

ATTIVITÀ SVOLTE DALL'ULCES E DAL CSA NEGLI ANNI '70 A DIFESA DELLE ESIGENZE E DEI DIRITTI DELLA FASCIA PIÙ DEBOLE DELLA POPOLAZIONE *

FRANCESCO SANTANERA

Ottenuta l'approvazione della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante dei bambini privi di assistenza morale e materiale da parte dei loro genitori e dei parenti tenuti a provvedervi, mi ero impegnato per alcuni anni nelle azioni volte ad ottenere la corretta attuazione di detta legge e nell'avvio dell'affidamento familiare di minori a scopo educativo (1).

Inoltre, a partire dal 1965, avevo partecipato

* Ventitreesimo articolo sulle attività svolte dal volontariato dei diritti e sui risultati raggiunti. I precedenti articoli pubblicati su questa rivista riguardano: "La situazione dell'assistenza negli anni '60: 50mila enti e 300mila minori ricoverati in istituto", n. 163, 2008; "L'assistenza ai minori negli anni '60: dalla priorità del ricovero in istituto alla promozione del diritto alla famiglia", n. 164, 2008; "Anni '60: iniziative dell'Anfaa per l'approvazione di una legge sull'adozione dei minori senza famiglia", n. 165, 2009; "I minori senza famiglia negli anni '60: rapporti internazionali e appello dell'Anfaa al Concilio ecumenico Vaticano II", n. 166, 2009; "1964: Presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 167, 2009; "Le forti opposizioni alla proposta di legge 1489/1964 sull'adozione legittimante", n. 168, 2009; "Altre iniziative dell'Anfaa per l'approvazione dell'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 169, 2010; "Finalmente approvata la legge 431/1967 sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 170, 2010; "Riflessioni in merito alla svolta socio-culturale promossa dall'adozione legittimante e dal volontariato dei diritti", n. 171, 2010; "Le travagliate prime applicazioni della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante", n. 172, 2010; "Azioni intraprese dall'Anfaa e dall'Uipdm per l'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 173, 2011; "Ulteriori azioni dell'Anfaa e dell'Uipdm per la corretta applicazione della legge 431/1967 sull'adozione speciale e per l'adeguamento funzionale dei Tribunali e delle Procure per i minorenni", n. 174, 2011; "Sollecitazioni e denunce dell'Anfaa e dell'Uipdm per superare le resistenze frapposte all'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 175, 2011; "Altri impulsi dell'Anfaa e dell'Uipdm per la piena e tempestiva realizzazione della legge sull'adozione speciale", n. 176, 2011; "Esperienze in merito alle contribuzioni economiche illegittimamente imposte dagli Enti pubblici del settore socio-sanitario", n. 177, 2012; "Vertenze del Csa contro le illegali richieste di contributi economici ai congiunti degli assistiti", n. 178, 2012; "Altre iniziative del Csa per ottenere il rispetto delle leggi relative alle contribuzioni economiche", n. 179, 2012; "Proseguono le azioni del Csa per la corretta attuazione delle norme vigenti in materia di contribuzioni economiche", n. 180, 2012; "L'assurda e deleteria sentenza della Corte di Cassazione n. 481/1998 sulle contribuzioni economiche", n. 181, 2013; "Il decreto legislativo 130/2000 sulle contribuzioni economiche: un'altra importante conquista del volontariato dei diritti", n. 182, 2013; "Contributi economici illegittimi: ulteriori azioni del Csa volte ad ottenere il rispetto delle leggi vigenti", n. 183, 2013; "Dopo anni di iniziative intraprese dal Csa il Consiglio di Stato conferma le nostre posizioni sui contributi economici", n. 184, 2013.

(1) Il primo servizio di affidamento familiare a scopo educativo

attivamente alle iniziative concernenti le esigenze ed i diritti dei minori con grave disabilità intellettiva e limitata o nulla autonomia, ed avevo promosso le iniziative volte ad impedire la costruzione di un istituto di 500 posti denominato "Villaggio subnormale" che l'Amministrazione provinciale di Torino intendeva realizzare nel capoluogo piemontese (2). Inoltre mi ero occupato delle questioni riguardanti la soppressione delle decine di migliaia di enti assistenziali operanti nel nostro Paese.

Particolarmente impegnative erano state anche le iniziative intraprese dall'Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale) per la predisposizione del testo della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e per i disadattati sociali" e per la relativa raccolta delle firme in tutte le zone del nostro Paese, firme che dovevano essere autenticate una per una da notai, da segretari delle Procure, da cancellieri dei Tribunali o da segretari comunali. La proposta di legge, presentata al Senato il 21 aprile 1970 con oltre 220mila firme, aveva

di minori è stato deliberato dalla Provincia di Torino in data 17 maggio 1971.

(2) Preso atto della disastrosa situazione esistente (cfr. le notizie riportate nel "Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale" reperibile nel sito www.fondazionepromozionesociale.it), mi ero attivato per la costituzione dell'Unione per la promozione dei diritti del minore (ora Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale) avvenuta il 10 giugno 1965 e per l'istituzione del Comitato nazionale di intesa fra le associazioni ed i gruppi interessati ai problemi delle persone con handicap e alla riorganizzazione del settore dell'assistenza sociale. A detto Comitato, la cui prima riunione aveva avuto luogo a Roma l'11 febbraio 1970, avevano dato la loro adesione l'Anfaa (Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie), l'Aniep (Associazione nazionale invalidi esiti da poliomielite), l'Associazione giuriste italiane, l'Associazione italiana genitori, l'Associazione italiana per l'assistenza agli spastici, l'Associazione nazionale assistenti sociali, l'Associazione donne elettrici, l'Associazione nazionale famiglie e fanciulli subnormali, il Centro comunitario di Capodarco di Fermo, il Centro spastici di Pistoia, il Consiglio nazionale delle donne italiane, l'Onmic (Opera nazionale mutilati e invalidi civili), l'Unmici (Unione nazionale mutilati e invalidi civili), l'Unione italiana per la lotta contro la distrofia muscolare, nonché diverse persone socialmente impegnate. Il Comitato aveva collaborato alla raccolta delle firme della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici e sensoriali e per i disadattati sociali".

favorito l'approvazione dell'importantissima legge 118/1971.

Da notare che contro la proposta di legge di iniziativa popolare si era costituita una Commissione composta dalle principali organizzazioni allora operanti nel settore dell'invalidità. Infatti ne facevano parte l'Opera nazionale invalidi di guerra, l'Associazione mutilati e invalidi di guerra, l'Associazione nazionale vittime civili di guerra, l'Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro, l'Unione nazionale mutilati per servizio e la Libera associazione mutilati e invalidi civili.

Allucinanti le conclusioni di detta Commissione che riporto: «La generalità dei cittadini invalidi costituisce nel suo complesso un insieme nettamente distinto del popolo italiano [...]. Addita, pertanto, come indispensabile e indilazionabile una radicale e completa riforma di struttura nel settore degli invalidi che, prescindendo dalla causa invalidante, sia attuata differenziando chiaramente i cittadini portatori di invalidità permanente dai cittadini sani o incidentalmente malati».

Ciò premesso, la Commissione chiedeva addirittura «la delega dello Stato a un unico ente di diritto pubblico di ogni azione di pubblico intervento, e quindi dell'istruzione, 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 di ogni altra provvidenza che possa essere a loro rivolta» e rivendicava che l'amministrazione del richiesto ente di diritto pubblico fosse «espressione diretta ed esclusiva delle associazioni di categoria» (3).

Anziani ghettizzati

Come avevo già riferito nel mio articolo pubblicato sul n. 177/2012 di questa rivista, nel corso del convegno di Torino del 3 luglio 1971 "Dall'assistenza emarginante ai servizi sociali aperti a tutti" (4) Bianca Berlanda del Comitato spontaneo del quartiere Borgo Po aveva

(3) Cfr. l'articolo "Criterio unitario sull'assistenza", *I diritti dell'invalido civile*, ottobre 1970.

(4) Gli atti del convegno del 3 luglio 1971, organizzato da Cgil, Cisl e Uil, dalle Acli di Torino, dai Comitati spontanei di quartiere, dall'Ulces e dall'Associazione per la lotta contro l'emarginazione sociale, sono stati pubblicati nel 1971 dalla Società editrice internazionale con lo stesso titolo del convegno.

denunciare la sconvolgente situazione della Casa geriatrica Carlo Alberto di Torino, affermando che «un aspetto dell'emarginazione molto drammatico è quello dei ricoveri dei vecchi, dico drammatico perché quando i vecchi entrano in un ricovero è come se fossero condannati all'ergastolo (...). Ci sono 980 ricoverati di cui circa 380 nella cosiddetta infermeria. È scarsissima l'assistenza medica e infermieristica, sia ai malati che ai sani. (...) La camerata sono affollatissime, fino a 80 per ogni camerata, con i letti avvicinatissimi con appena il posto per una sedia di ferro fra un letto e l'altro. Pasti cattivi e inadatti all'età (per esempio, insalata di cetrioli crudi alla sera). (...) Servizi igienici insufficienti».

Queste parole avevano sollevato la mia profonda indignazione ed avevano determinato, insieme alle altre notizie raccolte sul problema, la mia decisione di intervenire nel campo degli anziani, con particolare riguardo a quelli colpiti da patologie croniche e da non autosufficienza, decisione che era stata favorita anche dalla constatazione che, nei casi di ricovero di entrambi i coniugi anziani, quasi sempre determinato dalla povertà e/o da malattie, essi venivano collocati in due diversi istituti, magari situati molto lontani uno dall'altro. Nei casi in cui venivano ricoverati nella stessa struttura, ad esempio l'Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino, essi erano accolti in reparti separati. Come avevo constatato personalmente, ad essi non venivano nemmeno forniti insieme i pasti: una crudeltà facilmente evitabile, ma durata decenni.

In quel periodo gli anziani malati cronici non autosufficienti erano sistematicamente dimessi dagli ospedali e dalle case di cura private appena terminata la fase acuta e a volte anche prima, per essere ricoverati presso istituti assistenziali per autosufficienti, molto spesso senza ricevere le occorrenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Oltre all'urgente necessità di intervenire per cambiare o almeno migliorare le condizioni di vita degli attuali e dei futuri anziani malati cronici non autosufficienti, l'aspetto più inquietante era l'assoluta tacita accettazione da parte delle istituzioni, dei partiti, dei sindacati e delle organizzazioni sociali della loro emarginazione nelle case di riposo e cioè nelle strutture predisposte e organizzate per le persone della terza età non

malate ed ancora in possesso di una autonomia personale almeno parziale. Nessuno, proprio nessuno, si era posto la questione delle cure sanitarie di questi anziani affetti da patologie gravemente invalidanti.

Anzi per i Ministri era un vanto inaugurare nuove strutture di ricovero. A questo riguardo in data 24 aprile 1972 avevo inviato a nome dell'Ulces all'On. Carlo Donat Cattin, Ministro del lavoro, la seguente lettera: «*Dalla Gazzetta del Popolo del 17 u.s. questa Unione ha appreso della inaugurazione da Lei effettuata a Varallo Sesia di una casa di riposo per ben 298 anziani. Questa Unione coglie l'occasione per ribadire il suo parere in merito e cioè che dette istituzioni non sono altro che il comodo, troppo comodo mezzo per sbarazzarsi delle persone che, essendo uscite dal ciclo produttivo, sono ritenute soltanto un peso sociale.*

«*La presenza poi di personalità, nel caso in esame del Ministro del lavoro, all'inaugurazione di detti ghetti, tanto più se architettonicamente di lusso, non fa altro che rafforzare la tendenza in atto di segregare le persone con limitate capacità produttive (invalidi) o uscite dal ciclo produttivo (anziani), tanto da far dire alla Gazzetta del Popolo che l'istituto di Varallo Sesia è "una prestigiosa opera di alto valore sociale".*

«*Questa Unione coglie anche l'occasione per informarLa che l'Inam, non si sa in base a quale criterio, stipula delle convenzioni per il rimborso forfettario delle spese di assistenza sanitaria e farmaceutica sostenute dagli istituti di ricovero. Poiché detto rimborso è inferiore alle spese sostenute dagli istituti, ne risulta che al ricoverato, che pur ha diritto all'assistenza da parte dell'Inam, viene addebitata nella retta di ricovero la differenza fra la spesa effettivamente sostenuta dall'istituto e l'importo stabilito nella convenzione. Si precisa che la somma stabilita dalla convenzione con l'Inam è minima; ad esempio per "il Ricovero" di Corso Casale 56, Torino, in cui la maggior parte dei ricoverati è lungodegente, essa è di lire 10.000 (diecimila) annue!» (5).*

Il fallimento del gruppo intersindacale e interassociativo

Dopo il succitato convegno di Torino del 3

(5) Cfr. l'editoriale "L'assistenza verso nuove forme di esclusione", *Prospettive assistenziali*, n. 18, 1972.

luglio 1971 era stato costituito un gruppo intersindacale (Cgil, Cisl e Uil) e interassociativo (Comitati spontanei di quartiere, Csa e altre associazioni) con lo scopo di coinvolgere «*gli utenti dei servizi, i dipendenti degli enti che operano nel settore ed i lavoratori che sono, direttamente o indirettamente, interessati alla ristrutturazione dei servizi sociali*» (6).

Purtroppo, il tentativo era fallito a causa delle posizioni estremamente corporative dei dipendenti delle istituzioni pubbliche e private operanti nel settore dell'assistenza agli anziani, nonché per la completa assenza di partecipazione da parte degli altri lavoratori (metalmecanici, chimici, ecc.) e per le forti divergenze dei Sindacati fra di loro e al loro interno.

Proposta di legge regionale del Comune di Settimo Torinese

Data l'estrema gravità e complessità del problema, i rilevanti interessi in gioco, la sempre più pressante richiesta delle istituzioni di costruire strutture residenziali per nuovi utenti (7) e la cultura dominante secondo cui l'inguaribilità era (e in parte è purtroppo ancora oggi) sinonimo di incurabilità, il Csa (8), non disponeva certamente delle forze sufficienti per ottenere in modo autonomo risultati positivi. Pertanto era stato deciso di ricercare collaborazioni.

Insieme al Sindaco di Settimo Torinese, Tommaso Cravero, e alla Lega per i poteri e le autonomie locali, l'Ulces aveva attivamente collaborato alla stesura della proposta di legge "Istituzione e regolamentazione dei Comitati sanitari e sociali di zona" (9) approvata dal Consiglio comunale di Settimo Torinese il 22

(6) Cfr. il Quaderno sindacale "Esperienze di lavoro e di lotta sui problemi dell'assistenza", pubblicato dai Comitati regionali del Piemonte Cgil, Cisl e Uil nel 1972.

(7) A seguito delle iniziative assunte dall'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, volte a segnalare le nefaste conseguenze del ricovero in istituto sulla personalità dei bambini, e degli effetti positivi della legge 431/1967 sull'adozione speciale, era in forte diminuzione il numero dei minori istituzionalizzati, per cui numerosi proprietari delle relative strutture avevano scelto di operare nei settori dell'assistenza agli anziani ed ai soggetti con handicap intellettuale.

(8) Il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) è stato costituito nel 1970.

(9) Il testo integrale è riportato sul n. 25, 1974 di *Prospettive assistenziali*. La proposta era stata trasmessa al Consiglio della Regione Piemonte la cui maggioranza aveva deciso di non esaminarla.

marzo 1974, il cui articolo 20 era così redatto: *«Le prestazioni domiciliari di assistenza sanitaria e sociale hanno lo scopo di consentire all'utente la permanenza nella propria abitazione e di evitare ingiustificati ricoveri in ospedale o in istituti di assistenza. Le prestazioni domiciliari di assistenza sanitaria e sociale comprendono le cure infermieristiche e riabilitative, la pulizia della casa, l'aiuto alla preparazione dei pasti, lo svolgimento di pratiche e tutte le attività necessarie alla persona e ai nuclei familiari impediti a svolgerle autonomamente. Le prestazioni domiciliari infermieristiche e riabilitative sono fornite solo nei casi in cui il soggetto non sia in grado di accedere ai servizi ambulatoriali. Le prestazioni domiciliari di assistenza sanitaria e sociale sono fornite prioritariamente agli ultrasessantacinquenni e agli handicappati e gradualmente sono estese a tutte le persone e nuclei familiari che ne abbiano l'esigenza».*

A sua volta l'articolo 23 stabiliva quanto segue: *«Le comunità di quartiere sono destinate alle persone non autosufficienti che non possono essere assistite presso il loro domicilio e non necessitano di assistenza ospedaliera. Le comunità accolgono esclusivamente le persone residenti nel quartiere in cui sono istituite. Resta salvo il diritto degli utenti di essere accolti in altre comunità di loro scelta. Le comunità hanno una capienza massima di 20 posti letto».*

La vertenza psichiatrica Sindacati-Provincia di Torino

Anche l'Ulces, insieme alla Sezione di Torino dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali (10) ed i Comitati spontanei di quartie-

(10) La drammatica situazione dell'assistenza psichiatrica era stata evidenziata dalla Sezione di Torino dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali nel volume *La fabbrica della follia*, Einaudi, 1971. Dalla recensione pubblicata sul n. 17, 1972 di questa rivista riprendiamo la descrizione di alcune situazioni: *«Gli ammalati a letto, lasciati nei loro escrementi sono lavati da altri ammalati che provvedevano con una spugna e una vecchia latta vuota (...); quando un malato è mezzo addormentato perché gli hanno dato dei calmanti e viene distribuito il pasto, nessuno pensa a svegliarlo e tanto meno a conservarglielo. (...) Alle 17.30 buona parte dei malati vengono legati ai letti con cinghie di iuta e così rimangono sino al mattino nello sporco e nel fetore. Non hanno nemmeno chi li aiuti, non possono far altro che rimanere immobili senza neppure poter bere. Quando il fetore è insopportabile gli infermieri risolvono il problema spalancando le finestre, anche in pieno inverno, e rifugiandosi nella stanzetta loro riservata. (...) Anche di giorno alcuni ammalati sono costretti da una specie di cintura che immobilizza le braccia, oppure li legano per un piede, talvolta li fissano al termosifone. (...) La sporcizia è*

re, era intervenuta nella lunga e complessa vertenza avviata dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil contro l'Opera pia Ospedali psichiatrici e l'Amministrazione provinciale di Torino.

L'iniziativa era caratterizzata da continue riunioni soprattutto serali (sovente terminavano all'una o alle due), nonché dall'organizzazione di cortei, volantini e dibattiti. Poiché molto spesso sulle proposte alternative alle terribili condizioni di vita dei ricoverati vi erano posizioni assai contrastanti, le liti erano numerose e spesso molto dure, soprattutto con i responsabili e gli operatori delle strutture psichiatriche. Inoltre c'erano continue discussioni, quasi sempre estremamente aspre, con gli Assessori provinciali. Finalmente il 13 luglio 1973 veniva siglata l'intesa sull'assistenza psichiatrica tra i rappresentanti della Provincia di Torino e dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil.

Secondo il documento predisposto dalle organizzazioni sindacali l'intesa raggiunta con la Provincia di Torino aveva *«valore di principio fondamentale perché l'assistenza psichiatrica viene sottratta, per la prima volta, attraverso un accordo sindacale, alla logica nefasta e plurisecolare dell'istituto manicomiale, in quanto l'ospedale non è più visto a sé stante, come luogo di segregazione alienante non solo per gli ammalati, i loro familiari, e nei fatti, per gli stessi operatori: medici, infermieri, ecc., ma nel contesto della vita civile, sociale, sensibile all'evoluzione scientifica, proveniente dal giudizio del gruppo omogeneo dei lavoratori, l'équipe».*

Soprattutto grazie agli interventi dell'Ulces, nel testo dell'intesa, denominato "Protocollo aggiuntivo" (11) per la prima volta viene stabilita la necessità della zonizzazione del territorio *«in corrispondenza alle Unità sanitarie locali e alle Unità dei servizi assistenziali»* (12).

indescrivibile, le ciotole annerite, il cibo pessimo, i tavoli li puliscono con la segatura e la scopa del pavimento. Gli ammalati per mangiare devono sedersi su panche molto lunghe e perciò non riescono ad essere vicini al tavolo e si sbrdolano continuamente. Alcuni non potendo sistemarsi preferiscono mangiare in piedi».

(11) Il testo integrale del "Protocollo aggiuntivo" è riportato sul n. 23, 1973 di questa rivista, insieme alla premessa predisposta dalle organizzazioni sindacali.

(12) Purtroppo erano stati vani tutti i numerosi tentativi dell'Ulces affinché nel documento non si facesse riferimento alle Unità sanitarie locali e alle Unità locali dei servizi assistenziali, ma alle Unità locali di tutti i servizi o almeno alle Unità locali dei servizi sanitari e assistenziali.

Nel "Protocollo aggiuntivo" veniva fra l'altro stabilito che la delimitazione delle zone del territorio, in cui erano previsti i servizi psichiatrici decentrati, doveva essere individuata in modo da poter «essere parte integrante del Servizio sanitario nazionale».

Inoltre era evidenziato che «l'assistenza psichiatrica riguarda l'arco completo dell'intervento a livello di prevenzione, cura e riabilitazione, è rivolta a tutta la popolazione della zona, dai minori, agli adulti, agli anziani; si realizza mediante l'applicazione dei principi più avanzati dell'assistenza psichiatrica, secondo i quali l'intervento tecnico è costantemente verificato dalla partecipazione democratica dei vari gruppi sociali e dei cittadini; viene svolta da équipes pluridisciplinari che individuano sul territorio le strutture necessarie, sia per il lavoro di deistituzionalizzazione, sia per tutte le altre esigenze degli utenti della zona, nonché l'eventuale necessità di modificare o sopprimere strutture già esistenti, in quanto non più rispondenti ai bisogni degli utenti».

Proposta di legge di iniziativa popolare per lo scioglimento degli enti inutili

Assai laborioso era stato il lavoro dell'Ulces per la predisposizione del testo della proposta di legge nazionale di iniziativa popolare "Competenze regionali in materia di servizi sociali e scioglimento degli enti assistenziali" (cfr. *Prospettive assistenziali* n. 29 bis, 1975) (13) e per la relativa raccolta delle firme che, anche in questo caso, dovevano essere sottoscritte alla presenza di un notaio o di un segretario comunale o di un cancelliere del Tribunale o da un segretario della Procura della Repubblica.

Era prevista la soppressione di circa 60mila enti, organi e uffici di assistenza con un risparmio annuale degli oneri pubblici di ben 1.500 miliardi delle ex lire (14). Da notare che contro

(13) Nel n. 29 bis sono contenuti anche i seguenti capitoli: "Dati statistici sui ricoverati in istituti di assistenza", "Un esempio di caos assistenziale", "Competenze dei principali organi ed enti di assistenza", "Competenze degli enti di assistenza raggruppate per materie" ed "Elenco di alcune disposizioni di legge totalmente o parzialmente disapplicate".

(14) Il Comitato promotore della proposta di legge di iniziativa popolare era composto da: Acli, Arci, Associazione italiana assistenza spastici, Associazione italiana sclerosi multipla, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Associazione

la proposta di legge di iniziativa popolare, presentata alla Camera dei Deputati l'8 marzo 1976 con oltre 100mila firme, era intervenuta l'Anmil, Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro, perché detta proposta escludeva dalla gestione diretta dei servizi le organizzazioni degli invalidi (15). Numerose erano state le manifestazioni (Brescia, Genova, Ivrea, Pinerolo, Stradella, Trento, Voghera, ecc.). A Torino era stato organizzato il 12 e 13 aprile 1975 un convegno sui Servizi sanitari e sociali di quartiere il cui documento base è stato riportato sul n. 30, 1975 di questa rivista. Altri due convegni erano stati organizzati a Torino dal Csa: in data 6-7 marzo 1976 sul tema "Unità locale dei servizi: esperienze, problemi aperti e prospettive dei servizi sociali e sanitari" e il 18 dicembre 1976 su "Riforma sanitaria e socio-assistenziale: obiettivi e iniziative immediate in Piemonte". Gli atti dei succitati tre convegni erano stati pubblicati da *Prospettive assistenziali*.

Intensa e proficua collaborazione con il Comune di Torino

A seguito delle elezioni del 1975 le sinistre avevano ottenuto la maggioranza nei Consigli della Regione Piemonte, della Provincia e del Comune di Torino.

La situazione dei relativi Assessorati alla sanità e assistenza era disastrosa: mancanza di linee guida, gestione clientelare, valutazione caso per caso delle esigenze, ecc.

nazionale famiglie di fanciulli subnormali, Associazione nazionale invalidi esiti di poliomielite, Associazione per i bambini sordi, Associazione nazionale assistenti sociali, Enars, Endas, Federazione italiana dipendenti enti pubblici Cgil, Lega per i poteri e le autonomie locali, Sindacato pensionati Cgil, Unione donne italiane e Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale. La proposta di legge prevedeva la soppressione dei seguenti enti pubblici: Enti comunali di assistenza (nel nostro Paese ve ne erano ben 8.100), Patronati scolastici e loro consorzi provinciali, Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), Comitati provinciali di assistenza e beneficenza, Consigli di patronato, Onmi (Opera nazionale per la protezione della maternità e infanzia) con le relative sedi comunali (8.100) e provinciali, Enaoli (Ente nazionale per l'assistenza agli orfani dei lavoratori), Onpi (Opera nazionale pensionati d'Italia), Ente nazionale per la distribuzione dei soccorsi in Italia, Commissariato per la gioventù italiana, Opera nazionale per gli orfani di guerra anormali psichici, Opera nazionale di assistenza all'infanzia delle regioni di confine, nonché da numerosi altri organismi pubblici operanti nel settore dell'assistenza.

(15) Pur non essendo stata presa in esame dal Parlamento, l'iniziativa popolare aveva fornito un rilevante supporto allo scioglimento delle decine di migliaia di enti inutili.

Preso atto delle concrete possibilità di ottenere risultati positivi, il Csa, pur essendo molto impegnato nelle attività concernenti la sopra citata proposta di legge di iniziativa popolare, aveva concentrato le residue disponibilità sulla situazione regionale e locale.

Pertanto mi ero occupato delle questioni di competenza del Comune di Torino (16).

Fra le numerose iniziative assunte, che avevano contribuito a rivoluzionare completamente l'Assessorato, segnalò la delibera quadro approvata dal Consiglio comunale di Torino il 14 settembre 1976, finora non abrogata, che aveva lo scopo di «*incrementare i servizi alternativi, diretti cioè a soddisfare le esigenze reali evitando ogni forma di segregazione e di emarginazione, consentendo alle persone la permanenza nel proprio nucleo familiare o nella propria abitazione o comunque nel proprio contesto sociale*».

Pertanto veniva stabilito quanto segue: «*Gli interventi in favore dei minori ed anziani debbono avere le seguenti priorità:*

a) *messa a disposizione dei servizi primari (asili nido, scuola materna e dell'obbligo, casa, trasporti) in modo da eliminare o ridurre le cause che provocano le richieste di assistenza. Questa linea di intervento non riguarda ovviamente solo il Comune di Torino, ma anche la Regione e soprattutto una diversa politica nazionale. Con questo tipo di intervento, fra l'altro, sarà possibile, nel breve periodo, ridurre al massimo i ricoveri di minori in età prescolare e della scuola dell'obbligo, in semiconvitti;*

b) *assistenza domiciliare, non solo di aiuto domestico, infermieristica e riabilitativa, ma*

(16) Nei confronti della Provincia di Torino, l'attività del Csa era soprattutto rivolta alle problematiche dei minori e delle persone con handicap intellettivo, materia allora di competenza di detto ente. Erano invece conflittuali i rapporti con gli Assessori alla sanità e all'assistenza della Regione Piemonte al punto che Csa, Acli, Coordinamento dei quartieri, Gruppo Abele, Aias (Associazione italiana assistenza spastici) e Anffas (Associazione nazionale famiglie di fanciulli subnormali) avevano predisposto la proposta di legge di iniziativa popolare "Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi", presentata al Consiglio regionale del Piemonte il 21 luglio 1978 con 13.167 firme (ne erano necessarie 8mila). Primi firmatari del provvedimento erano Giuseppe Reburdo, Presidente delle Acli di Torino; Cesare Delpiano, Segretario generale della Cisl di Torino e l'avvocato Bianca Guidetti Serra. L'iniziativa era stata fortemente contestata dal Pci sia per quanto concerne i contenuti delle decisioni della Giunta regionale sia in merito alla partecipazione di base.

anche educativa per i minori, specialmente per quelli handicappati (17);

c) *assistenza economica da erogare in base a parametri prefissati (minimo vitale);*

d) *segnalazione ai sensi dell'articolo 314/4 della legge 5 giugno 1967 n. 431 e adempimenti di servizio sociale per l'adozione speciale e ordinaria dei minori che si trovino in situazione di abbandono, assicurando i necessari collegamenti con il Tribunale per i minorenni e il Giudice tutelare;*

e) *affidamenti educativi di minori, affidamenti assistenziali di interdetti, inserimenti di handicappati adulti e di anziani presso volontari (famiglie, persone singole, nuclei parafamiliari composti da due o più volontari);*

f) *istituzione di comunità alloggio per minori, handicappati adulti, anziani, gestite direttamente dal Comune di Torino».*

Nella delibera era quindi segnalato che con «*l'attuazione di tutti gli interventi di cui sopra, il ricovero in istituto a carattere di internato verrà progressivamente ridotto e, nei limiti del possibile, eliminato*».

Allo scopo di procedere all'unificazione dei servizi e delle prestazioni (18), allegato alla succitata delibera era il testo della "Convenzione fra il Comune e la Provincia di Torino in materia di servizi sanitari e socio-assistenziali in cui era, fra l'altro, previsto quanto segue:

«**1.** *La Provincia di Torino metterà in atto, nei tempi più brevi possibili, tutti i provvedimenti necessari per procedere alla deistituzionalizzazione e risocializzazione delle persone oggi ricoverate in istituti di assistenza (...);*

«**2.** *per l'attuazione di quanto indicato al punto precedente, il Comune e la Provincia di Torino, nell'ambito del decentramento dei rispettivi servizi socio-sanitari, assumeranno i necessari provvedimenti affinché i servizi stessi possano operare, per quanto possibile, in strutture comuni messe a disposizione dell'uno*

(17) A seguito delle continue e pressanti sollecitazioni del Csa, nel settembre 1984 l'Assessorato all'istruzione del Comune di Torino aveva istituito l'utilissimo servizio di consulenza educativa domiciliare per i bambini colpiti da disabilità, tuttora funzionante. Cfr. Marina Rudà, "Il servizio di consulenza educativa domiciliare del Comune di Torino per i bambini handicappati", *Prospettive assistenziali*, n. 74, 1986.

(18) In quel periodo le Province erano competenti in merito ai minori figli di ignoti e ai fanciulli riconosciuti dalla sola madre. La Provincia di Torino provvedeva anche all'assistenza delle persone (minori o adulte) colpite da handicap intellettivo.

e/o dell'altro Ente, secondo modalità da concordare di volta in volta, assicurando una proficua reciproca integrazione del personale dei due Enti» (19).

La consulenza prestata (gratuitamente) dal Csa all'Assessorato alla sanità e all'assistenza del Comune di Torino aveva prodotto anche l'approvazione da parte del Consiglio comunale di due importantissime delibere: la prima del 21 giugno 1978 riguardante la determinazione dei criteri generali di erogazione e degli importi per l'assistenza economica e la seconda del 12 settembre 1978 concernente le indicazioni programmatiche degli interventi a favore delle persone con handicap di età superiore ai 14 anni (20).

La delibera sull'assistenza economica riguardava in particolare:

a) i contributi, erogati sulla base dei criteri stabiliti in merito al minimo vitale, alle persone di età superiore ai 65 anni, a coloro aventi una invalidità superiore al 67%, ai soggetti ciechi, sordi, con handicap intellettuale di età inferiore ai 18 anni, ai pazienti con disturbi psichiatrici, nonché ai minori di età inferiore ai 15 anni a carico di invalidi o di anziani;

b) i contributi per bisogni particolari (custodia anche temporanea di minori, cure costose o prolungate, diete particolari, assistenza ai soggetti non autosufficienti assicurata dai familiari qualora richieda la presenza di terzi);

c) contributi in carenza di servizi pubblici, ad esempio mancanza di asili nido o di scuole materne;

d) contributi a titolo di prestito in attesa di prestazioni previdenziali;

e) contributi erogati in base al criterio del minimo alimentare alle persone e ai nuclei familiari in temporanea situazione di crisi comunque determinata;

f) i contributi eccezionali riferiti a bisogni particolari non facilmente determinabili a priori e relativi ad alcune forme di handicap e a persone con problematiche psichiatriche.

Per quanto concerne le indicazioni programmatiche degli interventi a favore delle persone con handicap di età superiore ai 15 anni, nella

(19) I testi della delibera del Consiglio comunale di Torino e della Convenzione di cui sopra sono stati pubblicati sul n. 35, 1976 di questa rivista.

(20) Il testo delle delibere è riportato sul n. 44, 1978 di *Prospettive assistenziali*.

delibera veniva precisato che gli interventi «devono essere organicamente collegati ai servizi territoriali di tempo libero, culturali, ricreativi e sportivi e con gli interventi sociali e sanitari e con tutte le iniziative comunali che rivestano interesse rispetto ai problemi di cui si tratta (ad esempio il Progetto giovani).

Inoltre veniva stabilito che «per gli handicappati in grado di proseguire gli studi o di inserirsi autonomamente nei normali contesti lavorativi, l'obiettivo da perseguire è la messa a disposizione di strumenti per il conseguimento di detto fine».

Invece «per gli handicappati per i quali, in base alla specifica gravità dell'handicap, è ipotizzabile un inserimento lavorativo che non richieda specifica qualificazione, l'obiettivo è la creazione di corsi pre-professionali presso i normali centri di formazione professionale: la funzione di questi corsi di massima durata non superiore ai due anni è quella di fornire gli strumenti elementari per l'inserimento lavorativo e favorire la massima socializzazione e autonomia» (21).

Anziani malati cronici: le leggi ci sono ma vengono completamente ignorate

Mentre ero impegnato nelle attività sopra segnalate apprendo e verifico con indignato stupore che da molti anni sono in vigore leggi che impongono al settore sanitario di fornire le occorrenti cure anche agli anziani malati cronici non autosufficienti, comprese quelle ospedaliere che devono essere erogate senza limiti di durata. Dunque le leggi ci sono ma – incredibile ma vero – la loro esistenza non viene segnalata ad alcuno, infermi compresi, dalle istituzioni, dagli operatori sanitari e sociali, dai sindacati e dalle organizzazioni sociali (22). Ne consegue – ovviamente – che nessuno attua le relative disposizioni.

(21) Detti corsi denominati anche prelaborativi, sono tuttora funzionanti. Cfr. Vincenzo Bozza, Maria Grazia Breda e Giuseppe D'Angelo, "Handicap: come garantire una reale integrazione. Riflessioni, esperienze, proposte", Utet Università, Torino, 2007.

(22) Quando avrò terminato gli articoli sulle attività svolte nei riguardi degli anziani malati cronici non autosufficienti, spero di poter segnalare le iniziative intraprese, a difesa delle esigenze e dei diritti delle persone con disabilità intellettiva grave e gravissima, dall'Ulces e dal Csa. In merito alla situazione di queste persone, presente negli anni '60, si veda il già citato "Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale", reperibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it.