

## 1978: PRESENTATA AL CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE UNA VALIDA MA CONTESTATA PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE SU SANITÀ E ASSISTENZA \*

FRANCESCO SANTANERA

A seguito dell'importantissimo decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977 erano state trasferite alla Regioni e ai Comuni rilevanti competenze operative riguardanti la sanità, l'assistenza e altre fondamentali funzioni sociali (1).

---

\* Ventiseiesimo 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; "Attività svolte dall'Ulces e dal Csa negli anni '70 a difesa delle esigenze e dei diritti della fascia più debole della popolazione" n. 185, 2014; "L'allucinante situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti riscontrata dall'Ulces e dal Csa negli anni '70", n. 186, 2014; "Prime iniziative avviate negli anni '70 dall'Ulces e dal Csa a difesa del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014.

L'Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, all'epoca Unione italiana per la promozione dei diritti del minore), l'Anfaa (Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie) e il Csa (Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base), che si erano attivamente impegnati per ottenere idonee leggi a favore della fascia più debole della popolazione e la soppressione degli oltre 50mila enti, organi e uffici pubblici non solo inutili ma anche parassitari (2), avevano immediatamente segnalato alle altre organizzazioni l'urgente necessità di una iniziativa diretta, previo il massimo coinvolgimento possibile della popolazione, alla presentazione al Consiglio regionale del Piemonte di una proposta di legge regionale di iniziativa popolare che costituisse una sintesi organica delle elaborazioni prodotte dai gruppi di base e che venisse presa in considerazione dalle forze politiche e sociali per le iniziative da predisporre a tutela delle esigenze e dei diritti della popola-

---

(1) Il decreto 616/1977 aveva anche soppresso quasi tutti gli enti nazionali operanti nel settore dell'assistenza, compresi gli Eca (Enti comunali di assistenza), i Patronati scolastici ed i relativi Consorzi provinciali, nonché altri organismi: in totale oltre 20mila istituzioni pubbliche. Una forte spinta era stata data dalla proposta di legge di iniziativa popolare "Competenze regionali in materia di servizi sociali e scioglimento degli enti assistenziali" predisposta dall'Ulces e presentata l'8 marzo 1976 alla Camera dei Deputati con oltre 100mila firme. Il testo è riportato sul n. 29bis, 1975 di questa rivista.

(2) Ricordo, ad esempio, le azioni intraprese dall'Anfaa per l'adozione dei minori privi dell'indispensabile sostegno familiare (le relative esperienze sono contenute nel volume *Adozione e bambini senza famiglia - Le iniziative dell'Anfaa*, Manni Editore, Lecce, 2013, che raccoglie i miei articoli pubblicati su questa rivista). Segnalo altresì la proposta di legge di iniziativa popolare predisposta dall'Ulces: "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e per i disadattati sociali", presentata al Senato il 21 aprile 1970 con oltre 220mila firme. Fra i numerosi incontri di studio segnalò i seguenti: "Dall'assistenza emarginante ai servizi sociali offerti a tutti" (Torino, 3 luglio 1971), i cui atti sono stati pubblicati dalla Società Editrice Internazionale; "Nuove esperienze e prospettive sui servizi sociali" (Aosta, 20-21 ottobre 1973), iniziativa che aveva bloccato la prevista costruzione di un istituto medico-psico-pedagogico per 50 handicappati intellettivi, di un ospedale geriatrico di 400 posti e una casa di riposo per 200 anziani; "Riforma sanitaria e socio assistenziale: obiettivi e iniziative immediate in Piemonte" (Torino, 18 dicembre 1976); "Dagli attuali disservizi socio-sanitari alle Unità locali di tutti i servizi ed attuazione della legge 382" (Caselle di Salaiole, Firenze, 11, 12, e 13 novembre 1977).

zione, con particolare riguardo ai soggetti più deboli.

Il testo e la relativa relazione erano state concordate non solo con tutte le associazioni aderenti al Csa (Acli di Torino e provincia; Anffas, Associazione nazionale famiglie di fanciulli subnormali; Gruppo Abele, Anfaa, ecc.), ma anche con le seguenti organizzazioni che avevano accettato di compartecipare all'iniziativa: Aias (Associazione italiana assistenza spastici, Sezione di Torino), Centro Maran Atà, Cipe (Centro informazioni politiche ed economiche), Coordinamento autogestione handicappati, Coordinamento dei Comitati spontanei di quartiere e Unione italiana ciechi di Torino e provincia. Avevano dato la loro adesione le Segreterie regionali e provinciali (Torino) della Cisl e della Uil; i Sindacati ospedalieri di Torino della Cisl e della Uil; Ezio Gallina, Presidente dell'Aics, Associazione italiana cultura e sport; Carmelina Nicola, Segretaria provinciale Acli-Enars di Torino; il Comitato didattico della Scuola superiore di servizio sociale della Provincia di Torino; gli operatori dell'Ufficio distrettuale di servizio sociale per i minorenni di Torino; l'Assemblea delle donne Asm, nonché Emilio Germano, Presidente della Sezione minorenni della Corte d'Appello di Torino.

L'iniziativa era stata assunta sia in considerazione della preoccupante situazione delle persone in gravi condizioni di malattia e/o di disagio (anziani malati cronici non autosufficienti, soggetti con handicap intellettuale grave, ecc.) e delle deludenti iniziative assunte dalla Giunta della Regione Piemonte (maggioranza Pci e Psi) che non rispettava gli impegni assunti per le elezioni del 1975. Innumerevoli erano stati gli incontri effettuati per ottenere i necessari consensi sul testo della proposta di legge regionale da parte delle associazioni aderenti al Csa, e soprattutto dalle altre organizzazioni.

Poiché si temeva che la Giunta regionale del Piemonte ed i partiti che la sostenevano, potessero assumere una posizione pregiudizialmente contraria alle richieste contenute nella redigenda proposta di iniziativa popolare, le organizzazioni coinvolte avevano predisposto in data 8 agosto 1976 una "Piattaforma delle forze sociali sui servizi: prime indicazioni" (3) in cui veniva

evidenziata «la necessità di iniziative qualificanti che rispondano alle esigenze, alle attese e alle richieste della popolazione e che diano il segno del nuovo modo di governare di cui le sinistre si sono fatte garanti». Nel documento veniva altresì segnalata l'urgenza «che si proceda ad una profonda reimpostazione dei servizi sanitari, abitativi, scolastici e parascolastici, culturali, ricreativi e sociali in genere in modo da eliminare o da ridurre drasticamente le cause che provocano le richieste di assistenza e cioè di emarginazione».

Ad avviso delle organizzazioni firmatarie della piattaforma «per una effettiva partecipazione che consenta una elaborazione autonoma di linee politiche e di iniziative» da parte dei gruppi di base, erano state richieste alle istituzioni come essenziali le seguenti condizioni: «Disponibilità ad un permanente rapporto dialettico fra amministrazioni e organi di partecipazione; informazione tempestiva e completa; possibilità di accesso ai dati ritenuti necessari per studi, elaborazioni e interventi; possibilità di confronto nelle sedi di elaborazione delle scelte politiche e operative; messa a disposizione degli strumenti necessari all'attuazione di quanto sopra».

Nella piattaforma erano altresì indicate le iniziative legislative richieste: a) «legge per la ripartizione del territorio in Unità locali dei servizi sanitari e sociali, che costituiscano però il riferimento costante e inderogabile per tutti i servizi»; b) «legge delega ai Comuni di tutte le competenze operative in materia di sanità, assistenza sociale, diritto allo studio, tempo libero, superando ogni concezione settoriale ed emarginante»; c) «legge per la formazione di base, formazione permanente, riqualificazione, aggiornamento e riconversione degli operatori sanitari, sociali ed educativi»; d) «abrogazione delle norme (...) che prevedono finanziamenti agli istituti per minori, handicappati e anziani e utilizzazione dei fondi per le strutture delle Unità locali»; e) «legge regionale che preveda l'assegnazione di alloggi per anziani e di comunità

---

"Piattaforma presentata dai Sindacati alla Regione Piemonte, alle Province e ai Comuni". Inoltre sono inseriti i seguenti articoli: "Schema degli orientamenti politici ed operativi esistenti nei settori della sanità e dell'assistenza", "Un metodo democratico di governare", "La prima legislatura (giugno 1970 - 31 luglio 1975)", "Competenze della Regione", "La gestione conservatrice-clientelare della prima legislatura" e "La seconda legislatura (agosto 1975-settembre 1976)".

---

(3) Il testo integrale è stato pubblicato sul n. 36bis, 1976 di *Prospettive assistenziali*. Nello stesso numero è riportata anche la

alloggio per anziani, handicappati e minori nelle comuni case di abitazione dell'edilizia economica e popolare»; f) «approvazione di una legge (...) che preveda i seguenti interventi in ordine preferenziale: prestazioni domiciliari (...), prestazioni economiche alternative ad altre forme di assistenza (...), formazione e finanziamento di piccoli nuclei comunitari (...)», ecc.

Inoltre erano richieste alla Regione Piemonte iniziative non legislative fra le quali: «unificazione degli Assessorati ai servizi sociali e sanitari e trasferimento degli asili nido all'Assessorato all'istruzione» (...); «blocco dei finanziamenti agli Eca e assegnazione dei fondi alle Unità locali, censimento delle strutture ed istituzioni (Ipab comprese)» (...); «iniziative per l'inserimento degli handicappati nelle normali strutture e servizi (...) e ricerca di soluzioni alternative ai laboratori protetti (...)».

### **Testo della proposta di legge regionale di iniziativa popolare**

Poiché, nonostante i ripetuti solleciti avanzati dalle sopracitate organizzazioni la Giunta della Regione Piemonte non aveva assunto alcuna concreta iniziativa accettabile, era stata avviata la raccolta delle firme per la presentazione al Consiglio regionale del testo che riporto integralmente quale esempio del livello positivo (o negativo) dell'elaborazione dei gruppi di base nei settori della sanità e dell'assistenza (4).

«Art. 1. - I servizi sanitari e assistenziali di

(4) Per quanto concerne la devastante frammentazione dei Comuni piemontesi ricordo che secondo i dati del censimento del 1971 la popolazione residente era la seguente.

Classi della popolazione	Numero Comuni	Popolazione complessiva
Fino a 3.000 abitanti	1.011	1.007.634
Da 3.001 a 5.000	83	330.438
Da 5.001 a 10.000	63	443.182
Da 10.001 a 20.000	23	326.519
Da 20.001 a 50.000	21	656.081
Da 50.001 a 100.000	5	297.380
Da 100.001 a 1.000.000	2	203.111
Oltre 1.000.001	1	1.167.968
Totale	1.209	4.432.313

Nonostante il fallimento di tutte le iniziative finora intraprese continuo a ritenere che anche attualmente sia necessario e urgente ridurre drasticamente il numero dei Comuni italiani (oltre 8mila) quale base indispensabile per una adeguata gestione di tutte le attività (quelle odierne e quelle assegnabili) di base. Ritengo invece un grave errore la costituzione delle città metropolitane per l'enorme accentramento di poteri in alcune zone a scapito degli altri territori e dei relativi cittadini.

competenza della Regione Piemonte, dei Comuni e delle Comunità montane devono essere istituiti e organizzati in modo da:

- rispondere alle esigenze delle persone, famiglie e comunità;
- intervenire per la prevenzione e rimozione delle cause di malattia e di disadattamento;
- assicurare gli interventi curativi e riabilitativi a livello domiciliare, ambulatoriale, poliambulatoriale, consultoriale e ospedaliero a tutte le persone che ne necessitano, comprese quelle definite malate croniche;
- garantire a tutti i cittadini, compresi quelli handicappati, la fruizione dei normali servizi sanitari, prescolastici, scolastici, abitativi, culturali, ricreativi o di altro genere esistenti o da istituire nell'ambito della zona di residenza dei cittadini, evitando qualsiasi forma di segregazione, di esclusione e di beneficenza;
- provvedere al reinserimento sociale delle persone ricoverate in istituti;
- assicurare la formazione di base e permanente, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori addetti alle attività sopra indicate.

«Art. 2. - Al fine di evitare una gestione della sanità e dell'assistenza separata dagli altri servizi e allo scopo di consentire ad un unico organo di governo locale di intervenire negli altri settori della vita sociale, la Regione provvederà entro un anno dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge a costituire l'Unità locale di tutti i servizi. A tal fine, entro il termine sopra indicato, la Regione delega agli organi di cui all'articolo 4 e ne riordina le funzioni inerenti le attività gestibili a livello delle Unità locali di tutti i servizi e riguardanti le seguenti materie: assetto del territorio, urbanistica, assistenza scolastica, istruzione artigiana e professionale, musei e biblioteche, agricoltura e foreste, artigianato, lavori pubblici, turismo e industria alberghiera, viabilità, acquedotti, tranvie e linee automobilistiche, navigazione e porti lacuali, fiere e mercati, acque minerali e termali, cave e torbiere, protezione della fauna.

«Art. 3. - La gestione dei servizi sanitari e assistenziali è attuata con la partecipazione delle forze sindacali e sociali operanti nel territorio, le quali definiscono autonomamente le forme organizzative idonee per l'attuazione del controllo popolare sulle scelte politiche, pro-

grammatiche ed operative della Regione e degli enti preposti alla gestione dei servizi.

La Regione, gli organismi preposti alla gestione dei servizi, i Comuni, le Comunità montane, le Province e gli enti dipendenti dalla Regione o da essa controllati sono tenuti a trasmettere tempestivamente alle forze sindacali e sociali copia delle proposte di deliberazione, degli atti e ogni altra informazione richiesta.

«Art. 4. - La gestione dei servizi di cui all'articolo 1 è assicurata, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977 dal Comune di Torino e dai suoi 23 Consigli di quartiere, dalle Comunità montane coincidenti con le Unità locali e dai Consorzi fra Comuni. Spettano inoltre agli organismi suddetti:

- il controllo delle istituzioni pubbliche e private operanti nel campo della sanità, dell'assistenza e della formazione degli operatori sanitari e sociali per quanto attiene le competenze attribuite alla Regione ed agli enti locali;

- le nomine di competenza regionale degli amministratori delle istituzioni di cui sopra. Entro quattro mesi dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge i Comuni devono provvedere alla costituzione dei Consorzi i cui membri devono essere scelti fra i Consiglieri comunali del territorio. Entro la stessa data il Comune di Torino deve provvedere alla istituzione dei propri organi di decentramento.

In caso di mancata attuazione di quanto sopra disposto, vi provvederà la Regione tramite un commissario speciale designato dal Consiglio regionale.

La Regione provvederà a stabilire rapporti con le Comunità montane, le relative popolazioni e le forze sindacali e sociali operanti nel territorio per concordare, anche tramite unificazioni e ridefinizioni degli ambiti territoriali, l'organico collegamento fra Comunità montane e Unità locali di tutti i servizi.

I Comuni e le Comunità montane devono mettere a disposizione degli organismi di cui al primo comma del presente articolo il proprio personale, le strutture, le attrezzature ed i fondi relativi alla sanità, all'assistenza ed alla formazione degli operatori sanitari e sociali.

In materia di sanità, assistenza e formazione degli operatori sanitari e sociali restano alla Regione le funzioni di programmazione, d'indi-

ruzzo, di coordinamento, di vigilanza e di finanziamento.

Il personale dei servizi sanitari e assistenziali deve operare a tempo pieno, comprendendo in questo le attività di studio, ricerca e aggiornamento.

Al personale proveniente dallo scioglimento degli enti, Ipab comprese, sono assicurati la conservazione del posto di lavoro ed il trattamento salariale e normativo in godimento. In ogni caso devono essere garantiti i livelli stabiliti dai contratti collettivi di lavoro. Il personale è messo a disposizione della Regione; entro sessanta giorni è assegnato alle Unità locali di tutti i servizi previa contrattazione con le organizzazioni sindacali per essere inquadrato in osservanza dei contratti collettivi di lavoro.

Il personale religioso che opera, anche tramite convenzioni, nelle Ipab da almeno un anno è inserito, su richiesta ed entro il 31 dicembre 1978, nei ruoli organici ordinari e occorrendo soprannumerari dell'ente con la qualifica corrispondente al lavoro svolto, sempre che l'interessato sia in possesso dei titoli di studio corrispondenti.

Fino all'entrata in vigore della legge di riforma della finanza locale, la gestione finanziaria delle attività di assistenza viene contabilizzata separatamente ed i beni degli Eca e delle Ipab conservano la destinazione ai servizi di assistenza sociale anche nel caso di loro trasformazione patrimoniale.

«Art. 5. - I servizi sanitari e assistenziali, organizzati a livello delle Unità locali di cui alla legge n. 41 del 9 luglio 1976, provvedono ad assicurare le necessarie prestazioni preventive, curative, riabilitative e sociali di tipo domiciliare, ambulatoriale, consultoriale, poliambulatoriale e ospedaliero alla popolazione residente e, per quanto concerne l'ambiente di lavoro, ai lavoratori del territorio.

I servizi sanitari e assistenziali assicurano altresì, con modalità organizzative e operative di piena integrazione con le altre attività, le prestazioni:

- di medicina scolastica di cui ai decreti del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961 n. 264 e 22 novembre 1967 n. 1518;

- di assistenza medico-psichica, compresi gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi agli

handicappati fisici, psichici e sensoriali e la fornitura di protesi;

- consultoriali di cui alla legge della Regione Piemonte n. 39 del 9 luglio 1976.

Gli interventi sanitari e assistenziali possono comprendere anche le attività svolte dai servizi di fabbrica a seguito di accordi conclusi fra le organizzazioni dei sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Al fine di assicurare la necessaria funzionalità, l'Unità locale può essere suddivisa in sottozone, in ciascuna delle quali opera un gruppo di operatori sanitari e assistenziali in grado di fornire le prestazioni di base preventive, curative, riabilitative e sociali.

«Art. 6. - Gli interventi di prevenzione sono diretti:

a) nel campo sanitario alla individuazione nel territorio e nei luoghi di lavoro dei rischi di malattie, all'assunzione di tutti i dati derivanti dalle indagini suddette al fine della loro elaborazione epidemiologica e alla trasmissione alle forze sindacali e sociali e alla popolazione;

b) nel campo assistenziale alla individuazione delle situazioni di segregazione (ricovero in istituti) e delle cause di emarginazione nei settori del lavoro e della vita sociale (istituzioni prescolastiche e scolastiche, attività ricreative e culturali, abitazione, trasporti, barriere architettoniche ecc.).

Nell'ambito delle competenze regionali, gli interventi comprendono altresì l'eliminazione delle suddette situazioni, rischi e cause mediante idonei provvedimenti legislativi e operativi.

«Art. 7. - Le prestazioni curative e sociali, sanitarie e assistenziali, fornite a livello domiciliare e ambulatoriale hanno lo scopo di:

- assicurare una adeguata risposta alle situazioni di malattie e di disadattamento individuale, familiare e sociale;

- costituire un filtro nei confronti dei poliambulatori e dei ricoveri in ospedale e in istituti di assistenza.

Ai poliambulatori sono inviati i casi che esigono dotazioni strumentali e personale specializzato in grado di assicurare gli interventi non praticabili a livello domiciliare e ambulatoriale.

Nei poliambulatori possono essere previsti alcuni posti letto per assicurare gli interventi

che richiedono un ricovero diurno limitato. I ricoveri ospedalieri devono avvenire solo tramite i dipartimenti di emergenza e di accettazione.

«Art. 8. - Il Comune di Torino ed i 23 Consigli di quartiere della città stessa, i Consorzi e le Comunità montane coincidenti con le Unità locali devono assicurare gli interventi di competenza in base alle seguenti priorità:

- interventi preventivi indicati all'articolo 6;

- assistenza economica ordinaria e straordinaria da erogare in base a criteri e parametri prefissati;

- assistenza domiciliare comprendente le prestazioni di aiuto domestico, infermieristiche, riabilitative ed educative;

- segnalazione all'autorità giudiziaria minorile, ai sensi delle leggi vigenti, dei minori in situazione di abbandono materiale e morale (ved. legge sull'adozione speciale n. 431 del 5 giugno 1967) e di quelli per i quali è necessario l'intervento del Tribunale per i minorenni e del Giudice tutelare; attività derivanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile;

- affidamenti educativi di minori, affidamenti assistenziali di interdetti, inserimenti di handicapati adulti e di anziani presso famiglie, persone e nuclei parafamiliari composti da due o più volontari o in comunità alloggio gestite dalle Unità locali o autogestite;

- ricovero, nella fase transitoria, in istituti di assistenza previamente autorizzati a funzionare e aventi strutture e personale adeguati e situati nel territorio di residenza dei soggetti interessati, salvo loro diversa richiesta.

Gli interventi assistenziali sono assicurati, in particolare, fino al loro reinserimento sociale:

- ai minori, agli handicapati adulti ed agli anziani in situazione di bisogno economico e/o sociale;

- alle persone colpite da catastrofe o da calamità naturali escluso il primo soccorso;

- ai rifugiati, ai profughi e ai rimpatriati, esclusa la prima assistenza;

- alle famiglie dei carcerati e alle vittime del delitto;

- agli ex carcerati;

- ai minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili, nell'ambito delle competenze civili e amministrative (rieducative);

- alle prostitute ed ex prostitute;

- alle persone tossico-dipendenti e assimilabili

ai sensi della legge n. 685 del 22 dicembre 1975, il Comune di Torino, le Comunità montane coincidenti con le Unità locali ed i Consorzi provvedono a richiedere le rivalse agli interessati ed ai parenti tenuti a provvedervi, solo nei casi di ricovero in istituto, di affidamento, di inserimento e di accogliimento in comunità alloggio ed in base a criteri e parametri prefissati tenendo conto dei redditi.

«Art. 9. - La Regione Piemonte, in accordo con il Comune di Torino, le Comunità montane coincidenti con le Unità locali ed i Consorzi, deve istituire un sistema informativo permanente in grado di fornire in modo continuo i dati aggiornati concernenti:

- ricoverati in ospedali e istituti;
- strutture, servizi, attrezzature e personale socio-sanitario;
- dati epidemiologici e ogni altro elemento necessario per una corretta informazione socio-sanitaria.

L'accesso a tali dati è consentito in qualsiasi momento agli organi di cui sopra e, escluse le parti coperte dal segreto di ufficio ai sensi delle leggi vigenti, alle forze sindacali e sociali.

«Art. 10. - La Regione assumerà le necessarie iniziative promozionali affinché, mediante accordi fra gli enti interessati, le funzioni sanitarie e assistenziali attribuite delle leggi vigenti alle Province siano svolte dalle Unità locali di tutti i servizi.

Le Province, previ accordi con gli enti interessati e le organizzazioni sindacali, provvederanno a mettere a disposizione delle Unità locali il personale, le strutture, le attrezzature e gli stanziamenti relativi alle attività sanitarie e assistenziali trasferite, comprese quelle relative agli handicappati fisici e psichici.

«Art. 11. - Il Comune di Torino, le Comunità montane coincidenti con le Unità locali ed i Consorzi assumono le iniziative necessarie per l'inserimento di persone volontarie nelle attività sanitarie e assistenziali che non richiedono prestazioni da attribuire alla competenza di personale qualificato e specializzato.

Alle persone volontarie sono rimborsate, se richieste, le spese vive sostenute purché previamente autorizzate.

«Art. 12. - A partire dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge, il ricovero in

istituzioni di assistenza è consentito solamente previo parere favorevole delle Unità locali tenute a provvedere.

Le Unità locali, fatte salve le rivalse di cui all'articolo 8, provvedono direttamente al pagamento delle rette di loro competenza alle istituzioni di assistenza.

Non è ammessa alcuna altra forma di contributo diretto o indiretto alle istituzioni di assistenza da parte della Regione, dei Comuni, delle Province, delle Comunità montane e dei Consorzi.

«Art. 13. - Come misura preventiva degli infortuni e per facilitare la vita di relazione degli handicappati, la Regione dispone i necessari interventi affinché gli edifici pubblici o aperti al pubblico, le istituzioni prescolastiche, scolastiche, ricreative, culturali o comunque di interesse sociale, di nuova edificazione siano costruite in conformità del decreto ministeriale 18 dicembre 1975, dell'articolo 27 della legge 30 marzo 1971 n. 118 e in osservanza della circolare del Ministero dei lavori pubblici del 15 giugno 1968 riguardanti l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Agli edifici appaltati o già costruiti devono essere apportate le possibili conformi varianti. I piani urbanistici ed i regolamenti edilizi devono essere modificati entro un anno dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge per dare applicazione a quanto previsto dal presente articolo.

«Art. 14. - La Regione, previ confronti con le forze sindacali e sociali e tempestiva trasmissione alle stesse di tutte le informazioni necessarie, predisporrà entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge il piano ospedaliero transitorio con precisazione dei mezzi, strumenti e tempi per la trasformazione degli ospedali esistenti e per la costruzione di quelli nuovi occorrenti, affinché essi siano in grado di accogliere e fornire i necessari interventi non solo agli acuti, compresi i casi psichiatrici e infettivi, ma anche ai lungodegenti e ai cronici bisognosi di cure sanitarie non praticabili a domicilio o in ambulatorio.

Il piano ospedaliero dovrà inoltre prevedere che, nei casi di ricovero in ospedale, salvo particolari urgenze, sia data precedenza assoluta ai residenti nel territorio di competenza.

Il piano ospedaliero deve pertanto:

- individuare i livelli organizzativi e funzionali ottimali della attività di diagnosi e cura ospedaliera in rapporto alle richieste degli utenti;
- adeguare i servizi ospedalieri agli ambiti territoriali di utenza, attraverso l'unificazione amministrativa e tecnica degli ospedali situati in una Unità locale e, occorrendo, in uno stesso comprensorio;
- assicurare l'integrazione degli ospedali con le altre strutture sanitarie esistenti nel territorio;
- riorganizzare gli ospedali mediante l'istituzione dei dipartimenti, realizzando prioritariamente quelli di emergenza e accettazione di primo e secondo livello;
- avviare il processo per l'eliminazione delle sezioni distaccate degli ospedali comprese quelle destinate a lungodegenti o cronici;
- prevedere la chiusura degli ospedali inidonei ed esuberanti rispetto alle necessità del territorio e di quelli aventi una percentuale di letti occupati inferiore al 50 per cento del totale dei posti disponibili, assicurando al personale il posto di lavoro, i diritti acquisiti e concordando con le organizzazioni sindacali la mobilità del personale stesso;
- l'amministrazione e la gestione degli enti ospedalieri devono essere assicurate dalle Unità locali di tutti i servizi dei territori di competenza.

«Art. 15. - Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge il Comune di Torino, i Consorzi e le Comunità montane coincidenti con le Unità locali, previ confronti con le forze sindacali e sociali e tempestiva trasmissione alle stesse di tutte le informazioni richieste, presentano alla Giunta regionale il piano dei servizi sanitari e assistenziali del territorio di competenza.

I piani suddetti devono comprendere:

- il censimento delle strutture, attrezzature e personale esistenti;
- la strutturazione ottimale dei servizi sanitari e assistenziali esistenti;
- la strutturazione ottimale in dipartimenti e servizi degli ospedali del territorio e le ripartizioni dei posti letto, tenendo conto delle indicazioni del piano ospedaliero;
- i servizi da istituire, con precisazione dei tempi e modalità;
- le necessità in personale e in termini di for-

mazione di base e permanente, aggiornamento, riqualificazione e riconversione, con le relative indicazioni di tempi e strumenti;

- le spese di investimento e di gestione.

«Art. 16. - Ricevuti i piani di cui all'articolo 15, la Giunta Regionale entro i tre mesi successivi, previ confronti con le forze sindacali e sociali e tempestiva trasmissione alle stesse di tutte le informazioni richieste, predispone il piano regionale per i servizi sanitari e assistenziali, il quale deve essere conforme agli obiettivi indicati nella presente (proposta di) legge e deve tenere conto dei piani presentati dalle Unità locali.

Il piano, i cui contenuti, tempi e finanziamenti sono vincolanti per la Regione, gli Enti locali e gli organismi finanziati o controllati dalla Regione, è approvato dal Consiglio regionale.

«Art. 17. - Entro la data di cui all'articolo precedente, la Giunta regionale, previ confronti con le forze sindacali e sociali e tempestiva trasmissione alle stesse di tutte le informazioni richieste, predispone il piano regionale per la formazione di base e permanente, la riqualificazione, l'aggiornamento e la riconversione del personale sanitario e assistenziale, esclusa la formazione universitaria e post-universitaria. Il piano deve essere rispondente ai seguenti principi:

- coincidenza degli obiettivi della formazione con gli obiettivi della programmazione sanitaria e assistenziale;
- adeguamento del gettito delle iniziative formative alle necessità di sviluppo e trasformazione dei servizi e alle capacità di assorbimento delle strutture sanitarie e assistenziali;
- innalzamento delle basi culturali e scientifiche degli operatori allo stato delle conoscenze;
- apertura della formazione in senso polivalente, interdisciplinare e di gruppo;
- integrazione delle attività culturali e scientifiche con le attività pratiche;
- frequenza alle iniziative di formazione permanente, riqualificazione, aggiornamento e riconversione nell'orario di lavoro;
- priorità della prevenzione sanitaria e sociale;
- capacità di recepire gli apporti collaborativi e/o critici delle forze sindacali e sociali e della popolazione;
- messa a disposizione degli strumenti per la più ampia mobilità del personale in relazione alle esigenze;

- definizione dei centri di formazione e delle procedure di programmazione locale e di funzionamento applicabili per centri operanti per due o più Unità locali;

- definizione delle modalità di collaborazione dei docenti e dell'altro personale utilizzabile, stabilendo tassativamente che quelli scelti fra il personale dei servizi sanitari e assistenziali deve essere di ruolo e a tempo pieno;

- definizione delle iniziative di aggiornamento tecnico e scientifico del personale docente;

- definizione delle norme concernenti la revoca delle autorizzazioni concesse prima dell'entrata in vigore del piano regionale per la formazione e concernenti l'istituzione di corsi o scuole per operatori sanitari e assistenziali;

- messa a carico del bilancio regionale dei finanziamenti relativi alla istituzione e funzionamento dei centri di formazione.

Il piano, i cui contenuti, tempi e finanziamenti sono vincolanti per la Regione, gli Enti locali e gli organismi finanziati o controllati dalla Regione, è approvato dal Consiglio regionale.

«Art. 18. - Le competenze attualmente attribuite ad enti sono esercitate, a partire dal loro scioglimento, dalla Regione e dalle Unità locali di tutti i servizi in base a quanto disposto dalla presente (proposta di) legge.

«Art. 19. - La Regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge definirà, previ confronti con le forze sindacali e sociali e tempestiva trasmissione alle stesse di tutte le informazioni necessarie, i criteri per la ripartizione dei finanziamenti regionali alle Unità locali. I criteri stessi saranno definiti tenendo conto della popolazione residente, dell'ampiezza del territorio, del livello dei servizi esistenti e delle risorse disponibili.

«Art. 20. - Per le spese di istituzione e di primo avviamento dei Consorzi, la Regione provvede ad erogare a ciascuno di essi la somma di Lire .....

Per i finanziamenti dei piani di cui agli articoli 14, 15, 16 e 17, la Regione provvede mediante lo stanziamento di Lire ..... per il 1978 e di Lire ..... per gli anni seguenti».

### **La sconcertante opposizione del Pci**

La presentazione con iniziativa popolare della proposta di legge aveva anche lo scopo di con-

trastare le opposizioni che la Giunta regionale affermava di incontrare per l'approvazione delle richieste avanzate dai gruppi di base, fra l'altro contenute anche nel programma presentato dal Pci per le elezioni del 1975.

Tuttavia, per evitare contrapposizioni pregiudiziali da parte dei partiti di maggioranza e di minoranza, non solo era stata diffusa la citata piattaforma dell'8 agosto 1976, ma erano anche state individuate tre personalità molto note per la loro competenza e onestà politica e intellettuale che, quali primi firmatari della proposta di legge, l'avrebbero presentata ufficialmente al Consiglio regionale: Giuseppe Reburdo, Presidente delle Acli di Torino e provincia, Cesare Delpiano, Segretario generale della Cisl di Torino e provincia, Bianca Guidetti Serra, avvocato e autorevole esponente della sinistra.

Dunque vi erano tutte le condizioni perché la Giunta della Regione Piemonte ed i partiti di maggioranza e minoranza (Pci e Psi) valutasse l'iniziativa popolare come un concreto contributo da prendere in attenta considerazione.

La raccolta delle 13.167 firme (ne erano sufficienti 8mila) era stata particolarmente complessa e onerosa in quanto, come previsto dalle norme allora vigenti, erano state apposte alla presenza di un notaio o di un segretario comunale o di un cancelliere di Pretura o di Tribunale. Inoltre a ciascuna firma era stato allegato il relativo certificato elettorale del sottoscrittore.

Per le adesioni alla proposta di legge regionale erano stati organizzati incontri in quasi tutte le principali città del Piemonte, anche allo scopo di fornire le necessarie informazioni e di segnalare ai cittadini la validità e l'urgenza dell'iniziativa.

Purtroppo, appena avviata la raccolta firme, il Pci aveva assunto una durissima posizione contraria e in quasi tutti gli incontri era presente un suo militante che magnificava l'operato della Giunta, denigrava i contenuti della proposta popolare: spesso dovevo anche subire attacchi personali offensivi.

Di fronte al comportamento di "lesa maestà" del Pci, ben presto alcune associazioni avevano cessato di collaborare all'organizzazione e gestione degli incontri, per cui ero stato costretto a impegni molto gravosi sotto molti punti di vista.

È altresì molto importante ricordare che in

(segue alla pag. 45)

data 14 febbraio 1977 la Commissione sicurezza sociale della Federazione torinese del Pci aveva emanato una nota riservata in cui veniva duramente contestato il testo proposto. In particolare la richiesta dell'unico organo di governo (l'Unità locale di tutti i servizi) era apoditticamente definita «*impraticabile dal punto di vista pratico, come già dimostra del resto la difficoltà di avviare il processo gestionale anche solo per i servizi socio-sanitari*» (5).

Nella stessa nota riservata mi veniva rivolto un pesante attacco personale affermando che «*il dato più preoccupante dal punto di vista squisitamente politico, ci pare però essere quello (presente almeno in alcuni aderenti al Csa, in particolare la componente più legata a Santanera) di una volontà di contrapposizione alla legge regionale n. 39 e gli atti politico-istituzionali che si vanno compiendo in queste settimane*» (6).

Da notare che alla presentazione della proposta di legge di iniziativa popolare il Presidente

---

(5) Sul n. 43, 1978 di questa rivista sono riportate integralmente la nota riservata del Pci e le relative dichiarazioni di Cesare Delpiano, di Bianca Guidetti Serra e del Csa.

(6) La legge della Regione Piemonte n. 39/1977 "Riorganizzazione e gestione dei Servizi sanitari e socio-assisten-

del Consiglio regionale, Dino Sanlorenzo del Pci, aveva ricevuto i primi tre firmatari in piedi e, con ostentata indifferenza e alla faccia della partecipazione e dell'educazione, non solo non li aveva nemmeno invitati a sedersi, ma li aveva sbrigativamente congedati trattandoli come se fossero stati degli intrusi fastidiosi.

Purtroppo a seguito della presa di posizione del Pci non solo la proposta di legge regionale di iniziativa popolare presentata il 21 luglio 1978 non veniva nemmeno esaminata dal Consiglio regionale evitando in tal modo le consultazioni previste dallo Statuto, ma dal Csa uscivano alcune organizzazioni.

Inoltre – fatto di estrema importanza – le rigide e faziose reazioni del Pci avevano inferto un forte e inaspettato colpo alla partecipazione popolare le cui conseguenze sono state devastanti per l'impostazione e gestione dei servizi con particolare riguardo di quelli destinati alla fascia più debole della popolazione.

---

ziali" non stabiliva nessun diritto esigibile, forniva solamente indicazioni generiche in merito ai servizi e limitava la competenza delle Unità locali alle attività sanitarie e socio-assistenziali, assumendo pertanto una posizione opposta all'Unità locale di tutti i servizi.