici: manuale per pazienti e familiari*, Prefazione di Norberto Bobbio, Rosenberg & Sellier, 1987.

[4] Al riguardo si ricorda che nel documento del 6 luglio 2015, l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino ha precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*. Segnaliamo altresì che nel documento del 21 marzo 2016, lo stesso Ordine dei Medici aveva evidenziato la necessità e l'urgenza dell'istituzione di *«un unico servizio di cure domiciliari per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato dai medici di medicina generale»* e che in quello del 21 novembre 2016 aveva confermato che *«spetta al Servizio sanitario nazionale assicurare la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata (legge 833/1978)»*. Inoltre, nella lettera del 5 ottobre 2017, lo stesso Ordine aveva risposto ad una richiesta di parere deontologico, chiarendo il concetto di indifferibilità delle prestazioni sanitarie. I documenti sopra richiamati sono

riportati nei numeri 191/2015, 193/2016 e 200/2017 di “Prospettive assistenziali”. Cfr. il sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

[5] Successivamente sono stati approvati i regi decreti 773/1931 e 383/1934.

[6] Il ricovero nella stessa comunità alloggio è ancora in atto alla data in cui è redatto questo testo (dicembre 2020). In merito alla gestione della struttura, si veda l'articolo di C. Bonasera, S. Savoldi e A. Visentin, “Caratteristiche della comunità alloggio ‘La Crisalide’ per soggetti con grave disabilità intellettiva”, “Prospettive assistenziali”, n. 184, 2013.

[7] Purtroppo la gestione non riguarda solamente comunità alloggio di 8-10 posti, ma anche strutture assolutamente inidonee. A questo proposito si veda il capitolo “La sconcertante vicenda del villaggio del subnormale di Rivarolo (Torino), ora Comunità “La Torre”.

[8] Cfr. l'articolo: “Legge 112/2016 sul ‘Dopo di noi’: omessi i previgenti diritti da Ministri, Parlamentari, esperti e associazioni di tutela delle persone con disabilità grave” e quello di F. Santanera “Matteo Renzi ‘Un'altra strada’, ma con il passo sbagliato: nel welfare riferimenti generici o errati”, “Prospettive assistenziali” n. 198, 2017 e 205, 2019.

[9] Si vedano i seguenti articoli di “Prospettive assistenziali”: M. Perino, “La Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con handicap”, n. 159, 2007; M. Perino, “Richiesta al Parlamento in merito alla ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con handicap”, n. 165, 2009; “Documento sui diritti delle persone con disabilità: integrazioni necessarie”, n. 182, 2013; “In base a quali motivi il Presidente della Repubblica e l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità hanno ignorato gli anziani disabili?”, n. 186, 2012; “Considerazioni in merito all'incontro del 18 giugno 2014 sulla non autosufficienza tra Ministeri, Anci, Aisla, Comitato 16 Novembre, Fand e Fish”, n. 187, 2014; “Ingannevoli dirottamenti dei finanziamenti statali destinati alle persone non autosufficienti e strumentale definizione delle disabilità gravissime”, n. 188, 2014; “Le Regioni continuano a sottrarre alle persone colpite da patologie e/o disabilità invalidanti e da non autosufficienza quote rilevanti dei finanziamenti erogati dallo Stato”, n. 190, 2015; “I disabili non autosufficienti: poveri solamente da assistere o persone con gravi carenze della loro salute?”, n. 194, 2016; “È vero che la Sanità sta cercando di fagocitare la disabilità”, n. 198, 2017; “Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali continua a non voler riconoscere la vigente competenza del settore sanitario nei riguardi delle persone non autosufficienti”, n. 199, 2017; “Secondo programma dell'Osservatorio nazionale sulle condi-



zioni delle persone con disabilità: ignorati i più gravi”, n. 202, 2018; “Persone con disabilità intellettiva grave: ignorati i vigenti diritti esigibili e proclamati diritti inesistenti”, n. 205, 2019; M. Perino, “Un falso assegno di cura, che esclude la sanità: il «Piano per la non autosufficienza» nega i diritti dei malati/persone con disabilità non autosufficienti”, n. 209, 2020.

[10] Purtroppo vi sono ancora Sindacalisti Cgil, Cisl e Uil che fanno riferimento alla citata proposta di iniziativa popolare “Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziata da un fondo nazionale”.

## *Allegato B*

# **DIFFERENZE TRA VOLONTARIATO DEI DIRITTI E VOLONTARIATO CARITATEVOLE/CONSOLATORIO**

## **VOLONTARIATO DEI DIRITTI**

1. Interviene anche a difesa dei casi singoli quando le Istituzioni non rispettano le vitali esigenze ed i diritti dei giovani, degli adulti e degli anziani incapaci di difendersi autonomamente e dei minorenni privi di adeguato sostegno familiare.

2. Si fa carico non solo delle esigenze delle persone di cui al punto precedente, ma svolge anche attività volte ad ottenere diritti esigibili tramite l'approvazione di leggi e delibere da parte delle istituzioni.

3. Interviene per l'eliminazione o, almeno, per la riduzione delle cause che provocano l'emarginazione dei più deboli.

## **VOLONTARIATO CARITATEVOLE/CONSOLATORIO**

1. Può operare anche nei riguardi di coloro che hanno le capacità personali per tutelare adeguatamente i loro interessi, nonché mezzi economici sufficienti per soddisfare le proprie esigenze.

2. Si adopera a favore delle persone delle cui difficoltà viene direttamente a conoscenza. Sovente gli interventi sono prolungati nel tempo per coprire le carenze strutturali delle istituzioni, ad esempio la mancanza di personale.

3. Quasi mai agisce nel campo della prevenzione del bisogno e del disagio.

4. Opera in piena autonomia, anche sotto il profilo economico, rispetto alle istituzioni (Governo, Ministeri, Regioni, Comuni, ecc.) e non gestisce servizi al fine di poter conservare la propria indipendenza culturale e operativa, nonché per non essere condizionato nelle attività dirette a contrastare le decisioni delle istituzioni ritenute negative.

5. Assume iniziative pubbliche (volantinaggi, presidi, cortei, ecc.) nei confronti delle istituzioni che non rispettano le esigenze ed i diritti dei più deboli e che rifiutano di modificare il loro comportamento, nonostante la presentazione di istanze adeguatamente documentate.

6. Richiede alle istituzioni l'assunzione di provvedimenti concreti (leggi, delibere, ecc.) al fine di ottenere il rispetto delle esigenze e dei diritti che riguardano le persone deboli. Ad esempio: delibere sull'affidamento familiare a scopo educativo, sull'assunzione di

4. Collabora con le istituzioni dalle quali ottiene finanziamenti spesso consistenti e, a volte, anche l'assegnazione delle sedi operative. La collaborazione può spingersi fino alla gestione di attività di competenza degli enti pubblici.

5. Se non riesce a concordare con le istituzioni i cambiamenti richiesti (ad esempio, la cessazione delle dimissioni ospedaliere illegali o la rinuncia da parte degli enti pubblici di richiedere contributi economici illegittimi), intraprende quasi mai azioni pubbliche di denuncia.

6. Le organizzazioni di volontariato caritatevole/consolatorio aiutano le persone in difficoltà nei limiti delle risorse economiche disponibili, nonché nell'ambito del numero dei volontari e dei relativi tempi disponibili, per cui può non essere sempre garantita

soggetti con disabilità anche da parte di enti pubblici, sull'ospedalizzazione a domicilio.

7. Promuove la presentazione di schemi di disegni di legge a carattere nazionale o regionale, oppure di proposte di delibere regionali o locali, nonché di piattaforme per Regioni, Province, Enti locali, Asl, ecc., aventi lo scopo di raccogliere le adesioni di organizzazioni di base e di cittadini affinché le istituzioni diano risposte concrete alle esigenze delle persone e dei nuclei familiari in difficoltà.

8. Numerose sono stati i ricorsi presentati ai Tribunali e al Consiglio di Stato volti ad ottenere l'abrogazione di norme contrastanti con i diritti fondamentali delle persone, in particolare quelle in gravi difficoltà socio-economiche. Viene anche fornita la necessaria consulenza gratuita per iniziative legali assunte dai cittadini a tutela delle esigenze proprie o di quelle dei congiunti.

la continuità degli interventi.

7. Spesso il volontariato caritatevole/consolatorio fornisce prestazioni sostitutive di quelle di competenza delle istituzioni inadempienti. Ad esempio, interventi nei riguardi dei malati ricoverati in ospedale, che dovrebbero essere garantiti da operatori socio-sanitari.

8. Non risulta che il volontariato caritatevole/consolatorio abbia assunto iniziative rivolte all'autorità giudiziaria e amministrativa a tutela delle persone, i cui diritti vitali erano stati violati dalle istituzioni.

Sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) è disponibile l'elenco completo dei libri pubblicati e di quelli scaricabili gratuitamente.

## **PUBBLICAZIONI SU ADOZIONE, DISABILI, EMARGINAZIONE, INFERMİ CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

- Attualità e notizie dell'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore n. 1 (luglio, agosto e settembre 1967) e 2 (ottobre, novembre e dicembre 1967)
- Prospettive assistenziali, Trimestrale dell'Associazione Promozione sociale, esce dal gennaio 1968
- Controcittà, Mensile e in seguito Bimestrale dell'Associazione Promozione sociale, esce dal gennaio 1984
- Difesa sociale, AA.VV., *Un modello di ospedalizzazione a domicilio*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, n. 2, 1991
- Difesa sociale, AA.VV., *Atti del convegno di Milano del 24 e 25 ottobre 1996 sul tema "Anziani attivi e anziani malati cronici nell'Europa del 2000: orientamenti culturali ed esperienze a confronto"*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Edizione fuori commercio, 1998.

### **Libri**

- Giacomo Perico e Francesco Santanera, *Adozione e prassi adozionale*, Centro Studi Sociali, Milano, 1° edizione 1968, 2° edizione 1972
- AA.VV., *Dall'assistenza emarginante ai servizi sociali aperti a tutti*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1971

- Giuseppe Andreis, Alfrida Tonizzo e Francesco Santanera, *L'affidamento familiare, Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali*, Roma, 1973
- Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera, *Il Paese dei Celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1° edizione 1973, 2° edizione 1974
- AA.VV., *I diritti dei cittadini – I doveri degli Enti – Vademe cum sull'assistenza socio-sanitaria*, Edizioni Controcittà, Torino, edizione 1978-80
- Alberto Dragone, Donata Micucci e Francesco Santanera, *Interventi alternativi al ricovero assistenziale*, Edizioni Controcittà, Torino, 1980
- Marisa Pavone e Francesco Santanera, *Anziani e interventi assistenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1982
- Neera Fallaci, *Di Mamma non ce n'è una sola. Voci di figli adottivi che raccontano la loro storia*, Commento di Alfredo Carlo Moro, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1982
- La Scuola dei diritti "Daniela Sessano", *Esperienze concrete del volontariato dei diritti. Come tutelare le esigenze delle persone non in grado di autodifendersi*, Prospettive assistenziali – Quaderno n. 1, Torino, 2000
- Associazione Promozione sociale, *Il volontariato dei diritti. Presupposti e considerazioni*, Edizione in proprio, Torino, 2005
- Maria Grazia Breda e Andrea Ciattaglia, *Non è sufficiente. Storie e proposte di chi lotta per garantire il diritto alle cure alle persone non autosufficienti*, Altreconomia, Milano 2013
- Francesco Santanera, *Adozione e bambini senza famiglia. Le iniziative dell'Anfaa*, Edizioni Manni, Lecce, 2013

- AA.VV., *30.000 malati non autosufficienti in lista di attesa da anni. Abbandonati dalla Sanità piemontese. Malati di Alzheimer o altre demenze, con esiti da incidenti o malattie croniche invalidanti gravissime. I diritti negati nelle storie delle famiglie dei malati non autosufficienti. Le indicazioni pratiche per ottenere le cure sanitarie stabilite dalla legge*, Fondazione Promozione sociale onlus, stampato in proprio, Torino, 2018

• **Collana “Quaderni di prospettive assistenziali”, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze**

- Marisa Pavone e Mario Tortello, *Handicappati. Scuola. Enti locali. L’inserimento scolastico degli alunni portatori di handicap e la normativa nazionale*, 1° edizione 1982, 1° ristampa 1983

- Mario Tortello e Francesco Santanera, *L’assistenza espropriata. I tentativi di salvataggio delle Ipab e la riforma dell’assistenza*, 1982

- AA.VV., *La riforma dell’assistenza. Atti del Convegno di Milano del 29-30 ottobre 1982*, 1983

- Giacomo Brugnone, *I diritti degli anziani. Previdenza, lavoro, sanità, assistenza, tutela giuridica, recupero funzionale dei non autosufficienti: guida pratica per la promozione dei diritti della terza età*, 1983

• **Collana “Quaderni di promozione sociale” diretta da Mario Tortello, edita da Rosenberg & Sellier**

- Marisa Pavone, Frida Tonizzo e Mario Tortello, *Dalla*



*parte dei bambini. Guida pratica per l'adozione e l'affidamento familiare*, 1985, ristampa 1989

- Maria Teresa Ponzio, *Barriere architettoniche*, Presentazione di Tullio Regge, 1985, Edizione aggiornata 1988

- Silvana Mosca, *Quale scuola per tutti. Innovazione scolastica, integrazione dei portatori di handicap e nuovi programmi per le elementari*, Presentazione di Andrea Canevaro, 1985

- Francesco Santanera e Maria Grazia Breda, *Vecchi da morire. Libro bianco sui diritti violati degli anziani cronici*, Presentazione di Norberto Bobbio, 1987, 1° ristampa 1988

- Giulia Bassano, *Storia di Nicola. Le conquiste di un bambino handicappato grave nel racconto della madre adottiva*, Prefazione di Alessandro Galante Garrone, Intervento di Mons. Giovanni Nervo, Commento psicoanalitico di Annalisa Ferretti Levi Montalcini, 1987, 1° ristampa 1989

- Carlo Maria Martini, Norberto Bobbio, Fabrizio Fabris, Marco Trabucchi, Domenico Casagrande, Giovanna Bitto, Pietro Rescigno, Massimo Dogliotti, Giorgio Battistacci, Paolo Cappellini, Luigi Pernigotti, Rita Lacava, Enrico Pascal, Silvia Marangoni e Carlo Trevisan, *Eutanasia da abbandono. Anziani cronici non autosufficienti. Nuovi orientamenti culturali e operativi*, Post-fazione di Giacomo Perico, 1988

- Piero Rollero e Marisa Faloppa (a cura di), *Handicap grave e scuola. Esperienze e proposte per l'integrazione*, Presentazione di Aldo Zelioli, Nota introduttiva di Andrea Canevaro, Post-fazione di Piero Rollero, 1988

- Emilia De Rienzo, Costanza Saccoccio e Mario Tor-

tello, *Le due famiglie. Esperienze di affidamento familiare nei racconti dei protagonisti*, Commento psicologico di Guido Cattabeni, Nota giuridica di Giorgio Battistacci, 1989, 1° ristampa 1990

- Francesco Santanera e Maria Grazia Breda, *Per non morire d'abbandono. Manuale di autodifesa per pazienti, familiari, operatori e volontari*, Presentazione di Norberto Bobbio, 1990

- Maria Teresa Ponzio (a cura di), *Nuove norme sulle barriere architettoniche. La legge 13/1989 e le prescrizioni tecniche per l'attuazione*, 1990

- Fabrizio Fabris e Luigi Pernigotti, *Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti e cronici: come e perché*, Presentazione di Alessandro Beretta Anguissola, Nota introduttiva di Luciano Gallino, 1990

- Luisa Alloero, Marisa Pavone e Anna Rosati, *Siamo tutti figli adottivi. Otto unità didattiche per parlare a scuola di maternità e paternità*, Presentazione di Giacomo Perico, 1991

- Maria Grazia Breda e Marcella Rago, *Formare per l'autonomia. Strumenti per la preparazione professionale degli handicappati intellettivi*, Nota introduttiva di Mario Tortello, 1991

- Emilia De Rienzo, Costanza Saccoccio e Maria Grazia Breda, *Il lavoro conquistato. Storie di inserimento di handicappati intellettivi in aziende pubbliche e private*, Presentazione di Carlo Maria Martini, 1991

- Mario Pagani, Piergiacomo Baroni e Comunità di S. Egidio, *La vita oltre il muro. Storie e problemi di anziani in istituto*, Presentazione di Mario Tortello, 1992

- Emilia De Rienzo e Claudia De Figueiredo, *Anni senza vita al Cottolengo. Il racconto e le proposte di due ex ricoverati*, Presentazione di Maria Grazia Breda, 2000
- Luisa Alloero, Marisa Pavone e Aura Rosati, *Siamo tutti figli adottivi. Nove unità didattiche per parlarne a scuola*, Presentazione di Andrea Canevaro, seconda edizione riveduta, ampliata e aggiornata, 2004

• **Collana “Persone e società: i diritti da conquistare” a cura di Prospettive assistenziali, diretta da Emilia De Rienzo e da Maria Grazia Breda, edita da Utet Libreria o da Utet Università**

- Francesco Santanera, Maria Grazia Breda e Federica Dalmazio, *Anziani malati cronici: i diritti negati*, Presentazione di Fabrizio Fabris, 1994
- Massimo Dogliotti, Ermanno Ferrario e Francesco Santanera, *I malati di Alzheimer: esigenze e diritti*, 1994
- Emilia De Rienzo, Costanza Saccoccio e Frida Tonizzo, *Una famiglia in più. Esperienze di affidamento*, 1994
- Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Handicap: oltre la legge quadro. Riflessioni e proposte*, 1995
- Maria Francesca Netto, *Ti racconto l'adozione* (Una storia per i bambini illustrata a colori da Pucci Violi. Contiene un inserto per i genitori adottivi dei bambini italiani e stranieri), 1995, ristampato da De Agostini
- Roberto Carapelle e Francesco Santanera, *A scuola di diritti. Come difendersi da inadempienze e abusi della burocrazia sociosanitaria*, 1997

- Luisa Alloero, Marina Farri, Marisa Pavone, Lucia Re e Aura Rosati, *L'affidamento si impara a scuola. Nove unità didattiche per i bambini delle classi materne ed elementari*, 1997
- Francesco Santanera e Anna Maria Gallo, *Volontariato. Trent'anni di esperienze: dalla solidarietà ai diritti*, Premessa di Franco Prina, 1998
- Francesco Santanera e Maria Grazia Breda, *Come difendere i diritti degli anziani malati*, Presentazione di Fabrizio Fabris, 1999
- Massimo Dogliotti, Ermanno Ferrario, Pietro Landra e Francesco Santanera, *I malati di Alzheimer: dalla custodia alla cura*, Prefazione di Claudio Ciancio, 1999
- Nicola Quemada, *Cure materne e adozione*, 2000
- Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Gli assistenti sociali visti dagli utenti. Che cosa fanno, come dovrebbero agire*, Prefazione di Eleonora Venesia, 2002
- Maria Grazia Breda, Donata Micucci e Francesco Santanera, *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali. Analisi della legge 328/2000 e proposte attuative*, 2002
- Frida Tonizzo e Donata Micucci, *Adozione: perché e come*, 2003
- Donata Micucci e Frida Tonizzo, *Ti racconto l'affidamento*. (Una fiaba illustrata a colori da Pucci Violi), 2004
- Giuseppe D'Angelo, Anna Maria Gallo e Francesco Santanera, *Il volontariato dei diritti. Quarant'anni di esperienze nei settori della sanità e dell'assistenza*, 2005
- Emilia De Rienzo, *Stare bene a scuola si può?*, 2006
- Roberto Carapelle, Giuseppe D'Angelo e Francesco

Santanera, *A scuola di diritti: come difendersi da inadempienze e abusi della burocrazia sociosanitaria*, 2008

- Vincenzo Bozza, Maria Grazia Breda e Giuseppe D'Angelo, *Handicap: come garantire una reale integrazione. Riflessioni, esperienze e proposte*, 2007

- Emilia De Rienzo, Costanza Saccoccio, Frida Tonizzo e Giovanni Viarengo, *Storie di figli adottivi. L'adozione vista dai protagonisti*, 2012

## LETTURE CONSIGLIATE

([www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it))



### **Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti**

Ripensare il Servizio sanitario universalistico dopo il Covid e la strage nelle Rsa



### **Abbandonati dalla Sanità piemontese**

I diritti negati nelle storie delle famiglie dei malati non autosufficienti.

Le indicazioni pratiche per ottenere le cure sanitarie stabilite dalla legge



### **Handicap: come garantire una reale integrazione**

Riflessioni, esperienze, proposte



### **A scuola di diritti**

Come difendersi da inadempimenti e abusi della burocrazia socio-sanitaria



## Il volontariato dei diritti

Quarant'anni di esperienze nei settori della sanità e dell'assistenza



## Non è sufficiente!

Storie di chi, con l'aiuto della Fondazione promozione sociale, ha ottenuto per i propri cari le cure previste dalla legge



## Stare bene insieme a scuola si può



## Adozione e bambini senza famiglia

Le iniziative dell'Anfaa

# LETTURE SCARICABILI DIRETTAMENTE

([www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it))



## L'assistenza espropriata

I tentativi di salvataggio delle Ipub  
e la riforma dell'assistenza

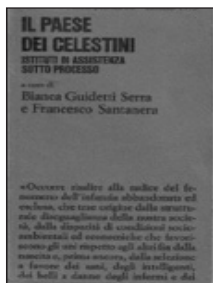
Mario Tortello - Francesco Santanera  
Nuova Guaraldi editrice, Firenze 1982



## Assistenza, emarginazione e lotta di classe

Ieri e oggi

G. Alasia, G. Freccero, M. Gallina, F. Santanera  
Feltrinelli 1982



## Il paese dei celestini

Istituti di assistenza sotto processo

a cura di Bianca Guidetti Serra e Francesco Santanera  
Einaudi, Torino 1973



## Anni senza vita al Cottolengo

E. De Rienzo e C. De Figueiredo  
Rosenberg & Sellier, Torino 2000

Il libro è scaricabile anche nella versione  
audio