

IV.

SEDUTA DI MERCOLEDI' 31 MARZO 1971

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MAULINI

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 17,15.

PRESIDENTE. Anzitutto desidero rivolgere un saluto al nostro Presidente, onorevole Corona, che colpito da improvviso malore ci auguriamo di rivedere al più presto tra noi.

All'ordine del giorno della seduta odierna è il seguito della indagine conoscitiva sullo stato e le prospettive dell'assistenza pubblica e privata in Italia.

E qui con noi l'Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige, dottor Bruno Fronza, che è accompagnato dalla dottoressa Tommasi. Lo ringraziamo per aver accolto il nostro invito e ricordiamo che gli abbiamo inviato a suo tempo una traccia di questionario sul quale potrà riferire; dopo di che ciascuno di noi potrà porre delle domande, che invito a rendere il più concise possibili, tenendo anche presente che dopo dovremo ascoltare l'Assessore alla programmazione della Regione Friuli-Venezia Giulia.

Do senz'altro la parola al dottor Bruno Fronza.

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. Ringrazio il signor Presidente della Commissione per il cordiale saluto che mi ha rivolto e per l'invito a riferire sulle prospettive e sulle idee che, attraverso la nostra esperienza regionale, siamo andati maturando per il settore assistenziale. E ritengo sia da sottolineare il fatto che la Camera, nello affrontare un così impegnativo compito, abbia ritenuto opportuno avvalersi anche della esperienza delle Regioni: realizzando così una antica aspirazione nostra, quella di offrire una collaborazione il più possibile valida; ed anche appagando l'altrettanto antica richiesta che il Parlamento volesse accorgersi che, accanto al Governo centrale, esistono anche, con funzioni e realizzazioni proprie, le Regioni.

Nel Trentino-Alto Adige, che è Regione a statuto speciale e conta ormai ventitré anni

di vita, nel campo dell'assistenza e beneficenza l'attività svolta è stata notevole. Soprattutto però, anche in ragione delle competenze e delle possibilità, nel senso di organizzare e di coordinare l'attività dei molti enti assistenziali esistenti, specialmente nel settore dell'assistenza di base; oltre ai compiti specifici che riguardano peculiari situazioni nostrane, come l'assistenza ai riopianti in Alto Adige o quella indirizzata a particolari categorie di emigrati.

Nel 1968 si è sentito il bisogno di fare il punto della situazione; si è organizzata una conferenza regionale dell'assistenza, chiamandovi a partecipare tutti quanti operano nel settore, nel tentativo di avere un quadro completo della situazione e facendo predisporre dal centro regionale di servizio sociale una serie di rilevazioni e di studi che consegnino in copia alla Commissione, lusingandomi che possano essere di qualche utilità nella elaborazione della relazione conclusiva.

Si tratta, in particolare, di quattro pubblicazioni che riguardano, rispettivamente, « i servizi sociali di base », la « assistenza ai minori », la « assistenza agli anziani » e la « assistenza ai disadattati »: quelli che abbiamo ritenuto di identificare come i settori salienti dell'intervento assistenziale pubblico nel suo complesso. Una quinta pubblicazione « Nuovi criteri per l'assistenza » ha cercato di fare una sintesi di quel che risultava dalle precedenti e di indicare alcune prospettive di soluzione che ritengo ancora attualmente in massima parte valide.

Esaminando, sinteticamente, i documenti prodotti possiamo constatare in quello riguardante i servizi sociali di base, la situazione nei riguardi della molteplicità degli enti che presiedono all'erogazione dell'assistenza, alla sovrapposizione delle competenze, alla diversità dei criteri di erogazione degli interventi; inoltre se esaminate l'allegato n. 1 (*) troverete che sono ben trentasette gli enti a carat-

(*) Vedi pagina 176 e segg.

tere provinciale che operano del Trentino e nell'Alto Adige; senza tener conto dei comuni, che sono oltre trecento, e degli enti comunali di assistenza che sono altrettanti.

D'altronde non ritengo che la situazione del Trentino-Alto Adige si discosti gran che da quella nazionale: per cui se i dati da noi raccolti li riferiamo alla situazione generale del paese, abbiamo una convalida eloquente di una delle carenze più acute del sistema assistenziale italiano, in ordine alla molteplicità degli enti, al mancato loro coordinamento, alla diversità dei criteri di erogazione degli interventi.

Nel questionario che ci è stato proposto, si chiedono i criteri di erogazione delle prestazioni: abbiamo cercato di condensarli nell'allegato che ho già citato, distinguendo ente per ente i modi di valutazione del bisogno ed i criteri di intervento. Credo inutile ogni commento, poiché l'evidenza è graffiante e richiama la critica constatazione già espressa circa la molteplicità e lo s coordinamento degli enti. Per quanto riguarda la richiesta di indicazione dei criteri di ripartizione dei fondi da parte degli enti pubblici, non siamo in grado di dare alcuna sicura informazione nei confronti di quelli a struttura verticale, come l'ENAOI, che ricevono direttamente i finanziamenti dalla sede centrale e li distribuiscono autonomamente.

Vorrei ancora richiamare l'attenzione dei signori deputati, sull'allegato n. 2 (*) nel quale sono ribaditi, per categorie gli assistibili, gli elenchi dei vari enti od istituzioni abilitati ad intervenire a nuova conferma dell'urgenza di un coordinamento. Esigenza, questa, che mi pare nuovamente ribadita dalle risultanze dell'allegato n. 3 (**).

Più agevole è riferire sugli enti che ricevono finanziamenti anche da parte degli enti locali (vedi ECA); e vorrei, a questo proposito, richiamare le proposte elaborate dal centro regionale di servizio sociale, in occasione della conferenza dell'assistenza già ricordata. Mi pare che si tratti di un originale tentativo, quello di determinare un « minimo vitale », quale misura per una razionale ed univoca misurazione del bisogno economico di base; su questa misura dovrebbe essere considerata la situazione in ordine al fabbisogno di ciascun ente comunale di assistenza per coprire il « minimo vitale » quale

elemento fondamentale per determinare lo stanziamento da assegnare a ciascun ente.

L'allegato n. 4 (***) illustra la minuziosa fatica impegnata nel determinare la misura di questo minimo vitale.

Va aggiunto che si è trattato, almeno per ora, di fatica sprecata; infatti la regione e la provincia di Bolzano (quella di Trento non interviene nel settore) non hanno preso in esame la proposta; ed ancor oggi le assegnazioni avvengono in base a criteri opinabili e, comunque, non preventivamente determinati.

È ovvio, a questo punto, che il discorso del « minimo vitale » è valido solo per gli enti che intervengono a coprire i bisogni primari, erogando una assistenza economica di base; mentre nei confronti degli enti assistenziali che si occupano di casi specifici, il discorso, necessariamente cambia.

Il punto b) del questionario richiede informazioni sulla incidenza delle spese di gestione rispetto al complesso degli stanziamenti destinati all'assistenza; è una materia sulla quale non siamo in grado di rispondere con sufficiente sicurezza. Anche per la conferenza regionale sull'assistenza avevamo impostato una ricerca del genere, ma non siamo riusciti ad avere dagli enti operanti in regione dati per poter stabilire, con un certo limite di sicurezza, l'incidenza delle spese di gestione; la si potrebbe, forse, ricavare attraverso uno studio dell'ufficio degli enti locali, con l'analisi dei bilanci degli enti sottoposti a controllo; mancherebbero tuttavia ancora quelli che a controllo non sono sottoposti e quelli che ho già ricordato a struttura verticale i cui rendiconti finiscono direttamente alle sedi centrali.

Per quanto riguarda il punto c) i criteri di ammissione, di diagnosi, di trattamento e di dimissione del soggetto con riguardo al trasferimento di competenza ad altro ente per raggiunti limiti di età o per modificazione giuridica dello *status* del soggetto e dei suoi genitori: sono ormai notoriamente conosciute le incongruenze dell'attuale sistema assistenziale che interviene non in base al bisogno ma alla categoria di appartenenza del richiedente, per cui lo stesso soggetto, ad esempio, assistito come illegittimo dall'amministrazione provinciale fino a 15 anni con un importo x, viene poi assistito dall'ONMI con un importo diverso che di norma è inferiore o addirittura cessa di essere assistito (se mancano i fondi) magari proprio nel mo-

(*) Vedi pagina 184 e segg.

(**) Vedi pagina 187 e segg.

(***) Vedi pagina 199 e segg.

mento in cui i bisogni aumentano. Non trovo opportuno dilungarmi in tali tipi di esempi, che sono ormai a livello di conoscenza comune.

Per quanto riguarda gli altri aspetti toccati dal questionario trovo opportuno non tanto rispondere singolarmente, ma riassumere il contenuto degli stessi in un discorso generale.

Anche per il settore assistenziale o meglio « dei servizi sociali » è necessario prevedere la massima autonomia a livello locale ed è in questa direzione che deve orientarsi ogni intervento. Mi pare importante puntualizzare la necessità che si accetti il concetto di unità « socio-assistenziale locale ». Essa, al pari dell'« unità sanitaria locale » e con possibilità anzi di collegarsi ed integrarsi con quest'ultima, deve costituire la struttura fondamentale di base capace di assicurare la disponibilità di uno « stock » di servizi sociali ritenuti indispensabili per la popolazione gravitante intorno ad una certa area territoriale definita.

Resta ferma, a mio avviso, la responsabilità dell'unità locale di assicurare la disponibilità di detti servizi assumendone preferibilmente l'organizzazione e la gestione diretta. È a questo livello che è possibile prevedere anche forme di partecipazione e controllo da parte dei cittadini che, allo stato attuale, rimangono completamente esclusi e coinvolti emotivamente quando i mezzi di comunicazione di massa mettono a nudo gli aspetti di gravi disfunzioni. È solo attraverso la strutturazione della « unità locale » per la gestione unitaria dei servizi che investono la popolazione di un determinato territorio che si potrà risolvere, penso, in modo qualitativamente nuovo l'attuale situazione del tutto negativa. Non si dovrà ovviamente limitarsi ad addomesticare le prestazioni di servizi strutturati verticalmente e che sfuggono quindi al controllo ed ai bisogni delle comunità, ma si dovrà dare il massimo di autonomia ai livelli locali facendo partecipare realmente la popolazione alla creazione ed al funzionamento di quei servizi sociali di cui ha bisogno.

È in questa prospettiva che, come avviene per il settore sanitario, si vede opportuno che a livello nazionale ci si limiti ad una « legge quadro » che indichi le sole direttrici di marcia lasciando poi ai poteri locali la libertà di organizzarsi e gestirsi secondo i bisogni e la propria storia. Circa le funzioni dei poteri centrali, si vede in essi solo una funzione di indirizzo e programmazione,

mentre la gestione, l'operatività ed il finanziamento devono essere in mano agli organismi locali.

In altre parole lo stesso discorso che è stato fatto per la riforma sanitaria (e che più volte è stato ripetuto) va fatto anche per quella assistenziale evitando la tendenza però a settorializzare perché considero essenziale partire da una concezione unitaria dei bisogni dei cittadini tenendo presente, almeno in prospettiva, la sostanziale unitarietà fra i servizi sanitari, scolastici, sociali, eccetera.

Provvedimenti specifici aventi influenza nel periodo breve mi pare non possano avere alcun significato innovativo in quanto la situazione è tale che solo una riforma nel senso brevemente indicato sopra può realmente cambiare la situazione. Come provvedimenti urgenti si potrebbe pensare ad una soluzione del problema del « minimo vitale » adeguando agli interventi oggi previsti a detto limite (pensione sociale, assegno inabili, eccetera) ed estendendoli a tutti coloro che con i propri mezzi non sono in grado di raggiungere tale limite. Il discorso del minimo vitale, mi sembra infatti preliminarmente a qualsiasi altro discorso di « servizi sociali », in quanto si tratta di coprire bisogni primari, relativi alla sopravvivenza.

Mi sembra di avere a grandi linee risposto a quanto richiesto dal formulario. Non trovo opportuno dilungarmi in quanto la documentazione della conferenza regionale è quanto mai dettagliata nel « fotografare » la situazione.

Per le prospettive future il discorso è sintetizzabile nella realizzazione dell'unità locale anche per i servizi sociali, a monte del quale sta il problema del potere agli enti locali intermedi (comprensori). Per garantire infatti il collegamento con gli altri settori (sanitario, scolastico, eccetera) e per non ricadere nel pericolo di affrontare i problemi in modo settoriale, è infatti indispensabile che le unità locali, sia per i servizi sanitari che per i servizi sociali, rimangano degli organismi direttamente gestiti dall'ente intermedio (comprensorio) consorzio dei comuni che vi fanno parte. Solo in questo modo si può evitare un aumento indiscriminato dei servizi ed una loro eccessiva specializzazione settoriale.

Allego il materiale della conferenza e la relazione predisposta dal centro regionale di servizio sociale sul fabbisogno assistenziale in ordine al minimo vitale che nella seconda parte (tipologia del bisogno - linee di soluzione dei problemi emersi) dimostra chiara-

mente come gli interventi assistenziali in gran parte servano ad integrare la inadeguatezza del sistema previdenziale-mutualistico per cui è importante che le prestazioni di detto sistema o dello Stato (compresa quindi la pensione sociale e l'assegno inabili) siano portati al livello di « minimo vitale ».

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Fronza per la sua sintetica e concreta relazione ed invito i commissari a porre le domande che desiderano. È superfluo segnalare che ci troviamo di fronte ad un amministratore che affronta concretamente i problemi dell'assistenza e della cui esperienza ci possiamo avvalere.

SALVI. Avendoci l'assessore illustrato la esigenza delle unità assistenziali locali, vorrei sapere che cosa la Regione ha fatto per il momento in ordine a questo tema, cioè se ne ha già preventivato la costituzione, la struttura, e così via.

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. Dico subito che la Regione ha competenza primaria solo in materia di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e non ha nessuna competenza primaria, ma solo secondaria, in materia di enti locali: per esempio, enti comunali di assistenza che noi vedremmo modificati in un certo modo. La Regione, inoltre, non ha facoltà di sciogliere o modificare determinati enti che fanno assistenza: ENAOLI, ONMI, AAI ed altri che sono enti nazionali. Quindi, direi, salvo la modificazione di determinati tipi di assistenza che facciamo attraverso l'ECA oppure attraverso determinati istituti che abbiamo costituiti, in campo istituzionale non abbiamo potuto affrontare il tema dell'unità locale perché ci pare - e qui ci sono stati anche i pareri di illustri studiosi di diritto amministrativo oltretutto di sociologi - che non possiamo far nulla finché non c'è una legge-quadro.

Allora, che cosa abbiamo cominciato a fare? Uno studio per quanto riguarda una premessa importante, cioè la determinazione del « minimo vitale » prendendo come modello una zona particolare, la Val Lagarina dove alcuni assistenti sociali del centro dicono che l'ECA ed il comune hanno compiuto degli studi particolari per Rovereto e qualche altro comune. Non ha i particolari ma gli schemi li ho qui con dati sull'attività dell'ECA e sull'aiuto dato in sede regionale. Appunto que-

slo era lo scopo: di arrivare a dare aiuti tali che l'ECA e gli enti assistenziali potessero assicurare a quella gente, a quelle persone che sono di povere condizioni, un « minimo vitale », integrando quello che era necessario. In tema istituzionale, quindi, niente; ma in via pratica sì.

Da tener poi presente che noi abbiamo il piano urbanistico della provincia di Trento già in funzione dal 1967; per la provincia di Bolzano è in via di approvazione il piano territoriale che prevede i comprensori, eccetera. Abbiamo iniziato una collaborazione fra gli ECA per vedere di unificare il metodo di assistenza, in modo che non avvenga che magari per lo stesso caso l'ECA di un paese dia, per esempio, mille lire e l'ECA di un paese vicino dieci o quindicimila, cosa che si è verificata.

Quando, qualche anno fa, nel '68-'69 vi sono stati casi di sospensione, di disoccupazione, di crisi di aziende e c'è stato un intervento, nei limiti consentiti dall'autonomia amministrativa, si è verificato che il comune di Brentonico, a cinque chilometri da Rovereto, per ogni disoccupato dava cinquemila lire e Rovereto ne dava quindici o venticinque.

Quindi, in via pratica abbiamo cercato di fare. In via istituzionale ci auguriamo che il Parlamento alla fine di questa indagine ponga mano subito all'attesa legge-quadro altrimenti tutto il nostro discorso in sede regionale e in sede nazionale non modifica niente perché la molteplicità di enti esiste e noi non abbiamo certo la facoltà di coordinare l'assistenza pubblica e quella privata. In proposito direi di cominciare almeno da quella pubblica; ma come possiamo mettere mano alla privata se non siamo capaci di rivedere gli ordinamenti dell'ENAOLI, degli ECA, e così via?

JACAZZI. Vorrei avere notizie più precise circa la questione della molteplicità degli enti e la dispersione degli interventi di cui ci parlava l'assessore. Egli ha detto che la situazione regionale non si discosta eccessivamente da quella nazionale: dato il sistema assistenziale italiano e considerato che altri enti l'ente regionale avrà certamente fatto sorgere ci troviamo veramente di fronte ad una molteplicità enorme di enti.

Vorrei sapere in che modo l'autonomia dell'ente regione riesce ad influire in questo campo per ottenere un intervento più specifico, non dispersivo, eccetera?

Vorrei anche chiederle qualcosa sugli assegni vitalizi che vengono corrisposti ai ciechi civili, ai sordomuti, agli invalidi civili. Sono gli stessi importi corrisposti in campo nazionale o ci sono leggi particolari dell'ente regione?

Infine, come ultima domanda, l'unità assistenziale locale, che tipo di rapporto dovrebbe avere con l'unità sanitaria locale? Lei sa che c'è una discussione: se debba essere in un certo senso parallela rispetto alla unità sanitaria locale o un tutto uno. Anzi, alcuni cercano una soluzione del tutto diversa. E che tipo di rapporto può avere con l'assistenza privata, che pure è prevista nella nostra Costituzione?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Lei dice: «La vostra situazione dovrebbe essere, in pratica, diversa da quella nazionale, e non proiettarsi da questa, perché avete la competenza»; ed io vorrei ripetere per qualche parte quello che ho detto prima, rispondendo all'altra domanda. Noi abbiamo competenza per quanto riguarda la istituzione, l'ordinamento degli enti assistenziali, e specificatamente le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Come possiamo coordinarli noi? Faccio degli esempi: gli ECA da noi ricevono degli aiuti, così pure dal commissariato del Governo, dal comune, se ne ha la possibilità, e dalla regione. Primo coordinamento da fare, all'inizio dell'anno (o meglio ancora prima della fine dell'anno) consiste in una riunione di questi enti per vedere cosa possono dare. Un funzionario del Governo, alla nostra presenza, stabilisce il modo di ripartizione dei sussidi, in modo che essi siano perequati non secondo la furbizia degli amministratori dell'ECA, ma secondo le necessità reali. Per quanto riguarda gli altri enti, si tratta di enti nazionali, e non possiamo far molto, perché ricevono i fondi da fuori e non da noi, come l'ENAOI. L'ONMI riceve fondi dalla provincia (Trento dà 47 milioni per i bambini, particolarmente quelli che non sono assistiti sotto altra forma, come gli illegittimi, esposti, eccetera).

Lei dice: «La Regione ha fatto delle leggi apposite». Sì, le abbiamo fatte, ma sono state anche superate da leggi nazionali. Noi abbiamo anticipato quelle leggi. Per esempio, la legge nazionale 30 aprile 1969, n. 153, ha istituito la pensione sociale di 12 mila lire, ma noi già dal 1963 avevamo fatto una legge

che istituiva l'assegno per i vecchi al di sopra dei 65 anni, bisognosi. Per i ciechi civili abbiamo stabilito un assegno integrativo per quelli che non sono riconosciuti dalla legge nazionale. Per quelli che hanno un *visus* fino a 1/20 abbiamo un po' aumentato, tenendo presente che determinati ciechi, anche se hanno una possibilità di vista, ma sono in montagna, in certe zone particolarmente disagiate, hanno bisogno di un'assistenza che non era prevista dalla legge nazionale.

Così dicasi per i silicotici. La nostra Regione è una terra di emigranti, e tanti vanno in miniera, di qua e di là per il mondo, magari senza assicurazioni sociali, e senza i prescritti anni di contributi previsti dalla legge nazionale. Noi abbiamo fatto una legge di carattere integrativo, procurandoci qualche volta i rilievi e le osservazioni della Presidenza del Consiglio, con richiami all'osservanza dell'articolo della Costituzione che dice che tutti i cittadini devono essere uguali. Noi diciamo che devono essere uguali, ma in uguali condizioni. Le nostre condizioni sono un po' diverse. E qui presente l'onorevole Dietl, dell'Alto Adige, e può garantire che la nostra situazione è quella di una delle tre o quattro province depresse del nord. Basti pensare che il reddito della provincia di Trento - base 100 - è, secondo gli ultimi dati, di 94 e quello della provincia di Bolzano 96, tenendo presente che in questi ultimi anni siamo andati indietro, anziché progredire.

Per quanto riguarda le «unità locali» la mia risposta è uguale a quella che ho dato all'onorevole Salvi: noi non possiamo farle se non c'è una legge-quadro. Il tipo di rapporto fra unità sanitaria locale e unità dei servizi? I nostri studi ci hanno portato a concludere in questo senso: che non facciamo l'unità sanitaria locale né l'unità dei servizi come enti, ma come funzioni da svolgere, come unità senza personalità giuridica da affidare ai comprensori che auspichiamo possano iniziare alla formula di consorzi di comuni (per le città sarà il comune). Saranno delle funzioni da affidarsi alle unità locali, come organismi senza personalità giuridica. E faremo una legge regionale in questo senso sperando che in sede governativa possa avere il visto.

Qual è il rapporto per l'organizzazione dei servizi? Alcuni esempi. Vi sono delle persone che in passato hanno subito degli infortuni, hanno riportato delle invalidità, ed hanno bisogno di assistenza, di protesi (denti, gambe, eccetera). Direi che qui c'è un

misto di assistenza sanitaria e di assistenza in genere. La Regione interviene e si basa sia sulle informazioni della nostra cassa malattia sia sulle informazioni assunte attraverso l'assistente sociale. Ci sono dei punti certamente di corrispondenza, fra l'attività svolta dalle unità sanitarie locali e le unità locali dei servizi, e secondo me le persone ad esse addette dovrebbero collaborare fra di loro, essere collegate. Dovrebbero essere gli assistenti sociali a tenere il collegamento: poi vedremo di inserire sia nelle unità sanitarie locali sia nelle unità locali dei servizi dei sociologi (noi abbiamo una facoltà di sociologia).

Per quanto riguarda gli invalidi civili, vale la legge nazionale in base alla quale si erogavano 12.000 lire e adesso 18.000.

JACAZZI. Ma gli importi per gli invalidi civili, sono uguali a quelli nazionali, o no ?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Per i ciechi civili l'integrazione è di 5-7 mila lire, ora portata a 9 mila.

JACAZZI. Oltre la pensione nazionale ?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Noi abbiamo i ciechi parziali: a quelli diamo una indennità che la legge nazionale non riconosce.

ARZILLI. In merito ai rapporti tra unità sanitaria locale ed unità assistenziale locale, vorrei conoscere il suo parere circa il problema degli anziani, non solo da un punto di vista della soluzione istituzionale, cioè del superamento della concezione del ricovero, dell'ospizio o dei croniciari. In che misura voi avete affrontato o pensate che, da un punto di vista locale, possa essere affrontato il problema ?

In relazione anche alla diminuzione delle ospedalità estendere la politica nazionale alla periferia significa anche correggere quegli elementi di gravosità economica e finanziaria che oggi è rappresentata da un certo tipo di ricovero.

La seconda domanda è questa. Lei ha parlato, nella sua relazione, di molteplicità di enti e di non eccessive spese di gestione rispetto all'attuale struttura. Però, secondo il suo punto di vista, come potremmo vedere risolta l'unificazione di questi enti, che assolvono ad un servizio pubblico ?

C'è poi il riferimento al « minimo vitale » che, pensiamo, è un elemento importante, cioè riferirsi per l'aiuto, non più alla categoria o all'individuo ma al « minimo vitale ». In che modo voi intendete questa espressione che, secondo me, si viene a collegare anche alla possibilità di eliminare sperequazioni che ella ha ricordato ?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Per quanto riguarda il problema degli anziani, direi che si tratta di un argomento che può dimostrare quanto necessario sia il collegamento tra l'unità sanitaria locale e l'unità dei servizi assistenziali, come la vediamo noi.

Qui, nel nostro studio, fatto in occasione di quella conferenza di cui ho parlato, abbiamo previsto l'esigenza di avere istituti per anziani sani (case di riposo), istituti per anziani cronici, istituti per anziani deboli mentali. Da noi nell'ospedale vi è una fortissima percentuale di lungodegenti ed anziani che sono parzialmente ammalati e che vanno lì perché non vi sono istituti adatti, aggravando la situazione per quanto riguarda gli ammalati lungo-degenti. Un dato: per esempio, all'ospedale di Trento su 950 letti, negli ultimi mesi del 1970 abbiamo visto che il 48 per cento dei ricoverati erano lungo-degenti o anziani parzialmente ammalati. Quindi, ci siamo posti il problema di un piano di case di riposo che porremmo vicino al piano ospedaliero regionale; avere ospedali per lungo-degenti e lasciare le case di riposo per gli anziani sani perché così si possono curare meglio gli uni e gli altri.

In tema di molteplicità degli enti e delle spese di gestione, direi che da noi, effettivamente, non abbiamo una spesa eccessiva. Posso inviare i dati, che non ho qui.

FLAMIGNI. Vorrei sapere che tipo di controllo la Regione riesce ad esercitare sull'ordinamento e, in genere, sulla attività degli istituti di assistenza per l'infanzia. Inoltre, quale è la percentuale di spesa per l'assistenza della Regione rispetto al bilancio generale della Regione stessa ?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Per quanto riguarda il tipo di controllo che la Regione ha sugli ordinamenti e sulla attività degli istituti per l'assistenza all'infanzia, dico subito che il nostro Statuto stabilisce che il controllo è delle giunte pro-

vinciali. E qui avviene qualche volta una qualche disfunzione per il fatto che la Regione fa determinate leggi perché ne ha la competenza, stabilisce l'ordinamento e poi le giunte provinciali esercitano il controllo e la vigilanza... Prima lo esercitava il Comitato provinciale di assistenza pubblica presso le prefetture. Sull'ONMI le giunte provinciali di Trento e di Bolzano hanno la possibilità di controllo, tanto più che l'assessore provinciale all'assistenza è di fatto presidente dell'ONMI pur essendone presidente, come titolo, il presidente della provincia.

Per quanto riguarda gli istituti per l'infanzia, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza devono essere sotto il controllo delle giunte. Non si sono rilevate grosse disfunzioni nei riguardi dell'ONMI e di altre istituzioni assistenziali. Abbiamo, piuttosto, visto questo: che un determinato tipo di istituto a un certo punto bisogna modificarlo perché sono i tempi stessi che cambiano. Ad esempio avevamo troppi istituti per bambine, ce ne siamo accorti e ad un certo punto li abbiamo modificati in istituto per bambini o misti.

PRESIDENTE. Le percentuali dei contributi...

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. Adesso qui non ho le percentuali. La Regione, per quanto riguarda l'infanzia, attraverso gli ECA stanziava ogni anno 200 milioni di lire di contributi, poi stanziava anche contributi per quanto riguarda gli emigranti e altre istituzioni: siamo sull'ordine di 500 milioni in riferimento al bilancio regionale annuo che è sui trenta miliardi. E da tenere presente che il bilancio della Regione ha delle poste relative a leggi o a capitoli che sono gestione diretta della Regione e poste o capitoli che sono riferiti a leggi delegate alle province.

SALVI. Meno del due per cento...

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. Se vogliamo mettere quanto facciamo per i ciechi civili, l'assistenza sanitaria, siamo sull'ordine del sette od otto per cento fra tutte le spese assistenziali, previdenziali e sanitarie.

DIETL. Vorrei soltanto fare una considerazione, e poi una domanda. La considera-

zione è una constatazione del fatto che, come è stato detto – e vorrei sottolinearlo – le Regioni a statuto speciale hanno, nel vasto settore dell'assistenza pubblica e privata, competenze relativamente molto limitate. Quindi, il discorso deve essere fatto in sede nazionale, e speriamo che quando risolveremo il problema in sede nazionale, le Regioni a statuto speciale riusciranno a cambiare le cose. Si è fatto quello che si poteva, ma le difficoltà sono enormi perché – come ha detto l'assessore – le possibilità sono molto limitate.

Ed ora una domanda, che potrebbe interessare i colleghi. Siccome noi abbiamo approvato in prima lettura il disegno di legge costituzionale che prevede la revisione dello statuto, chiedo se a giudizio dell'assessore ne viene modificata la situazione attuale, o se invece si ricalcano i vecchi schemi.

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. L'assistenza, naturalmente, cambierà, perché i contributi assistenziali dovranno essere versati alle province, e alla Regione rimarrà la regolamentazione di determinati tipi di amministrazione; ma normalmente le attività assistenziali saranno svolte dalle province nell'ambito dei rispettivi piani economici. Quindi si cambierà – direi – internamente. Non so se l'onorevole Dietl intendeva questo o altro.

DIETL. La mia domanda è se noi, con questa revisione dello Statuto, otteniamo più competenze, o se le competenze rimarranno allo stato attuale.

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. Secondo me ci restano gli enti locali, come prima, in termini secondari.

DIETL. Sono d'accordo con la risposta.

PRESIDENTE. Vi sono concrete forme di collaborazione fra comitati nell'ambito della attività assistenziale della Regione? È stato fatto qualche studio in proposito? C'è qualche esempio, qualche esperimento in tal senso?

FRONZA, Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige. L'onorevole Presidente mi ha domandato se ci sono esempi di partecipazione dei comitati con questi servizi locali. Dirò che

non ne abbiamo perché non ne abbiamo costituiti. Però abbiamo fatto degli studi per quanto riguarda l'unità sanitaria locale.

Noi pensiamo – salvo il modo di vedere come si potrà attuare – di poter istituire, a fianco dei comitati di gestione delle unità sanitarie locali – che sono comitati eletti dai consigli comunali –, dei comitati o eletti direttamente dai cittadini, oppure rappresentanze delle organizzazioni sindacali e sociali.

In che modo ed in che forma questo avverrà, stiamo approfondendo. Per quanto riguarda lo studio dei consorzi comprensoriali in provincia di Trento, il nostro piano urbanistico prevede la costituzione di consorzi comprensoriali con determinate strutture; prevede uffici ed un'assemblea di delegati (2, 3, 4, 5 delegati) nominata dai consigli comunali; ma prevede che vi siano delle forme di partecipazione negli studi, nel senso che prima di stabilire un programma vi sia una conferenza di servizi. Cioè questo comitato direttivo esprime un piano di idee e formula il programma.

Ora, per questo comitato io inaltererei sia la formula di partecipazione del primo tipo (nomina dai consigli comunali) che quella dei rappresentanti sindacali e sociali, perché anche se questa formula di partecipazione è stata criticata da sinistra e da destra, però non è stata fatta alcuna proposta alternativa se non quella di una elezione diretta dalla base per quanto riguarda l'assemblea. Nelle assemblee tenute a Milano e Bologna ho constatato per quanto riguarda l'unità sanitaria locale, amministratori regionali di sinistra, di centro, di destra e di tutte le parti, si sono orientati verso la gestione dei consorzi in fase locale con l'elezione degli organi affiancati eventualmente da questi comitati che non sono stati ben definiti. È un esperimento; la preoccupazione è che ci siano troppe elezioni che potrebbero determinare confusione.

ABBIATI, *Relatore*. Lei ha detto che la Regione ha costruito anche istituti per l'infanzia e per gli anziani, e io domando anzitutto se li gestisce direttamente la Regione – come credo – e quali sono i risultati in relazione ai costi di gestione. Preciso: noi sappiamo benissimo che gli istituti gestiti da privati hanno costi di gestione molto bassi; e molto spesso a ciò corrisponde un livello di prestazioni molto basso. Vorrei sapere: gli istituti gestiti dalla Regione o comunque quelli da essa costruiti, quali costi hanno, non dico in cifra assoluta, ma quali maggiori costi hanno –

come penso – nei confronti di quelli privati, ed a questi eventuali maggiori costi quale maggiore livello di prestazioni corrisponde?

E, in relazione a questa, la seconda domanda è: se nella prefigurazione di un sistema assistenziale della Regione, basato sulla unità assistenziale locale quali previsioni si possono e si intendono fare circa la opportunità di incentrare l'assistenza per le varie categorie di ricoverati – dall'infanzia agli anziani – su istituti costituiti con il pubblico denaro, oppure se è previsto che si possa, migliorandone naturalmente le prestazioni, continuare a basarsi su istituti attualmente esistenti, gestiti da privati.

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. In relazione alla domanda se la Regione ha costituito e costruito istituti per anziani e ragazzi e quali risultati si sono ottenuti, si tratta di distinguere due cose: primo, la Regione ha contribuito per quanto riguarda la costruzione di case di riposo moderne ma non gestite dalla Regione bensì da un consorzio di comuni, in Val Rendena. In genere si tratta o di pochi comuni o di pochi consorzi di comuni, oppure di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Recentemente ne è stata costruita una modello a Rovereto; una casa di riposo che sarà finita tra non molto, in gestione ad una istituzione pubblica di assistenza e beneficenza. Noi ci avvaliamo della nostra competenza, ma, ripeto, non è gestita dalla Regione. Crediamo più opportuno avvalerci della responsabilità degli enti locali che sono già sul posto e conoscono uomini e cose. Quindi, non gestione diretta ma contributi e controllo e vigilanza della giunta provinciale.

Circa la domanda se abbiamo contribuito ad istituti privati per costruzioni, ecc. rispondo che lo abbiamo fatto in un solo caso. La provincia di Trento ha costruito una casa di riposo a Trento e l'ha data in gestione alla « Charitas » con una convenzione che mi pare quinquennale e che, direi, va bene. C'è un consiglio di amministrazione con una rappresentanza della provincia e con un certo controllo.

Quali sono stati i risultati? Quelle che sono state costruite dopo il 1950 sono state in genere, specie le ultime, costruzioni fatte secondo gli ultimi criteri, con ampiezza di spazio, servizi ed attrezzature moderni.

Le istituzioni private. Direi che non ne abbiamo.

ABBIATI, *Relatore*. Come sarebbe? Non è possibile. Quando dico private dico religiose.

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Vi è qualche istituto per orfani, in genere sono fondazioni. Uno o due sono indipendenti, altre costituite in istituzioni di assistenza pubblica e beneficenza. V'è un rappresentante della vecchia fondazione ma gli altri sono rappresentanti dei comuni, delle province e della Regione quindi, anche in quelle, prevalgono i rappresentanti pubblici. Abbiamo un'istituzione privata, l'Istituto Piccola Opera Divina « Misericordia di Levico », costituita da sacerdoti, portata avanti per dieci-quindici anni; a un certo punto si è trasformata, ora ha un consiglio di amministrazione dove, su dodici membri, dieci sono rappresentanti dei comuni e della provincia. Specialmente negli istituti per giovani orfani i risultati sono buoni perché, oltre alla scuola elementare o media, sono sempre completati da un'attrezzatura per scuola professionale in modo che i giovani vengono fuori a diciotto anni già con un mestiere in mano. Salvo, naturalmente, che vi siano dei ragazzi che abbiano una buona intelligenza e che possono frequentare le scuole superiori; allora questi vengono aiutati anche dalla stessa istituzione o dalla provincia per poter conseguire un diploma. Infatti, sono già venuti fuori da questi istituti anche laureati, gente in gamba che è frutto di questi istituti. Quindi, ciò vuol dire lavorare bene. Il nostro orientamento è tuttavia per una trasformazione di queste istituzioni perché possiamo riconoscere il merito dei privati nella fondazione, nell'aver stimolato, nell'aver portato avanti bene, ma devono essere gli enti pubblici che devono poi subentrare.

ABBIATI, *Relatore*. Una domanda, brevissima. La Regione, dopo aver costruito questi istituti ed averli dati in gestione ai consorzi, contribuisce anche con aiuti per quello che concerne la gestione o gli istituti sono autosufficienti?

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Non sempre. Dico una cosa: se abbiamo contribuito, per esempio, per orfani, per minori, vi possono essere collocamenti di minori fatti dalla provincia, illegittimi, esposti e quindi vi è una contribuzione di enti pubblici con rette o con sussidi; però avviene che talvolta in questi istituti, ad esempio,

per correggendi, si può avere una presenza di 90-100 invece di 30-40, quindi abbiamo bisogno di contributi straordinari per la gestione. Noi preferiamo utilizzare però le contribuzioni per l'ammodernamento delle attrezzature e per ampliamenti perché preferiamo che siano sul piano moderno, anziché aiutare sulla gestione che desideriamo, orientata verso l'autosufficienza.

SALVI. Desidero fare una domanda che credo sia di interesse generale ma che a me interessa in modo particolare anche come membro della commissione interparlamentare per le regioni. Siccome dovremo dare il parere sulle norme delegate per il trasferimento delle funzioni, vorrei chiedere qualcosa in ordine al tema delle competenze regionali in campo assistenziale. Sia lei che il collega Dietl avete sottolineato la scarsa ampiezza, diciamo, delle competenze attribuite alla Regione Trentino-Alto Adige in ordine al settore dell'assistenza. Ora, l'interpretazione mi pare corretta; se le Regioni a statuto ordinario lamentano questo fatto, mi sembra che, insomma, ora anche le regioni a statuto speciale vengano a lamentare la scarsità di queste competenze. Il collega Dietl ha addirittura auspicato che attraverso provvedimenti di carattere nazionale venga ampliata questa materia.

Lei ha anche accennato agli enti locali. Vorrei da lei sapere per la esperienza acquisita per avere, diciamo, una gestione funzionale del settore dell'assistenza quali sono le competenze che dovrebbero passare alle Regioni? Prima lei ha parlato delle leggi-quadro. Direi che quelle che riguardano più principi di carattere generale; mi pare che, invece, il problema sia ancora più di fondo che è il trasferimento delle funzioni.

Un'altra domanda. Per quanto riguarda l'unità dell'assistenza locale, lei ha parlato di comprensori. Ricordo che il presidente Kesser aveva presentato, qualche anno fa, un progetto di ristrutturazione dei comuni della provincia di Trento, constatando la frammentazione dei comuni esistenti. Desidero sapere se la costituzione di questi consorzi o comprensori è legata a quel progetto di ristrutturazione della provincia di Trento.

FLAMIGNI. La domanda che volevo porre era la stessa dell'onorevole Salvi. Ad essa voglio soltanto fare un'aggiunta: vorrei conoscere qual'è la sua opinione in merito alla esigenza di smantellare gli attuali enti nazio-

nali di assistenza; e se l'assessore non ritenga che si dovrebbe andare ad un ordinamento assistenziale basato fondamentalmente sull'assistenza orizzontale, facendo scomparire la cosiddetta assistenza verticale nazionale.

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. Per quanto riguarda l'osservazione dell'onorevole Salvi sull'ordinamento del settore assistenziale, dico che le cose dovrebbero essere riequilibrare dalla legge-quadro sull'assistenza, alla quale ho accennato nella mia relazione introduttiva. La legge-quadro che dovrebbe praticamente stabilire chiaramente quali sono le competenze delle Regioni.

SALVI. Questa non è materia di legge-quadro: questa è la norma delegata del trasferimento delle funzioni.

FRONZA, *Assessore per la previdenza sociale e la sanità della Regione Trentino-Alto Adige*. La legge-quadro dovrebbe stabilire le competenze che talvolta sono generiche. Perché? Perché nel nostro Statuto abbiamo delle competenze maggiori in materia sanitaria ospedaliera, e le norme di attuazione, che lo Stato ha fatto, sono molto restrittive, tanto che non basta che ci sia la competenza, ma bisogna che sia chiaramente detto cosa vogliono dire queste cose, e che le norme di attuazione siano molto chiare e precise.

Secondo me, la legge-quadro dovrebbe indicare delle direttrici di marcia, lasciando ai poteri locali di organizzarsi e gestirsi; e le funzioni del potere centrale dovrebbero essere di indirizzo, di programmazione, mentre la gestione, l'operatività e il finanziamento dovrebbero essere in mano agli organismi locali.

Vorrei collegarmi alla domanda fatta dall'onorevole Flamigni circa lo smantellamento degli enti assistenziali nazionali. Secondo me, se si vuol fare una cosa chiara, coordinata e snella, è opportuno che il tema della assistenza sia lasciato alla Regione, e ordinato nell'ambito regionale, specialmente per quanto riguarda la materia assistenziale.

Per quanto riguarda l'ONMI o altri conosciuti enti di questo genere, a mio giudizio la norma dovrebbe essere sostituita da una legge-quadro nazionale e una legge regionale di strumentazione che, tenendo conto dei principi fondamentali dello Stato, potrebbe avere anche una diversa strumentazione regionale che tenga conto delle condizioni particolari esistenti.

La legge-quadro dovrebbe anche stabilire chiaramente le funzioni che sono delegate alle Regioni. Dico questo, avendo una certa esperienza per quanto riguarda lo studio della legge per la riforma sanitaria. Ho partecipato al gruppo di studio che ha formulato quel documento delle Regioni, alle discussioni che sono state fatte in sede interregionale della programmazione e anche a quelle fatte col Ministro. E dico che, se non siamo chiari in questa legge quadro e nel definire le competenze regionali e anche i trasferimenti delle funzioni, potranno verificarsi delle disfunzioni.

Però, secondo me, non sarebbe giusto sopprimere un ente nazionale che fa dell'assistenza, senza intervenire con la legge-quadro, perché altrimenti si va a chiudere una strada che fa dell'assistenza e non la si sostituisce. È meglio che le Regioni o le province cerchino di collegarsi a questi enti; e quando ci sarà una legge-quadro, se si sopprime qualcosa al centro sia sostituito con qualcosa di concreto alla periferia. Solo nel caso di enti che non fanno niente si può procedere alla soppressione, perché nessuno se ne accorgerà, salvo il direttore.

Per quanto riguarda la ristrutturazione dei comuni non so se l'onorevole Salvi si riferisca ai consorzi comprensoriali o all'ordinamento dei comuni. Proprio oggi abbiamo chiesto il visto al Governo per una legge regionale sull'ordinamento dei comuni, che tende ad eliminare, sia pure attraverso un democratico *referendum*, ma anche su proposta della provincia, i comuni che sono al di sotto dei mille abitanti. Noi ne abbiamo, in provincia di Trento, 45 che sono al di sotto dei 500 abitanti, di cui 38 permanentemente in *deficit*; mentre in provincia di Bolzano sono solamente otto o dieci. Noi pensiamo che in provincia di Trento potremmo avere una migliore organizzazione soprattutto se riusciamo a sostituire una mentalità che vada al di là del campanile, cioè comprensoriale, che pensi al territorio, all'industria, all'artigianato, alle strade, allo sviluppo turistico, tutti problemi che non è possibile risolvere con piccoli comuni. Abbiamo perfino un comune con 83 abitanti: Massimeno! Tuttavia questa legge pensiamo di applicarla con una certa cautela e gradualità, e metodo democratico.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Fronza per le risposte e per il contributo che ha portato alla nostra indagine e per la documentazione che alleghiamo ai nostri atti.

Ascolteremo ora l'Assessore alla programmazione, al lavoro ed all'artigianato della Regione Friuli-Venezia Giulia, commendator Nereo Stopper, che ringraziamo per aver accolto il nostro invito. Siamo certi che egli recherà alla nostra indagine un contributo interessante poiché proviene da una Regione che ha già avuto occasione di fare la propria esperienza. Prego quindi l'Assessore di svolgere la relazione introduttiva, dopo di che i commissari porranno domande alle quali egli potrà rispondere con la più ampia libertà.

STOPPER, Assessore alla programmazione, al lavoro e all'artigianato della Regione Friuli-Venezia Giulia. Ho accolto volentieri l'invito di collaborare all'indagine conoscitiva sullo stato e sulle prospettive dell'assistenza pubblica e privata in Italia, che la Commissione ha deliberato di avviare al fine di meglio conoscere ed affrontare uno dei principali problemi della vita sociale.

Tuttavia, pur doverosamente accogliendo l'invito, non posso sottacere le difficoltà - potrei forse dire l'impossibilità - di corrispondere appieno ad esso, e ciò per un triplice ordine di motivi:

da un lato, infatti, un pubblico amministratore - cui normalmente vengono affidate più materie, non di rado tra loro eterogenee - si trova sovente costretto a soffermarsi più sull'indirizzo politico che sull'aspetto tecnico dei problemi;

dall'altro lato, lo statuto della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia ha relegato la materia della previdenza ed assistenza sociale tra le potestà legislative di semplice integrazione ed attuazione delle leggi dello Stato: ciò significa non solo restringere al massimo il campo d'azione, ma anche non potervi esercitare alcuna funzione amministrativa. Ne discende che l'attività regionale nel settore s'è necessariamente risolta in interventi frammentari, non riconducibili cioè ad un quadro coerente ed organico, ma diretti a fronteggiare alcune situazioni più urgenti e pressanti;

in terzo luogo, deve anche rilevarsi che in campo assistenziale non è mai esistita una dimensione operativa a livello regionale, cosicché non è sempre facile riferire a questo nuovo ambito giuridico e territoriale le informazioni disponibili e le indicazioni per il futuro.

Il mio intervento si articolerà in tre parti:

Nella prima parte formulerò osservazioni sulla base del questionario proposto,

nel tentativo non tanto di aggiungere nuovi elementi di conoscenza ai molti già noti, quanto di rafforzare - anche alla luce della esperienza maturata nel Friuli-Venezia Giulia - tesi e soluzioni già acquisite.

Nella seconda parte tratterò delle competenze ed iniziative della Regione Friuli-Venezia Giulia nel campo dell'assistenza, dando notizia dei provvedimenti che la Regione ha adottato od è sul punto di adottare nei settori dell'assistenza sociale, sanitaria e scolastica.

Nella terza parte accennerò alla *Ricerca* sull'assistenza sociale della Regione Friuli-Venezia Giulia.

Con essa l'Amministrazione regionale ha inteso entrare in possesso dei dati e delle informazioni necessari per una corretta programmazione degli interventi nel settore.

Infine, nei documenti che allegherò all'intervento darò conto dei primi risultati della *Ricerca* sull'assistenza sociale nella Regione Friuli-Venezia Giulia (*).

PARTE PRIMA.

A) Diagnosi degli aspetti normativi, strutturali e funzionali dell'assistenza con particolare riguardo alla molteplicità degli enti pubblici e privati che presiedono alla erogazione dell'assistenza, alla sovrapposizione delle competenze, alla distribuzione territoriale degli enti, ai criteri di ripartizione dei fondi da parte dell'autorità pubblica, alla discrezionalità della erogazione dell'assistenza.

L'assistenza in Italia è caratterizzata dalla estrema varietà degli elementi costitutivi. La complessità e farraginosità della legislazione in materia, la molteplicità degli enti assistenziali e la loro distribuzione territoriale, non sempre determinatasi sulla base di preordinati criteri di necessità e preferenza, causano inevitabilmente l'incrociarsi ed il sovrapporsi delle competenze, quando non, addirittura, il rifiuto dell'assistenza, a scapito della funzionalità e dell'efficacia della erogazione della stessa.

La normativa sull'assistenza sembra spesso orientata a far apparire l'attività assistenziale più come beneficenza che come funzione pubblica: l'intervento pubblico, infatti, si li-

(*) Vedi allegati pagina 216 e segg.

mita ancora ad integrare la beneficenza privata e a soccorrere quei cittadini non tutelati dalle assicurazioni sociali.

L'attribuzione a soggetti diversi di attività assistenziali diverse è causa ed effetto delle categorizzazioni e quindi della disuguaglianza delle prestazioni che, non derivando da un preciso diritto soggettivo ed essendo caratterizzate dalla più ampia discrezionalità, si trasformano in benevoli concessioni elargite per lo più sotto forma di elemosina e non sono finalizzate al reinserimento del cittadino nella vita sociale attraverso la rimozione delle cause del bisogno.

Le strutture assistenziali di qualsiasi tipo e livello nascono e si moltiplicano per germinazione spontanea e spesso sembrano vivere per mantenere in vita se stesse.

In campo assistenziale, una gran moltitudine di enti pubblici e di enti privati operano in assenza di una direzione politica unitaria, con criteri difformi e con spreco evidente di mezzi.

Più enti operano sullo stesso territorio e nello stesso settore d'intervento, lasciandone scoperti degli altri (ad esempio: palleggiamento di competenze tra Comune, Provincia, Regione e Stato in ordine ai minorati psichici e fisici; mancata organizzazione nell'assistenza ai minori malati di mente, tuttora disciplinata dalla legge sui manicomi del 1904; mancata estensione dell'assistenza mutualistica agli infermi di mente; interruzione di assistenza con ricovero ai minori per limiti di età; discriminazione tra legittimi ed illegittimi; inefficace applicazione della legge sulla adozione speciale; frammentarietà dell'assistenza sanitaria e inadeguatezza dell'assistenza di base ed economica).

Ovunque i servizi sono incompleti e non coprono tutto l'arco del bisogno, che deve essere trattato in modo unitario attraverso interventi preventivi e contemporaneamente curativi e riabilitativi; non di rado una pluralità di enti si interessa delle stesse persone trascurando completamente altre.

Ulteriori aspetti negativi si rinvencono ancora nel fatto che le prestazioni sono incapaci di far fronte ai bisogni connessi alle situazioni particolari delle aree metropolitane, delle zone di esodo e di spopolamento, delle aree di sviluppo economico.

Il fenomeno, denunciato sul piano nazionale ed acquisito come elemento costitutivo di base dal primo Piano quinquennale, della frammentarietà e della occasionalità della le-

gislazione assistenziale sembra quindi l'elemento fondamentale da rilevare in sede diagnostica: esso ha generato le note conseguenze negative sul piano della struttura organizzativa del settore, portando ad un'innegabile degradazione qualitativa e ad un'insufficienza quantitativa delle diverse prestazioni assistenziali.

La ragione fondamentale risiede nel criterio posto a base delle medesime: questo criterio è la povertà, ed è servito a mettere in piedi una rigorosa discriminazione che si è espressa, oltre che nella organizzazione di istituzioni aventi carattere di esclusione (manicomi, brefotrofi, istituzioni totali in genere), con il famoso « elenco dei poveri » che ha tutta l'aria di una lista di proscrizione e che consegna i cittadini iscritti nelle mani delle singole istituzioni senza la possibilità per essi di rivendicare alcun diritto.

Il numero eccessivo e la non coordinata dislocazione degli enti; la scarsità e la sperequata distribuzione dei mezzi finanziari; la inefficienza organizzativa hanno prodotto come risultato finale lo spreco di una ingente quantità di risorse, senza conseguire alcun obiettivo di miglioramento sostanziale delle diverse situazioni di indigenza.

Del tutto impossibile in questo contesto appare realizzare nella gestione dei servizi una qualunque partecipazione democratica dei cittadini, da intendersi anche come miglior garanzia per una effettiva imparzialità e congruità delle prestazioni.

I diversi interventi infine risultano scarsamente adatti a soddisfare i bisogni, sia perché l'intervento assistenziale è basato soprattutto su servizi che non offrono alternative di scelta, sia perché l'evoluzione socio-economica del paese ha creato bisogni nuovi che vanno affrontati in modo nuovo.

Anche nella Regione Friuli-Venezia Giulia, sia pure su scala minore, si ripropongono i medesimi difetti del sistema assistenziale nazionale: sono ancora numerose infatti, sia a livello di territorio che di categoria, le persone che vivono in situazioni di disagio non risolte dall'intervento insufficiente quando non inesistente, della pubblica assistenza o della privata provvidenza.

Al contrario, e ciò avviene soprattutto in certe realtà urbane, si riscontrano condizioni di un minimo di consistenza, anche se non di privilegio, dovute alla sovrapposizione di Enti che provvedono, senza controlli, alla gestione dell'assistenza in tutte le sue forme.

B) Incidenza delle spese di gestione rispetto al complesso degli stanziamenti destinati allo scopo.

Dopo quanto s'è visto, non può meravigliare la constatazione dell'elevata incidenza delle spese di gestione sul totale degli stanziamenti previsti per l'assistenza.

Ciascuno dei numerosissimi enti che operano nel settore ha infatti una propria struttura ed una propria organizzazione burocratica, che finiscono con l'assorbire la maggior parte dei fondi, lasciando gli scarsi residui agli scopi d'istituto.

Questo, d'altronde, è un fenomeno riscontrabile nella quasi totalità degli enti pubblici, a partire dallo Stato medesimo: le spese di mantenimento (soprattutto quelle connesse al personale) ed i bisogni da soddisfare aumentano assai più che proporzionalmente rispetto ai mezzi finanziari disponibili.

I rimedi, sul piano teorico, sarebbero persino ovvi: semplificare e fondere gli apparati organizzativi; intervenire non sui bisogni della persona, ma sulla persona nei suoi bisogni; assicurare prestazioni soddisfacenti, ma non tali da favorire la professionalità « nella « domanda d'assistenza »; adeguare i mezzi alle esigenze crescenti e, a monte di tutto, prevenire l'insorgere del bisogno sul piano del progresso economico e culturale.

C) I criteri di ammissione, di diagnosi, di trattamento e di dimissione del soggetto con riguardo al trasferimento di competenza ad altro ente per raggiunti limiti di età o per modificazione giuridica nello status del soggetto o dei suoi genitori.

Intervenire — s'è detto — non sui bisogni della persona, ma sulla persona nei suoi bisogni.

Troppo spesso, infatti, l'individuo diventa una « pratica » collegata ad una precisa connotazione fisica o giuridica: minore, orfano, profugo, anziano, mutilato, invalido, disadattato; e, come appunto una « pratica » cambia intestazione o viene archiviata, anche l'individuo viene « trasmesso » da un ente all'altro a seconda del prevalere dell'una o dell'altra connotazione, con il rischio di essere « archiviato » egli stesso nei casi di conflitti negativi di competenza.

Basti pensare, ad esempio che un minore nato fuori dal matrimonio — non riconosciuto o riconosciuto dalla sola madre — fino al rag-

giungimento della maggiore età potrebbe essere assistito, secondo le circostanze, da circa dieci enti diversi, che finiscono col sovrapporsi o con l'escludersi.

Si pensi ancora al fatto che le erogazioni variano non tanto in base all'entità del bisogno, quanto secondo la categoria di appartenenza del soggetto destinatario di esse (gli orfani dei carabinieri sono assistiti in modo diverso dagli orfani dei marinai); né si possono ignorare altre categorie di cittadini, come gli insufficienti mentali (che pure in Italia sono più di un milione), che rimangono escluse da ogni intervento assistenziale o perché non rientrano nella competenza di alcun ente o perché non hanno voce sufficientemente forte per smuovere la discrezionalità dei vertici decisionali. Qualche iniziativa isolata, anche se benemerita, non modifica questa situazione.

Gli esempi si potrebbero moltiplicare: interruzione del trattamento del minorato psichico all'atto della dimissione dall'Istituto medico pedagogico per mancanza di risorse che completino l'arco assistenziale; scarico da un istituto all'altro di soggetti difficili che gravano eccessivamente sui bilanci degli enti; diversità di metodi terapeutici ed assistenziali fra un istituto e l'altro; affollamento di ospedali a causa della mancanza di reparti per lungodegenti e dell'inadeguatezza delle strutture assistenziali per gli anziani.

Tutto ciò consente di comprendere agevolmente come molto spesso i criteri di ammissione, di diagnosi, di trattamento e di dimissione del soggetto non siano strettamente collegati alle finalità istituzionali dell'ente: certi conflitti di attribuzioni, certe dimissioni affrettate, certe lungaggini « burocratiche », certi vuoti nell'erogazione dell'assistenza sono invece non di rado determinati dalle concrete difficoltà di intervento in cui versa l'ente medesimo, che in mille modi può giustificare il rifiuto delle proprie prestazioni.

D) Congruità delle diverse forme di assistenza, in atto, alla evoluzione dei bisogni familiari e sociali.

Tutti questi aspetti negativi sono in gran parte conseguenza delle categorizzazioni assistenziali per loro stessa natura artificiose e quindi non rispondenti al principio costituzionale secondo il quale tutti i cittadini hanno diritto ad eguali prestazioni di fronte ad eguali bisogni.

Ora, se gli stessi bisogni individuali non trovano ancora soddisfacente collocazione nell'attuale sistema, si può senza tema di smentita affermare che tra la nuova realtà dei bisogni familiari e sociali e le varie forme di intervento assistenziale, nella maggior parte dei casi, esiste una drammatica frattura.

L'assistenza in Italia, non soltanto non ha saputo adeguarsi qualitativamente alle sempre diverse necessità di una società evoluta e moderna, ma, anche quantitativamente, ha dimostrato sensibili carenze: essa deve essere intesa come attività sociale, che non si limiti ad un intervento caritatevole, ma si fondi invece sulla dignità della persona umana, sul suo modo di sentire, sulla sua famiglia, sulle sue esigenze materiali e morali, in modo che appaia chiaro che l'aiuto non viene dato come elargizione, ma come sostegno della comunità a chi è colpito dalla sfortuna.

Non bisogna « fare elemosina » solo allo scopo di togliere alla vista della società lo spettacolo della miseria materiale e morale di determinate persone, ma bisogna invece procurare di reinserirle in essa, aiutandole a sollevarsi nonostante le loro menomazioni materiali e morali.

Per quanto riguarda l'accertamento reale delle condizioni di bisogno, esso non deve circoscriversi al singolo ma essere esteso allo intero nucleo familiare in cui egli è inserito: poiché il singolo trova nella famiglia il primo nucleo di solidarietà ed è intervenendo sulla famiglia che si attua il postulato fondamentale dell'assistenza, che è di assistere finché l'interessato non si assista da sé. Inoltre, e non è una trascurabile semplificazione, il controllo effettuato sui nuclei familiari si rivela più semplice e diretto.

Anche per queste considerazioni, non si può assolutamente condividere l'affermazione che « i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari », come è scritto nella nota introduttiva al bilancio 1969 del Ministero degli interni. Siffatta valutazione appare completamente contraria allo spirito della Costituzione, che vuole le attività assistenziali e i servizi sociali ispirati soprattutto a finalità di prevenzione e volti a favorire l'integrazione sociale, lo sviluppo dell'individuo, della famiglia e della comunità.

A tale fine, i servizi sociali debbono essere organizzati in modo da togliere l'individuo dal ciclo assistenziale attraverso interventi tempestivi diretti alla eliminazione o alla riduzione del bisogno, nel pieno rispetto della dignità umana.

E) Giudizio sulla « preferenza » o meno della gestione dell'assistenza esercitata direttamente dagli enti pubblici ovvero da parte di terzi con finanziamento pubblico, dopo aver definito di entrambe l'attuale aspetto qualitativo e quantitativo.

L'obiettivo di fondo dovrà essere, senza dubbio, quello della completa pubblicizzazione dell'assistenza. La eguaglianza giuridica dei cittadini esige infatti che l'assistenza venga erogata con l'osservanza delle garanzie, l'imparzialità e l'omogeneità di intervento che solo l'ente pubblico può garantire. Il finanziamento pubblico a « terzi » avrà ragion d'essere soltanto a fronte di particolari ed eccezionali situazioni, in cui la riconosciuta alta specializzazione o l'eventuale novità del campo di intervento giustificano la preferenza di un intervento limitato alla parte finanziaria e l'affidamento della concreta erogazione a terzi.

Merita tuttavia rilevare che, mentre le prestazioni assistenziali sono configurate come oggetto di un vero e proprio diritto di ciascun cittadino inabile al lavoro ed indigente — al quale corrisponde, pertanto, il dovere della pubblica amministrazione di farvi fronte con adeguati strumenti — « l'assistenza privata è (e non potrebbe che essere) libera » (articolo 38 della Costituzione, ultimo comma).

Ciò significa, evidentemente, che lo Stato ha voluto avocare a sé la funzione assistenziale, sottraendola alla discrezionalità cui essa soggiaceva quando se ne poneva a fondamento la sola carità, non anche la giustizia: e non è chi non veda come questa debba precedere quella.

Ciò che dev'essere sottolineato è che l'assistenza sociale tende a trasformarsi sempre più in iniziativa cosciente della collettività politica, che non vuole tuttavia annullare l'iniziativa privata, ma solo subordinarla in una diversa dimensione: la mano privata può cioè coesistere con quella pubblica, ma solo per aggiungere il discrezionale al necessario, per dare qualcosa di più rispetto a ciò che quest'ultima già abbia dato (e che, comunque, deve avere ormai risolto la situazione di bisogno ad un livello quantitativo e qualitativo soddisfacente).

F) L'azione degli enti assistenziali per l'inserimento degli assistiti nella vita sociale.

Se carente è l'erogazione dell'assistenza in sé considerata, ancor più carente appare l'azione diretta al recupero sociale degli assistiti. Non è raro il caso, infatti, in cui l'assistenza

si interrompa, vuoi per carenza di mezzi, vuoi per il venir meno dei requisiti richiesti dalle disposizioni legislative o statutarie, alle soglie del recupero e dell'inserimento sociale degli assistiti. A ciò aggiungasi l'esistenza di una certa qual « resistenza » del tessuto sociale a riaccogliere in sé chi per un motivo o per l'altro ne è rimasto alcun tempo ai margini. Il fenomeno è doloroso ma evidente e si concreta, spesso volte, persino nella resistenza opposta all'attività svolta dagli Organi assistenziali a tutela delle categorie protette, anche con l'ausilio di favorevoli disposizioni normative.

Su questa problematica manca una sensibilizzazione di base a livello amministrativo e comunitario, per cui una persona che abbia passato parecchio tempo in un istituto, con tutte le gravi conseguenze ormai note, si trova di colpo a dover affrontare la realtà esterna, l'ambiente di lavoro, nuovi rapporti umani e sociali, praticamente senza alcuna preparazione; l'ente fornisce una assistenza salutare, non incisiva e non realistica: questo vale per i minori, i disadattati, i minorati fisici e sensoriali, i malati di mente, gli invalidi, i dimessi dal carcere, ecc. Si sarebbe indotti a concludere che l'assistenza oggi è diventata quasi esclusivamente un fondamentale momento di emarginazione e di esclusione per tutti coloro che non sono utilizzabili ai fini del profitto.

« Il nostro sistema sociale – ben lontano dall'essere un regime economico di pieno impiego – non può essere interessato alla riabilitazione del malato mentale che non potrebbe essere recepito da una società dove non è risolto appieno il problema del lavoro dei suoi membri sani ».

Questa considerazione – fatta da uno studioso a proposito del grave ritardo dell'organizzazione terapeutica negli ospedali psichiatrici – può essere senz'altro generalizzata ed estesa agli altri campi dell'assistenza.

Infatti, una società fondata su esigenze di razionale efficienza – dove necessariamente impera la legge, non di rado spietata, della libera concorrenza economica e culturale – tende a lasciare al margine le persone inabili al lavoro o scarsamente produttive.

Esse pertanto – alla stregua di un terreno sterile o di un'azienda tecnologicamente superata – vengono accantonate, mentre la loro inevitabile tensione viene sopita con i più disparati provvedimenti assistenziali, secondo una logica di conservazione aggravata dal fatto che gli « emarginati » – al contrario degli operai e dei lavoratori in genere – non possono

nemmeno partecipare direttamente alla lotta per la loro emancipazione.

Tutto ciò non è tanto il frutto di precise volontà dei singoli, quanto una disfunzione insita nel sistema: negli enti assistenziali, congegnati come ora, che per sopravvivere tendono – talora inconsapevolmente – a perpetuare le situazioni che ne giustificano l'esistenza; negli stessi assistiti, assuefatti a chiedere poco e ad ottenere ancor meno, resi « oggetto » di un rapporto di dipendenza in cui si baratta la libertà per un minimo di protezione o di sicurezza; nella società medesima, protesa alla ricerca di un sempre maggior benessere e spesso dimentica di chi è tagliato fuori da questa corsa.

Il problema fondamentale non è, pertanto, solo quello di migliorare le attuali strutture assistenziali in termini di riorganizzazione e di efficienza, ma – assai più – di modificarne le finalità stesse, indirizzandole chiaramente alla riabilitazione dell'emarginato.

G) *Valutazione del grado di idoneità e di efficacia degli attuali controlli dell'autorità di vigilanza.*

Il problema della idoneità ed efficacia dei controlli sull'attività degli enti assistenziali è fra i più complessi. In breve, senza voler negare l'efficacia che in qualche misura tali controlli attualmente esplicano, si deve auspicare che, nel futuro ordinamento dell'assistenza in Italia, essi vengano ridotti nella parte formale e resi più penetranti e continui nella parte in cui costituiscono sorveglianza sull'attuazione sostanziale dei fini perseguiti.

Si potrà così ovviare al principale inconveniente del sistema attuale, che consiste nell'eccessivo numero di leggi e nella loro mancanza di coordinamento: ciò rende difficile il controllo, da un lato, e giustifica il timore di sanzioni e la conseguente inerzia, dall'altro.

È necessario anche concepire la legge non soltanto sotto il profilo del limite posto ad ogni azione sociale, perché la dinamica di un'Amministrazione democratica, aperta alle miserie ed alle aspirazioni della parte più povera della cittadinanza, non si ritrova solo nella contabilità, ma soprattutto nella passione e nella decisione degli amministratori di realizzare una società di uomini liberi dal bisogno.

Anche per queste considerazioni, la Regione appare l'ente più idoneo a svolgere l'azione di vigilanza sugli enti assistenziali.

Ciò avviene già nel Friuli-Venezia Giulia dove – in base al decreto del Presidente della

Repubblica 26 giugno 1965, n. 959 – le « funzioni amministrative attribuite ad organi centrali e periferici dello Stato da disposizioni legislative o regolamentari in materia di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sono esercitate da organi regionali ».

Questi ultimi sono stati istituiti con legge regionale 2 marzo 1966, n. 3, e sono i Comitati centrale e provinciali di controllo, composti in larghissima parte da cittadini eletti, rispettivamente, dal Consiglio regionale e dai Consigli provinciali.

La legge suddetta prevede procedure e termini particolarmente solleciti nell'esercizio dei controlli e – dato il carattere esclusivo di questi – mal si comprende la recente ricostituzione a mezzo circolare, sia pur con competenze ridottissime, dei Comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica.

La reviviscenza riguarda non l'organo nella sua struttura normale ma in tre sue articolazioni speciali (con tre diversi componenti « ad integrazione » per trattare le pratiche attinenti ai sussidi statali previsti per tre diverse categorie di bisognosi minorati: invalidi civili, ciechi, sordomuti). In proposito sarebbe necessario chiarire:

se sia possibile e logica la ricostituzione di un organo in una sua articolazione speciale, quando detto Organo non esiste né può più esistere nella sua struttura e sede normale;

se, nel silenzio di una legge statale ordinaria e con una semplice circolare, sia possibile – anche se per meri fini statali finanziati esclusivamente dall'erario – ripristinare un Organo che le norme di attuazione dello Statuto (le quali affondano le loro radici nella Costituzione) avevano esplicitamente abolito in tutte le sue funzioni (amministrazione attiva – attività consultiva – attività di controllo).

Il fatto denota la persistente tendenza alla frammentarietà, alla dispersione, alla polverizzazione delle competenze.

H) *Ruolo dello Stato e delle Regioni nel settore assistenziale e organizzazione dei servizi a livello locale.*

Le linee generali e le strutture fondamentali del sistema assistenziale devono essere determinate dallo Stato con leggi da valere su tutto il territorio: in armonia con tali principi, spetterà alle regioni, nei limiti della propria autonomia, provvedere alla concreta organizzazione dei servizi a livello locale.

Queste indicazioni sono già contenute nel Rapporto preliminare al Programma economico nazionale 1971-75, conosciuto comunemen-

te come Progetto '80, in cui viene additata la necessità che il prossimo piano definisca alcuni « progetti sociali » rivolti al conseguimento di specifici obiettivi, fra i quali:

il progresso dell'istruzione e della cultura;

la qualificazione e la promozione del lavoro;

la protezione sanitaria e la sicurezza sociale.

In particolare la « sicurezza sociale », come dizione onnicomprensiva del settore, vuole indicare la « estensione e la razionalizzazione del sistema di protezione sanitaria e di sicurezza per tutti i cittadini, e di assistenza per le categorie più disagiate ».

Nel documento si legge ancora che i fini fondamentali dell'azione pubblica in questo campo sono:

assicurare a tutti i cittadini la tutela della salute;

garantire a tutti i cittadini prestazioni economiche sostitutive o integrative del reddito;

realizzare un complesso di servizi e di provvidenze in particolari stati di bisogno.

A parte alcune possibili critiche, si deve riconoscere che l'impostazione data dal Progetto '80 al problema della sicurezza sociale appare sufficientemente chiara e ben definita. Né viene in esso sottaciuta la necessità di abrogare la legge del 1890 – che regola il funzionamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza – e di ristrutturare l'intero settore mediante un decentramento dei poteri e delle funzioni.

Ed è da questa necessità di decentramento – che non significa solo spostamento alla periferia della sede decisionale, ma effettiva partecipazione dei cittadini alla decisione stessa – che prende corpo il discorso delle competenze regionali, poiché è a livello regionale e locale – appunto – che dovranno essere decentrati i servizi sociali.

Questa nuova dimensione dell'assistenza – già delineata nella Costituzione e successivamente meglio definita dalla giurisprudenza – assegna alle Regioni, accanto alla beneficenza pubblica, all'assistenza sanitaria ed ospedaliera, all'assistenza scolastica, anche la cura dei bisogni più elementari della persona, di quei bisogni – cioè – che vengono solitamente definiti con la qualifica di « primari ».

Naturalmente, è fuori dubbio che la elementarietà e l'immediatezza dei bisogni non ne possono tuttavia consentire una rigida tipizzazione, tanto impossibile quanto inopportuno.

tuna, poiché a tale categoria deve rimanere quel grado di elasticità che la renda accettabile ad un contesto storico e ad una coscienza sociale in continua evoluzione.

Secondo questo disegno, ad una massiccia riduzione degli istituti educativo-assistenziali, dovrà corrispondere una nuova organizzazione, il cui fulcro sarà — da un lato — il servizio di base svolto dalle unità sanitarie locali, e — dall'altro — l'istituzione di una rete di unità locali di servizi sociali. Queste dovrebbero essere in grado di organizzare e gestire l'intervento, che andrebbe realizzato mediante servizi generali di segretariato sociale e servizi speciali per particolari gruppi di cittadini (orfani, illegittimi, disadattati, invalidi, profughi), per l'infanzia e per gli anziani, per la famiglia.

Per quanto riguarda alcuni servizi di natura mista, sanitari e sociali (per esempio quelli relativi alla psichiatria, alla geriatria e all'età evolutiva) nel contempo sorge la necessità pratica ed organizzativa che il territorio dell'unità sanitaria coincida con quello dell'unità di servizi, anche nella prospettiva di un'opportuna unificazione di entrambe in un solo organismo amministrativo con competenze nell'uno e nell'altro campo.

I) Suggestimenti per una riforma che conduca in periodo lungo ad un sistema di sicurezza sociale e proposte specifiche per provvedimenti legislativi ed amministrativi nel periodo breve. In che senso vadano eventualmente formulate le previsioni e gli obiettivi di settore nell'ambito della programmazione.

Da quanto si è detto risulta evidente che qualunque intervento di riforma va dimensionato nei suoi contenuti agli obiettivi che devono essere raggiunti da un servizio sociale che si proponga la difesa e l'accrescimento della libertà dei cittadini, che renda personale ogni intervento e che eviti di mettere in atto soluzioni di discriminazione e di emarginazione.

Ciò comporta non solo l'abolizione del criterio di povertà per l'accesso ai servizi, ma anche — come aveva indicato il primo piano quinquennale di sviluppo economico — l'adozione del criterio di scelta tra più servizi per i bisogni più estesi e per i quali è attualmente previsto un solo tipo di assistenza; l'adozione del criterio dell'uguaglianza delle prestazioni per bisogni uguali, da realizzare attraverso la fissazione di *standards* minimi di

assistenza; l'accentuazione del carattere preventivo dell'assistenza sociale che si realizza soprattutto attraverso interventi economici che facilitino l'autodeterminazione e la collocazione sociale dei singoli individui.

I servizi dovranno essere prevalentemente aperti onde evitare ogni pericolo di istituzionalizzazione.

Un cenno a parte merita il concetto di « *standard* minimo di assistenza »: infatti, lo strumento più idoneo per una razionale misurazione del bisogno economico di base, tale da non offendere la dignità dell'utente e da evitare discrezionalità di intervento, garantendo prestazioni uguali a chi presenta uguali bisogni, è il minimo vitale. Esso è rappresentato da un'entità numerica che definisce il livello minimo di assistenza (nel quale oltre agli stretti bisogni di sopravvivenza in senso bio-fisico, deve essere dato un certo spazio ai bisogni derivanti dalla vita sociale di relazione). Da tale cifra occorre naturalmente detrarre il complesso di introiti e benefici che comunque vengono acquisiti dalla famiglia. È chiaro inoltre che tale minimo è una entità numerica variabile sia in funzione del costo della vita, sia per eventuali variazioni nella composizione dei nuclei familiari o anche per possibili mutamenti negli introiti. Si rende perciò necessaria una revisione annuale del minimo vitale e a tale scopo sarebbe sufficiente richiamare i meccanismi in atto che valutano le variazioni dell'indennità di contingenza dei lavoratori dipendenti. Sulla base del minimo vitale e calcolando il numero delle persone o dei nuclei aventi diritto all'integrazione, risulterà il volume complessivo delle esigenze da ricomprendersi nella nozione di « *standard* minimo di assistenza ».

Alla luce delle osservazioni sin qui formulate sui diversi argomenti indicati nella traccia di questionario, si possono avanzare alcune concrete proposte conclusive, che riguardino tre livelli operativi:

I. — Livello centrale. Agli organi dello Stato dovrebbero spettare i seguenti compiti:

1) stabilire gli indirizzi politici e tecnici che informeranno l'attività degli enti assistenziali;

2) analizzare criticamente l'attuale legislazione assistenziale per approntarne una diversa che consenta un razionale ed efficace intervento che elimini le cause del bisogno e intervenga in modo unitario e globale verso l'individuo, senza creare disparità di intervento tra le varie categorie di bisognosi;

3) semplificare la legislazione sulle diverse forme di collegamento e di coordinamento degli enti assistenziali: consorzi, federazioni, unioni, associazioni di fatto, ecc.;

4) promuovere concretamente l'autosufficienza economica degli enti che gestiscono servizi di assistenza, favorendo una sana politica degli investimenti dei beni patrimoniali; preferendo il recupero e la riqualificazione degli assistiti, anche con notevole investimento di mezzi, alla spicciola assistenza erogata anche per lunghi periodi, ma senza frutti concreti; impegnando gli enti locali competenti per domicilio di soccorso, e in loro difetto lo Stato, ad integrare il pagamento della retta per i ricoverati indigenti, in modo che a tutti i cittadini sia concesso identico trattamento, indipendentemente dalla situazione finanziaria degli enti locali medesimi; concedendo l'esenzione fiscale, almeno fino alla copertura dei piani di ammortamento e di rinnovo, sui redditi realizzati dagli istituti ospedalieri e di ricovero nello svolgimento della loro attività; esonerando dalle imposte lasciti ed erogazioni a favore degli enti assistenziali;

5) favorire la creazione di un istituto post-universitario di ricerche e di studi, al quale affidare anche la formazione di specialisti;

6) affidare ad organi periferici competenti (provinciali e/o regionali) la determinazione annuale e preventiva degli *standard* medio vitali e della retta media di ricovero, comprensiva di una quota per spese generali e periodicamente riadeguata al costo della vita nella zona;

7) puntare più incisivamente alla prevenzione e alla profilassi, anche se apparentemente possono rappresentare un investimento oneroso. Di qui la necessità di sostituire progressivamente, ma senza ulteriori dilazioni, gli istituti di ricovero e di assistenza con una rete di servizi aperti (scuola a tempo pieno, semiconvitti, ospedali diurni e notturni, assistenza sanitaria e sociale a domicilio, laboratori protetti, ecc.) che comportano minori costi di gestione e favoriscono un reale recupero della persona, oltre a consentire il pieno rispetto della globalità delle esigenze individuali. Si deve mirare, di pari passo, alla eliminazione delle istituzioni totali (case di riposo, colonie permanenti, villaggi del fanciullo, ospedali psichiatrici, ecc.) e richiamare l'intera comunità ai suoi problemi, sensibilizzandola a soluzioni che escludano in partenza l'emarginazione dei soggetti in particolari situazioni di bisogno.

II. - Livello intermedio. Agli organi regionali e/o provinciali dovrebbero competere:

1) l'istituzione ed il coordinamento di unità locali polivalenti;

2) il periodico aggiornamento degli amministratori, sia per settore di intervento sia per materia di lavoro, e la loro sensibilizzazione al lavoro comune;

3) l'organizzazione di corsi di qualificazione e di aggiornamento del personale degli istituti medi e piccoli, i cui esperti dovranno quindi svolgere la loro opera prevalentemente presso la sede dell'istituto stesso;

4) la preparazione, l'aggiornamento, la supervisione tecnico-professionale degli operatori delle unità locali polivalenti;

5) l'adempimento dei compiti delegati dal centro (determinazione degli *standards* vitali) e la realizzazione in favore degli enti assistenziali di un servizio di consulenza giuridica, amministrativa, sanitaria, edilizia, sociale e culturale.

III. - Livello locale. Ai comuni e/o ai loro consorzi dovrebbe far capo la gestione di una rete capillare di organi socio-sanitari, definibili unità locali polivalenti, destinati a dare la risposta più umana e contemporaneamente più economica possibile ai bisogni assistenziali primari degli abitanti della zona; essi dovrebbero essere essenzialmente dinamici, capaci di adeguarsi al variare della situazione di bisogno anche in rapporto alle modificazioni demografiche e ambientali che oggi si verificano in tempi rapidissimi.

Compito delle unità locali polivalenti (il cui organico sarà costituito da medici, psicologi, orientatori professionali, assistenti sociali, assistenti sanitarie, ostetriche, assistenti di economia domestica, educatori specializzati, animatori di gruppo, rappresentanti di quartiere) dovrebbe essere:

A) per i servizi socio-assistenziali:

1) collegare fra loro, inizialmente anche soltanto di fatto, gli enti pubblici e privati di assistenza diretta, aventi fini comuni e operanti totalmente o parzialmente nella zona:

per prepararli alle modificazioni e alle innovazioni necessarie, strutturalmente ed amministrativamente, per il più economico raggiungimento dei loro fini istituzionali, anche allo scopo di migliorare la gestione delle loro disponibilità;

per collegarli verticalmente, per singoli settori, con istituti e servizi di organizzazione e sviluppo sociale;

per rilevare problemi di base e segnalarli al vertice suggerendo le opportune soluzioni;

per fornire servizi di consulenza e assistenza tecnica agli enti;

per adattare alla situazione locale gli *standards* di assistibilità.

2) curare l'identificazione precoce, la segnalazione, il trattamento di urgenza e il trattamento di base di tutti i casi di bisogno che si manifestano nella zona.

B) per i servizi sanitari, creare e gestire le unità sanitarie locali con compiti di medicina preventiva, curativa e riabilitativa in diretta collaborazione con i servizi assistenziali.

Bisogna infine sottolineare che in questa fase ponte, in attesa di una ristrutturazione globale dell'assistenza non si dovranno consolidare le istituzioni esistenti attraverso il tentativo di una loro razionalizzazione, ma si dovrà mirare all'attribuzione alle unità locali polivalenti dei compiti istituzionali e delle funzioni ora svolte dagli enti nazionali e locali, affidando ad esse anche il coordinamento, la supervisione, l'assistenza tecnica ed economica degli enti morali, delle associazioni e degli istituti privati nazionali e locali che eventualmente sopravvivessero alla riforma.

I rapporti tra i tre livelli sopra ricordati – centrale, intermedio, locale – dovranno essere oggetto di un'apposita legge-quadro statale, che non si limiterà a redistribuire competenze e funzioni tratte dalla legislazione attuale, ma che necessariamente dovrà tener conto del nuovo ruolo affidato alle regioni e dell'opportunità che esse interpretino autonomamente le esigenze dei loro amministrati.

A titolo esemplificativo, alle regioni potrebbe essere attribuito il potere di:

legiferare in materia di servizi sociali assistenziali;

predisporre, di concerto con gli enti locali territoriali, il programma regionale dell'assistenza, che confluirà nel programma nazionale per il settore;

gestire il fondo regionale per i servizi sociali assistenziali, da ripartirsi tra i comuni sulla base dello stesso programma regionale;

gestire la pensione sociale, le pensioni di invalidità di carattere non assicurativo-previdenziale e tutte le altre prestazioni economiche assistenziali;

vigilare sull'operato delle istituzioni assistenziali, pubbliche e private.

PARTE SECONDA.

Competenze ed iniziative della Regione Friuli-Venezia Giulia nel campo dell'assistenza.

Lo Statuto del Friuli-Venezia Giulia prevede, all'articolo 6, che « La Regione ha facoltà di adeguare alle sue particolari esigenze le disposizioni delle leggi della Repubblica, emanando norme di integrazione e di attuazione nelle seguenti materie: ...(*omissis*) lavoro, previdenza ed assistenza sociale ».

Ciò significa non solo restringere al massimo la possibilità di intervenire in questi settori sul piano legislativo, ma anche precludere l'esercizio di funzioni amministrative (che l'articolo 8 riserva alle sole materie in cui la Regione ha potestà legislativa primaria o concorrente).

Ciò nonostante, qualcosa l'Amministrazione regionale ha potuto realizzare, nell'ambito delle proprie attribuzioni e non di rado tentando anche di allargarle, in questi primi anni di attività, in cui – purtroppo abbastanza sovente – s'è dovuto constatare come i mezzi disponibili siano largamente insufficienti a risolvere i problemi che da ogni parte si affacciano: problemi che, proprio in forza della nuova dimensione regionale in cui si presentano, appaiono tutti indilazionabili, non più diluiti cioè dalla lontananza – anche psicologica – tra l'area del loro insorgere e le diverse sedi decisionali.

a) Assistenza sociale.

Nel frattempo sono stati adottati alcuni provvedimenti legislativi che, pur nella loro frammentarietà, hanno pur sempre una non trascurabile rilevanza sociale e che mi sembra opportuno brevemente elencare:

legge regionale n. 23 del 1965, che prevede sovvenzioni a province, comuni, enti e associazioni che perseguono fini di assistenza di carattere materiale, ricreativo-educativi o sociale, per lo svolgimento e l'incremento della loro attività, nonché sussidi straordinari ai medesimi enti per consentire l'accoglimento di bambini in colonie marine e montane o da destinarsi a persone abbisognevole di aiuto in dipendenza di pubbliche calamità o di gravi eventi;

legge regionale n. 34 del 1965 – Contributi agli Istituti di patronato e di assistenza sociale;

legge regionale n. 27 del 1969 - Interventi straordinari per l'attività assistenziale, che opera in tre direzioni:

sovvenzioni ai comuni, da destinare a favore di persone che versino in particolari condizioni di bisogno e che non rientrino nella normale assistenza svolta dagli ECA;

sovvenzioni, attraverso le province, a favore di enti, istituzioni ed associazioni che gestiscono asili infantili, asili nido e scuole materne, al fine di favorire l'accoglimento di bambini appartenenti a famiglie bisognose;

sovvenzioni, ancora attraverso le province, da destinare ad enti, istituzioni, associazioni e comitati che svolgono attività di assistenza materiale e sociale, per l'erogazione, da parte di questi, di sussidi a favore delle persone assistite;

legge regionale n. 28 del 1969 - Provvidenze a favore dei ciechi civili e dei sordomuti, che prevede l'erogazione di un assegno mensile integrativo tramite gli ECA (integrata con legge regionale del 27 novembre 1970, n. 44, tredicesima);

legge regionale n. 24 del 1970 - Istituzione della Consulta regionale dell'emigrazione e provvidenze a favore dei lavoratori emigrati e delle loro famiglie;

disegno di legge n. 190 - Interventi integrativi di assistenza sociale a favore di lavoratori in condizioni di bisogno, determinate da difficoltà aziendali in dipendenza di eventi calamitosi o di fallimento o di altre gravi situazioni di crisi;

disegno di legge n. 191 - Provvidenze integrative a favore delle lavoratrici madri dell'agricoltura, che consistono nella concessione di un assegno per parto di lire ottantamila attraverso le sedi dell'INAM e le Casse mutue per i coltivatori diretti;

disegno di legge n. 189 - Interventi regionali per la estensione dell'assistenza farmaceutica a favore dei pensionati appartenenti alle categorie dei coltivatori diretti, degli esercenti attività commerciali e degli artigiani, nonché a favore dei rispettivi familiari conviventi ed a carico.

b) Assistenza sanitaria.

In materia di assistenza sanitaria assai numerosi e vari sono i problemi che si manifestano nella nostra Regione, per affrontare i quali si sono varati in questi anni numerosi provvedimenti legislativi.

1 — A causa delle gravi proporzioni che va disgraziatamente assumendo il fenomeno

delle anomalie psichiche e fisiche, particolare rilievo assume la legge 18 agosto 1966, n. 22. Con questa legge si vuole favorire, oltre al ricovero gratuito dei minorati fisici e psichici e alla loro assistenza nell'ambiente familiare, la frequenza di scuole materne speciali e di classi differenziali.

2. — Un altro grave problema è quello delle malattie che, per la loro frequenza e diffusione, sogliono definirsi « sociali »: anche in questo settore l'Amministrazione regionale è intervenuta con tempestività (legge 15 novembre 1966, n. 30), sovvenendo finanziariamente province, comuni, consorzi, ospedali e qualsiasi altro ente idoneo a svolgere un'attività per la tutela sanitaria delle popolazioni.

3. — Merita di essere citata anche la legge 31 dicembre 1965, n. 36, che si propone di agevolare la costruzione, l'ampliamento e l'ammodernamento di ospedali civili, di centri ambulatoriali ed igienico-sanitari, nonché di migliorare le attrezzature e gli impianti di cui essi dispongono. Beneficiari delle provvidenze da essa previste possono essere, accanto agli enti pubblici ospedalieri, gli enti locali, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ed i consorzi di assistenza sanitaria.

c) Assistenza scolastica.

Affine a quello testé esaminato è il campo dell'assistenza scolastica, in cui l'Amministrazione regionale — attraverso il competente assessorato dell'istruzione e delle attività culturali — è intervenuta tempestivamente ed in misura senz'altro rilevante.

1. — Già negli anni 1965 e 1966 sono state approvate due leggi (la n. 19 e la n. 15) recanti provvidenze a favore degli alunni della scuola materna, della scuola dell'obbligo, delle scuole medie di secondo grado e degli istituti professionali. In base a queste leggi possono essere concessi ai comuni contributi sulle spese facoltative che essi sostengono a favore degli alunni bisognosi per libri di testo e mezzi di trasporto; sono inoltre previsti assegni di studio e contributi per spese di viaggio.

2. — Ulteriori provvidenze integrative sono state disposte nel 1966 — con la legge n. 25 — sotto forma di sovvenzioni a comuni, patronati scolastici ed altri enti pubblici e privati, per la gestione di mense, doposcuola e case dello studente, nonché di sussidi straordinari a favore di studenti bisognosi.

3. — L'anno successivo, infine, la legge n. 18 — « Assegni di studio a favore di studenti universitari » — veniva a completare l'arco della presenza regionale a tutti i livelli dell'ordinamento scolastico.

Per affinità di argomento, può essere in questa sede ricordata anche la legge regionale n. 35 del 1965, concernente « La formazione professionale dei lavoratori nella Regione Friuli-Venezia Giulia ». Essa prevede, infatti, oltre ai finanziamenti destinati allo svolgimento di corsi di formazione, anche l'assistenza a favore dei partecipanti mediante:

il mantenimento a convitto, durante il ciclo formativo, in istituti gestiti da enti pubblici o da enti privati che offrano garanzie di serietà e di esperienza;

il rimborso delle spese di viaggio, per favorire il loro afflusso ai centri di formazione professionale;

la fornitura del corredo necessario per la frequenza di determinati corsi;

l'assegnazione di premi ai meritevoli e ai bisognosi.

Come già detto in premessa, gli interventi regionali nei tre settori assistenziali esaminati appaiono frammentari e non inquadrabili in un contesto organico: questa è la conseguenza inevitabile delle ridottissime competenze che in materia sono state riconosciute al Friuli-Venezia Giulia e che non consentono quindi di programmare — anche per carenza di mezzi — un'azione di più vasto respiro.

PARTE TERZA.

Ricerca sull'assistenza sociale nella Regione Friuli-Venezia Giulia.

L'Amministrazione regionale ha avviato già nel 1969 una ricerca con lo scopo di « fotografare » l'attuale situazione assistenziale nel Friuli-Venezia Giulia, in termini analitici ed obiettivi, affinché possano acquisirsi dati ed informazioni per una corretta programmazione degli interventi nel settore.

Questa necessità nasce da varie ragioni: da una parte, dalla constatazione della disorganizzazione attualmente esistente che produce duplicazioni di intervento, dispersione di mezzi, insufficienza di prestazioni; dall'altra, dalla obiettiva convinzione che questi settori d'intervento vanno ricondotti, nel loro momento operativo, interamente a livello di base riconoscendo o restituendo un preciso ruolo agli enti locali. Tutto ciò nella convinzione che è più conveniente, oltre che più aderente alle reali esigenze dei cittadini, sod-

disfare i bisogni là dove questi si manifestano, esaurendo a quel livello tutta intera l'operazione d'intervento.

Esigenza di ripartire la regione in ambiti territoriali per l'erogazione dei servizi.

La componente essenziale che sta alla base dell'impegno di articolazione organica e razionale dei servizi pubblici è quella del territorio. Lo stretto rapporto che esiste tra « uomo » e « territorio », che ha valorizzato anche nel nostro Paese gli studi ecologici tendenti a fornire al pianificatore criteri e tecniche per la determinazione di aree, zone o comprensori nella realtà territoriale, consiglia di ricercare i servizi necessari per la vita quotidiana « vicino a casa ».

È certo infatti che in un obiettivo di omogeneizzazione delle possibilità di vita civile e moderna in tutte le situazioni residenziali del Paese, il problema dei servizi sociali è una delle chiavi di volta, in stretta interrelazione con i servizi sanitari e culturali, in maniera da realizzare « un sostegno sociale » qualitativamente adeguato.

Col termine « ambito territoriale » si intende una circoscrizione territoriale e demografica, valutata come ambito-base o minimo in cui funzionalmente si possa prevedere la presenza di tutti quei servizi di interesse generale, il cui massimo decentramento sia auspicabile e possibile.

Con ciò si vengono a garantire in modo organico e coordinato ai cittadini che vivono in un determinato ambiente le prestazioni — legate almeno all'istruzione, alla salute, alla assistenza economica, ai servizi sociali — necessarie e richieste nella società moderna per il benessere e lo sviluppo della vita individuale, familiare, comunitaria.

Ma con ciò si intende anche ricondurre a livello di « poteri locali » la politica sociale rivolta alle esigenze vitali e quotidiane delle popolazioni, in una presa di coscienza dei loro diritti e dei doveri in tal campo.

Articolazioni della ricerca.

Sulla base di queste premesse culturali è in fase di ultimazione una ricerca nella Regione Friuli-Venezia Giulia così articolata.

La prima parte della ricerca ha carattere fondamentale conoscitivo e deve consentire la raccolta di tutta la documentazione relativa ai servizi sociali che operano attualmente nell'ambito della Regione.

L'indagine conoscitiva è stata estesa a tutti i servizi e condotta in maniera tale da rilevare per ciascuno di essi:

a) le caratteristiche istituzionali (enti o servizi comunali, provinciali, regionali, nazionali, pubblici e privati);

b) le strutture organizzative (sedi di attività, strutture operative);

c) il settore operativo (ECA, patronati, istituti educativo-assistenziali, ospizi, istituti per sub-normali, asili-nido, ONMI, istituti per minorati fisici, case di riposo, ecc.);

d) il tipo di prestazioni erogate e le condizioni necessarie per ottenerle;

e) il numero, la provenienza, le caratteristiche socio-economico-demografiche degli utenti;

f) la spesa sostenuta nelle sue diverse componenti; i modi di finanziamento; il patrimonio.

Per la esecuzione di questa parte della ricerca si è approntato un apposito questionario al fine di ottenere dati integrativi di quelli rilevabili dalle fonti statistiche ufficiali, attraverso i quali realizzare una conoscenza completa della situazione.

Nell'esecuzione dell'indagine conoscitiva si sono tenuti stretti rapporti con gli enti locali, con i servizi sociali e con esperti. In particolare ci si è avvalsi della collaborazione degli allievi della scuola superiore di servizio sociale di Trieste, adeguatamente informati sugli scopi e sui metodi della ricerca con un seminario di studio tenuto dai responsabili della ricerca medesima.

I dati raccolti hanno costituito la base indispensabile per condurre la seconda parte della ricerca, che è volta alla definizione di un « modello » regionale di servizi sociali coerente con le indicazioni contenute nel Programma di sviluppo economico e sociale della Regione.

La definizione di questo « modello » comporta necessariamente una analisi approfondita dei bisogni (individuali, familiari, sociali) che il servizio deve soddisfare, individuando per ciascuno di essi il livello od i livelli operativi da organizzare perché il soddisfacimento sia compiuto.

A questo fine è indispensabile:

conoscere il numero e le caratteristiche dei probabili utenti, nonché la loro distribuzione territoriale;

verificare la possibilità di utilizzare anche per gli ambiti territoriali in cui funzionalmente si possono prevedere la presenza di tutti quei servizi di interesse generale, l'articolazione comprensoriale individuata per le

unità sanitarie locali e per lo sviluppo economico;

definire il tipo di gestione, i modi di direzione politica e tecnica, la soluzione istituzionale più conveniente. A questo fine sembra sin da ora probabile, sulla base delle specifiche competenze statutarie, individuare tre livelli istituzionali ed organizzativi:

a) un livello di base, comunale, consorziale o comprensoriale;

b) un livello intermedio, provinciale o intercomprensoriale;

c) un livello regionale. I primi due livelli hanno caratteristiche eminentemente operative, il terzo sembra più propriamente essere il livello legislativo, economico-finanziario, di controllo, di direzione e di coordinamento.

Un problema che ha avuto particolare evidenza nella ricerca è quello degli operatori sociali, nell'intento non solo di conoscere il numero di quelli attualmente impegnati nei diversi servizi e la loro distribuzione territoriale e per livelli di qualificazione, ma soprattutto di calcolare – sul piano qualitativo e quantitativo – il fabbisogno futuro, le possibilità di soddisfarlo, i modi ed i tempi della formazione.

Infine la ricerca si è proposta di fornire elementi adeguati per la predisposizione degli interventi « a breve » che qualifichino i tempi intermedi di avvicinamento agli obiettivi finali. A questo scopo è stato compito della ricerca:

a) esaminare la legislazione vigente e valutarne le possibilità di utilizzazione;

b) indicare gli eventuali strumenti legislativi da predisporre;

c) indicare le tappe organizzative intermedie;

d) valutare il fabbisogno di risorse finanziarie da soddisfare.

Come già detto, la ricerca è in fase di ultimazione e sono ormai disponibili i primi risultati che rispecchiano in modo analitico la situazione attuale dell'assistenza nel Friuli-Venezia Giulia.

Il ritardo con il quale l'ISTAT pubblica la documentazione statistica di base (quest'anno si dispone dei dati del 1967) non permette un apprezzamento tempestivo ed aggiornato della situazione strutturale del settore dell'assistenza sociale.

Stante tale difficoltà si è proceduto da un lato ad una rilevazione campionaria mediante questionario di tutti quei dati capaci di evidenziare l'effettiva situazione del settore, dall'altro ad una verifica dei risultati del cam-

pionamento che veniva svolto nel 1970, utilizzando i dati ufficiali ISTAT pubblicati nell'*Annuario Statistico dell'Assistenza e della Previdenza Sociale 1968*, che riporta la situazione del 1967. Verifica, essenzialmente, delle tendenze delineate nel 1967 e confermate nell'indagine campionaria 1970.

La compilazione del questionario, affidata ad un gruppo di assistenti sociali, ha interessato 118 Comuni della Regione coprendo una popolazione di 784 mila abitanti.

Nelle tavole che allego agli atti sono forniti i primi risultati della ricerca (*).

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore Stopper che ci ha portato una relazione veramente documentata ed interessante; un lavoro che rappresenta un valido contributo per la nostra indagine.

Come i colleghi sanno, tutti gli ospiti sono invitati a portare il loro contributo sulla base di un questionario che noi abbiamo inviato; e ci pare che l'assessore lo abbia fatto in modo veramente serio. Lo ringraziamo.

Dò ora la parola ai colleghi che volessero porre delle domande all'assessore Stopper.

SALVI. L'assessore del Friuli-Venezia Giulia, come il suo collega del Trentino-Alto Adige, ha lamentato la scarsa ampiezza delle competenze delle Regioni in materia di assistenza. Nel corso della sua esposizione, parlando delle iniziative adottate dalla Regione, ha indicato alcuni provvedimenti di integrazione di leggi nazionali. Vorrei chiedere all'assessore Stopper se egli non pensa che con il trasferimento di maggiori competenze alle Regioni si potrebbe correre il rischio di creare grande disparità tra Regione e Regione e grande disparità tra categorie di assistiti.

Per i sordomuti, invalidi civili, eccetera, voi prevedete degli assegni integrativi che si possono dire calcolati a seconda dei bisogni particolari dei singoli. L'intento è lodevole, però io vedo con qualche preoccupazione il fatto che le Regioni pensino di stabilire in via generale per tutte quelle categorie di assistiti dei contributi integrativi, perché credo che questo potrebbe creare sperequazioni tra Regione e Regione e tra cittadino e cittadino. È dato che esiste la libertà di circolazione del cittadino sul territorio nazionale, ed anche quindi di coloro che devono avere assistenza, mi chiedo se si verificherebbero dei trasferi-

menti da Regione a Regione, secondo il trattamento fatto.

LAVAGNOLI. Ella ha menzionato la varia attività legislativa della Regione in materia di assistenza integrativa per quanto riguarda l'assistenza ai coltivatori diretti, uomini, donne, di che si tratta; se assistenza farmaceutica, medica, eccetera.

ARZILLI. Mi ero prenotato con anticipo a chiedere la parola, ma l'esposizione è stata così ampia e così concreta da soddisfare tutte le domande che abbiamo posto nel questionario offrendo a noi materiale abbastanza interessante.

Comunque una domanda vorrei farla: rispetto alla constatazione di una difformità di assistenza tra gli enti erogatori, si invoca una soluzione legislativa che dal centro, evidentemente, trasferisca alla periferia - altra verso regione, consorzi tra comuni, eccetera - compiti di carattere assistenziale, in quel momento che potremmo chiamare di prevenzione e di recupero, nonché di reinserimento nella società. Ecco, io chiedo se rispetto a questa constatazione critica, lei ritiene che la Regione deve attendere che vi sia questa legge-cornice o già interviene per prefigurare una serie di strutture e di iniziative che tendono anche a correggere, ad assorbire quelle che sono state ora indicate le diversità o difformità tra Regione e Regione.

STOPPER, Assessore alla programmazione, al lavoro e all'artigianato della Regione Friuli-Venezia Giulia. Il quesito crea anche in noi notevoli perplessità. Allorquando abbiamo cominciato a legiferare nel settore assistenziale-sociale ci siamo domandati da dove dovevamo partire, se ne avessimo avuta la competenza, se la materia ci fosse stata trasferita come altre, specialmente del settore economico.

Da tempo, probabilmente, avremmo impiegato il nostro tempo ed avremmo sforzato la nostra intelligenza per studiare dei provvedimenti di legge al fine di coordinare, di razionalizzare quanto c'è già, quanto già esiste. Avremmo probabilmente, come è stato fatto per il settore sanitario, elaborato una legge per la costituzione dell'unità sanitaria locale, anticipando la riforma nazionale, come ha fatto il Trentino-Alto Adige. Avremmo cercato, anche in questo, di mettere ordine per spendere meglio i soldi che già si spendono. Senonché, non potendo in nessuna maniera legiferare in ordine all'assetto

(*) Vedi allegati pagina 68 e segg.

dell'assistenza, perché per nostre norme statutarie non ci è concesso (potrà esserci concesso se si arriverà a questo trasferimento di competenze e se si arriverà ad una legge di principio su questa materia) un po' per la esigenza di fare qualche cosa, ma molto perché pressati fortemente dalle categorie interessate, dalle organizzazioni sindacali e così via, abbiamo dovuto iniziare, adottare qualche provvedimento che praticamente mettesse a disposizione dei bisognosi o delle istituzioni che si occupano dei bisognosi nuovi mezzi.

Ricordo una prima legge volta ad integrare i contributi ai patronati dei lavoratori perché si diceva che questa era un'esigenza particolarmente sentita dalle organizzazioni dei sindacati che non riuscivano a svolgere la loro attività: quindi siamo intervenuti. Ecco, ho voluto citare questo per arrivare poi a quelle leggi che abbiamo approvato l'anno scorso e che riguardano i ciechi civili, per esempio, ed i sordomuti, alle quali seguirà la terza legge di questo tipo per invalidi civili dove noi interveniamo, intendiamoci, con quote modeste; ma siccome le quote erano fino a ieri ancora quelle dello Stato, ecco che con le nostre si raddoppiava praticamente l'assegno mensile che queste categorie particolari ricevevano dallo Stato: cioè intervenivamo con una media di diecimila lire mensili per persona.

Abbiamo anche scelto il medesimo istituto erogatore, l'ECA che ormai opera per tutte e tre le categorie. Poi vi sono i contributi straordinari; per esempio, la Casa di riposo per ciechi di Luseriacco di Tricesimo (Udine), istituita l'altr'anno, da noi riceve, in base alla legge, dei contributi per la gestione. Altrettanto faremo per una scuola di sordomuti anche a carattere regionale. Ma questi sono interventi complementari.

Ora, evidentemente si corre il pericolo di una differenziazione di trattamento. Per esempio, se avessimo i mezzi, potremmo arrivare anche ad integrare le pensioni sociali agli anziani. Oggi si parla tanto di politica per anziani, ma non si sa bene quale strada scegliere. Proprio ieri, la giunta regionale, dopo lunga discussione, aveva preparato una legge per venire incontro agli enti che gestiscono case di riposo, per la costruzione, l'ampliamento e le attrezzature. Però ci siamo trovati di fronte a difficoltà perché avremmo desiderato abbandonare la vecchia strada. Si sarebbe voluto pensare ad una politica nuova; ma che cosa significa politica nuova? Far

stare meglio, dando una pensione adeguata, questi anziani, oppure costruire, come in altri paesi, i cosiddetti « villaggi per gli elefanti » o case popolari, riservando i primi piani a queste famiglie o a singoli o costruendo case apposite, alloggi unicellulari per anziani in borgate attrezzate e così via? Per fare una politica degli anziani completa non abbiamo sicuramente i mezzi, li potremo avere domani se lo Stato disporrà.

La disparità di trattamento è certo un pericolo che si corre fra gli appartenenti a queste categorie che abitano in Regioni a statuto speciale ed i medesimi cittadini minorati che abitano in regioni a statuto normale. Oggi c'è una differenza di trattamento.

Ecco, io direi che intanto è difficile evitarlo. Bisognerebbe stabilire con legge dello Stato i minimi sotto i quali, in nessuna Regione, debba scendere il trattamento di questi cittadini. Del resto, l'onorevole Salvi che è stato negli Stati Uniti, sa meglio di me che tutti cercano di insediarsi nello Stato di New York, dove c'è un migliore trattamento per i cosiddetti « poveri », che non sono certo i nostri.

Io non so se sia proprio un male grave; l'importante è di assicurare in tutte le Regioni il minimo sotto il quale veramente non si fa dell'assistenza, ma della semplice carità.

Per quanto riguarda invece il tipo di iniziativa che noi abbiamo preso per settori dei lavoratori autonomi, eccetera, noi abbiamo preso due iniziative particolari. Cioè, in attesa che si attui la riforma sanitaria globale che prevede, per esempio, per i lavoratori autonomi, a partire dal 1° gennaio 1973 la estensione dell'assistenza farmaceutica per tutti i lavoratori, attivi ed inattivi, noi abbiamo voluto venire incontro a queste categorie. E non potendo venire incontro a tutti i lavoratori attivi ed inattivi (ci sarebbero voluti 4 miliardi per estendere a tutti l'assistenza farmaceutica) ci siamo limitati a quelli più bisognosi, cioè ai vecchi lavoratori autonomi pensionati, con una spesa annuale che arriverà a circa 650 milioni a carico del bilancio regionale; e questo soltanto per estendere l'assistenza farmaceutica. Noi la chiamiamo « legge ponte », perché entra in vigore subito: domani o dopodomani sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale; poi occorreranno le convenzioni, perché erogheremo la quota-parte di questi contributi globali alle singole Casse mutue delle tre categorie dei lavoratori autonomi cui spetteranno.

Un'altra iniziativa nostra riguarda le lavoratrici madri in agricoltura. Siccome in atto esiste un trattamento diverso fra queste e le lavoratrici madri nel settore dell'industria, le quali ultime hanno un trattamento economico prima e dopo il parto, abbiamo istituito questo premio di natalità, o « assegno per parto » in modo da avvicinare almeno la situazione sul piano economico, delle lavoratrici madri del settore dell'agricoltura, a quelle del settore dell'industria. Anche questo è un provvedimento temporaneo perché credo che non passerà molto tempo prima che sia possibile equiparare le lavoratrici madri di tutti i settori.

Per quanto concerne l'ultimo problema ritengo che in campo regionale si possa e si debba operare in materia di assistenza sul piano organizzativo ed applicativo, anche senza legge-cornice.

Noi ad esempio, in materia assistenziale, abbiamo vari gradi di competenze che ci sono state assegnate dallo Statuto di autonomia in due diversi articoli.

In primo luogo abbiamo competenza concorrente in materia di « istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza » e riteniamo pertanto che tale indicazione dello Statuto ci consenta il controllo di queste istituzioni, così come ci consente il controllo degli enti locali.

Abbiamo poi potestà integrativa in materia di « lavoro, assistenza e previdenza sociale ».

Poi, nel terzo gruppo abbiamo potestà integrative alla voce « Lavoro, assistenza e previdenza sociale ». Ora, se noi volessimo legiferare nel merito dell'ordinamento, comunque dovremmo tenere come base, riferirci in modo assoluto a quelle che sono le norme della legge nazionale oggi esistenti; non potremmo prescindere da queste, e ci domandiamo come e in quali termini possiamo legiferare se esse sono molto complicate. Ecco perché riteniamo che, per poter legiferare dovremmo cominciare eventualmente a costituire queste « unità locali di servizi » (ho detto che le stiamo costituendo prima delle leggi di riforma, anche se sono delle « scatole vuote », con consorzi di comuni in un territorio diviso in 18 comprensori) che domani potrebbero fondersi, o comunque essere uno dei due aspetti di queste unità sanitarie locali per servizi sociali. Noi lavoriamo a preparare, attraverso la ricerca ed altri acconci studi, i provvedimenti legislativi; però riteniamo di non potere, in questo momento, varare delle leggi regionali che abbiano questo valore, senza avere una legge quadro che stabilisca dei principi fondamentali validi per tutti.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora l'assessore Stopper anche per le sue esaurienti risposte.

La seduta termina alle 19,25.

PAGINA BIANCA

ALLEGATI ALL'INTERVENTO DEL DOTT. FRONZA
ASSESSORE PER LA PREVIDENZA SOCIALE E LA SANITA'
DELLA REGIONE TRENTINO - ALTO ADIGE

ASSISTENZA ECONOMICA

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Figura giuridica	Competenza territoriale	Sede degli uffici
Commissariato del Governo - Trento	Rappresentanza del Governo centrale nella Regione	Provinciale	Trento
Vice Commissariato del Governo - Bolzano	Rappresentanza del Governo centrale nella Regione	Provinciale	Bolzano
Regione Trentino-Alto Adige . .	Ente pubblico autonomo territoriale	Regionale	Trento
Provincia di Trento	Ente pubblico autonomo territoriale	Provinciale	Trento
Provincia di Bolzano	Ente pubblico autonomo territoriale	Provinciale	Bolzano
Comuni della provincia di Trento	Ente pubblico autarchico territoriale	Comunale	In ciascun comune
Comuni della provincia di Bolzano	Ente pubblico autarchico territoriale	Comunale	In ciascun comune
ECA della provincia di Trento .	IPAB	Comunale	In ciascun comune
ECA della provincia di Bolzano .	IPAB	Comunale	In ciascun comune
Comitato provinciale ONMI di Trento	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Trento
Comitato provinciale ONMI di Bolzano	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Bolzano
Consorzio dei patronati scolastici per la provincia di Trento . .	Ente di diritto pubblico scolastico, autonomo non territoriale	Comunale	In ciascun comune
Consorzio dei patronati scolastici per la provincia di Bolzano .	Ente di diritto pubblico scolastico, autonomo non territoriale	Comunale	In ciascun comune
Opera nazionale ciechi civili (relativamente alla regione) . .	Ente pubblico nazionale non territoriale	Regionale	Trento
ENAOI - Trento	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Trento
ENAOI - Bolzano	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Bolzano
INAIL grandi invalidi - Trento .	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Trento
INAIL grandi invalidi - Bolzano	Ente di diritto pubblico	Provinciale	Bolzano
CRI - Trento	Ente pubblico internazionale a carattere associativo	Provinciale	Trento

Segue ALLEGATO N. 1

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Figura giuridica	Competenza territoriale	Sede degli uffici
CRI - Bolzano	Ente pubblico internazionale a carattere associativo	Provinciale	Bolzano
POA - Trento	Ente pubblico di diritto canonico	Provinciale	Trento
POA - Bolzano	Ente pubblico di diritto canonico	Provinciale	Bolzano
Patronato liberati dal carcere - Trento	Ente con personalità giuridica pubblica	Circondario tribunale	Trento
Patronati liberati dal carcere - Bolzano	Ente con personalità giuridica pubblica	Circondario tribunale	Bolzano
CIDD - Trento	Ente pubblico nazionale a base associativa non territoriale	Provinciale	Trento
CIDD - Bolzano	Ente pubblico nazionale a base associativa non territoriale	Provinciale	Bolzano
Caritas diocesana - Bolzano . .	Fondazione religiosa eretta in Ente morale	Provinciale	Bolzano
UIC - Trento	Ente pubblico nazionale	Provinciale	Trento
UIC - Bolzano	Ente pubblico nazionale	Provinciale	Bolzano
Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori - Trento . . .	Ente pubblico consorziale (consorzio obbligatorio)	Provinciale	Trento
Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori - Bolzano . .	Ente pubblico consorziale (consorzio obbligatorio)	Provinciale	Bolzano
Cnsorzio provinciale antitubercolare - Trento	Ente pubblico consorziale (consorzio obbligatorio)	Provinciale	Trento
Cnsorzio provinciale antitubercolare - Bolzano	Ente pubblico consorziale (consorzio obbligatorio)	Provinciale	Bolzano
Ente nazionale sordomuti (relativamente alla regione)	Ente pubblico nazionale a base cooperativa	Provinciale	Sezione di Trento e Sezione di Bolzano
Società San Vincenzo de' Paoli della provincia di Trento . .	Associazione non riconosciuta	Parrocchiale	Trento
Società San Vincenzo de' Paoli della provincia di Bolzano . .	Associazione non riconosciuta	Parrocchiale	Bolzano
Fondazione Franz de Paula von Mayri, Bolzano	IPAB	Città di Bolzano	Bolzano

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Presenza del Servizio sociale	Numero assistenti sociali	Viene svolta azio- ne specifica di reperi- mento
Commissariato del Governo - Trento	no	—	no
Vice Commissariato del Governo - Bolzano	no	—	no
Regione Trentino-Alto Adige	sì	23	sì-no
Provincia di Trento	sì	7	sì
Provincia di Bolzano	sì	1	sì
Comuni della provincia di Trento	sì	2	no
Comuni della provincia di Bolzano	no	—	no
ECA della provincia di Trento	sì	1	no
ECA della provincia di Bolzano	no	—	no
Comitato provinciale ONMI di Trento	sì	2	sì
Federazione provinciale ONMI di Bolzano	no	—	sì
Consorzio dei Patronati scolastici per la provincia di Trento	no	—	sì
Consorzio dei Patronati scolastici per la provincia di Bolzano	no	—	sì
Opera nazionale ciechi civili (relativamente alla regione)	no	—	no
ENAOI - Trento	sì	6	sì
ENAOI - Bolzano	sì	2	sì
INAIL grandi invalidi - Trento	sì	1	sì
INAIL grandi invalidi - Bolzano	no	—	sì
CRI - Trento	no	—	no
CRI - Bolzano	no	—	no

Segue ALLEGATO N. 1

Valutazione del bisogno			Criteri di intervento			Forma delle prestazioni		
A	B	C	D	E	F	Denaro	Mista denaro e natura	Ricovero (*)
	+		+			+		
	+		+			+		
	+	+	+		+	+		
		+			+	+		
	+	+	+	+			+	
+	+	+	+	+	+		+	+
+	+	+	+	+	+		+	+
+	+	+	+		+		+	+
+	+	+	+		+		+	+
		+		+	+		+	
	+	+		+	+		+	
		+		+	+		+	
		+		+	+		+	
	+		+			+		
		+			+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
	+	+			+		+	
	+	+			+		+	+

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Presenza del Servizio sociale	Numero assistenti sociali	Viene svolta azio- ne specifica di reperi- mento
POA - Trento	sì	3	no
POA - Bolzano	no	—	no
Patronato liberati dal carcere - Trento	no	—	sì
Patronato liberati dal carcere - Bolzano	no	—	sì
CIDD - Trento	sì	1	sì
CIDD - Bolzano	sì	1	no
Caritas diocesana - Trento	sì	1	no
UIC - Trento	sì	1	sì
UIC - Bolzano	no	—	sì
Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori - Trento	no	—	no
Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori - Bolzano	no	—	no
Consorzio provinciale antitubercolare - Trento	no	—	sì
Consorzio provinciale antitubercolare - Bolzano	no	—	sì
ENS - Ente nazionale sordomuti (relativamente alla regione)	sì	2	sì
Società di San Vincenzo de' Paoli della provincia di Trento	no	—	sì
Società di San Vincenzo de' Paoli della provincia di Bolzano	no	—	sì
Fondazione Franz de Paula von Mayrl, Bolzano	no	—	no

Legenda:

A = in base a semplice domanda scritta o orale - automatica.

B = in base ad informazioni sulla situazione economica assunte attraverso organismi pubblici (carabinieri, vigili accertatori, pubblica sicurezza, comuni, assistenti sanitarie, ecc.).

C = in base a diagnosi personalizzata.

Segue ALLEGATO N. 1

Valutazione del bisogno			Criteri di intervento			Forma delle prestazioni		
							Mista denaro e natura	Ricovero (*)
		+			+		+	
		+			+		+	
		+			+		+	
		+			+		+	
		+			+		+	
		+			+		+	+
	+	+		+	+		+	+
		+			+	+		
		+			+	+		
	+		+			+		
		+			+	+		
+			+			+		
+	+		+			+		
		+			+		+	
		+			+		+	
		+			+		+	
+		+			+	+		

D = in base alla tabella prefissata.

E = in base a giudizio dell'Ente entro limiti prefissati.

F = in base a giudizio dell'Ente senza limiti prefissati (eccettuata la disponibilità di bilancio).

(*) Ricovero relativo a sola retta di mantenimento.

Segue ALLEGATO N. 1

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Tipo di prestazioni assistenza economica		Anno 1965 Assistenza di base straordinaria		Spesa media annua per assistito
	Di base	Straordi- naria o accesso ai servizi	N. assistiti	Spese assistenziali	
Commissariato del Governo - Trento .	+	+	(1)	(1)	—
Vice Commissariato del Governo - Bol- zano	+	+	366	2.711.000	7.400
Regione Trentino-Alto Adige	+	+	6.085	412.615.000	67.800
Provincia di Trento	+	+	981	126.887.960	129.250
Provincia di Bolzano	+	+	3.088	170.435.785	55.200
Comuni della provincia di Trento . .	+	+	2.202	(2) 392.809.000	178.400
Comuni della provincia di Bolzano .	+	+	1.520	(2) 208.041.000	136.850
ECA della provincia di Trento . . .	+	+	(3) 4.302	199.402.303	46.350
ECA della provincia di Bolzano . .	+	+	(3) 4.015	164.438.000	40.950
Comitato provinciale ONMI di Trento .	+	+	1.626	28.847.500	17.740
Federazione provinciale ONMI di Bol- zano	+	+	49	573.145	11.700
Consorzio dei Patronati scolastici per la provincia di Trento		+	21.741	39.276.956	1.800
Consorzio dei Patronati scolastici per la provincia di Bolzano		+	14.465	29.450.088	2.040
Opera nazionale ciechi civili (relativa- mente alla regione)	+		414	86.268.000	208.380
ENAOI - Trento	+	+	(4) 1.143	42.700.000	37.350
ENAOI - Bolzano	+	+	(4) 730	31.100.000	42.600
INAIL grandi invalidi - Trento . . .		+	(1)	(1)	—
INAIL grandi invalidi - Bolzano . .		+	(1)	(1)	—
CRI - Trento		+	120	1.032.000	8.600
(1) I dati non sono stati comunicati. (2) Compresa anche le spese per assistenza sanitaria - Impossibile disgiungerle. (3) Trattasi dei soli assistiti continuativi. (4) Trento con n. 2.202 interventi - Bolzano con n. 1.721 interventi.					

Segue ALLEGATO N. 1

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Tipo di prestazioni assistenza economica		Anno 1965 Assistenza di base straordinaria		Spesa media annua per assistito
	Di base	Straordi- naria o accesso ai servizi	N. assistiti	Spese assistenziali	
CRI - Bolzano	+	+	(5) 8.230	(3) 13.771.885	1.700
PAO - Trento	+	+	2.100	22.500.000	10.700
POA - Bolzano	+	+	2.959	15.019.700	5.100
Patronato liberati dal carcere - Trento	+	+	221	1.599.969	7.240
Patronati liberati dal carcere - Bol- zano	+	+	318	1.756.300	5.520
CIDD - Trento	+	+	23	84.523	3.670
CIDD - Bolzano	+	+	15	814.390	54.300
Caritas diocesana - Bolzano	+	+	(6)	4.288.214	—
UIC - Trento		+	585	7.897.479	13.500
UIC - Bolzano		+	265	3.630.547	13.700
Consorzio provinciale per la lotta con- tro i tumori - Trento		+	252	6.720.000	26.650
Consorzio provinciale per la lotta con- tro i tumori - Bolzano		+	112	2.606.000	23.250
Consorzio provinciale antitubercolare - Trento	+		(7) 48.611	17.347.700	—
Consorzio provinciale antitubercolare - Bolzano	+		171	11.861.000	69.350
Ente nazionale sordomuti (relativa- mente alla regione)	+	+	163	5.852.574	35.900
Società San Vincenzo de' Paoli della provincia di Trento	+	+	779	33.809.011	43.400
Società San Vincenzo de' Paoli della provincia di Bolzano	+	+	5.000	70.000.000	14.000
Fondazione Franz de Paula von Mayrl - Bolzano		+	190	5.266.000	27.700
(5) Non disponibili i dati per il 1965 - I dati riportati si riferiscono al 1966.					
(6) Impossibile indicare il numero delle persone che hanno usufruito degli aiuti di « assi- stenza generica ».					
(7) Trattasi di giornate per cui sono stati pagati i sussidi post-sanatoriali.					

« CATEGORIZZAZIONE » NEGLI INTERVENTI DI ASSISTENZA ECONOMICA

1. Nessuna categorizzazione.

UTENTI	Enti che intervengono
Persone o nuclei in difficoltà economiche . . .	Ente comunale di assistenza Croce rossa italiana Pontificia opera di assistenza Caritas diocesana Commissariato del Governo Giunta regionale Giunta provinciale Compagnia Dame della Carità Società San Vincenzo de' Paoli

Segue ALLEGATO N. 2

II. *Categorie generiche.*

CATEGORIE GENERICHE DI UTENTI	Enti che intervengono (*)
Gestanti, partorienti e nutrici	Opera nazionale maternità e infanzia
Minori legittimi	Opera nazionale maternità e infanzia Comune
Minori illegittimi riconosciuti dalla sola madre ed esposti all'abbandono	Giunta provinciale Opera nazionale maternità e infanzia Comune
Minori orfani di lavoratori	Ente nazionale assistenza orfani lavoratori italiani
Minori orfani di operai morti per infortunio sul lavoro	Istituto nazionale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro
Minori orfani di varie categorie	Varie associazioni nazionali di categorie professionali, ca. 35, che assistono i propri associati (esempio: professori, insegnanti, sanitari, ferrovieri, poste telegrafonici, ecc) Associazioni combattistiche varie
Minori scolari, studenti, apprendisti	Patronato scolastico Comune Giunta provinciale - Assessorato istruzione Giunta regionale Ministero dell'interno Fondazione de Mayrl, Bolzano Vari enti ed associazioni che intervengono con erogazioni di borse di studio
Inabili	Comune Giunta provinciale Ministero dell'interno
Vecchi lavoratori	Giunta regionale
Anziani	Ministero dell'interno Comune (voce « inabili »)
(*) Oltre a tutti gli enti di cui alla Tabella I.	

Segue ALLEGATO N. 2

III. *Categorie speciali.*

CATEGORIE SPECIALI DI UTENTI	Enti che intervengono (*)
Sordomuti	Ente nazionale sordomuti
Ciechi	Opera nazionale ciechi civili Giunta regionale Unione italiana ciechi
Poliomielitici	Giunta provinciale Comune (voce « inabili »)
Affetti da tubercolosi	Consorzio provinciale antitubercolare
Affetti da tumore	Consorzio per la lotta contro i tumori
Grandi invalidi del lavoro	Istituto nazionale assicurazione per gli infortuni sul lavoro
Mutilati e invalidi per servizio e civili di guerra	Opera nazionale mutilati e invalidi
Infermi di mente dimessi da ospedale psichiatrico	Giunta provinciale
Encefalitici	Giunta provinciale
Disadattati psichici	Giunta provinciale Comune (voce « inabili »)
Subnormali	Associazione nazionale famiglie subnormali
Donne dedite o avviate alla prostituzione . .	Comitato italiano difesa della donna
Famiglie di carcerati e dimessi dal carcere . .	Patronato liberati dal carcere
Figli di carcerati	Ente nazionale protezione morale del fanciullo
Nomadi	Opera assistenza nomadi
Profughi - Rifugiati politici	Amministrazione aiuti internazionali
Ex internati	Associazione nazionale ex internati
Sfrattati o in pericolo di sfratto	Comune
Propri dipendenti, soci o iscritti	Varie casse interne, enti, industrie, associazioni
Varie categorie particolari	Fondazioni diverse
(*) Oltre a tutti gli enti di cui alla Tabella I.	

ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Presenza del Servizio sociale	Numero assistenti sociali	Viene svol- ta azione specifica di reperi- mento
Regione Trentino-Alto Adige:	+	23	+
Assistenza straordinaria	+		
Assistenza protesica	+		
Assegno vecchi lavoratori			+
Assegno ai ciechi			+
Provincia di Trento:	+	7	+
Assistenza omofamiliare a minorati psichici	+		+
Sussidi	+		+
Assistenza agli encefalitici - sussidi	+		+
Assistenza ai poliomielitici - sussidi	+		+
Assistenza agli illegittimi - sussidi	+		+
Provincia di Bolzano:	+	1	+
Assistenza straordinaria generica (1)			
Assistenza agli illegittimi			+
Assistenza agli esposti			+
Assistenza agli encefalitici			+
Assistenza ai poliomielitici			+
Assistenza agli infermi di mente	+		+
Legenda: A = in base a semplice domanda scritta o orale - automatica. B = in base ad informazioni sulla situazione economica assunte attraverso organismi pubblici (ca- rabinieri, vigili accertatori, pubblica sicurezza, comuni, assistenti sanitarie, ecc.). C = in base a diagnosi personalizzata.			

ALLEGATO N. 3

VALUTAZIONE DEL BISOGNO			CRITERI DI INTERVENTO			FORMA DELLE PRESTAZIONI		
A	B	C	D	E	F	Denaro	Mista denaro e natura	Ricovero (*)
	+	+	+		+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
	+	+	+			+		
	+		+			+		
		+			+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
		+			+	+		
	+	+	+	+			+	
	+		+			+	+	
		+		+		+		
		+		+		+		
		+		+		+		
		+		+		+		
		+		+		+		

D = in base a tabella prefissata.

E = in base a giudizio dell'Ente entro limiti prefissati.

F = in base a giudizio dell'Ente senza limiti prefissati (eccettuata la disponibilità di bilancio).

(*) Ricovero relativo a sola retta di mantenimento.

(1) Erogata per l'ultima volta nell'anno 1965.

Segue ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	TIPO DI PRESTAZIONI ASSISTENZA ECONOMICA		ANNO 1965 ASSISTENZA DI BASE E STRAORDINARIA		Spesa media annua per assistito Lire
	Di base	Straordi- naria o accesso ai servizi	N. assistiti	Spese assi- stenziali Lire	
<i>Regione Trentino-Alto Adige:</i>	+	+	6.085	412.615.000	67.800
Assistenza straordinaria		+	87	7.725.000	
Assistenza protesica		+	267	13.000.000	
Assegno vecchi lavoratori	+		4.872	314.780.000	
Assegno ai ciechi	+		859	77.110.000	
<i>Provincia di Trento:</i>	+	+	981	126.887.960	129.350
Assistenza omofamiliare a minorati psichici	+		171	7.000.000	
sussidi		+	32	1.690.000	
Assistenza agli encefalitici - sussidi .	+		81	4.000.000	
Assistenza ai poliomielitici - sussidi .	+	+	77	3.500.000	
Assistenza agli illegittimi - sussidi .	+	+	610	110.697.960	
<i>Provincia di Bolzano:</i>	+	+	3.088	170.435.785	55.200
Assistenza straordinaria generica . .	+	+	137	5.901.000	
Assistenza illegittimi - sussidi alla madre	+		2.395	107.810.000	
- compensi affidataria	+		344	40.108.000	
- presso altre province	+		37	4.064.785	
Assistenza agli esposti - compensi af- fidatari	+		7	600.000	
Assistenza encefalitici - sussidi . . .	+		6	720.000	
Assistenza poliomielitici - sussidi mensili	+		16	1.152.000	
- sussidi <i>una tantum</i>		+	75	3.000.000	
Assistenza infermi di mente - sussidi mensili	+		54	6.480.000	
- sussidi <i>una tantum</i>		+	17	600.000	

Segue ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Figura giuridica	Compe- tenza ter- ritoriale	Sede degli uffici
<i>Comuni della regione Trentino-Alto Adige</i> Comuni della provincia di Trento. Comune capoluogo. Comuni della provincia di Bolzano. Comune capoluogo.	Ente pubblico autar- chico territoriale .	Comunale	In ciascun comune
<i>Comitato provinciale ONMI di Trento</i> Sussidi a domicilio. Sussidi per affidamento ad allevatori.	Ente di diritto pub- blico	Provinciale	Trento
<i>Federazione provinciale ONMI di Bolzano</i> Sussidi a domicilio. Sussidi per affidamento ad allevatori.	Ente di diritto pub- blico	Provinciale	Bolzano

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Presenza del servizio sociale	Numero assistenti sociali	Viene svol- ta azione specifica di reperi- mento
<i>Comuni della regione Trentino-Alto Adige:</i>			
Comuni della provincia di Trento	+	2	
Comune capoluogo	+	2	
Comuni della provincia di Bolzano			
Comune capoluogo			
<i>Comitato provinciale ONMI di Trento:</i>	+	2	+
Sussidi a domicilio			
Sussidi per affidamento ad allevatori			
<i>Federazione provinciale ONMI di Bolzano:</i>			+
Sussidi a domicilio			
Sussidi per affidamento ad allevatori			
<i>Legenda:</i> A = in base a semplice domanda scritta o orale - automatica. B = in base ad informazioni sulla situazione economica assunte attraverso organismi pubblici (ca- rabinieri, vigili accertatori, pubblica sicurezza, comuni, assistenti sanitarie, ECA, ecc.). C = in base a diagnosi personalizzata.			

Segue ALLEGATO N. 3

VALUTAZIONE DEL BISOGNO			CRITERI DI INTERVENTO			FORMA DELLE PRESTAZIONI		
A	B	C	D	E	F	Denaro	Mista denaro e natura	Ricovero (*)
+	+	+	+	+	+		+	+
	+	+	+	+			+	+
+	+	+	+	+	+		+	+
	+		+	+			+	+
		+		+	+		+	
					+		+	
				+		+		
	+	+		+	+		+	
	+				+		+	
				+		+		

D = in base a tabella prefissata.

E = in base a giudizio dell'Ente entro limiti prefissati.

F = in base a giudizio dell'Ente senza limiti prefissati (eccettuata la disponibilità di bilancio).

(*) Ricovero relativo a sola retta di mantenimento.

Segue ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	TIPO DI PRESTAZIONI ASSISTENZA ECONOMICA		ANNO 1965 ASSISTENZA DI BASE E STRAORDINARIA		Spesa media annua per assistito
	Di base	Straordi- naria o accesso ai servizi	N. assistiti	Spese assi- stenziali	
<i>Comuni della regione Trentino-Alto Adige:</i>					
Comuni della provincia di Trento .	+	+	2.202	392.809.000	178.400
Comune capoluogo	+	+	668	179.385.000	
Comuni della provincia di Bolzano .	+	+	1.520	208.041.000	136.850
Comune capoluogo	+	+	578	84.681.000	
<i>Comitato provinciale ONMI di Trento:</i>	+	+	1.626	28.847.500	17.740
Sussidi a domicilio	+	+	1.604	25.748.000	
Sussidi per affidamento ad alleva- tori	+		22	3.099.500	
<i>Federazione provinciale ONMI di Bol- zano:</i>	+	+	49	573.145	11.700
Sussidio a domicilio	+	+	22	176.485	
Sussidio per affidamento ad alleva- tori	+		27	396.660	

Segue ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Figura giuridica	Compe- tenza territoriale	Sede degli uffici
<i>ECA della regione Trentino-Alto Adige</i>	IPAB	Comunale	Nel sin- golo co- mune
<i>ECA della provincia di Trento:</i>			
I Gruppo (Trento, Rovereto, Arco, Riva)			
II Gruppo (oltre i 2.000 abitanti - n. 40)			
III Gruppo (sotto i 2.000 abitanti - n. 183)			
<i>ECA della provincia di Bolzano:</i>			
I Gruppo (Bolzano, Bressanone, Merano)			
II Gruppo (oltre i 3.000 abitanti - n. 23)			
III Gruppo (sotto i 3.000 abitanti - n. 91)			

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	Presenza del servizio sociale	Numero assistenti sociali	Viene svol- ta azione specifica di reper- mento
<i>ECA della Regione Trentino-Alto Adige</i>	+	2	
<i>ECA della provincia di Trento</i>	+	1	
I Gruppo (Trento, Rovereto, Arco, Riva)	+	1	
II Gruppo (oltre i 2.000 abitanti - n. 40)			
III Gruppo (sotto i 2.000 abitanti - n. 183)			
<i>ECA della provincia di Bolzano</i>	+	1	
I Gruppo (Bolzano, Bressanone, Merano)	+	1	
II Gruppo (oltre i 3.000 abitanti - n. 23)			
III Gruppo (sotto i 3.000 abitanti - n. 91)			
Legenda: A = in base a semplice domanda scritta o orale - automatica. B = in base ad informazioni sulla situazione economica assunte attraverso organismi pubblici (ca- rabinieri, vigili accertatori, pubblica sicurezza, comuni, assistenti sanitarie, ecc.). C = in base a diagnosi personalizzata.			

Segue ALLEGATO N. 3

VALUTAZIONE DEL BISOGNO			CRITERI DI INTERVENTO			FORMA DELLE PRESTAZIONI		
A	B	C	D	E	F	Denaro	Mista denaro e natura	Ricovero (*)
+	+	+	+		+		+	+
+	+	+	+		+		+	+
	+	+	+		+		+	+
+					+		+	+
+					+		+	+
+	+	+	+		+		+	+
	+	+	+		+		+	+
+					+		+	+
+					+		+	+

D = in base a tabella prefissata.

E = in base a giudizio dell'Ente entro limiti prefissati.

F = in base a giudizio dell'Ente senza limiti prefissati (eccettuata la disponibilità di bilancio).

(*) Ricovero relativo a sola retta di mantenimento.

Segue ALLEGATO N. 3

ENTE O VOCE ASSISTENZIALE	TIPO DI PRESTAZIONI ASSISTENZA ECONOMICA		ANNO 1965 ASSISTENZA DI BASE E STRAORDINARIA		Spesa media annua per assistito
	Di base	Straordi- naria o accesso ai servizi	N. assistiti	Spese assi- stenziali	
<i>ECA della regione Trentino-Alto Adige</i>	+	+	8.317	363.840.303	43.650
<i>ECA della provincia di Trento . . .</i>	+	+	4.302	199.402.303	46.350
I Gruppo (Trento, Rovereto, Arco, Riva)	+	+	1.132	78.340.136	
II Gruppo (oltre i 2.000 abitanti - n. 40)	+	+	1.269	63.846.680	
III Gruppo (sotto i 2.000 abitanti - n. 183)	+	+	1.901	57.215.487	
<i>ECA della provincia di Bolzano . .</i>	+	+	4.015	164.438.000	40.950
I Gruppo (Bolzano, Bressanone, Merano)	+	+	2.227	94.484.000	
II Gruppo (oltre i 3.000 abitanti - n. 23)	+	+	718	33.575.000	
III Gruppo (sotto i 3.000 abitanti - n. 91)	+	+	1.070	36.379.000	

MINIMO VITALE

VOCE: Alimentazione.

TAVOLA 1

GENERI ALIMENTARI	Unità di misura	Prezzo unitario (lire)	Fabbisogno giornaliero (grammi)	Contenuto calorico	Spesa giornaliera (lire)
Latte	litro	110	250	170,5	27
Zucchero	Kg.	245	40	164,0	10
Pane	Kg.	160	200	536,4	32
Pasta - riso	Kg.	(*) 170-200	120	428,4	22
Carne (di bue e pollo)	Kg.	(*) 1.700-600	140	216,4	160
Uova	unità	30	25 ½	36,0	15
Patate, ortaggi e frutta mista	Kg.	(*) 70-100-250	300	150,0	42
Formaggio	Kg.	1.000	25	101,0	25
Vino	litro	120	100	65,8	12
Condimenti:					
formaggio grana	Kg.	1.500	10	40,4	15
burro - margarina	Kg.	1.000	15	110,9	15
lardo - strutto	Kg.	(*) 700-400	10	88,3	6
olio	Kg.	400	20	172,9	8
conserva pomodoro	Kg.	400	5	2,8	2
sale	Kg.	100	10	—	1
TOTALE				2.283,0	392
(*) È stata considerata la media semplice dei prezzi dei generi a fianco indicati					
Spesa rapportata a mese per un adulto					L. 11.760
Per i minori di 10 anni si prevede una riduzione del 20 per cento, quindi					L. 9.408

Segue: ALLEGATO N. 4

MINIMO VITALE

VOCE: Abbigliamento (sostituzione - manutenzione). TAVOLA 2

DESCRIZIONE ARTICOLO	Prezzo unitario Lire	FABBISOGNO			SPESA		
		Uomo	Donna	Bamb.	Uomo	Donna	Bamb.
<i>Uomo:</i>							
Cappotto uomo	16.500	0,20	—	—	3.300	—	—
Vestito invernale uomo	15.000	0,33	—	—	5.000	—	—
Vestito estivo uomo	12.500	0,33	—	—	4.125	—	—
Camicia	2.250	0,75	—	—	3.375	—	—
Canottiera estiva	350	2	—	—	700	—	—
Canottiera invernale	1.650	1	—	—	1.650	—	—
Mutande cotone	250	2	—	—	500	—	—
Mutande invernali	1.650	1	—	—	1.650	—	—
Calzetti	250	4	—	—	1.000	—	—
Fazzoletti da naso	100	2	—	—	200	—	—
Pigiama	2.500	0,33	—	—	825	—	—
Cravatta	500	2	—	—	1.000	—	—
Cappello	2.000	0,50	—	—	1.000	—	—
Scarpe	3.900	1	—	—	3.900	—	—
<i>Donna:</i>							
Cappotto	16.500	—	0,20	—	—	3.300	—
Vestito invernale	3.750	—	0,50	—	—	1.875	—
Vestito estivo	2.000	—	1	—	—	2.000	—
Tailleur	15.000	—	0,50	—	—	7.500	—
Golfino	2.000	—	1	—	—	2.000	—
Canottiera estiva	350	—	2	—	—	700	—
Canottiera invernale	1.550	—	1	—	—	1.550	—
Mutande	250	—	3	—	—	750	—
Calze	250	—	6	—	—	1.500	—
Camicia da notte	1.500	—	0,33	—	—	500	—
Sottoveste	500	—	1	—	—	800	—
Reggiseno	800	—	1	—	—	500	—
Reggicalze	500	—	1	—	—	500	—
Fazzoletto da naso	100	—	2	—	—	200	—
Foulard	500	—	0,50	—	—	250	—
Scarpe	2.750	—	1	—	—	2.750	—

Segue: ALLEGATO N. 4

Segue: TAVOLA 2

DESCRIZIONE ARTICOLO	Prezzo unitario Lire	FABBISOGNO			SPESA		
		Uomo	Donna	Bamb.	Uomo	Donna	Bamb.
<i>Bambino:</i>							
Cappotto	9.500	—	—	0,50	—	—	4.750
Vestito invernale	9.500	—	—	0,50	—	—	4.750
Vestito estivo	4.800	—	—	0,50	—	—	2.400
Camicia o camicetta	1.350	—	—	2	—	—	2.700
Maglione o golfino	2.600	—	—	0,50	—	—	1.300
Canottiera estiva	275	—	—	2	—	—	550
Canottiera invernale	950	—	—	1	—	—	950
Mutande	275	—	—	3	—	—	825
Calzetti lana o calze	500	—	—	3	—	—	1.500
Fazzoletti	100	—	—	4	—	—	400
Pigiama	1.500	—	—	1	—	—	1.500
Berretto invernale	1.500	—	—	0,33	—	—	500
Pantofole	1.000	—	—	1	—	—	1.000
Scarpe	3.200	—	—	2	—	—	6.400
<i>Manutenzione:</i>							
Lavatura a secco	800	3	3	—	2.400	2.400	—
Lavatura a secco per bambino . .	600	—	—	1	—	—	600
Risuolatura scarpe uomo e tacchi	1.200	2	—	—	2.400	—	—
Risuolatura scarpe donna e 3 risuolature tacchi	1.400	—	2	—	—	2.800	—
Risuolatura scarpe bambino . .	1.000	—	—	2	—	—	2.000
Riparazione vestiario uomo (cambio polsi e collo a 2 camicie) .	500	2	—	—	1.000	—	—
Riparazione vestiario donna . .	500	—	2	—	—	1.000	—
Filati e mercerie per uomo (2 rocchetti filo - bottoni)	500	—	—	—	500	—	—
Filati e mercerie per donna (4 rocchetti filo - bottoni - cerniera - elastici)... e per bambino . . .	1.000	—	1	1	—	1.000	1.000
TOTALE ANNUO					34.525	33.875	35.025
Spesa rapportata a mese per:							
uomo o persona singola							L. 2.877
donna							L. 2.827
bambino							L. 2.918
famiglia di 4 persone (2 bambini ÷ 2 adulti)							L. 11.536

Segue: ALLEGATO N. 4

MINIMO VITALE

VOCE: Igiene e Sanità.

TAVOLA 3

DESCRIZIONE ARTICOLO	Prezzo unitario Lire	FABBISOGNO ANNUO				SPESA ANNUA			
		Uomo	Bam.	Fam.		Uomo	Donna	Bam.	Fam.
<i>Igiene della casa:</i>									
Detersivi (in Kg.)	330	4 Kg.	—	—	12	1,320	1,320	—	3,960
Pagliette (in pacchi)	100	1 Kg.	—	—	3	100	100	—	300
Sapone bucato (in Kg.)	220	2 Kg.	—	—	8	440	440	—	1,760
Candeggina (in litri)	120	2 lt.	—	—	6	240	240	—	720
Spugne sintetiche (in pezzi)	100	4	—	—	6	400	400	—	600
Scope	500	0,50	—	—	1	250	250	—	500
Stracci per pavimenti	100	1	—	—	2	100	100	—	200
Cera per pavimenti (in Kg.)	800	1	—	—	2	800	800	—	1,600
Spazzole vestiti	300	0,50	—	—	1	150	150	—	300
Spazzole scarpe	100	1	—	—	2	100	100	—	200
Spazzole pavimenti	150	0,50	—	—	1	75	75	—	150
Lucido scarpe (in scatole)	110	2	—	—	6	220	220	—	660
TOTALE						4,195	4,195		10,950
<i>Igiene della persona:</i>									
Saponetta	50	12	12	—	40	600	600	—	2,000
Dentifricio (tubo da 100 gr.)	200	4	4	—	16	800	800	—	3,200
Pettine	100-200	1	1	—	1	100	200	—	200
Spazzolino denti	200	1	1	—	4	200	200	—	800
Spazzolino unghie	100	0,50	0,5	—	1	50	50	—	100
Lamette per barba (al pezzo)	25	100	—	—	100	2,500	—	—	2,500
Sapone barba	170	2	—	—	2	340	—	—	340
Pennello barba	300	1	—	—	1	300	—	—	300
Barbiere (taglio capelli)	350	12	—	—	48	4,200	—	—	—
Parrucchiere (seduta)	700	—	12	—	—	—	8,400	—	21,000
TOTALE						9,090	10,250	—	30,440
<i>Sanità:</i>									
Alcool (bottiglietta)	110	100	—	—	200	110	110	—	220
Cotone idrofilo (in Kg.)	1,000	150	—	—	500	150	150	—	500
Cerotto (scatola)	150	0,50	—	—	1	75	75	—	150
Bende	80	1	—	—	2	80	80	—	160
Aspirina (comprese)	8,5	20	—	—	60	170	170	—	510
Lassativi (bustine)	100	1	—	—	4	100	100	—	—
TOTALE						685	685		1,940
TOTALE GENERALE						(*) 13,970	(*) 15,130		44,630

(*) È stata effettuata la media semplice dei due importi che risulta essere di lire 14.550.

Spesa rapportata a mese per:

uomo o persona singola	L. 1.213
donna	L. —
bambino	L. —
famiglia di 4 persone (2 bambini ÷ 2 adulti)	L. 3.610

Segue: ALLEGATO N. 4

MINIMO VITALE

VOCE: governo della casa (consumo - sostituzione - manutenzione).

TAVOLA 4

DESCRIZIONE ARTICOLO	Prezzo unitario (Lire)	FABBISOGNO ANNUO		SPESA ANNUA	
		Uomo	Famiglia	Uomo	Famiglia
<i>Spese generali:</i>					
Energia elettrica per illuminazione ed usi domestici	a forfait	—	—	18.000	24.000
Lampadine	120	1	2	120	240
Gas (bombola da 10 Kg.)	1.750	6	8	10,500	14,000
Acqua (consumo e tassa)	a forfait	—	—	2.500	3.000
Fiammiferi	30	24	36	720	980
<i>Biancheria della casa:</i>					
Tovaglia con 6 tovaglioli	1.600	0,50	0,50	800	800
Strofinacci da cucina	200	2	4	400	800
Asciugamano	450	2	4	900	1.800
Coppia di lenzuola con due federe . .	2.400	0,25	1	600	2.400
<i>Utensileria per la casa:</i>					
Piatto completo (fondo, piano, piccolo)	360	1	2	360	720
Tazza caffè	125	1	2	125	250
Bicchieri	70	2	3	140	210
TOTALE ANNUO				35.165	49.200
Spesa rapportata a mese per:					
uomo o persona singola				L.	2.930
donna				L.	—
bambino				L.	—
famiglia di 4 persone (2 adulti e 2 bambini)				L.	4.100

Segue: ALLEGATO N. 4

MINIMO VITALE

VOCE: Vita di relazione.

TAVOLA 5

DESCRIZIONE ARTICOLO	Prezzo unitario (Lire)	FABBISOGNO ANNUO		SPESA ANNUA	
		Uomo	Famiglia	Uomo	Famiglia
Sigarette - pacchetto da 20 (n. 4 sigarette al dì)	180	73	146	13.140	26.280
Corrispondenza: lettere	60	12	30	1.520	2.600
cartoline	40	20	20	—	—
Trasporti (v. ISTAT) - ferrovia o corriera o autobus - Km.	10	150	320	1.500	3.200
Radio - abbonamento annuo	3.400	1	1	3.400	3.400
Libri, giornali, riviste	forfait	—	—	3.000	3.000
Cinema, teatro, concerti	350	6	20	2.100	7.000
TV al bar con 1 caffè	60	52	100	3.120	6.000
TOTALE ANNUO				27.780	51.480
Spesa rapportata a mese per:					
uomo o persona singola				L. 2.315	
donna				L. —	
bambino				L. —	
famiglia di 4 persone (2 adulti e 2 bambini).				L. 4.290	

Segue: ALLEGATO N. 4

MINIMO VITALE

PROSPETTO RIASSUNTIVO DELLA SPESA MENSILE (*)

TAVOLA 6

VOCI DI SPESA	Uomo	Donna	Bambino	Famiglia
Vitto	11.760	11.760	9.408	42.336
Abbigliamento	2.877	2.823	2.918	11.536
Igiene e sanità	1.213	1.213	—	3.610
Governo della casa	2.930	2.930	—	4.100
Vita di relazione	2.315	2.315	—	4.290
TOTALE	21.095	21.041	(**) 12.326	65.872
(*) Escluse le voci « affitto » e « riscaldamento ». (**) La spesa delle voci « Igiene e sanità », « Governo della casa » e « Vita di relazione » relativa al bambino si è considerata nel contesto familiare.				

ALLEGATO N. 5

DEI RISULTATI

Nuclei che raggiungono o superano il minimo vitale con l'assistenza concessa				Nuclei con fabbisogno aggiuntivo di assistenza							
Componenti				Con 1 componente		Con 2 componenti		Con 3 o più componenti		Totale	
1	2	3 o più	Totale	N.	Spesa (lire)	N.	Spesa (lire)	N.	Spesa (lire)	N.	Spesa (lire)
3	1	—	4	9	66.400	11	136.850	16	554.900	36	758.150
—	2	1	3	10	96.200	13	154.400	42	671.890	65	922.490
8	2	2	12	31	167.600	13	128.900	6	81.850	50	378.350
14	3	—	17	207	1.552.894	60	927.520	33	1.427.135	300	3.907.549
1	—	—	1	15	81.185	9	113.450	24	685.135	48	880.770
1	—	—	1	7	69.900	3	61.850	8	370.250	18	502.000
—	1	—	1	5	27.000	—	—	2	54.250	7	81.250
49	24	3	76	467	4.964.425	189	2.991.340	102	3.843.050	758	11.574.915

TAVOLA RIASSUNTIVA PER: « Fabbisogno », Assistenza erogata, Fabbisogno aggiuntivo.

COMUNI	Fabbisogno	ASSISTENZA CONCESSA	Fabbisogno aggiuntivo
<i>Provincia di Trento:</i>			
Comuni di fondovalle ad economia prevalentemente agricolo-industriale	809,550	65,000 (L. 13,600 in eccedenza) (*)	758,150
Comuni ad economia prevalentemente agricolo-zootecnico-forestale . .	970,990	49,800 (L. 1,300 in eccedenza) (*)	922,490
Comuni di montagna ad economia prevalentemente turistica . . .	633,080	338,500 (L. 83,770 in eccedenza) (*)	378,350
Comune capoluogo	6,388,525	2,560,600 (L. 79,614 in eccedenza) (*)	3,907,549
<i>Provincia di Bolzano:</i>			
Comuni di fondovalle ad economia prevalentemente agricolo-industriale	938,850	58,580 (L. 500 in eccedenza) (*)	880,770
Comuni ad economia prevalentemente agricolo-zootecnico-forestale . .	605,500	104,500 (L. 1,100 in eccedenza) (*)	502,000
Comuni di montagna ad economia prevalentemente turistica . . .	172,050	94,250 (L. 3,450 in eccedenza) (*)	81,250
Comune capoluogo	16,778,500	5,422,285 (L. 218,700 in eccedenza) (*)	11,574,915
(*) L'eccedenza non rappresenta uno spreco dei fondi destinati all'assistenza, ma semplicemente indica interventi oltre il minimo vitale a favore di persone o nuclei in particolari condizioni di bisogno.			

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

ASSESSORATO ALL'URBANISTICA

STATUTO TIPO DEI CONSORZI COMPRESORIALI PREVISTI DALL'ARTICOLO 20 DELLA LEGGE PROVINCIALE 2 MARZO 1964, N. 2

ART. 1.

Costituzione.

Ai fini previsti dall'articolo 20 della legge provinciale 2 marzo 1964, n. 2, i comuni elencati nel comma seguente, il cui territorio è stato incluso, dal piano urbanistico provinciale approvato con legge provinciale 12 settembre 1967, n. 7, nel comprensorio si costituiscono in consorzio a norma degli articoli 81 e seguenti della legge regionale 21 ottobre 1963, n. 29.

Fanno parte del consorzio i comuni di nonché quelli che comunque venissero compresi nell'ambito del comprensorio suddetto.

ART. 2.

Denominazione e sede.

Il consorzio assume la denominazione di « Comprensorio ».

La sede del consorzio è fissata nel comune di

ART. 3.

Scopi.

Il consorzio ha per scopo la formazione, l'adozione e l'esecuzione del piano comprensoriale, secondo le norme della legge provinciale 2 marzo 1964, n. 2 e con l'osservanza delle indicazioni generali previste dal Piano urbanistico provinciale.

A tale fine il consorzio, può promuovere quelle iniziative o attività dirette a favorire

la crescita civile ed economico-sociale delle popolazioni, a rafforzarne l'unità, il senso di appartenenza e la partecipazione, concorrendo in tal modo a costruire il comprensorio come comunità con obiettivi propri entro la comunità provinciale ed in conformità alle finalità che il Piano urbanistico provinciale intende perseguire attraverso i comprensori.

Il consorzio può inoltre esercitare le eventuali attività demandate dalla legge o comunque ad esso affidate.

ART. 4.

Scioglimento.

Il consorzio è costituito a tempo indeterminato e potrà sciogliersi, oltre che negli altri casi previsti dalla legge, qualora le sue finalità venissero a cessare per una modifica della legge urbanistica provinciale ovvero qualora venisse riformata, mediante variazione del Piano urbanistico provinciale, la ripartizione in comprensori dell'intero territorio provinciale.

Non comportano lo scioglimento del consorzio quelle variazioni del Piano urbanistico provinciale le quali implicassero soltanto la inclusione nel comprensorio di uno o di più comuni, diversi da quelli elencati nell'articolo 1 ovvero l'esclusione da esso di taluno di quelli che già ne facevano parte.

In tutti questi casi la partecipazione al consorzio si estende o, rispettivamente, si restringe ai soli comuni il cui territorio risulta compreso, per effetto della variazione, nei confini del comprensorio.

ART. 5.

Partecipazione.

Al fine di favorire una larga partecipazione di tutte le componenti sociali al conse-

guimento degli scopi di cui all'articolo 3, gli enti e i gruppi comunque costituiti e denominati (organizzazioni sindacali e di categoria, associazioni, gruppi culturali o di interesse, eccetera), purché operanti nel comprensorio, ove intendano partecipare alla realizzazione degli scopi stessi, comunicano al presidente del consorzio tale volontà di partecipazione, indicando la denominazione, la sede, l'attività, le modalità di funzionamento, nonché il nominativo della persona designata per i rapporti con il comprensorio.

Il consiglio direttivo accerta l'esistenza dei requisiti previsti dal primo comma ed in caso questi non sussistessero rinvia agli interessati la comunicazione con provvedimento motivato.

La comunicazione da inviarsi a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno può essere fatta entro due mesi dalla costituzione del consorzio comprensoriale o anche entro il 31 gennaio di ogni anno. La comunicazione dà diritto:

a) alle consultazioni previste dall'articolo 13;

b) all'invio di memorie o proposte al consiglio direttivo del consorzio sui temi comunque interessanti il comprensorio.

Per la conservazione del diritto di cui al comma precedente, la comunicazione va rinnovata ogni due anni.

Il consiglio direttivo è tenuto a redigere almeno una volta all'anno apposita relazione riassuntiva di tutti gli atti ad esso pervenuti ed a trasmetterla all'assemblea i cui componenti hanno diritto di prendere visione del testo integrale dei singoli atti.

Sulla relazione del consiglio direttivo dovrà pronunciarsi l'assemblea mediante ordini del giorno impegnativi per l'azione del consiglio stesso.

ART. 6.

Conferenze di servizio.

Allo scopo di conoscere le attività e le previsioni di intervento, nell'ambito del comprensorio, degli enti pubblici e degli uffici statali, e per favorirne il coordinamento, il presidente, sentito il consiglio direttivo, può convocare conferenze di servizio, alle quali invita gli enti e gli uffici interessati.

Tali conferenze sono presiedute dal presidente del consorzio.

ART. 7.

Organi.

Gli organi del consorzio sono:

- a) l'assemblea consorziale;
- b) il consiglio direttivo;
- c) il presidente.

ART. 8.

Assemblea.

L'assemblea consorziale è costituita dai rappresentanti dei comuni facenti parte del consorzio.

In seno all'assemblea i comuni sono rappresentati nella maniera seguente:

a) per i comuni fino a 1.000 abitanti, dal sindaco;

b) per i comuni oltre i 1.000 abitanti fino ai 3.000, dal sindaco e da due rappresentanti;

c) per i comuni oltre i 3.000 abitanti fino ai 10.000, dal sindaco e da quattro rappresentanti;

d) per i comuni oltre i 10.000 abitanti fino ai 30.000, dal sindaco e da sei rappresentanti;

e) per i comuni oltre i 30.000 abitanti fino ai 50.000, dal sindaco e da otto rappresentanti;

f) per i comuni oltre i 50.000 abitanti, dal sindaco e da dieci rappresentanti.

Ogni consiglio comunale nomina i propri rappresentanti elettivi in seduta pubblica ed a scrutinio segreto.

Può essere eletto rappresentante qualunque componente del consiglio comunale ovvero qualunque elettore del comune che abbia i requisiti per essere eletto consigliere.

Al fine di garantire la possibilità di rappresentanza anche della minoranza, l'elezione deve essere effettuata col metodo del voto limitato, esprimendo un solo nominativo su ogni scheda.

In ogni caso, qualora nella votazione non sia riuscito eletto alcun rappresentante della minoranza, subentrerà, in sostituzione dell'ultimo eletto dei candidati proposti dalla maggioranza, il candidato di minoranza che ha ottenuto il maggior numero di voti. La elezione deve essere effettuata con unica votazione e con l'intervento della maggioranza dei consiglieri assegnati al comune.

Il mandato dei rappresentanti cessa con la scadenza o con lo scioglimento del consi-

glio comunale che li ha eletti. Tuttavia essi mantengono l'ufficio sino all'elezione dei successori.

Segretario dell'assemblea è il segretario del consorzio.

ART. 9.

Compiti dell'assemblea.

Spetta all'assemblea:

- 1) eleggere nel proprio seno il presidente, il vice presidente e il consiglio direttivo;
- 2) approvare il bilancio preventivo, le eventuali variazioni, nonché il conto consuntivo del consorzio;
- 3) approvare le norme sullo stato giuridico e sul trattamento economico del personale eventualmente assunto dal consorzio;
- 4) stabilire le modalità del proprio funzionamento, con la facoltà di prevedere la formazione di commissioni di studio con la possibilità anche di farvi partecipare tecnici ed esperti estranei alla assemblea stessa;
- 5) deliberare circa il conferimento di incarichi o di consulenze per la progettazione del piano comprensoriale;
- 6) approvare il documento preliminare contenente l'indicazione e l'illustrazione degli obiettivi e delle linee direttive del piano comprensoriale, predisposto a norma del successivo articolo 13;
- 7) adottare il piano comprensoriale e le eventuali variazioni ai sensi ed agli effetti degli articoli 21 e 33 della legge provinciale 2 marzo 1964, n. 2;
- 8) decidere sulle osservazioni eventualmente pervenute, provvedendo se del caso alle necessarie varianti, per poi deliberare, sulla base altresì del giudizio di conformità della giunta provinciale, la definitiva adozione del piano;
- 9) deliberare sulle varianti eventualmente proposte dalla giunta provinciale, dandone, in caso di mancato accoglimento, motivata relazione, ai sensi dell'articolo 27 della legge citata;
- 10) introdurre nel piano comprensoriale le varianti eventualmente richieste dal consiglio provinciale;
- 11) promuovere le modifiche del presente statuto, da sottoporre ai consigli comunali;
- 12) deliberare infine su ogni altro oggetto che il presente statuto, la legge o il Piano urbanistico provinciale demandino all'assemblea consorziale.

ART. 10.

Funzionamento dell'assemblea.

L'assemblea consorziale si riunisce, su convocazione del presidente, ogni qualvolta il consiglio direttivo lo ritenga necessario o ne venga fatta richiesta da almeno un quinto dei membri in carica.

La convocazione è fatta mediante lettera raccomandata da consegnarsi all'ufficio postale almeno 8 giorni prima di quello fissato per la riunione. L'avviso deve contenere la indicazione del giorno, dell'ora e del luogo della riunione, nonché l'elenco degli oggetti posti all'ordine del giorno.

Nella stessa forma ed entro lo stesso termine, copia dell'avviso di convocazione, con l'ordine del giorno, deve essere fatta pervenire ai comuni del comprensorio.

Salvo il disposto dell'articolo 15, le deliberazioni dell'assemblea non sono valide se non è presente la maggioranza dei suoi membri e se non sono adottate a maggioranza dei presenti.

Le deliberazioni di cui ai numeri 6, 7 e 8 dell'articolo precedente devono essere adottate a maggioranza dei membri assegnati all'assemblea.

Delle discussioni e delle deliberazioni è redatto verbale, che dovrà essere firmato dal presidente e dal segretario.

ART. 11.

Convocazione obbligatoria.

La convocazione dell'assemblea è obbligatoria almeno due volte all'anno e precisamente a primavera e in autunno.

Nella seduta di primavera viene esaminato e deliberato il conto consuntivo dell'anno precedente.

Nella seduta d'autunno viene deliberato il bilancio di previsione per l'anno successivo.

ART. 12.

Consiglio direttivo.

Il consiglio direttivo è composto di almeno cinque membri compreso il presidente e il vicepresidente ed è eletto dall'assemblea consorziale nel proprio seno, a scrutinio segreto.

Il consiglio direttivo rimane in carica per cinque anni. Se durante tale periodo si rendesse vacante uno dei seggi, l'assemblea provvede ad eleggere il nuovo membro, che rimarrà in carica per il solo tempo mancante allo scadere del quinquennio.

ART. 13.

Compiti del consiglio direttivo per l'avvio della pianificazione comprensoriale.

Il consiglio direttivo è l'organo esecutivo del consorzio. In particolar modo ad esso compete predisporre, con la collaborazione del tecnico o dei tecnici incaricati della progettazione del piano comprensoriale, il documento preliminare contenente l'indicazione e l'illustrazione degli obiettivi e delle linee direttive secondo cui il piano comprensoriale dovrà essere redatto.

Prima di predisporre tale documento, il consiglio direttivo dovrà comunicare agli enti e ai gruppi di cui all'articolo 5 l'intenzione di procedere alla formazione del documento stesso, fissando un congruo termine entro il quale essi possano far pervenire eventuali proposte circa le linee fondamentali di assetto urbanistico del consorzio.

Ai fini della predisposizione del documento preliminare, il consiglio direttivo potrà valersi della consulenza congiunta o disgiunta di più persone scelte, a propria discrezione, anche al di fuori dell'assemblea consorziale, tra tutti coloro che siano ritenuti in grado di concorrere validamente alla ideazione del piano.

Dopo l'approvazione di tale documento da parte dell'assemblea, spetta al consiglio direttivo provvedere a che il piano venga redatto in armonia con gli obiettivi e con le linee direttive in esso stabilite.

Spetta al consiglio direttivo accertarsi che, prima che la assemblea si pronunci sulle materie di cui ai numeri 6 e 7 dell'articolo 9, i consigli comunali dei comuni facenti parte del consorzio, nonché gli enti e i gruppi di cui all'articolo 5, siano stati posti in grado di conoscere le proposte formulate al fine di far pervenire in tempo utile le proprie osservazioni a loro riguardo.

Le osservazioni eventualmente pervenute dovranno essere presentate alla assemblea dal consiglio direttivo, unitamente alle proprie proposte e ad eventuali osservazioni di replica.

Al fine di favorire la diretta partecipazione degli enti e gruppi di cui all'articolo 5,

il consiglio direttivo, ogni qualvolta lo ritenga opportuno e comunque prima che l'assemblea si pronunci sulle materie di cui ai numeri 6 e 7 dell'articolo 9, convocherà apposite riunioni invitandovi i rappresentanti degli enti e dei gruppi, per illustrare e discutere i documenti predisposti, con l'obbligo di relazione scritta all'assemblea.

Il consiglio direttivo riferirà periodicamente all'assemblea sulla situazione del comprensorio, con particolare riferimento allo stato della pianificazione comprensoriale.

ART. 14.

Compiti del consiglio direttivo.

Al consiglio direttivo spetta inoltre deliberare sulle seguenti materie:

1) formulazione del bilancio preventivo e compilazione del conto consuntivo;

2) formulazione delle norme sullo stato giuridico e sul trattamento economico del personale eventualmente assunto dal consorzio;

3) conferimento dell'incarico di segretario e assunzione e licenziamento degli impiegati e dei salariati;

4) elaborazione dei provvedimenti da proporre all'assemblea;

5) deliberazioni di incarico per il compimento di studi e di rilevazioni attinenti alla preparazione del piano;

6) deliberazioni su oggetti di competenza dell'assemblea nei casi di urgenza, fermo restando l'obbligo di sottoporre le delibere all'approvazione dell'assemblea nella sua prima riunione successiva. Non sono ammesse deliberazioni di urgenza del consiglio direttivo sulle materie di cui ai numeri 1, 5, 6, 7, 8 e 9 dell'articolo 9;

7) autorizzazione a stare in giudizio per le liti attive o passive nell'interesse del consorzio;

8) deliberazioni su ogni altro oggetto che la legge, o il presente statuto non riservino alla competenza dell'assemblea.

Per la validità delle deliberazioni occorre la presenza della metà più uno dei membri.

ART. 15.

Elezione del presidente.

Il presidente viene eletto a scrutinio segreto dall'assemblea, e dovrà essere uno dei sindaci o uno dei consiglieri comunali componenti la assemblea stessa.

L'elezione del presidente non è valida se non è fatta con l'intervento di due terzi dei membri dell'assemblea ed a maggioranza assoluta di voti.

Se dopo due votazioni nessun candidato ha ottenuto la maggioranza assoluta, si procede ad una votazione di ballottaggio tra i due candidati che hanno ottenuto, nella seconda votazione, maggior numero di voti, ed è proclamato presidente quello che ha conseguito la maggioranza assoluta dei voti.

Qualora la prima convocazione sia andata deserta oppure nessun candidato abbia ottenuto la maggioranza assoluta anzidetta, la elezione è rinviata ad altra adunanza, da tenersi entro il termine di otto giorni, nella quale si procede a nuova votazione, purché sia presente la metà più uno dei membri dell'assemblea. Ove nessuno ottenga la maggioranza assoluta dei voti, si procede nella stessa seduta ad una votazione di ballottaggio, ed è proclamato eletto chi ha conseguito il maggior numero di voti e, a parità di voti, il più anziano di età.

Il presidente può farsi sostituire, in caso di assenza o di impedimento, o può delegare temporaneamente parte delle sue funzioni ad un vice-presidente eletto dall'assemblea nel proprio seno.

ART. 16.

Compiti del presidente.

Il presidente ha la rappresentanza legale del consorzio. Convoca e presiede l'assemblea consorziale e il consiglio direttivo. Gli competono altresì:

1) il controllo sull'esecuzione delle deliberazioni della assemblea e del consiglio direttivo;

2) la firma degli atti e dei contratti del consorzio;

3) l'adozione di tutti i provvedimenti necessari ed urgenti per il buon funzionamento dei servizi consorziali, compresa la facoltà di sospendere cautelatamente dal servizio il personale.

ART. 17.

Direttore tecnico.

Il consorzio ha un direttore tecnico.

L'incarico di direttore tecnico è attribuito dal consiglio. L'incarico ha la durata di due

anni, può essere confermato di biennio in biennio e non può essere revocato prima del termine normale di scadenza senza una deliberazione motivata presa dal consiglio direttivo a maggioranza assoluta dei suoi membri.

Al direttore tecnico spetta un compenso mensile fissato dal consiglio direttivo.

ART. 18.

Compiti del direttore tecnico.

Spetta al direttore tecnico, in conformità alle decisioni prese dall'assemblea e dal consiglio direttivo, prendersi cura di tutti gli adempimenti e di tutte le operazioni necessarie per la formazione del piano comprensoriale, per il buon svolgimento del suo iter di approvazione e per la esecuzione, assicurando in ogni fase, a scopo di coordinamento, i contatti con gli enti e gli uffici interessati.

Spetta infine al direttore tecnico curare l'attuazione di ogni deliberazione dell'assemblea o del consiglio direttivo, che sia richiesta per il conseguimento degli scopi del comprensorio.

Il direttore tecnico è tenuto a intervenire a tutte le riunioni dell'assemblea e del consiglio direttivo, salvo legittimo impedimento. Non ha diritto di voto, ma ha diritto di essere ascoltato su tutte le questioni che attengono al piano comprensoriale.

ART. 19.

L'assemblea nomina annualmente i revisori dei conti in numero di tre, scegliendoli tra i componenti dell'assemblea stessa esclusi i membri del consiglio direttivo.

Uno dei revisori sarà nominato, in quanto possibile, dai rappresentanti delle minoranze.

ART. 20.

Finanziamento.

Per far fronte alle spese derivanti dal suo funzionamento, il consorzio si vale delle quote dovute dai comuni consorziati, degli eventuali contributi della provincia o di altri enti o di privati.

La quota globale a carico dei comuni è fissata annualmente dall'assemblea sulla

base del bilancio preventivo del consorzio. La sua ripartizione tra i comuni consorziati è fatta in proporzione alla popolazione residente.

Le quote dovute dai singoli comuni devono essere versate per il 50 per cento, entro il 30 giugno e per il restante 50 per cento entro il 31 dicembre. In caso di ritardo è dovuto l'interesse di mora in misura pari a quella legale.

Il consorzio potrà valersi per i suoi fini delle agevolazioni previste dalle leggi vigenti.

ART. 21.

Rinvio.

Per quanto non espressamente previsto nel presente statuto valgono le norme di cui al capo II del titolo V della legge regionale 21 ottobre 1963, n. 29.

TAVOLE 1-24

ALLEGATI ALL'INTERVENTO DEL COMM. STOPPER
ASSESSORE ALLA PROGRAMMAZIONE, AL LAVORO E ALL'ARTIGIANATO
DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

PAGINA BIANCA

**PRIMI RISULTATI DELLA RICERCA SULL'ASSISTENZA SOCIALE
NELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

TAVOLA 1. — Comuni e popolazione interessata nell'indagine campionaria.

PROVINCE	Comuni			Popolazione		
	Totale 1	Campione 2	%	Totale 4	Campione 5	%
Pordenone	51	21	42,2	254.118	107.587	42,3
Udine	136	80	58,8	523.552	347.011	66,3
Trieste	6	6	100,0	307.028	307.028	100,0
Gorizia	25	11	44,0	141.195	22.881	16,2
Regione Friuli-Venezia Giulia	218	118	54,1	1.225.894	784.507	64,0

TAVOLA 2. — Comuni del campione raggruppati secondo le risposte date sull'ufficio di assistenza e sulla utilizzazione presso tali uffici di operatori sociali.

PROVINCE	Comuni che hanno un ufficio di assistenza	Comuni sprovvisti di ufficio di assistenza	Comuni che non hanno in- dicato se han- no un ufficio di assistenza	Comuni che hanno risposto all'indagine	Comuni che utilizzano operatori sociali
Pordenone	7	10	4	21	1
Udine	38	36	6	80	3
Trieste	3	3	—	6	1
Gorizia	3	8	—	11	1
Regione Friuli-Venezia Giulia	51	57	10	118	6

Pertanto nella Regione solo il 43,2 per cento dei Comuni prevede nella sua organizzazione burocratica un Ufficio di assistenza. Tale percentuale dunque è già abbastanza modesta, ma per completare il quadro oc-

corre rilevare che solo il 5,1 per cento dei Comuni utilizza per il funzionamento degli Uffici di assistenza *personale* qualificato a livello di operatori sociali.

TAVOLA 3. — *Percentuale dei comuni dotati di uffici di assistenza e relative percentuali di tali comuni che utilizzano operatori sociali.*

PROVINCE	Comuni con ufficio d'assistenza (%)	Comuni dotati di uffici di assisten- za e che utiliz- zano operatori sociali (%)
Pordenone	33,3	4,8
Udine	47,5	3,8
Trieste	50,0	16,6
Gorizia	27,3	9,1
Regione Friuli-Venezia Giulia	43,2	5,1

L'assistenza è erogata:

- a) dai Comuni;
- b) dalle Province;
- c) dalle Regioni;
- d) dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;
- e) dagli Enti pubblici nazionali di assistenza sociale;
- f) dalle Istituzioni private di assistenza e beneficenza:
 - 1) laiche erette in enti morali;
 - 2) laiche non erette in enti morali;
 - 3) religiose riconosciute dagli accordi concordatari;
 - 4) religiose non riconosciute giuridicamente;
- g) dallo Stato.

Gli *obblighi assistenziali dei Comuni* riguardano i « poveri inabili al lavoro ».

Le cause inabilitanti possono essere:

- a) l'età avanzata o immatura;
- b) l'infermità cronica;
- c) gravi difetti fisici (paralitici, ecc.);
- d) gravi difetti psichici.

La forma dell'assistenza è quella economica (sussidi) o quella del ricovero presso istituzioni (pagamento rette).

L'« assistenza generica », cioè ogni iniziativa che concorra al soddisfacimento dei bisogni essenziali (immediata somministrazione di soccorsi in denaro, in natura o in prestazioni personali) è affidata all'Ente Comunale di Assistenza (ECA) istituito per legge presso ogni Comune della Repubblica.

Gli *obblighi assistenziali delle Province* riguardano:

a) l'assistenza psichiatrica. La cura ospedaliera degli infermi di mente;

b) l'assistenza minorile. Il mantenimento dei fanciulli nati fuori del matrimonio;

1) i nati fuori del matrimonio, denunciati allo stato civile e non riconosciuti né dalla madre né dal padre;

2) i nati fuori del matrimonio, denunciati allo stato civile e riconosciuti dalla sola madre (in condizioni di « povertà »);

3) i bambini abbandonati, di cui non si conoscono i genitori.

L'assistenza può assumere le seguenti forme:

– sussidi economici alle madri che allattano o allevano personalmente i bimbi;

– ricovero dei bimbi nei brefotrofi, o in altri istituti, preferibilmente, quando sono poppanti, insieme con le madri;

– affidamento dei fanciulli a balia o ad allevamento a famiglie che si prestino a questo, verso un corrispettivo a carico delle Province.

c) l'assistenza psico-pedagogica. L'educazione dei minorati sensoriali (ciechi e sordomuti) e dei frenastenici.

Le *Regioni* hanno competenza normativa e amministrativa (articoli 117 e 118 della Costituzione) nelle materie della beneficenza pubblica e dell'assistenza scolastica.

Le *Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza* (regolate dalla legge sulle Opere Pie del 1890) sono formate da determinate persone (associazioni benefiche) o da determinati beni (fondazioni di beneficenza); realizzano fini sempre determinati e particolari. Le IPAB dal punto di vista del contenuto possono raggrupparsi in due figure:

a) *elemosiniera* (o economica, o generica, o sussidiatrice): esercitata attraverso la dazione di denaro. Tale beneficenza attuano le Istituzioni elemosiniere vere e proprie, le fondazioni per borse di studio, le Fondazioni dotazioni, le Fondazioni per i patrimoni sacri, i Monti di Pietà, ecc.;

b) *ospedaliera* (o specifica): esercitata attraverso il ricovero in stabilimenti di soccorso. Tale è la beneficenza degli Ospizi, dei Brefotrofi, degli Orfanotrofi, dei Gerontocomii, eccetera.

Le IPAB si distinguono in « istituzioni di interesse comunale » e « istituzioni di interesse intercomunale o nazionale », a seconda che gli assistibili risiedono in uno solo o in più Comuni o addirittura sull'intero territorio nazionale.

Gli *Enti pubblici nazionali di assistenza sociale* sono rivolti:

a) all'assistenza delle madri e dei bambini in generale e, in particolare: 1) bambini predisposti alla tubercolosi; 2) gli anormali fisici o psichici; 3) i minorenni travati, abbandonati o delinquenti;

b) all'assistenza dei bambini orfani (di guerra e figli di lavoratori);

c) all'assistenza degli scolari e degli studenti;

d) all'assistenza degli invalidi (di guerra, di servizio, del lavoro, civili, ciechi civili, sordomuti);

e) all'assistenza dei lavoratori immigranti o emigranti;

f) all'assistenza degli ex detenuti.

Le *Istituzioni private di assistenza e beneficenza* rivolgono le loro attività a singole persone fisiche, o associazioni di persone fisiche, ovvero a fondazioni di carattere privato, le quali si determinano liberamente di assistere i poveri. Il rapporto fra i soggetti dell'assistenza privata non è giuridico, come è quello dell'assistenza pubblica, bensì etico e morale, riferibile alla coscienza di essere membri di una grande famiglia che risulta dal sentimento di « solidarietà e di fratellanza fra gli uomini ».

Infine, lo *Stato* e le Amministrazioni autonome dello Stato solo eccezionalmente attuano in forma diretta proprie iniziative assistenziali:

a) soccorsi giornalieri ai familiari dei militari richiamati o trattenuti alle armi;

b) assistenza rieducativa dei minorenni travati o delinquenti;

c) sussidi straordinari a lavoratori involontariamente disoccupati e ai familiari dei lavoratori immigranti;

d) assistenza alle donne ospitate negli Istituti femminili di patronato;

e) assistenza ai lebbrosi;

f) assistenza economica dei malati di tubercolosi;

g) assistenza ai mutilati ed invalidi civili.

Nella tavola che segue è riportata la situazione regionale delle istituzioni raggruppate secondo la natura giuridica.

TAVOLA 4. — *Istituti secondo la natura giuridica.*

(Friuli-Venezia Giulia 31 dicembre 1967)

NATURA GIURIDICA	N.	TOTALE
IPAB	33	67
Enti pubblici	34	
ISTITUTI DI NATURA PUBBLICA	—	
Istituti laici eretti in enti morali	19	
Istituti laici non eretti in enti morali	7	52
Istituti di natura privata laici	— 26	
Istituti di enti religiosi riconosciuti ai sensi della legge concordataria	19	
Istituti di enti religiosi non riconosciuti giuridicamente	7	
Istituti di enti religiosi	— 26	119
ISTITUTI DI NATURA PRIVATA	—	
TOTALE ISTITUTI (PUBBLICI E PRIVATI)		

TAVOLA 5. — *Istituti secondo la natura giuridica raggruppati per categorie di assistiti.*

(Friuli-Venezia Giulia 31 dicembre 1967)

NATURA GIURIDICA	ISTITUTI CON UNA SOLA CATEGORIA DI RICOVERATI					Istituti con più cate- gorie di rico- verati	Totale istituti (3=1+2)
	Minori	Handi- cappati	Vecchi indi- genti	Altre cate- gorie di rico- verati	Totale (1)		
IPAB	5	2	16	3	26	7	33
Enti pubblici	5	1	24	—	30	4	34
Istituti di natura pubblica . . .	10	3	40	3	56	11	67
Istituti eretti in enti morali . . .	2	1	3	3	9	10	19
Istituti non eretti in enti morali .	—	1	3	2	6	1	7
Istituti di natura privata laici . .	2	2	6	5	15	11	26
Istituti religiosi riconosciuti . . .	2	—	1	2	5	14	19
Istituti religiosi non riconosciuti .	1	—	1	2	4	3	7
Istituti di natura privata religiosi	3	—	2	4	9	17	26
Istituti di natura privata	5	2	8	9	24	28	52
Istituti pubblici e privati	15	5	48	12	80	39	119

Gli *assistiti* per province e secondo gli enti erogatori di assistenza sono riportati nelle tavole che seguono:

TAVOLA 6. — *Numero degli assistiti dai comuni della Regione.*

(Friuli-Venezia Giulia 31 dicembre 1967)

PROVINCE	INABILI AL LAVORO			BAMBINI DI		
	Fino a 18 anni	Oltre 18 anni	Totale	Colonie	Asili	Totale
Pordenone	109	484	593	222	142	364
Udine	186	1.344	1.530	344	167	511
Gorizia	180	470	650	478	924	1.402
Trieste	1	669	670	—	3.824	3.824
Regione Friuli-Venezia Giulia	476	2.907	3.443	1.044	5.057	6.101

TAVOLA 7. — *Iscritti nell'elenco dei poveri per l'assistenza generica erogata dagli enti comunali di assistenza (ECA) e assistiti nell'anno 1967.*

PROVINCE	Assistiti elenco dei poveri (31-12-1967)	Assistiti nell'anno 1967
Pordenone	3.389	4.645
Udine	9.190	11.459
Gorizia	5.333	6.415
Trieste	12.195	19.732
Friuli-Venezia Giulia	30.107	42.251

TAVOLA 8. — *Assistiti dalle amministrazioni provinciali del Friuli-Venezia Giulia secondo le categorie.*

(31 dicembre 1967)

PROVINCE	Malati di mente	Encefaliti	Minorati psichici	Ciechi	Sordo-muti	Illegittimi	Totale
Udine e Pordenone	3.515	20	310	55	98	2.377	6.375
Gorizia	711	—	62	7	9	397	1.186
Trieste	1.247	6	208	15	5	986	2.467
Friuli-Venezia Giulia	5.473	26	580	77	112	3.760	10.028

TAVOLA 9. — *Assistiti (donne e minori) dall'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI).*

(31 dicembre 1968)

PROVINCE	Donne	Minori	CON FORME DIVERSE DI ASSISTENZA	
			Donne	Minori
Pordenone	469	3.143	17	202
Udine	1.685	5.568	199	1.698
Gorizia	540	12.358	283	3.825
Trieste	458	5.926	180	2.606
Friuli-Venezia Giulia	3.152	26.995	679	8.331

TAVOLA 10. — *Assistiti dall'amministrazione aiuti internazionali.*

(31 dicembre 1968)

PROVINCE	Asili infantili	Refettori scolastici	Istituti per vecchi	Soggiorni di vacanza
Pordenone	3.750	2.082	700	—
Udine	8.260	2.300	2.078	30
Gorizia	2.353	1.300	598	—
Trieste	1.240	1.695	1.195	—
Friuli-Venezia Giulia	15.603	7.377	4.571	30

TAVOLA 11. — *Minori assistiti dai patronati scolastici.*

(31 dicembre 1968)

PROVINCE	Numero
Pordenone	7.365
Udine	18.803
Gorizia	4.010
Trieste	8.244
Regione Friuli-Venezia Giulia	38.422

TAVOLA 12. — *Assistiti ricoverati presso istituzioni pubbliche e private del Friuli-Venezia Giulia.*

(31 dicembre 1968)

PROVINCE	Befo- trofi	Orfani	Minori poveri e abban- donati	Anor- mali e senso- riali	Minorati fisici	Minorati psichici	Vecchi indi- genti	Altri	Totali
Pordenone . .	—	177	245	—	89	111	840	143	1.605
Udine	279	916	1.473	2	7	92	1.775	117	4.661
Gorizia	18	200	296	62	126	1	392	293	1.388
Trieste	39	153	498	17	—	91	1.162	502	2.462
Friuli-Venezia Giulia	336	1.446	2.512	81	222	295	4.169	1.055	10.116

La percentuale d'incidenza della popolazione assistita rispetto alla popolazione totale è circa del 4 per cento, con un campo di variazione massimo del 7,4 per cento per i Comuni della provincia di Trieste e minimo del 2,4 per cento per i Comuni delle province di Udine e Pordenone.

Circa le *strutture* assistenziali esse sono fornite rispettivamente:

a) dagli Enti nazionali di assistenza sociale (in particolare dall'ONMI);

b) dalle Istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza;

sub 1) con una sola categoria di ricoverati;
sub 2) con più categorie di ricoverati.

TAVOLA 13. — *Istituzioni dell'ONMI funzionanti al 31 dicembre 1968.*

PROVINCE	CONSULTORI			Dispen- sari dermo- cettici	CMPP	Asili nido	Altre (*)	Totale
	Materni	Pedia- trici	Totale					
Pordenone	8	40	48	1	1	1	1	52
Udine	13	87	100	1	2	1	—	104
Gorizia	8	23	31	2	1	2	2	38
Trieste	2	19	21	1	—	4	—	26
Regione Friuli-Venezia Giulia	31	169	200	5	4	8	3	220
(*) Asili-nido permanenti, istituti educativo-assistenziali, alberghi materni, ecc.								

TAVOLA 14. — *Istituzioni di ricovero al 31 dicembre 1967 (pubbliche e private) del Friuli-Venezia Giulia.*

TIPI DI ISTITUZIONI	Numero	Posti letto	Ricoverati
Brefotrofi	3	542	336
Orfanotrofi	6	477	395
Minori poveri e abbandonati	6	505	358
Totale istituti minori	15	1.524	1.089
Anormali sensoriali	1	120	62
Minorati fisici	2	156	126
Minorati psichici	2	112	91
Totale istituti handicappati	5	338	279
Vecchi indigenti	48	3.932	3.535
Altri istituti	12	717	675
Totale istituti con una sola categoria di ricoverati	80	6.511	5.578
Totale istituti con più categorie di ricoverati	39	5.370	4.538
TOTALE ISTITUTI	119	11.881	10.116

La tavola che segue riporta il calcolo di alcuni indici legati alle strutture di ricovero:

a) l'ampiezza media degli istituti (posti letto/numero istituti);

b) l'indice di occupazione o di rotazione per posto letto (ricoverati/posto letto);

c) il quoziente di posti-letto per ogni 1.000 abitanti (posti-letto/popolazione $\times$ 1.000);

d) il tasso di ricovero per ogni 1.000 abitanti (ricoverati/popolazione $\times$ 1.000).

TAVOLA 15. — *Indici degli istituti di ricovero calcolati sulla base della Tavola 14.*

(Friuli-Venezia Giulia 31 dicembre 1967)

TIPI DI ISTITUZIONI	Ampiezza media degli istituti	Indice di rotazione del posto-letto	Quoziente posti-letto ogni 1.000 abitanti	Tasso di ricovero per ogni 1.000 abitanti
Brefotrofi	180	61,9	0,44	0,27
Orfanotrofi	79	82,8	0,38	0,32
Minori poveri e abbandonati	84	70,8	0,41	0,29
Totale istituti minori	101	71,4	1,24	0,88
Anormali sensoriali	120	51,6	0,09	0,05
Minorati fisici	78	80,7	0,12	0,10
Minorati psichici	56	81,2	0,09	0,07
Totale istituti handicappati	67	82,5	0,27	0,22
Vecchi indigenti	81	89,9	3,20	2,88
Altri ricoverati	59	94,1	0,58	0,55
Totale istituti con una sola categoria di ricoverati	82	85,0	5,35	4,55
Totale istituti con più categorie di ricoverati	137	84,5	4,38	3,70
TOTALE ISTITUTI	100	84,7	9,73	8,25

La Tavola che segue permette una comparazione tra le varie percentuali di composizione della spesa dei Comuni fra le diverse attività assistenziali con il gruppo dei Comuni campione utilizzato nella ricerca.

[illegible]

TAVOLA 17. — *Spese per l'assistenza da parte dei comuni della Regione.*

(Migliaia di lire - anno 1967)

PROVINCE	Spesa totale	Spesa pro capite	
		Inabili	Bambini di colonie ed asili
Pordenone	821,942	256	14
Udine	1,910,820	275	16
Gorizia	698,996	323	54
Trieste	2,917,412	1,056	144
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	6,349,170	443	105

TAVOLA 18. — *Spesa per attività istituzionali dell'ECA.*

(Anno 1967 - Migliaia di lire)

PROVINCE	Spesa totale	% Spesa assistenziale su spesa totale	Spesa pro capite per assistito	Spesa pro capite per mese
Pordenone	142,092	78,8	24	2,0
Udine	345,581	84,1	25	2,0
Gorizia	152,570	70,4	16	1,3
Trieste	1,304,108	62,6	41	3,4
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	1,944,351	68,2	31	2,5

TAVOLA 19. — *Spesa per attività delegate dell'ECA.*

(Migliaia di lire - anno 1967)

PROVINCE	Spesa totale	Assistiti	Spesa pro capite per assistito
Pordenone	189,757	4.545	41
Udine	306,911	8.157	37
Gorizia	75,888	3.721	20
Trieste	248,394	6.892	36
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	820,950	23.315	35

TAVOLA 20. — *Spese sostenute dai patronati scolastici.*

(Anno 1967 - Migliaia di lire)

PROVINCE	Spesa istituzionale	Assistiti	Spesa pro capite
Pordenone	99,964	7,365	13,5
Udine	232,145	18,803	12,3
Gorizia	52,331	4,010	13,0
Trieste	101,396	8,244	12,2
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	485,836	38,422	12,6

TAVOLA 21. — *Spese delle amministrazioni provinciali per attività assistenziali.*

(Anno 1967 - Migliaia di lire)

PROVINCE	Spesa totale	Assistiti	Spesa pro capite
Udine e Pordenone	2.633,160	6,375	413,0
Gorizia	506,742	1,186	427,3
Trieste	2.775,275	2,467	1.125,0
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	5.915,177	10,028	590,0

TAVOLA 22. — *Spese delle amministrazioni provinciali della Regione secondo le varie categorie assistite.*

(Anno 1967 - Migliaia di lire)

CATEGORIE DI ASSISTITI	Spesa totale	Assistiti	Spesa pro capite
Malati di mente	4.715,169	5,473	861
Encefalitici	30,475	26	1.172
Minorati psichici	395,500	580	681
Ciechi	41,407	77	537
Sordomuti	74,058	112	661
Illegittimi	658,568	3,760	175
TOTALE FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	5.915,177	10,028	529

Infine un attento discorso merita la questione del *personale* che opera presso istituzioni pubbliche e private di ricovero.

La tavola che segue riporta la situazione del personale laico e religioso nelle istituzioni di ricovero.

TAVOLA 23. — *Situazione del personale occupato nelle istituzioni di ricovero secondo la condizioni.*

(31 dicembre 1967)

PROVINCE	Istituti con una sola categoria di ricoverati		Istituti con più categorie di ricoverati		TOTALE		
	Laici	Religiosi	Laici	Religiosi	Laici (1)	Religiosi (2)	Totale (1 + 2)
Pordenone	105	63	136	68	241	131	372
Udine	447	167	183	173	630	340	970
Gorizia	187	31	65	52	252	83	335
Trieste	211	91	153	59	364	150	514
FRIULI-VENEZIA GIULIA . . .	950	352	537	352	1.487	704	2.191

Sul personale, oltre ai dati quantitativi e alla condizione (laico o religioso), non è dato disporre di tutti quegli altri elementi di valutazione (formazione e rapporto giuridico di lavoro) necessari per apprezzare in senso positivo o negativo il rapporto *essenziale*: perso-

nale/ricoverati. Pertanto si calcoleranno soltanto gli indici che permettono di misurare il rapporto personale/ricoverati, rinviando qualsiasi giudizio di merito circa la bontà delle prestazioni erogate al tale personale.

TAVOLA 24. — *Rapporto personale ricoverati per tipi di istituzioni.*

(Regione Friuli-Venezia Giulia 31 dicembre 1967)

TIPI DI ISTITUZIONI	Personale	Ricoverati	Rapporto personale ricoverati
Brefotrofi	151	336	2,2
Orfanotrofi	106	395	3,7
Istituti per minori poveri e abbandonati	98	358	3,6
Istituti per minori	355	1.089	3,1
Anormali sensoriali	27	62	2,3
Minorati fisici	43	126	2,9
Minorati psichici	30	91	3,0
Istituti per handicappati	100	279	2,8
Vecchi indigenti	685	3.535	5,2
Altre categorie di ricoverati	162	675	4,1
Totale istituti con una sola categoria di ricoverati	1.302	5.578	4,3
Totale istituti con più categorie di ricoverati	889	4.538	5,1
TOTALE ISTITUTI	2.191	10.116	4,6

Il rapporto personale/ricoverati è nel complesso abbastanza buono, purtuttavia occorre ricordare che è stato segnalato nel personale di assistenza tutto il personale religioso nonché il personale addetto ai servizi ausiliari.

Di questo occorrerà tenerne conto per non cadere in una valutazione troppo ottimista della riduzione.