

V.

**SEDUTA DI MERCOLEDI' 28 APRILE 1971**

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MATTARELLI**

**INDI**

**DEL VICEPRESIDENTE MAULINI**

PAGINA BIANCA

### La seduta comincia alle 17.

**PRESIDENTE.** Riprendendo la nostra indagine conoscitiva sui problemi dell'assistenza, abbiamo il piacere di ospitare oggi il ragioniere Carlo Tognoli, assessore all'assistenza del comune di Milano. Lo ringrazio vivamente per avere accolto il nostro invito.

Ascolteremo con interesse l'esposizione che egli ci farà in quanto certamente recherà la esperienza di un grande comune come Milano.

Do senz'altro la parola all'assessore Tognoli.

**TOGNOLI, Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano.** Debbo subito dire che più che rispondere ai quesiti posti dal questionario formulato dalla Commissione, desidererei esporre alcuni concetti di carattere generale, perché ritengo che attraverso le domande specifiche sia più semplice affrontare alcune questioni che riguardano la assistenza.

Io credo che il primo problema di carattere generale che sorge all'attenzione di chi si occupa di questo problema sia quello di valutare come è stata svolta sino ad ora l'assistenza dagli Enti pubblici, dallo Stato, e anche dagli Enti privati nel nostro Paese.

Il criterio generale non è stato mai quello di garantire agli *handicappati* in generale, siano essi anziani o inabili al lavoro, una reale possibilità di inserimento nella società. Quasi sempre — cioè — Stato ed Enti pubblici hanno estratto l'*handicappato* e lo hanno rinchiuso in qualcuno degli Istituti a gestione statale, privata, o degli enti pubblici, non consentendogli di rimanere nell'ambito della società. Per cui io credo che, quando si parla di riforma dell'assistenza, si debba prima di tutto affrontare questo problema di garantire allo *handicappato* — qualunque sia la minorazione di cui esso soffre — il suo mantenimento nella società, per garantirgli la difesa della sua personalità. Io credo che, per quanto riguarda la amministrazione comunale di Milano — cioè di un grande comune del nord — esso non si

soltrae alla condizione generale degli altri comuni italiani, anche se dal punto di vista economico, qualche cosa di diverso c'è. Per cui, oggi, è prevalso anche presso l'amministrazione comunale di Milano il principio di cambiare il criterio dell'assistenza stessa, trasformandola da assistenza dell'amministrazione comunale, che interviene solo sul piano economico, oppure con una serie di prestazioni rese attraverso gli Istituti per anziani o per minori o sub normali, in quell'assistenza tipica che si esprime con l'assistenza domiciliare. A questo proposito debbo dire che siamo ancora ai primi esperimenti nell'ambito dell'amministrazione comunale di Milano: e in particolare, per quanto riguarda gli anziani ed i minori l'assistenza domiciliare è stata effettuata quasi esclusivamente sotto il punto di vista economico, cioè con sussidi concessi ad anziani e minori, e a famiglie in condizioni economiche particolarmente disagiate il che non rappresenta una forma compiuta di assistenza domiciliare che dovrebbe consentire agli *handicappati* di rimanere nell'ambito della famiglia e della società.

Abbiamo svolto nella nostra città alcuni esperimenti che riguardano gli anziani, attraverso la creazione di ambulatori geriatrici, per mezzo dei quali forniamo prestazioni di carattere sanitario, prestazioni di carattere sociale, e anche prestazioni di carattere domestico, queste ultime attraverso dei lavoratori che svolgono per conto degli anziani delle attività di carattere domestico vere e proprie.

Questo esperimento svolto a Milano è però un esperimento limitato; cioè riguarda circa duecento anziani bisognosi, nell'ambito della intera città.

Entrando in alcuni aspetti posti dal questionario, credo che ci siano da sottolineare dei problemi che ci portano a prendere in considerazione questo tipo di assistenza: l'assistenza domiciliare. Essa è, dal punto di vista economico, assai vantaggiosa per gli enti pubblici. Per esempio al punto b) del questionario si chiede l'incidenza delle spese di gestione rispetto al complesso dei finanziamenti de-

stinati allo scopo. Possiamo dire che per quanto riguarda gli istituti le spese di gestione, per la zona di Milano sono circa il 70-80 per cento degli stanziamenti. Le medesime spese di gestione, riferite a questo modestissimo esperimento domiciliare, sono di circa il 20-30 per cento. È evidente, sotto il profilo economico, il vantaggio che si ricava dall'assistenza di questo tipo, non solo perché abbiamo avuto la possibilità di usufruire della attività di associazioni volontarie, ma anche perché, oggettivamente, gli sprechi che si verificano negli ambiti di una amministrazione pubblica sono assai inferiori nel caso di una assistenza domiciliare.

Credo di poter affermare che il tipo di assistenza, come si svolge oggi, non è congruo né dal punto di vista economico né dal punto di vista del metodo anche se occorre dire che ci sono dei problemi non indifferenti da superare.

Sempre con riferimento all'assistenza domiciliare è da sottolineare il fatto che non è semplice incontrare l'adesione delle famiglie, sia per quanto riguarda gli anziani, sia per i minori. Vi è, dunque, e per ragioni di insufficiente maturazione e, molto spesso, per ragioni economiche, una repulsione della famiglia nei confronti degli *handicappati*.

Sotto questo profilo, ritengo importante un'azione di educazione delle famiglie attraverso la quale si possa arrivare a quei risultati che ci si propone, cioè al mantenimento degli *handicappati* nell'ambito familiare.

Per quanto riguarda il punto e) del questionario, circa le preferenze o meno che la gestione della assistenza sia esercitata dagli enti pubblici o da parte di terzi con finanziamento pubblico, debbo dire che, sul piano degli enti privati, sempre con riferimento alla zona di Milano, vi sono alcuni enti, religiosi e non, che sul piano delle prestazioni qualitative raggiungono livelli superiori a quelli della prestazione comunale di Milano e di altri enti pubblici milanesi.

Si tratta, però, di eccezioni: nella media le prestazioni degli enti privati assistenziali non raggiungono le prestazioni offerte dagli enti pubblici.

Credo che questo sia un problema che ci deve spingere a valutare attentamente questo aspetto perché compiere radicalmente una scelta a favore dell'ente pubblico per la gestione dell'assistenza, potrebbe essere un errore in quanto abbiamo degli esempi che ci suggeriscono di mantenere in vita determinati enti ed istituti.

D'altra parte il livello medio di questi istituti non è alla pari di quello dell'Amministrazione comunale, o anche dell'Amministrazione provinciale. Questo, sempre - ripeto - riferito al milanese.

Per quanto riguarda i punti f) e g) del questionario non ho particolari comunicazioni da fare. Per quanto riguarda il punto h) circa il ruolo delle Regioni nel settore assistenziale, non esprimo delle tesi particolarmente originali, ma mi richiamo a quelle tesi che sostengono che lo Stato deve avere una funzione di carattere generale nell'ambito della legislazione assistenziale, demandando alla Regione tutti gli aspetti più particolari, sia per quanto riguarda la programmazione economica, sia per gli aspetti legislativi di settore, sia per i controlli sulle iniziative e gli istituti, mentre agli enti locali deve essere affidata la gestione delle attività assistenziali. Si parla ormai da tempo della unità dei servizi locali. La si riferisce, da parte di alcuni, ad una entità ancora da definirsi che può essere, per quanto riguarda i grandi comuni, una entità sub-comunale, e per quanto riguarda i piccoli comuni, una entità inter-comunale. Io non so se questo sia il modo più esatto di affrontare il problema. Probabilmente, esclusi i comuni più piccoli - cioè quelli che non sono in grado di svolgere un certo tipo di servizi assistenziali - credo che per i grandi comuni sia indispensabile ricorrere ad una entità sub-comunale, collegandola strettamente al problema del decentramento amministrativo e dei quartieri; mentre infine per quanto riguarda i comuni di entità media (direi comuni da 5 mila abitanti in su) l'entità territoriale più adatta è proprio l'amministrazione comunale, anche se, sotto il profilo di qualche servizio, ci possono essere delle disfunzioni, che però sono facilmente superabili.

Problema più grave sorge, penso, per i comuni inferiori ai 5 mila abitanti; ma è un problema che francamente non conosco perché non è un problema della provincia di Milano, salvo che per pochi comuni. Quindi, ripeto, mancando di una valutazione concreta, non saprei come possa essere affrontato, a questo livello, il problema. Penso però che il comune, come tale, sia l'entità più adatta per svolgere la gestione dei servizi assistenziali, ritrovando, se mai, ad un livello superiore la gestione di qualche servizio complementare che possa completare l'attività assistenziale dell'Amministrazione comunale.

Il punto i) del questionario richiede suggerimenti per una riforma in periodo lungo, ipotizzata verso un sistema di sicurezza sociale

e proposte specifiche per il periodo breve. Credo che, per quanto riguarda un riforma dell'assistenza, per giungere ad un sistema di sicurezza sociale, il concetto ispiratore da porre alla base di questa riforma sia quello che ho cercato brevemente e sinteticamente di esporre all'inizio di questa breve introduzione, e cioè concepire delle attività assistenziali come attività che consentano di colmare le insufficienze che cittadini *handicappati* trovano per il loro inserimento nella vita della società. Questo è il concetto ispiratore che quindi esclude gli istituti chiusi, attraverso i quali si è fatta finora l'assistenza nel nostro Paese; e vale invece la ricerca di un tipo di assistenza aperta attraverso istituzioni che forniscano il servizio assistenziale al cittadino lasciandolo nell'ambiente naturale in cui esso vive normalmente.

Certo questo è un obiettivo che si potrà raggiungere solo gradualmente perché - e mi riferisco sempre ai dati che riguardano Milano - per quanto concerne gli anziani e i minori, il rapporto fra gli stanziamenti, relativi agli istituti in cui sono ricoverati anziani e minori, è all'incirca di otto a uno rispetto agli stanziamenti che noi formiamo per l'assistenza domiciliare. Ciò comporta una serie di valutazioni relative alle situazioni economiche familiari per cui non è un problema di facile soluzione.

Non entro nel merito dei suggerimenti per una riforma perché so che ci sono diverse proposte di legge che affrontano questo problema.

Per quanto riguarda proposte per provvedimenti legislativi a breve termine, credo che siano indispensabili dei provvedimenti soprattutto per alcune categorie di *handicappati* che si trovano oggi in condizioni particolarmente svantaggiose. Mi riferisco, in particolare, alla categoria dei subnormali che, oggi, non è tutelata da alcuna legge. Penso ad una legge di carattere provvisorio che entri nell'ambito di una riforma generale dell'assistenza: una legge che preveda che i subnormali non siano più segregati in istituti che hanno oggi caratteristiche assai simili a quelle degli istituti psichiatrici. Si tratta di subnormali, minori ed adulti, che hanno un quoziente di intelligenza inferiore all'unità, ma che tuttavia sono ampiamente recuperabili, come ha dimostrato l'esperienza di tutti i paesi europei, sotto il profilo dell'inserimento nella società e, in particolar modo, dell'inserimento lavorativo. Questi subnormali hanno oggi quasi sempre, nel nostro paese, la possibilità di frequentare delle scuole o degli istituti di addestramento fino al ventunesimo anno di

età, dopo di che tutte le nozioni apprese, che li mettono in condizione di svolgere un'attività lavorativa, non vengono utilizzate in seguito perché essi vengono rinchiusi in istituti psichiatrici o in istituti a gestione custodialistica che non consente loro di inserirsi nell'ambito della società.

Per questo io ritengo che un provvedimento a breve termine sia assai importante per questa categoria; in particolare tenendo conto della creazione di laboratori protetti, perché i subnormali possano essere inseriti abbastanza facilmente nella produzione. A Milano, abbiamo avuto in questo senso affidamenti da grandi aziende, private e a partecipazione statale, che ci fanno bene sperare per quanto riguarda questo settore particolare. In questo senso non voglio dire che si debbano varare dei provvedimenti legislativi che ritornino al settorialismo dell'assistenza, ma ritengo che in questo particolare caso, come in altri settori che a Milano saranno meno evidenti - ma possono essere più evidenti in altre zone del Paese - provvedimenti legislativi possano essere utili a sanare una situazione per la quale siamo in forte ritardo.

Non voglio aggiungere altro, e mi scuso se questa mia introduzione è stata molto disorganica, e legata probabilmente più ad alcuni problemi che ad altri. Spero, attraverso qualche risposta a vostre domande, di poter chiarire meglio il mio pensiero; e ringrazio ancora per l'ascolto, e anche per l'invito che mi è stato rivolto.

**PRESIDENTE.** Ringrazio vivamente a nome della Commissione l'assessore Tognoli per la sua esposizione; certamente saranno di estremo interesse anche le risposte che egli darà alle serie di domande che noi gli faremo. Anzi ne faccio subito qualcuna io, telegraficamente, per non portar via tempo ai colleghi. Io sono d'accordo che oggi dobbiamo puntare decisamente a fare in modo che il minore o l'anziano bisognoso di assistenza non venga tolto dall'ambiente familiare, ma mi rendo anche conto che dobbiamo lottare contro quelle resistenze che ci sono nelle famiglie. Quindi la mia domanda è questa: voi, a Milano, avete un servizio sociale che vi dia un aiuto, un apporto in quest'opera educativa che deve arrivare alle famiglie per far comprendere che anche il bambino disadattato, subnormale, per quanto è possibile, deve crescere all'ombra della famiglia, sia pure con tutto l'apporto medico e assistenziale che possono essere offerti ambulatorialmente? Mi pare che se non si insiste sulle famiglie, non si arriva a quello

che è l'obiettivo cui giustamente dobbiamo tendere.

Seconda domanda. Lei ha detto che esistono istituti privati che hanno un altissimo livello specialistico, e d'altra parte non c'è dubbio che nel nostro ordinamento c'è ampia possibilità di intervento privato. Il problema è questo: voi a Milano avete fatto una certa esperienza nel campo dei controlli di questi istituti privati? L'opinione pubblica (è una domanda che abbiamo fatto anche ad altri ospiti), di fronte a quei casi clamorosi di cui ha parlato la stampa (lasciando da parte la strumentalizzazione), come ha reagito? Non c'è dubbio che in questo settore esistono preoccupazioni. A Milano, nel campo del controllo di questi istituti privati, esiste una organizzazione che consente di essere sufficientemente tranquilli?

La mia terza domanda è questa: noi abbiamo oggi, come ente assistenziale di base, l'Ente comunale di assistenza. Si parla di una soppressione dell'ECA, dato che tutto dovrebbe confluire nella unità socio-assistenziale locale, cui ella ha accennato. Ritieni lei che la struttura dell'ECA, possa essere utilizzata in qualche modo; ed ha qualche idea in proposito? Ho sentito parlare, in un convegno, di una specie di azienda municipalizzata, che continuerebbe a svolgere questa attività, anche se in senso diverso, ma comunque come una entità a sé, sia pure alle dipendenze della unità assistenziale locale. Penso che ciò potrebbe essere utile perché altrimenti si rischia di disperdere delle esperienze estremamente positive.

Infine, per quanto riguarda i sub-normali, credo che non si tratti tanto di difetto di legge, quanto piuttosto di strumenti operativi; mi riferisco per esempio alla recente legge a favore dei mutilati e invalidi civili.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza del comune di Milano*. Ringrazio per le domande molto interessanti che mi consentono di completare la mia esposizione.

Alla prima domanda risponderò che noi, a Milano, abbiamo un servizio sociale per svolgere un'opera educativa nei confronti delle famiglie. Debbo dire, però, che questo servizio non è esteso a tutta la città. Abbiamo degli esperimenti in due zone (su 20) della città. Per queste due zone c'è un segretariato sociale ed una *équipe* di assistenti sociali che svolgono la loro opera anche in relazione al problema dell'ambito familiare; problema molto complesso e difficile. Molti minori disadattati possono essere affidati anche ad altre famiglie;

ma questo è un problema che comporta - se si vuole che questo affidamento abbia dei risultati concreti - una consensualità e della famiglia affidante e di quella affidataria, il che è assai difficile a realizzarsi sul piano concreto, perché l'obiettivo che si sono posti i nostri sociologi, i nostri assistenti sociali e psicologi, è quello di mantenere collegate le due entità familiari; mentre spesso oggi l'affidamento del minore viene disposto con sentenza del Tribunale, e in questo caso avviene quasi sempre presso istituti. Perciò la difficoltà del lavoro che viene svolto sotto questo profilo, è proprio quella di mantenere i contatti fra la famiglia affidante e quella affidataria.

Per quanto riguarda, poi, tutta quell'opera educativa che riguarda, in generale, le famiglie nelle quali esistono *handicappati*, oppure anziani, questo è un lavoro che si sta svolgendo con una certa organicità solamente - come ho detto - in due delle 20 zone in cui è divisa la città di Milano sotto il profilo del decentramento amministrativo; e cominciamo ad avere dei risultati positivi; li abbiamo ricavati dalle richieste di sussidi domiciliari, che erano rimaste stazionarie negli anni scorsi, e che in quest'ultimo anno hanno avuto un incremento.

Il che significa che questo tipo di lavoro educativo ha sortito dei risultati, anche se ci troviamo su un piano sperimentale.

Per quanto riguarda il secondo problema relativo al controllo degli istituti, debbo dire che questo controllo viene svolto dal comune di Milano da diversi anni, ma con una limitazione: si controllano solamente gli istituti nei quali l'amministrazione comunale ha dei minori con retta a carico comunale. Tale controllo ha dato dei risultati positivi. Ci sono istituti con una gestione quasi perfetta e con delle prestazioni, dal punto di vista sanitario e psico-pedagogico, notevoli ed istituti in cui le prestazioni del secondo tipo, cioè le psico-pedagogiche, non sono all'altezza delle migliori.

Logicamente sussiste il problema del controllo di altri istituti che hanno minori che non sono né a carico comunale né a carico provinciale e che non hanno praticamente alcun tipo di controllo dal momento che i controlli di carattere prefettizio sono assai rari e non consentono un intervento efficace per modificare la gestione. Infatti credo che il controllo vada esercitato in questo senso, vale a dire orientativo e non punitivo.

Per quanto concerne gli ECA, non so, riguardo alla città di Milano, se si possa utilizzare la loro struttura essendo essa una strut-

tura centralizzata, al contrario della nostra che tende al decentramento attraverso i servizi sociali e sanitari che andiamo predisponendo in collegamento con i consigli di quartiere. Se gli ECA riuscissero, in questi anni, a trasformare la loro struttura in questo senso, allora sarà possibile utilizzarli anche perché le loro esperienze sono positive: infatti gli ECA hanno un servizio di assistenza sociale quantitativamente migliore di quello della amministrazione comunale.

Per quanto concerne i subnormali, debbo dire che a Milano ci sono tre centri di addestramento e un laboratorio protetto a Garbagnate Milanese che fu istituito nel 1955-56 che ha finora funzionato egregiamente. Anche questo, però, è un esperimento limitato.

La cosa grave è che non c'è nulla oltre a questi laboratori protetti. È necessario - e noi lo faremo - trovare delle forme di collegamento delle aziende con questo particolare settore, facendo intervenire l'ente pubblico, sia esso Stato o altra amministrazione pubblica, per compensare, sotto il profilo salariale, quanto non può corrispondere l'azienda privata.

È evidente che se un subnormale produce per due terzi rispetto a un lavoratore normale, l'ente pubblico deve intervenire per quanto riguarda il profilo salariale. Al di fuori di questi interventi di carattere economico, quello che importa è soprattutto l'inserimento di questi *handicappati* nell'attività produttiva che deve essere concepita non solo attraverso laboratori protetti, ma attraverso veri e propri settori di produzione.

In questa maniera credo che si possa contribuire alla soluzione di un problema assai grave nel nostro paese.

**MAULINI.** Circa l'assistenza domiciliare ci è stato ricordato che essa non incontra molto favore, anzi si è parlato addirittura di repulsione dei familiari verso gli *handicappati*. Queste considerazioni mi hanno molto amareggiato.

Ho sentito parlare di un rapporto di otto a uno tra l'assistenza tradizionale e quella domiciliare. Di fronte a questi dati, non certamente positivi, il comune di Milano intende continuare la sua attività? Ritiene di poter fare un'opera di convincimento presso le famiglie? Come intende farla?

Ho sentito parlare anche di 70-80 per cento di spese di gestione per alcuni istituti, mentre si parla di 20 per cento per le spese di gestione per l'assistenza domiciliare.

Ci potrebbe dare qualche delucidazione circa questa gestione? Quante sono le assi-

stenti sociali in servizio a Milano e quale giudizio dà l'assessore sul loro rendimento?

**TOGNOLI, Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano.** Noi siamo orientati per l'assistenza domiciliare; attualmente abbiamo avuto un'esperienza riferita soltanto a duecento anziani e proprio perché si è trattato di un esperimento, abbiamo preferito svolgerlo su una popolazione limitata. Tuttavia, entro l'anno, si avranno quattro ambulatori geriatrici, con annesso un centro geriatrico comunale che prevede l'assistenza di carattere sanitario e domestico interessante una popolazione di circa duemila anziani. In questo modo, si dovrebbe coprire un quinto degli anziani bisognosi di questo tipo di assistenza, secondo le valutazioni da noi fatte; ci riferiamo, cioè, a cittadini di età superiore a 65 anni e in particolari condizioni di bisogno economico; mentre invece io credo che si dovrebbe andare al di là di questo concetto. Il tipo di assistenza domiciliare che noi svolgeremo sarà continuo, simile a quello che è stato svolto a Firenze; con qualche prestazione in più, perché abbiamo sfruttato l'esperienza acquisita nell'ambito di Firenze, riferita ad una popolazione abbastanza elevata di un migliaio di anziani.

Per quanto riguarda, invece, l'incidenza delle spese di gestione, ho dati estremamente generici, ma che riassumo. Per quanto riguarda le spese del personale, noi possiamo dire di arrivare, a Milano, negli istituti, all'incirca al 40-50 per cento, in generale, per spese di gestione. Il resto sono spese di manutenzione dell'istituto, spese relative al vitto agli ospiti dell'istituto, la percentuale inerente ai sussidi che l'amministrazione comunale dà agli anziani che sono privi di qualunque tipo di assistenza economica, o la percentuale che si lascia, delle pensioni di previdenza o pensioni sociali, agli ospiti degli istituti. *Grosso modo* questa è la divisione delle spese; maggiore è quella del personale, perché, essendo cresciuto il livello qualitativo delle prestazioni nell'ambito degli istituti, e cresciuto, evidentemente il costo del personale, perché legato all'aumento del personale di carattere soprattutto infermieristico.

Il vantaggio dell'assistenza domiciliare è dovuto al fatto che tale servizio sarà in futuro richiesto da anziani che godono non solo di pensione sociale ma di una pensione che consente loro di affrontare certe spese che altrimenti verrebbero affrontate nell'ambito dell'istituto; e anche il personale di carattere sanitario riceve un più proficuo impiego, per-

ché nell'ambito degli ambulatori geriatrici c'è la possibilità di consentire alcuni servizi che negli istituti sono invece dovuti istituito per istituto, con dispersione di costi generali.

Quindi, anche in questo senso, ritengo sia opportuna, oltretutto dal punto di vista morale, l'estensione dell'assistenza domiciliare. Probabilmente, quindi, avremo un tipo di organizzazione più efficiente, crescendo anche l'incidenza delle spese di gestione, ma in modo certamente inferiore a quelle che noi sopportiamo oggi nell'ambito degli istituti.

Per quanto riguarda le assistenti sociali, che abbiamo nella città di Milano (non ho il numero esatto) ritengo di presumere siano circa duecento fra Amministrazione comunale, ECA, Istituto case popolari e altri istituti di vario tipo. Per quanto riguarda la amministrazione comunale, siamo carenti - ne abbiamo venti - anche se entro il prossimo mese ne assumeremo altre venti.

Quello che abbiamo trovato di positivo nell'opera delle assistenti sociali, è la tendenza di tutte le assistenti a cooperare all'azione che intendiamo svolgere in questo momento come amministrazione comunale. Per esempio per quanto riguarda l'estensione dell'assistenza domiciliare in genere, abbiamo una tendenza delle assistenti sociali a collaborare a questo tipo di esperienza, per cui possiamo dire che tutte le assistenti sociali che operano negli enti pubblici della città di Milano sono potenzialmente al servizio dell'Amministrazione comunale, perché c'è in questo Corpo di operatori sociali la convinzione che si lavora ad un medesimo obiettivo, ad un tipo di prestazione che non può essere diverso fra ECA, Amministrazione comunale e Istituto case popolari.

Più nel merito non posso entrare, perché altrimenti potrei riferire delle esperienze particolari che non hanno interesse specifico sul piano generale.

JACAZZI. Vorrei chiedere all'assessore di spiegarci quale è il tipo di rapporto che intercorre fra l'Amministrazione comunale e lo Ente comunale di assistenza; che tipo di controllo il comune riesce ad esercitare sull'attività dell'ECA; e se l'ECA di cui egli diceva essere soprattutto una struttura centralizzata, riesce ad assolvere ai suoi compiti. Se è vero che le spese generali di questo Ente sarebbero enormi, dato che ha un apparato molto pleorico, e infine se ritiene che gli Enti comunali di assistenza abbiano ancora una loro funzione oppure no.

TOGNOLI. *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano.* Potrò rispondere molto brevemente a questa domanda, perché i rapporti fra Amministrazione comunale ed ECA sono limitati alla erogazione di fondi che l'Amministrazione comunale dà all'ECA. Per il resto, cessa ogni tipo di controllo e di collaborazione. Io sono Assessore all'assistenza da 8 mesi, e su una sola questione ho chiesto la collaborazione dell'Ente comunale di assistenza, cioè per l'istituzione di una anagrafe assistenziale, che ritengo sia uno strumento, sia pure modestissimo, per operare; e devo dire che a tutt'oggi non ho ricevuto nessuna risposta da parte dell'ECA.

#### PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MAULINI

LODI ADRIANA. Nelle grandi città, quello degli anziani è un grosso problema. Vorrei chiederle, se possibile, di dirci quale è la percentuale degli anziani ultrasessantacinquenni, nella città di Milano, rispetto alla popolazione. Vorrei sapere quale è il numero degli anziani ricoverati a Milano, e a quanto ammonta la spesa, perché solo così si può fare il confronto con la spesa dell'assistenza a domicilio.

Una domanda, a proposito degli anziani. So che il comune di Milano è proprietario di appartamenti, così come l'ECA. Avete fatto una politica di assegnazione di alloggi agli anziani, in modo che anche attraverso questa politica si possano mantenere gli anziani nella loro misura urbana, sociale, tradizionale, oppure no? Vorrei chiedere infine se anche gli ambulatori geriatrici sono organizzati in modo decentrato, oppure se l'esperimento è centralizzato. Se è decentrato, in qual modo i consigli di zona danno un contributo, perché la gestione diretta dell'assistenza domiciliare agli anziani non si limiti solamente ad una iniziativa di funzionari del comune, ma ci sia anche una partecipazione politica dei cittadini. Lei sa che non basta l'opera dei funzionari, ma occorre interessare anche le forze politiche a questo problema. Nella sua relazione, ha citato il fatto che si è potuto utilizzare a Milano un servizio di volontariato. Vorrei sapere in che modo si integra questo servizio di volontariato con l'attività generale del comune.

Circa le iniziative che dovrebbe adottare il Parlamento a breve termine, lei ha citato la necessità di provvedimenti a favore di alcune categorie, come ad esempio quella dei sub-normali. Poiché la Costituzione demanda

alle Regioni poteri legislativi in fatto di beneficenza, e poiché un rapporto di beneficenza deve interpretarsi tutto in termini moderni di assistenza, lei non crede che impegnare il Parlamento in altre leggi possa ritardare quella che dovrebbe essere la legge quadro?

Sarebbe meglio fare subito una legge-quadro sulla assistenza.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano*. Per quanto riguarda gli anziani oltre i 60 anni, non ho con me i dati, ma posso farglieli avere presto.

Circa le spese i rapporti sono questi: 7 miliardi e 500 milioni circa per gli anziani ricoverati negli istituti e 500 milioni per l'assistenza domiciliare. Questo dato deve essere leggermente modificato perché proprio in questo anno stiamo estendendo l'assistenza domiciliare.

Il nostro obiettivo è di modificare, per il futuro, questo rapporto a favore di tale assistenza. Sul problema delle abitazioni per gli anziani, debbo dire che abbiamo delle abitazioni comunali e poche abitazioni dell'ECA. Queste abitazioni comunali si trovano quasi tutte negli stessi corpi degli istituti per anziani. Esse hanno una struttura autonoma e sono veri e propri appartamenti.

C'era un progetto dell'Istituto case popolari di Milano che prevedeva l'assegnazione di alloggi al pianoterra di alcuni quartieri agli anziani. Questa previsione non è stata rispettata perché tali alloggi non sono stati assegnati agli anziani ma ad altre famiglie. Questo è successo per la particolare situazione di crisi degli alloggi popolari che non è tipica solo di Milano ma di tutte le città del nostro Paese.

Circa gli ambulatori geriatrici, debbo dire che entro la fine dell'anno verranno istituiti quattro di questi ambulatori che saranno decentrati non proprio nei punti cardinali della città, ma pressappoco. Non siamo ancora in grado di istituire un ambulatorio geriatrico per ciascuna delle zone del decentramento amministrativo. Iniziamo, per adesso, con quattro ambulatori geriatrici decentrati con annessi servizi e, in questo senso, portiamo avanti il nostro progetto unitamente ai consigli di zona che collaborano con noi per quanto riguarda la ricerca in generale. Pensiamo di utilizzarli anche per la gestione di tali ambulatori, anche se non si è prevista una forma istituzionale di tale gestione.

Per quanto riguarda il volontariato, abbiamo trovato una rispondenza soprattutto nei

volontari delle diverse « croci ». Ci sono molti volontari che sono stati i più pronti a fornirci la loro opera e che ci hanno garantito la loro prestazione per il futuro, quando il nostro esperimento di assistenza domiciliare sarà di dimensioni superiori a quelle attuali.

Circa l'intervento delle Regioni, a proposito di alcuni provvedimenti legislativi di carattere specifico o particolare, sono d'accordo, sul piano generale, che debba spettare alla Regione un intervento legislativo, ma ritengo che esso non possa avvenire che dopo che il Parlamento abbia varato la legge quadro per la riforma dell'assistenza. Però ci sono alcune categorie che si trovano in condizioni particolarmente disagiate per cui sarebbe ingiusto che per una ragione di carattere giuridico, noi attendessimo troppo tempo, a meno che non ci siano probabilità che la legge quadro per la riforma dell'assistenza possa essere varata rapidamente dal Parlamento.

È una valutazione di carattere pratico che faccio, tenendo conto della realtà che ho visto e che mi ha impressionato dal punto di vista umano e che credo debba essere presa in considerazione per alcune categorie che si trovano in condizione di particolare disagio rispetto alle altre.

FOSCHI, *Relatore*. Mi sembra che l'assessore non abbia fatto riferimento nella sua relazione a provvedimenti per la prevenzione in materia di assistenza e in particolare per quello che riguarda i processi di disadattamento.

Vorrei sapere se c'è qualche esperienza in proposito e qualche programma in merito. A questo problema mi sembra connesso quello relativo ai rapporti tra servizi sociali e servizio sanitario. Dal momento che siamo sul punto di varare la riforma sanitaria, vorrei sapere qual'è il rapporto tra riforma sanitaria locale e servizi di base dell'assistenza sociale.

Vorrei sapere, inoltre, che cosa lei pensa delle competenze della provincia in materia assistenziale.

Quanto allo sviluppo dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza aperta in genere, è evidente che questo comporta un coordinamento fra i vari momenti dell'intervento, perché realizzare l'assistenza domiciliare evidentemente pone anche il problema dell'intervento economico per superare certe situazioni di bisogno, oppure di interventi per trovare l'occupazione ad altri membri della famiglia.

Per quel che riguarda i laboratori protetti, a parte la precisazione che ha fatto l'onorevole Mattarelli a proposito della recente legge,

per cui, in certo modo, anche i subnormali finirebbero per avere una certa copertura legislativa, almeno a partire dal 1° maggio di quest'anno, mi chiedo – anche perché, tra l'altro, sono stato al centro di una polemica in questo senso – se un lavoratore protetto possa essere considerato, a volte come un elemento di sfruttamento. Io non sono convinto di questo, però vorrei sapere la sua opinione, obiettivamente, anche perché lei ha messo in rilievo come a Milano siano state fatte recentemente delle *avances* da aziende, da industrie anche a partecipazione statale, e che sarebbero orientate in questo senso. Ora, questo potrebbe essere attribuito ad una carenza di mano d'opera nell'area milanese o ad un tentativo di aver mano d'opera a basso costo e scarsamente qualificata? Quale garanzia possiamo avere che le selezioni, i giudizi, ed i diritti comunque vengano rispettati adeguatamente?

A proposito della formazione del personale necessario a questo servizio, in che modo il comune ha cercato di sopperire alla carenza che attualmente esiste? E ancora, il comune di Milano è in rapporto con qualche ente, del settore assistenziale o di altro tipo, che abbia fatto accertamenti assistenziali?

Infine, vorrei sapere se, oltre all'atteggiamento, già denunciato da lei, da parte delle famiglie a proposito di un certo rifiuto degli anziani, degli *handicappati* ecc., le risulta che ci sia una certa resistenza da parte delle famiglie dei cosiddetti « normali » rispetto agli *handicappati*, per esempio, nell'ambito della scuola; una certa tendenza da parte delle famiglie dei normali a chiedere che vengano allontanati dalla scuola normale i soggetti che sono in qualche modo in ritardo o disadattati? E se continua ad essere vita in qualche settore, a Milano – dove mi pare che fosse nata – la storia della scuola per i super-dotati, per gli iper-dotati, i quali avevano dato luogo ad una sperimentazione in questo senso qualche anno fa; perché allora, piuttosto che porsi il problema del come portare avanti tutti allo stesso livello, c'era la preoccupazione di quelli che vanno più veloci, e che avrebbero dovuto avere una scuola a sé, per non avere inciampi. C'è, in questo, un atteggiamento alla rovescia di quello che si desidererebbe.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano*. Per quanto riguarda la prevenzione, non vi ho fatto riferimento, perché, sotto questo profilo siamo – a Milano come altrove – piuttosto indietro. Io credo, non solo per quanto riguarda i minori, ma anche gli anziani, che il fatto

stesso che noi forniamo l'assistenza agli anziani da 65 anni in poi, significa che noi non svolgiamo un'opera di prevenzione. Questo vale, poi, anche per i minori, dal momento che non si svolge nei confronti dei neonati, nell'arco del primo anno, una certa azione preventiva.

Noi non abbiamo nessun intervento che riguardi la prevenzione, e sotto questo profilo, debbo dire che a Milano siamo carenti; non abbiamo svolto nessun servizio particolare. Lo faremo – avevo dimenticato di dirlo – nell'ambito dell'assistenza agli anziani, ma non in quello per i minori, anche perché siamo in attesa che si chiarisca il problema dei rapporti con l'ONMI. Cominceremo un servizio di prevenzione per gli anziani: a richiesta, perché non siamo in grado di svolgere, per ragioni finanziarie, il servizio per tutti i cittadini. Ci limiteremo a svolgerlo in questo modo, dando una informazione alla cittadinanza per questo servizio perché se lo dessimo gratuitamente, o almeno a costo bassissimo, nei confronti di tutti i cittadini, ci troveremmo oberati da una massa di richieste cui non riusciremmo a far fronte.

Per quanto riguarda i rapporti fra unità sanitaria e quella dei servizi sociali, o comunque tra servizio sociale e servizio sanitario, io ritengo che indubbiamente debba esistere un rapporto stretto fra di loro. Ritengo anche che le prestazioni relative ai servizi sociali e la gestione stessa dei servizi sociali debbano essere affidate ad una entità del tipo di un comune, anche se poi possono non essere gli amministratori comunali a gestire il servizio sociale, bensì anche i cittadini. Ritengo che la dimensione debba essere diversa, proprio per non identificare il servizio sociale con il servizio sanitario, perché molti nostri operatori sociali, nel momento in cui si trovano collegati con la realtà dei servizi sanitari, diventano, da operatori sociali, operatori di carattere strettamente sanitario.

Questa è la ragione di fondo che non avevo chiarito prima e che sta alla base di questa necessità – a mio avviso – di identificare il servizio sociale con l'amministrazione comunale, oppure con i comitati di zona, i comitati di quartiere, in sede di decentramento amministrativo; anche se non ho una idea precisa sotto questo profilo, ed è difficile poter dare delle definizioni particolari. Per quanto riguarda, la domanda successiva l'onorevole Foschi dovrebbe essere così gentile da ripeterla.

FOSCHI. Per la provincia.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano*. Per la provincia credo che dal punto di vista generale bisognerebbe fare le stesse considerazioni che valgono per gli ECA.

Stante la situazione attuale, per cui la provincia continuerà ad avere una sua validità, è necessario, chiarire alcuni interventi, come quello relativo all'assistenza ai legittimi e agli illegittimi e quello riguardante l'assistenza psichiatrica relativa ad alcune categorie.

Quando il subnormale è dimesso da un istituto o da un laboratorio protetto, non ritorna nella famiglia, ma va in un ospedale psichiatrico. Penso che si debbano prevedere delle strutture particolari secondo le quali, certe categorie di disadattati, non debbano finire poi in istituti psichiatrici. Per quanto riguarda la questione dei lavoratori protetti, debbo dire che a questo proposito le offerte di inserimento nella produzione per i subnormali che abbiamo avuto nella città di Milano, non hanno sicuramente una motivazione di carattere speculativo. Anzi, debbo dire che si tratta quasi sempre di offerte ispirate da motivazioni umanitarie. E la gestione dei servizi assistenziali che deve garantire che non sorga, nei confronti dei subnormali, una tale speculazione.

Per quanto riguarda il personale, sulla base delle nostre esperienze, dobbiamo dire che il personale migliore per educare al lavoro produttivo questo tipo di giovani ed adulti subnormali, è quello già inserito nella azienda e al quale vengono date particolari cognizioni di carattere psicologico. Si sono rivelate, invece, non positive quelle esperienze che hanno visto gli educatori scolastici dei subnormali trasformarsi in direttori di produzione. Le esperienze sono state negative perché da parte degli assistiti non si coglieva la diversità fra l'ambiente scolastico e l'ambiente lavorativo.

Con quanti enti l'amministrazione comunale sia in rapporto non sono in grado di precisarne con esattezza, ma posso far pervenire rapidamente tale dato alla Commissione. Certamente essi sono superiori ai duecento, sia per quanto riguarda gli istituti nei quali ricoveriamo gli anziani e i minori affidati dal tribunale e bambini che mandiamo nelle colonie, sia per quanto riguarda i rapporti fra l'amministrazione comunale e gli ECA e altri enti di assistenza diretta.

C'è poi il problema, dell'atleggiamento delle famiglie normali, nei confronti dei bambini subnormali, circa l'inserimento nella scuola.

È un problema che non è definibile nel senso che ci sono molte famiglie che, non essendo educate sui motivi che spingono ad una promiscuità tra bambini subnormali e normali, rifiutano tale inserimento. È il personale scolastico, soprattutto, che rifiuta tale inserimento nella scuola e molto spesso lo fa per ragioni di carattere egoistico, nel senso che una classe, con la presenza di bambini subnormali, comporta uno sforzo da parte dell'educatore certamente superiore a quello che viene impiegato per l'educazione di una classe normale.

Una esperienza particolare fatta a Milano attraverso l'inserimento di alcune classi speciali nelle scuole elementari, ha dato dei risultati positivi, così come li ha dati l'inserimento di subnormali nelle attività sportive e ricreative dei bambini normali.

SALVI. Tutti siamo sostanzialmente convinti che una assistenza moderna deve superare il vecchio tipo di assistenza fatto nei ricoveri, nelle case di riposo e si deve cercare di mantenere l'istituto dell'assistenza domiciliare. Se vogliamo muoverci verso questo tipo di assistenza, è necessario creare un coordinamento fra tutti coloro che svolgono assistenza fra gli enti pubblici e gli enti privati.

Ora, lei ha detto che non esiste nessun rapporto, per quanto riguarda la situazione milanese e che la soluzione migliore sarebbe quella radicale della soppressione dell'ECA, che potrebbe anche essere una soluzione cui bisognerà arrivare, per definire uno strumento più snello e soprattutto perché non vi siano doppioni, o altro che si facciano concorrenza.

Credo però che qui ci sia anche una responsabilità delle forze politiche; non è soltanto un problema legislativo. In pratica, gli Enti comunali di assistenza sono l'emanazione comunale; gli uomini che dirigono l'ECA sono eletti dalle forze politiche che compongono il Consiglio comunale; e credo che, già oggi, le forze politiche dovrebbero riuscire ad imporre un tipo di collegamento, di assistenza coordinata. Ritengo che se ne dovrebbe discutere nei consigli comunali, anche prima di eleggere i rappresentanti del Consiglio comunale nell'ECA, in modo che l'Assessorato sia impegnato anche per l'ECA, che è espressione del Consiglio comunale.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano*. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, credo che una precisazione sia utile, in questo senso: dal punto di vista economico, essa è eviden-

temente collegata alle situazioni singole di bisogno. I sussidi sono ancora abbastanza bassi, sotto il profilo del cosiddetto minimo di sussistenza, perché vanno dalle 15 alle 25 mila lire per ogni assistito. Però l'assistenza di carattere domiciliare - e mi riferisco, per esempio, all'esperimento che abbiamo condotto fino ad oggi - è estesa all'assistenza sanitaria e ambulatoriale nel caso di anziani, e diventa assistenza domiciliare vera e propria anche dal punto di vista sanitario per certe brevi o lunghe malattie curabili a domicilio; e allora medici e infermieri provvedono a questo tipo di assistenza, salvo che non si tratti di malattie infettive che comportano il ricovero in ospedale, che comunque è sempre un ricovero provvisorio, perché c'è sempre un ritorno a domicilio.

Poi c'è l'assistenza di carattere domestico, del lavoro domestico. Abbiamo gruppi di donne (non molte perché l'esperimento è stato limitato) che svolgono lavori domestici veri e propri; e in qualche caso preparano anche il vitto, anche se nella maggior parte dei casi c'è il rifiuto dell'anziano a farsi preparare il vitto, procurato dall'Ente o preparato da altre persone. Poi c'è l'assistente sociale che segue praticamente l'assistito.

Per quanto riguarda l'ECA, vorrei chiedere una affermazione fatta prima. Non attribuisco alla cattiva volontà dell'ECA di Milano il fatto che non esistano rapporti con l'Amministrazione comunale. Il fatto è che l'ECA svolge una attività di assistenza diretta attraverso sussidi, e - direi - non altri tipi di assistenza; gestisce i cosiddetti dormitori pubblici di Milano e i cosiddetti « Centri di alloggiamento provvisorio » cioè le case per sfrattati che poi oggi, nella particolare situazione della città di Milano, diventano anche, nella quasi totalità, le case per gli immigrati arrivati nella metropoli. In questo tipo di prestazioni, l'ECA impiega tutti i fondi che ha a disposizione. Lasciamo perdere il discorso dell'incidenza del personale dell'ECA che, anche se potessimo approfondirlo, non muterebbe la sostanza delle cose. I fondi che ha, l'ECA li impiega tutti in queste attività: assistenza di carattere diretto, e gestione dei dormitori e dei centri per sfrattati, per cui non ha nessun'altra attività che si possa inserire nel tipo di assistenza intesa secondo le concezioni che oggi consideriamo le più idonee per mantenere un assistito nell'ambito della società e cercare di non disinsierirlo dalla realtà sociale in cui esso si trova.

Per questo, oggi, troviamo delle difficoltà nel rapporto con l'ECA, perché l'ECA non è

in grado, di offrirci se non un certo numero di assistenti sociali; e infatti l'unico rapporto costruttivo che abbiamo, è la possibilità di usufruire delle assistenti sociali dell'ECA, che lavorano, in fondo, anche per l'Amministrazione comunale.

Questa è la situazione che si è creata nella città di Milano.

SALVI. Quando l'ECA dà un sussidio diretto, dovrebbe esserci un rapporto con altri enti che danno questi stessi sussidi. Quindi il problema non è solamente di struttura dell'Ente, ma anche di realizzare degli accordi di coordinamento fra le stesse attività.

TOGNOLI, *Assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale del comune di Milano*. Questo comprova la necessità, da me accennata, di istituire una anagrafe assistenziale: proprio per evitare la doppia assistenza.

SALVI. Secondo me, già oggi le forze politiche potrebbero pretendere questo coordinamento.

PRESIDENTE. Ringraziamo l'assessore del comune di Milano, per la collaborazione che ha dato alla nostra inchiesta, e lo preghiamo di farci avere i dati che ci ha promessi.

Diamo ora il benvenuto al dottor Dante Notaristefano, assessore all'assistenza sociale del comune di Torino, che è accompagnato dal dottor Laudi, dalla dottoressa Ponti e dalla dottoressa Morbilli. Egli conosce lo scopo per cui lo abbiamo invitato e pertanto gli cedo senz'altro la parola.

NOTARISTEFANO, *Assessore all'assistenza sociale del comune di Torino*. Ringrazio innanzitutto la Commissione per l'invito che mi ha rivolto. Premetto che il mio intervento si svolgerà sulle linee di una relazione che ha predisposto sulla base del questionario che mi è stato trasmesso. Mi si perdonerà la pretesa di voler fornire un apporto all'indagine che la Commissione sta conducendo; apporto modesto ma concreto, basato su una quotidiana esperienza assistenziale, volto alla individuazione dell'ormai indilazionabile riforma dell'assistenza. A tal fine, tralasciando deliberatamente gli aspetti positivi o i buoni risultati di questo o quel servizio, saranno evidenziate le disfunzioni normative e strutturali cui è necessario porre rimedio. Ad alcune di esse è possibile ovviare (e già si è iniziato) in ambito comunale, unificando competenze mal distribuite, migliorando la qualità di alcune prestazioni, modificando la strut-

tura degli uffici per consentirne un miglior funzionamento.

Ma un accettabile cambiamento della situazione assistenziale può essere ottenuto solo con modifiche radicali e strutturali basate su una interpretazione delle necessità assistenziali ben diversa da quella tradizionale. La Giunta municipale di Torino ha di recente discusso e approvato gli orientamenti di fondo impliciti nelle osservazioni e proposte che seguono.

#### *Lo stato dell'assistenza generale.*

È ormai un fatto abituale parlare della situazione caotica in cui si trova l'assistenza pur essendovi direttamente interessato un elevatissimo numero di cittadini italiani di tutte le età (1).

Tale situazione è caratterizzata da:

a) una legislazione in vigore (di cui è ancora cardine fondamentale la legge del 1890 sulle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza), le cui previsioni di carattere settoriale (2), oltre a creare artificiose distinzioni tra i soggetti assistiti, lasciano scoperte categorie di cittadini che non sono prese in considerazione da nessuna disposizione di legge (ad esempio gli insufficienti mentali che in Italia risultano essere più di un milione).

In secondo luogo, la discrezionalità degli interventi non riconosce ai cittadini non autonomi o autosufficienti, il diritto all'assistenza;

b) un numero elevatissimo di uffici e di enti di assistenza: oltre alla suddivisione di competenze assistenziali tra 19 Ministeri, il programma quinquennale 1966-70 parlava di

(1) È sufficiente riferirsi ai dati emersi nel 2° Congresso di medicina forense tenuto a Roma nel 1962 e riportati in *Problemi minorili*, 1963, n. 3 da cui risultano (per difetto) 3.180.000 ragazzi handicappati di vario tipo; ai dati ISTAT, aggiornati al 31 dicembre 1966, relativi a soggetti ricoverati per motivi vari in istituti assistenziali; dati che pur essendo relativi ad un numero di istituti inferiore a quello realmente esistente, raggiungevano la cifra di 361.456 unità. Sempre per il 1966 i dati ISTAT parlavano di ben 7.003.228 persone assistite da ECA, province, ONMI, AAI e patronati scolastici, oltre che di 2.968.771 presenze nei dormitori pubblici e negli asili notturni.

(2) Non sembra logico che per i minori sia prevista la competenza di enti diversi e con diverse prestazioni a seconda che siano nati da matrimonio regolare o meno, che appartengano a famiglie bisognose, che siano orfani di lavoratori dipendenti, o di militari di carriera, o di vigili del fuoco, o di aviatori, ecc.

40.000 enti e gli studi dell'ISTISS confermano agevolmente tale numero.

L'eccessivo frazionamento degli uffici, oltre a portare una sovrapposizione (ma anche dei vuoti) di competenze implica, da un lato una impossibilità oggettiva di attuare una politica assistenziale coordinata ed impedisce, dall'altro, una continuità di intervento nei confronti del cittadino che generalmente non arriva a rendersi autosufficiente.

In terzo luogo, le erogazioni non variano in base al bisogno, ma in base alla categoria di appartenenza dei soggetti (es. i minori figli di madri nubili hanno un trattamento diverso dai minori nati da famiglia regolare, successivamente disgregatasi);

d) un grado di funzionalità del sistema assistenziale estremamente ridotto, come è facilmente ricavabile da quanto detto sopra.

Per valutare in modo più compiutamente politico la situazione attuale, è tuttavia necessario porsi al di fuori del settore assistenziale, considerando come, a tutt'oggi, il relativo intervento ricopra un campo ben più vasto di quello che gli deve essere attribuito. L'intervento assistenziale dovrebbe infatti essere rivolto a quei cittadini che, per *deficit* personali addebitabili all'età, a particolari caratteristiche fisiche e psichiche, a fatti contingenti, non sono in grado di esercitare effettivamente i diritti attribuiti teoricamente a loro come a tutti gli altri. Al contrario, non essendo ancora attuate le riforme di carattere generale già previste nel Piano quinquennale 1966-70, volte a dare ad ogni cittadino l'effettiva possibilità di soddisfare esigenze fondamentali (reddito minimo, salute, abitazione, istruzione, lavoro, ecc.), l'assistenza si rivolge ai bisogni generici di tutta quella fascia di popolazione che considera le prestazioni assistenziali come uno dei mezzi che consentono la sopravvivenza.

L'intervento assistenziale, si trova così ad affrontare, con interventi rivolti al singolo, problemi di ordine generale non risolti, ponendo riparo in modo empirico e frammentario alle conseguenze più macroscopiche di tale lacuna.

D'altro lato, la parte più specifica del settore assistenziale — quella cioè rivolta ad effettuare interventi specializzati nei confronti di soggetti in qualche modo *handicappati* — oltre ad essere trascurata a favore dell'intervento generico, ha riservato finora alle varie categorie di « disadattati », istituzioni scolastiche, lavorative, alloggiative che, sostanzialmente, sono doppiate delle « normali » istituzioni. L'assistenza « speciale », era ed è an-

cora, cioè, orientata in senso emarginante e non, invece, ad offrire un intervento tecnico-specialistico idoneo a ridurre o a compensare i particolari *deficit* psichici, fisici, sensoriali, e a permettere ai soggetti *handicappati* di accedere alle normali istituzioni sociali, scolastiche, lavorative. La recente approvazione della legge 30 marzo 1971, n. 118, apre uno spiraglio a nuove prospettive di inserimento effettivo degli *handicappati* nella vita sociale ordinaria.

*Lo stato dell'assistenza nell'ambito comunale.*

Nell'ambito della Città di Torino si ripete, in piccolo, una situazione analoga a quella già descritta:

a) in particolare, le previsioni di spesa della legge comunale e provinciale trovano, oggi più di ieri, una ben scarsa rispondenza nella complessa realtà socio-assistenziale e nel nuovo modo di percepire i bisogni (vedi Testo unico 3 marzo 1934, n. 384, articolo 91, con particolare riferimento alla lettera H).

Secondo la legge, soggetti passivi dell'assistenza comunale sono i « poveri » cui non provvedono altre istituzioni e gli « inabili ».

Le prestazioni si riferiscono al vitto, alla salute, al mantenimento in generale;

b) numerosi sono i soggetti assistenziali che operano nel territorio comunale (3). Nella stessa Amministrazione comunale la suddivisione delle competenze assistenziali (anche se ora ci si sta orientando verso un'unificazione di esse) risulta frammentaria (4) con l'inevitabile conseguenza che ogni assessorato conduce una propria « politica » assistenziale, con criteri variabili e con conseguenti diversificazioni nel trattamento dei cittadini (allegato 3). Inoltre, analoghe prestazioni vengono ripetute da diversi uffici (ad esempio, i « piccoli sussidi » della ripartizione polizia vengono spesso

(3) Vedasi l'allegato 1, che si riferisce alle istituzioni assistenziali operanti nella circoscrizione comunale secondo il censimento della prefettura. Da esso risultano, tra l'altro:

n. 54 istituzioni per minori (pubbliche e private);

n. 18 istituzioni per anziani (pubbliche e private).

Tutte le istituzioni indicate sono ad internato; talune hanno anche carattere di seminternato.

(4) Vedasi l'allegato 2 che richiama le ripartizioni interessate in varia misura al settore assistenziale. Di esse 9 effettuano interventi di un certo rilievo, individuabili nel bilancio. Altre svolgono interventi ridotti e frazionati, cumulabili nel 2 per cento delle previsioni di spesa.

dati ad utenti che già fruiscono di altri sussidi da parte della ripartizione assistenza sociale. La ripartizione istruzione eroga l'assistenza scolastica — che, per quel che riguarda la refezione e la cancelleria, altro non è che assistenza economica in natura — a minori appartenenti a famiglie, già o contemporaneamente, assistite dalla ripartizione assistenza sociale. Infine, lo stato di indigenza, che è un requisito di regola richiesto da tutti gli uffici che svolgono mansioni assistenziali o para-assistenziali, viene definito e accertato in modo diverso a seconda degli uffici e delle prestazioni.

È chiaro che il frazionamento delle prestazioni, oltre a rendere discontinui gli interventi assistenziali, che conservano spesso un carattere elemosiniero, diminuisce l'efficacia dello aiuto complessivo prestato.

Da ultimo, il fatto che la maggior parte dei servizi assistenziali della città sia tuttora centralizzata, crea gravi ostacoli al cittadino che, in molti casi, non conosce neppure l'esistenza del servizio. Il fatto che ne venga a conoscenza tramite associazioni, gruppi e singole persone, che ovviamente non raggiungono la totalità dei cittadini, crea situazioni di sfavore per i cittadini più isolati. Per non parlare poi degli abitanti della periferia che per raggiungere gli uffici impiegano un tempo eccessivo.

Per quanto riguarda la spesa assistenziale (allegato 4) dell'amministrazione comunale di Torino, essa ammonta a lire 13.208.161.000 pari al 6 per cento circa della spesa totale di bilancio (dati riferiti al 1970 — bilancio di previsione).

Di detta cifra il 94 per cento viene speso direttamente ed il 6 per cento indirettamente (allegato 5) mediante contribuzioni ad enti pubblici e privati. Questi ultimi utilizzano i contributi comunali in base al rispettivo statuto o regolamento;

c) gli interventi assistenziali che l'amministrazione comunale sta attuando (5) possono essere ricondotti al testo unico del 1934 solo dando di questo un'interpretazione molto

(5) Vedasi l'allegato 3 che presenta alcune delle prestazioni assistenziali di maggior rilievo erogate dal comune, nel settore minorile, scolastico, degli inabili, con l'indicazione della spesa, del numero dei soggetti assistiti (ove il dato è stato reperito), dei requisiti richiesti, della ripartizione interessata. Dal momento che tali dati si riferiscono al 1970 sono stati anche indicati i nuovi orientamenti dell'Amministrazione per l'anno in corso.

estensiva, oltre che forzando la distinzione tra spese obbligatorie e facoltative.

Tali prestazioni sono nate di regola dall'esigenza concreta di porre in essere dei provvedimenti per cui nessun ente era competente; o per i casi in cui l'ente istituzionalmente incaricato risultasse, per i più svariati motivi, inadempiente e, soprattutto in questi ultimi tempi, dall'esigenza di cercare nuove forme di intervento maggiormente rispondenti ai nuovi modi di percepire i bisogni dei cittadini, eliminandone altre ormai inaccettabili (esempio le prestazioni in natura).

In gran parte, cioè, l'amministrazione comunale si trova a svolgere una funzione suppletiva di altri (ad esempio dell'ONMI per l'affidamento convittuale dei minori; dello Stato, per le scuole materne e l'assistenza ai disoccupati; dell'ECA, per assistenza economica; dell'ENALI, per l'assistenza agli orfani non ancora presi in carico da detto ente; dell'INAIL, per l'assistenza agli infortunati; dell'INPS, per l'integrazione del reddito in caso di elevato numero di componenti la famiglia o di anziani che usufruiscono della sola pensione sociale; dell'INAM, per l'assegnazione di protesi cui detto istituto non provveda, per l'erogazione di sussidi in attesa dell'indennità di malattia, per la spedalizzazione dei cronici, eccetera).

D'altro lato sono state anche avviate (e altre si stanno avviando) nuove forme di intervento, ulteriormente da potenziare, che sono in linea con gli orientamenti su cui si vorrebbe basata la riforma dell'assistenza. Si tratta dell'istituzione di servizi aperti (centri di assistenza domiciliare agli anziani; unità locale assistenziale da iniziarsi, in via di esperimento, a brevissima scadenza; sussidi sostitutivi dell'affidamento convittuale; sussidi sostitutivi del ricovero di anziani, eccetera).

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

Da quanto precisato nei punti precedenti e da quotidiane constatazioni si evidenzia che, salvo alcuni tentativi nuovi, troppo spesso le prestazioni assistenziali erogate dal comune o da altri enti, sia generiche che rivolte a particolari categorie di *handicappati*, svolgono una funzione di emarginazione, creano situazioni soggettive di passività, tendono a far adattare i singoli a situazioni che dovrebbero essere modificate in senso più umano. Giorno per giorno si constata che: l'assistenza scolastica è destinata ai soli bambini poveri e li

fa chiamare dispregiativamente « quelli del patronato »; lo stesso doposcuola, le cui caratteristiche di « servizio per tutti gli alunni » continuano ad essere proclamate a livello teorico, raccoglie i ragazzi « indietro », quelli indisciplinati e in qualche modo disadattati; le classi differenziali sono costituite dai ragazzi che hanno grossi problemi di apprendimento oltre che disciplinari e che « non si adattano » alla classe normale.

Agli anziani viene concesso il mantenimento in ricovero o in istituto, per lo più in completo distacco dall'ambiente di origine.

Ai ragazzi che sono di troppo in famiglia (perché gli introiti sono pochi, perché l'alloggio è piccolo in proporzione ai componenti della famiglia, ecc.), viene offerto un soggiorno, anche pluriennale, in Istituto, magari in zona climatica se sono deperiti per scarsa alimentazione, ma con le inevitabili carenze che implica l'essere lontano dal proprio nucleo familiare.

Il discorso potrebbe proseguire, prestazione per prestazione, ma in generale sembra potersi dire che l'orientamento attuale dell'assistenza non è di rispondere in modo congruo alle necessità familiari e sociali, ma di « rimediare » *in extremis* alle più gravi conseguenze di una situazione politico-sociale che crea e consente il perpetuarsi della maggior parte delle situazioni di bisogno. Ma il « rimedio » assistenziale segue per lo più la stessa logica dei meccanismi che hanno provocato l'esclusione e la passività e fornisce i mezzi per completarla (ricoveri per anziani, sussidi, scuole speciali per ciechi, poliomielitici, ecc., istituti « speciali », patronato scolastico, ecc.).

Sussistono — si è visto — alcune prestazioni assistenziali di per sé non emarginanti: servizi di aiuto domiciliare; sussidi continuativi agli anziani volti ad elevarne il reddito minimo e ad evitarne il ricovero; sussidi sostitutivi dell'affidamento convittuale di minori, ecc.

Sono tuttavia servizi che non è sufficiente incrementare a preferenza di altri per un miglioramento della situazione: è soprattutto necessario un rapido processo di riforme sociali (casa, salute, pensioni, scuola, ecc.) che crei un minimo di risorse economiche e ambientali e fornisca strumenti idonei, in modo da consentire l'utilizzazione effettiva di servizi sociali altrimenti inutili (ad esempio il servizio domiciliare all'anziano non serve se questi deve pagare un affitto troppo elevato in proporzione al reddito o se abita al IV piano ed è un cardiopatico; il sussidio sostitutivo del collegio non basta alla famiglia numerosa che

vive in soffitta; il bambino *handicappato* inserito in una classe « normale » non avrà alcun giovamento se la situazione attuale dell'insegnamento non viene modificata tenendo conto anche delle sue esigenze).

Si tratta in sostanza, e questo vale per i cosiddetti « poveri » come per gli *handicappati*, di estendere anche al campo dell'assistenza la applicazione dell'articolo 3 della Costituzione che stabilisce vengano rimossi « gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese ».

È chiaro che, per gli *handicappati*, la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica richiederà prestazioni specialistiche particolari ed adeguate, come, del resto, ha recentemente stabilito la già citata legge 30 marzo 1971, n. 118.

#### *Esigenza di una radicale modifica nel sistema dei controlli.*

Alla molteplicità di soggetti e organi assistenziali fa riscontro un numero elevato di enti e di organismi che hanno compiti di vigilanza e di controllo in materia (6).

A prescindere dalla posizione dell'ONMI, in questo momento in discussione davanti alla autorità giudiziaria, notevoli disfunzioni si sono potute riscontrare nell'attività di altri organismi cui spettano competenze di controllo molto estese o, comunque, molto importanti.

Si intende far riferimento in particolar modo alle prefetture (7) e ai giudici tutelari.

Significativi sono i casi in cui le prefetture non hanno svolto i loro compiti di vigilanza: a parte il fatto recente (e vicino) dell'Istituto Santissima Annunziata di Marcorengo (To-

(6) Basti riferirsi, tra i molti, alla Presidenza del Consiglio dei ministri, ai Ministeri, al prefetto, alla commissione prefettizia di vigilanza, al comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, al medico provinciale, al tribunale dei minorenni, all'ONMI, ecc.

(7) Articolo 35 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, relativa alla vigilanza sulle IPAB tramite i comitati provinciali per l'assistenza e beneficenza pubblica; articolo 2 della legge citata relativo alla chiusura degli istituti di assistenza all'infanzia non funzionanti; articolo 17 del regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, relativo alla commissione di vigilanza periodica dei brefotrofi e analoghi istituti, ecc.

rino) di cui la Federazione provinciale ONMI aveva invano chiesto la chiusura nel dicembre 1970, altri episodi, ben più clamorosi (tale il caso dei Celestini di Prato, tali i fatti dello Istituto di Grottaferrata) hanno suscitato preoccupazioni circa l'opportunità di mantenere alle prefetture le competenze in questione. D'altra parte, se si ritiene necessario il passaggio ad altro specifico Ministero di tutte le competenze assistenziali attualmente attribuite al Ministero dell'interno, e l'attuazione di una ben diversa organizzazione operativa a livello di comuni e di comprensori, diventa inevitabile il passaggio alla Regione di tutti i compiti di controllo e vigilanza in materia assistenziale.

Rilevanti disfunzioni si riscontrano anche nell'attività di tutela e protezione dei minori affidati al giudice tutelare. Tali uffici nonostante l'importanza dei loro compiti non sono attualmente in grado di funzionare a motivo della mancanza di personale. È necessario invece che detti organismi (899 in Italia), forniti di idoneo personale, funzionino a tempo pieno ed in stretto contatto con il Tribunale per i minorenni.

In merito alla questione ONMI (8), il Consiglio comunale di Torino in data 15 marzo 1971 ha approvato un ordine del giorno in cui richiede il passaggio agli enti locali delle relative competenze (allegato 6).

#### *Gestione pubblica dell'assistenza (o, in subordine, gestione privata, con garanzia di standards minimi).*

L'articolo 38 della Costituzione sottolinea che l'assistenza privata è libera: di fatto si rivolge a soggetti che essa stessa considera bisognosi, in base a criteri che possono o meno coincidere con quelli dell'ente pubblico di assistenza.

A motivo di noti precedenti storici, gran parte dell'assistenza privata in Italia e a Torino ha carattere confessionale. Anche per questo motivo, oltre che per l'esigenza di un diretto ed immediato impegno politico dell'ente pubblico, non dovrebbe essere dato

(8) I relativi compiti di vigilanza e di controllo sono attribuiti in base a: articolo 4 del regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, applicabile alla legge 5 luglio 1967, n. 431, sull'adozione speciale; articolo 5 del suindicato decreto; articoli 328 e 365 del codice penale in riferimento all'articolo 50 del regio decreto 15 aprile 1926, n. 718, ed agli articoli 19 e 20 del regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316.

alcun contributo « gratuito » all'assistenza privata, dallo Stato, o da altri enti pubblici, territoriali e no.

Tuttavia, visto lo stato dell'assistenza in Italia e l'insufficienza (e a volte la mancanza assoluta) dei servizi, può essere necessario, al momento attuale, che gli enti pubblici utilizzino, mediante convenzioni ed appalti regolati dalla legge e dietro corrispettivo, prestazioni e servizi forniti dalle organizzazioni private.

Dovrebbe essere tuttavia vietato all'Ente pubblico di utilizzare prestazioni e servizi di privati non rispondenti agli *standards* minimi previsti, o, impostati in modo da provocare le già criticate situazioni di emarginazione, di passività e di discriminazione tra i potenziali utenti.

#### *Suggerimenti per una riforma dell'assistenza.*

1) Individuazione del campo di intervento dell'assistenza pubblica.

Per una riforma dell'assistenza che dia un minimo di garanzia risulta chiara la necessità di sostanziali mutamenti come già era previsto nel programma economico quinquennale 1966-70. Innanzitutto occorre aver chiara la delimitazione tra il settore dell'assistenza sociale e gli altri settori da cui deve differenziarsi e nello stesso tempo integrarsi e a cui, nei tempi brevi, dovrà inevitabilmente anche sostituirsi:

a) il settore della sicurezza sociale, che dovrebbe provvedere (sia per la parte più strettamente previdenziale legata ad una posizione assicurativa, che per i cittadini affetti da incapacità permanenti a lavoro proficuo) alle prestazioni da corrispondersi in caso di invalidità (totale o parziale; permanente o temporanea), di malattia, di maternità, di disoccupazione involontaria, di carichi di famiglia;

b) il settore della tutela della salute da attuarsi in tutti gli ambienti (abitazione, scuola, luogo di lavoro);

c) il settore degli interventi privati nel campo assistenziale.

Il settore dell'assistenza sociale si dovrebbe occupare quindi di tutti coloro che per ragioni personali, economiche, ambientali, familiari, ecc. non riescano ad inserirsi nella vita sociale con le proprie forze.

In questo particolare momento, soprattutto, gli scopi dell'azione assistenziale dovrebbero essere due, a due livelli diversi:

fornire gli strumenti ai singoli per un inserimento nella vita sociale quanto più possibile autonomo;

creare condizioni sociali più idonee allo inserimento delle persone (in modo da rendere concreti gli articoli 3 e 38 della Costituzione) mediante la partecipazione all'elaborazione di una politica sociale (lavoro, salute, scuola, giustizia, ecc.) che tenga conto delle particolari condizioni dei soggetti in stato di necessità altrimenti emarginati. Tale partecipazione è da attuare nel momento in cui lo Stato e gli Enti locali effettuano le loro scelte politiche prioritarie (che si ripercuotono sulla ripartizione delle spese di bilancio); quando vengono prese decisioni di ordine economico-sociale i cui riflessi assistenziali non sempre vengono percepiti e tenuti nella debita considerazione (esempio: riforma del diritto di famiglia, provvedimenti in materia pensionistica, di edilizia popolare, di insediamenti industriali, ecc.).

2) Ruolo dello Stato, Regioni, Province e Comuni.

Si ritiene urgente e necessaria una legge-quadro che preveda una radicale ristrutturazione del settore con il passaggio delle competenze assistenziali attribuite finora alla Presidenza del Consiglio e agli altri 19 Ministeri ad un Ministero unico (potrebbe essere, come prevede una proposta di legge, il nuovo « Ministero dei servizi sanitari e sociali »).

Tale unificazione, da un lato consentirebbe di ovviare alle disfunzioni indicate, dall'altro, diventando l'assistenza competenza fondamentale del nuovo Ministero, le verrebbe finalmente attribuita la necessaria importanza.

In particolare, alleggerire il Ministero dell'interno delle sue molteplici competenze assistenziali, consentirebbe di eliminare l'abbinamento - criticato da più parti - del settore assistenziale con quello dell'« ordine pubblico ».

Il nuovo Ministero non dovrebbe svolgere in alcun modo funzioni operative attraverso organi propri o enti facenti capo ad esso, ma dovrebbe svolgere funzioni di coordinamento generale (direttivo-programmatiche), per tutto il territorio nazionale.

Alle Regioni dovrebbe essere attribuito il compito della legislazione specifica, della programmazione per tutti i servizi sociali e dei controlli. Neppure alle Regioni dovrebbe essere consentito lo svolgimento di funzioni operative attraverso organi propri o enti facenti capo ad esse.

Sarebbe invece da attribuire alle Province (e ai Consorzi di Province) la formazione e lo aggiornamento degli operatori sociali (assistenti sociali, educatori, logopedisti, fisioterapia-

pisti, ecc.), e quei compiti operativi che, per il loro raggio di azione e per ragioni di economicità, non possono far capo alle unità locali (ad esempio servizi specialistici).

Tutti gli altri compiti operativi dovrebbero essere attribuiti alle unità assistenziali (9) e sanitarie (10) gestite direttamente dai comuni o dai consorzi di comuni. Il numero medio di utenti potenziali delle unità assistenziali e sanitarie (50.000 cittadini) dovrebbe essere una garanzia, nelle grandi città, contro le disfunzioni tipiche dei servizi centralizzati.

Alla gestione di tali servizi (i cui interventi devono perdere qualunque carattere settoriale ed essere diretti ad una soluzione globale dei problemi e al rafforzamento delle capacità di autonomia dell'individuo o del nucleo familiare in stato di necessità) deve essere consentita ai cittadini una vasta e reale partecipazione.

L'attesa legge-quadro dovrebbe necessariamente prevedere la soppressione di tutti quegli enti e organismi pubblici (i famosi 40.000 di cui fan parte l'ONMI, l'ENAOLI, e gli ECA, ecc.) la cui presenza non ha più ragione d'essere e costituirebbe un grave ostacolo alla realizzazione di nuovi orientamenti assistenziali.

Infine dovrà essere riconosciuto il diritto concretamente esigibile alle prestazioni assistenziali; amministrativamente dovrà essere eliminata la fittizia distinzione tra spese obbligatorie e spese facoltative.

La nuova impostazione dei servizi e l'esigenza di effettuare prestazioni specialistiche per gli *handicappati* e i disadattati renderà necessaria l'utilizzazione di nuovo personale qualificato e una riqualificazione del personale già in servizio. È urgente quindi provvedere alla istituzione di adeguati corsi teorico-pratici.

3) Orientamenti generali e politica delle riforme.

Come già si è detto in precedenza, per la soluzione dei problemi assistenziali di quella fascia di persone che, prive di lavoro, salute, reddito, istruzione, ecc., si rivolgono all'Assistenza per ottenere mezzi di sostentamento.

(9) Vedasi l'allegato 7 che si riferisce alla progettata sperimentazione di unità assistenziale, da attuarsi a brevissima scadenza in un quartiere torinese (pag. 274).

(10) Non emergono in questa relazione specifici riferimenti alle prestazioni sanitarie per gli indigenti a carico del comune, in quanto presumibilmente riassorbite dall'unità sanitaria locale di prossima istituzione. L'unità sanitaria locale dovrà agire in stretto collegamento con l'unità locale assistenziale.

non è sufficiente la ristrutturazione del settore assistenziale, che - tuttavia - costituisce un necessario passo intermedio.

Solo una adeguata politica di riforme può consentire soluzioni reali ai problemi in esame.

Per i soggetti con *deficit* personali addebitabile all'età, a particolari caratteristiche fisiche, psichiche e sensoriali, o comunque in difficoltà, deve essere effettuata una svolta radicale in senso non emarginante. È cioè necessario evitare l'isolamento di anziani, di minori disadattati, bambini abbandonati, focolmici, spastici, ecc. nei rispettivi centri o istituti e favorirne, invece, la massima socializzazione. La citata legge n. 118 rappresenta il primo passo ufficiale in questa direzione. Queste persone infatti che, finora, sono state considerate non normali, e che in realtà hanno solo necessità in più degli altri, devono poter convivere con tutte le altre e utilizzare gli stessi spazi sociali e gli stessi servizi (sociali, sanitari, scolastici, ricreativi, di addestramento professionale, abitazione, ecc.).

Avendo di fatto particolari esigenze, necessitano anche di prestazioni specialistiche (chinesiterapia, psicoterapia, ecc.) che devono essere fornite nell'ambito dei servizi comuni, e non più mediante servizi « di categoria ».

Tuttavia ciò sarà impossibile se le riforme della casa, della scuola, dei trasporti, ecc., non verranno attuate in modo da consentire, anche ai cittadini *handicappati*, l'uso dei relativi servizi (tipica e ricorrente è l'esigenza, presentata in varie sedi, di eliminare le barriere architettoniche e di assegnare alloggi di edilizia popolare agli anziani).

Io ho terminato questa relazione, nella quale si è maggiormente tenuto conto del futuro, e che è la risultanza della esperienza ultraventennale delle Amministrazioni civiche democratiche, e tiene conto non soltanto delle esigenze locali, ma delle esigenze che provengono dalla attuale impostazione della società in campo mondiale, e che hanno alla base la Carta dei diritti dell'uomo.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il dottor Notaristefano per la sua relazione molto impegnata, e soprattutto per la parte che ha localizzato il problema che noi stiamo dibattendo su scala generale, affrontando problemi che ci stanno a cuore. La relazione non si discosta, mi pare, dalla visione che sta nascendo dalla audizione di tutte le autorità e personalità che abbiamo finora ascoltate.

Gli onorevoli colleghi possono ora rivolgere le domande che credono.

LODI ADRIANA. Farò una domanda che, tenendo conto delle cose già dette dall'assessore di Torino, può apparire pleonastica. Infatti, dalla sua relazione è emersa, tra l'altro, una difficoltà di coordinamento fra i vari assessorati al comune; la cosa è abbastanza grave, se si pensa che il comune, domani, dovrebbe essere l'ente che obiettivamente dovrebbe operare alcuni interventi diretti in materia di assistenza.

La domanda è questa: il compito di coordinare, unificare eventualmente, le Opere pie, compete al Comitato assistenza e beneficenza della Prefettura. Ma poiché in molti Consigli di amministrazione delle Opere pie ci sono anche rappresentanti del comune di Torino, vorrei chiederle se attraverso i suoi rappresentanti il comune abbia potuto svolgere qualche coordinamento di indirizzo per lo meno all'interno delle Opere pie. Può accadere che un'Opera pia che gestisce un istituto per minori agisca in un determinato modo e un'altra in altro modo. Almeno in questa direzione si è cercato di dare un orientamento unico?

Altra domanda relativa alla riforma della assistenza. Lei ha parlato di un « vertice » che dovrebbe esistere al Ministero, in quanto non dovremmo più parlare di Ministero dell'interno ma di un coordinamento ministeriale, per quanto riguarda l'assistenza e beneficenza. Ma ha anche accennato a direttive generali che deve dare il Ministero in fatto di assistenza. Non ritiene che questo sia in contrasto con l'autonomia legislativa ed amministrativa che le Regioni hanno in questo campo? Le direttive, se mai dovrebbero essere date in una legge-quadro che stabilisca principi, senza dover attendere direttive di carattere generale dal Ministero.

Lei ha parlato di unità sanitarie locali e di unità locali di servizi sociali in stretto collegamento tra loro; sono d'accordo; poiché l'unità sanitaria locale, in linea di massima, ha una definita area demografica e territoriale nella quale operare - cioè 50 mila abitanti - ritiene che anche la legge quadro sull'assistenza debba rigidamente stabilire l'area territoriale e demografica nell'ambito della quale operare, oppure non è meglio lasciare questa possibilità ai comuni, o ai consorzi di comuni, tenendo conto che i comuni hanno, a volte, i consigli di circoscrizione che non rispondono esattamente al numero di 50 mila abitanti, ma possono essere inferiori o superiori?

NOTARISTEFANO, *Assessore all'assistenza sociale del comune di Torino*. La onorevole Lodi ha toccato - e la ringrazio - un punto molto importante dell'attività dell'assessorato all'assistenza. In un grande comune ci sono le Opere pie, delle quali bisognerebbe tentare il coordinamento, in quanto il comune ha i suoi rappresentanti in seno ad esse e quindi dovrebbe riuscire a mantenere i contatti.

Sono assessore soltanto da otto mesi, e sono agli inizi di questa esperienza. Non so, per il passato, quanto sia stato fatto in questa direzione. Posso però dire che una delle constatazioni che ho dovuto fare - e mi riferisco non specificamente a questi, ma a parecchi Enti in cui il Consiglio comunale nomina i propri rappresentanti - è che il Consiglio comunale si limita a nominarli; poi si perdono di vista e non se ne sa più niente.

Per parte mia, mi sono proposto di fare effettivamente una cosa di questo genere.

Stiamo finalmente per rinnovare tutti i consigli di amministrazione che dovevano essere rinnovati all'indomani delle elezioni e che per noti motivi non siamo riusciti a rinnovare.

Appena questo avverrà mi riservo di mantenere costanti contatti con i rappresentanti eletti dal Consiglio comunale per riuscire a fare una politica della assistenza. Non possiamo limitarci a registrare quello che accade.

La seconda domanda che l'onorevole Lodi ha posto è quella relativa alle competenze dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.

In questo campo, la mia tesi è la seguente: il Ministero deve elaborare la legge quadro per la riforma dell'assistenza e deve dare delle direttive di massima. Tutto quello che riguarda la programmazione e la legislazione specifica in materia dev'essere lasciata alle Regioni.

Sul piano operativo, invece, si dovrebbe arrivare alle province o ai consorzi di province o alle unità locali dei servizi.

Non si deve porre nella legge quadro il limite dei cinquantamila in quanto cinquantamila è l'*optimum* previsto, ma è evidente che le situazioni ambientali possono portare ad una variazione in più o in meno che secondo me non snatura la funzione dell'unità locale. Quindi, sono del parere di dire cinquantamila come indirizzo di massima, al di sopra e al di sotto del quale sono le circostanze dei singoli comuni e dei consorzi di comune che devono indirizzare le scelte.

FOSCHI, *Relatore*. Vorrei semplicemente porre un quesito a proposito della preven-

zione. Gran parte delle posizioni espresse, evidentemente, presuppongono una politica assistenziale che non dev'essere rivolta solamente ad assistere i cittadini nelle situazioni di bisogno, ma anche a prevenire tali situazioni.

Come pensate di realizzare ciò?

L'altro punto sul quale vorrei chiedere la sua opinione è quello relativo alla gestione delle unità locali di servizi: ritiene che essa debba essere una emanazione diretta dell'amministrazione comunale oppure no? E in che forma intende collocare l'esperienza dei comitati di quartiere e tutte le altre forme spontanee di partecipazione nei confronti della nuova organizzazione dei servizi e dell'assistenza in modo particolare?

NOTARISTEFANO, *Assessore all'assistenza sociale del comune di Torino*. Per quanto riguarda la gestione delle unità locali di servizi, il problema è ancora aperto.

Noi abbiamo predisposto una bozza di delibera o meglio degli appunti operativi di come dev'essere questa prima unità locale di servizi.

Abbiamo sottoposta questa bozza alla commissione consiliare consultiva per i problemi della assistenza dopo di che si convocheranno tutti gli enti assistenziali che operano in quella zona di Torino per fare il discorso specifico del coordinamento e della gestione unitaria con esclusione di diversi interventi in quella zona.

Fatto tutto questo, il proposito dell'Amministrazione è di portare a livello di quartiere la bozza di delibera; cioè prima ancora di avviarne l'approvazione da parte della Giunta e del Consiglio comunale, di portarla a livello di quartiere, per verificare con la cittadinanza quale potrebbe essere la forma migliore della unità locale, con la partecipazione dei cittadini della zona. Quindi, direi che siamo ancora in fase di studio, di affermazione di un principio politico che però, così, nell'attuazione, non ha ancora un obiettivo preciso perché ci riserviamo proprio di verificarlo a livello di quartiere, di interpellare la cittadinanza a questo proposito.

SALVI. Credo che bisognerebbe approfondire il problema del rapporto fra assistenza pubblica e privata, sia per una questione di principio (la Costituzione riconosce queste forme di assistenza privata), ma anche per motivi pratici; perché se possiamo auspicare che si arrivi a forme più perfezionate dell'assistenza, sappiamo anche - credo tutti - che occorreranno parecchi anni, perché non è una cosa che si realizzi in breve tempo. Quindi io credo che bisognerebbe considerare anche nel-

la fase transitoria, - che non sarà molto breve - quale deve essere il rapporto fra assistenza pubblica e assistenza privata; sono d'accordo che in linea di principio l'assistenza privata non possa avere sussidi né contributi dall'Ente pubblico, se l'assistenza pubblica è in grado di offrire direttamente il servizio.

Io credo che bisognerebbe, per lo meno, sancire un obbligo non solo, come diceva lei, di un determinato *standard* di trattamento all'interno dell'istituto privato, per potere usufruire di contributi pubblici; ma chiedo anche di più, cioè che la concessione dei contributi dovrebbe essere legata piuttosto alla accettazione non solo del controllo, ma di un coordinamento dell'attività dell'ente privato con quella degli enti pubblici. Questo perché per un periodo ancora non breve durerà l'assistenza privata e per questo è interesse dei pubblici poteri legare l'assistenza privata attraverso contributi, che comportino un assoggettamento a controlli e a coordinamento con la assistenza pubblica.

NOTARISTEFANO, *Assessore all'assistenza sociale del comune di Torino*. A questo proposito vorrei precisare che il discorso che faccio è un discorso in prospettiva. Credo che dobbiamo tener conto di quella che è la realtà in cui ci muoviamo, e perciò concordo anch'io sulla tesi che ci si debba servire comunque dell'assistenza privata. Però, effettivamente la preoccupazione nostra deve essere quella di servirvene a certe determinate condizioni, con specifici controlli e garanzie di uno *standard* minimo. Noi, per esempio, a Torino, una delle cose che abbiamo messo in moto e che contiamo di portare avanti con molta sollecitudine, è un generale controllo di tutti gli istituti nei quali abbiamo minori affidati. Il Servizio sociale del comune di Torino sta facendo delle visite molto approfondite a tutti questi istituti, per vedere non soltanto quelle che sono le attrezzature interne dell'istituto, ma anche i sistemi pedagogici ed educativi che si seguono; perché ci proponiamo di seguire molto da vicino gli istituti, di tenere questi contatti e soprattutto di concentrare al massimo i bambini che abbiamo sparsi in troppi istituti.

Infatti abbiamo bambini in moltissimi istituti: magari due o tre per istituto. Se vogliamo esercitare veramente un controllo efficace, dobbiamo concentrare i bambini in pochi istituti che saranno quelli che, attraverso le indagini che il Servizio sociale del comune di Torino sta svolgendo, risulteranno i più ido-

nei e per condizioni ambientali e per quelle educative e formative.

Per quanto riguarda il contributo, questo c'è, comunque, attraverso il pagamento delle rette. Paghiamo anche una retta che non è di fame, ed è logico che l'istituto dia la garanzia di un certo *standard* minimo al di sotto del quale non è possibile scendere.

**PRESIDENTE.** Anch'io vorrei fare una domanda. Torino è una città che richiama lavoratori non solo dalla provincia ma anche da altre regioni. Come incidono, questi emigrati, sull'assistenza? E quali sono i rapporti tra il comune - che è dispensatore di servizi assistenziali - e l'industria (vorrei quasi dire la Azienda) che crea questi soggetti di assistenza? Il problema è macroscopico per la casa, ma mi pare anche molto interessante per la assistenza in generale. C'è una qualche collaborazione? Questa industria fa un'assistenza da sola, e in che modo?

**NOTARISTEFANO, Assessore all'assistenza sociale del comune di Torino.** Vorrei premettere che di proposito non ho parlato del problema dell'immigrazione né dei problemi derivanti da questo incontrollato sviluppo urbano, dato che questi problemi sono da considerarsi al di fuori dell'assistenza, anche se di fatto li aggravano.

Però, di fronte alla domanda specifica, dovrei dire che, purtroppo, l'industria incide negativamente rispetto a questi problemi assistenziali. I grossi problemi di Torino derivano proprio da questo sviluppo incontrollato, caotico, repentino della città, per cui ci siamo trovati impreparati per fornire ai cittadini i necessari servizi sociali.

A questo punto (parlo a nome della nuova Amministrazione comunale, in funzione da circa 8 mesi) abbiamo assunto nei confronti dell'industria una posizione, direi, anche di una certa durezza, facendo presente che l'industria, per il suo sviluppo, non deve dimenticare che aggrava i problemi della città in questo settore. C'è qualche piano, anche nel campo dell'edilizia, per la collaborazione fra l'industria e l'amministrazione comunale, che però, secondo me, è ancora molto al di sotto di quello che sarebbe necessario, anche perché il contributo per le opere di urbanistica è talmente basso che l'Amministrazione comunale di Torino deve sopportare ugualmente un aggravio di miliardi.

**PRESIDENTE.** Ringrazio anche a nome della Commissione il dottor Dante Notaristefano ed i suoi collaboratori per l'apporto valido e proficuo che hanno dato alla nostra indagine.

**La seduta termina alle 19,55.**

PAGINA BIANCA

## **ALLEGATO**

**ALL'INTERVENTO DELL'ASSESSORE ALL'ASSISTENZA E ALLA  
SICUREZZA SOCIALE DEL COMUNE DI MILANO CARLO TOGNOLI**

PAGINA BIANCA

PANORAMA DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI SVOLTE DAL COMUNE DI MILANO  
ATTRAVERSO L'ASSESSORATO ALL'ASSISTENZA E SICUREZZA SOCIALE

Le attività assistenziali svolte dal comune di Milano attraverso l'Assessorato all'assistenza e sicurezza sociale possono essere riassunte essenzialmente in tre principali categorie:

- I) assistenza ai minori;
- II) assistenza agli anziani ed agli inabili;
- III) assistenza ospedaliera.

I. - ASSISTENZA AI MINORI.

L'assistenza ai minori comprende una vasta gamma d'interventi, peraltro non obbligatoria, che il comune di Milano ha inteso assumere nel quadro di una visione politica volta verso l'obbiettivo globale della sicurezza sociale, che non può ovviamente essere realizzata se non si superano gli angusti limiti degli oneri che in materia, la legge pone a carico dell'Ente locale.

Gli interventi in questo settore vengono assicurati attraverso due diverse forme:

1) assistenza diretta, che viene realizzata a mezzo di ospitalità offerta ai minori in comunità gestite direttamente dall'Amministrazione comunale o da altri enti ed istituzioni che per lunga tradizione di serietà offrono le migliori garanzie sotto il profilo educativo e sociale;

2) assistenza indiretta, che viene realizzata a mezzo di dazione di assegni mensili sostitutivi di ricovero.

L'assistenza diretta, a sua volta, si distingue in tre diverse forme:

a) ospitalità permanente in istituti di educazione, selezionati in ragione delle particolari esigenze assistenziali ed educative di ciascun minore;

b) ospitalità temporanea in colonie climatiche permanenti o stagionali, che accolgono bambini in età scolare e prescolare per soggiorni della durata media di 30 o 60 giorni. Tra le colonie stagionali particolare cenno meritano le colonie elioterapiche urbane, che svolgono un'attività parallela a quella delle colonie convitto. Queste colonie accolgono ed as-

sistono i minori solo durante la giornata, riaccompagnandoli al loro domicilio a mezzo di apposito servizio di autotrasporto;

c) assistenza didattica e di addestramento professionale dei minori subnormali, che si realizza attraverso una organica ed articolata rete di organizzazioni specializzate, che colmano una grave lacuna in materia da parte del pubblico potere. Tali organizzazioni si distinguono in:

scuole speciali, dove trovano accoglienza i minori che, per particolari deficienze psichiche o turbe del carattere, non potrebbero essere ammessi alla frequenza di scuole elementari con indirizzo tradizionale, ma la cui menomazione consente una ben minima scolarizzazione;

centri pilota di addestramento professionale per minori subnormali non scolarizzabili;

un villaggio artigianale per lavoro protetto che impiega subnormali adolescenti idonei al lavoro.

II. - ASSISTENZA AGLI ANZIANI ED AGLI INABILI.

La legge fa carico ai comuni dell'assistenza agli inabili. Il comune di Milano ha invece allargato il proprio intervento non solo alla categoria degli inabili in senso stretto, ma anche agli anziani ed ai vecchi, accomunandoli, con parità di provvidenza, alla categoria sopradetta, sulla base del presupposto che la terza età, con le carenze in salute, e spesso, in affetti che inevitabilmente trascina seco, renda l'uomo più esposto agli insulti della vita e quindi ad essi più vulnerabile.

In altri termini si è adottato un concetto molto lato di inabilità, che consentisse una azione più incisiva ed articolata ai fini del raggiungimento dell'obbiettivo della sicurezza sociale al quale più sopra è stato accennato.

L'assistenza agli anziani ed agli inabili, come del resto quella ai minori, è assicurata da due diverse forme d'interventi:

a) assistenza diretta, che viene realizzata attraverso l'approntamento di organismi ca-

pacì di erogare servizi qualificati a favore dei cittadini bisognosi;

b) assistenza indiretta, che viene realizzata attraverso la dazione di assegni mensili sostitutivi di ricovero.

L'assistenza diretta, a sua volta, si distingue in tre forme diverse:

a) ricovero in case di riposo di persone anziane, sole o ammalate di forme croniche;

b) ospitalità in speciali pensionati, le cosiddette « Case per anziani », a persone anziane, ancora in grado di provvedere a sé stesse, dove gli assistiti possono continuare a vivere in forma autonoma;

c) assistenza medico-farmaceutica al domicilio, che si realizza attraverso un Ambulatorio geriatrico esterno al quale gli anziani non assistiti da Enti mutualistici, possono accedere, ad interventi medici ed infermieristici nell'abitazione di coloro che, per essere costretti a letto, non sono in grado di recarsi al Consultorio.

### III. - ASSISTENZA OSPEDALIERA.

La competenza assegnata dalla legge ai comuni nel campo ospedaliero risulta oltremodo limitata e in sostanza nel pagamento delle spese di degenza dei cittadini poveri e privi di protezione assicurativa.

Tuttavia, se limitato è il campo, notevole è l'impegno richiesto in ordine all'accertamento del diritto all'assistenza ospedaliera, nonché in ordine alle procedure di rivalsa nei confronti degli interessati che risultino privi dell'anzidetto diritto, o degli Enti e congiunti obbligati al rimborso.

Ma anche in questo campo il comune di Milano si è posto all'avanguardia sia assumendo un concetto di povertà elastico e rispondente all'evoluzione economica e giuridica della società, sia estendendo oltre i limiti di legge e meglio qualificando l'assistenza erogata. A quest'ultimo proposito si rammenta che la Civica amministrazione assume l'onere di ricoveri, anche al di fuori della procedura di emergenza, presso Case di cura ed Istituti specializzati per la terapia di particolari forme morbose, quello di prestazioni anche semplicemente ambulatorie, nonché quello di cure termali in alberghi convenzionati, con annesso stabilimento termale.

Infine non è da sottovalutare l'intervento comunale, nella fase successiva alla degenza ospedaliera, consistente in soggiorni in Istituti particolarmente attrezzati degli assistiti biso-

gnosi di un periodo di convalescenza, nonché l'assunzione a carico comunale delle spese di trasporto con autolettiga dei malati e feriti poveri.

Per avere una idea più esatta delle dimensioni dell'assistenza comunale dei settori di cui più sopra si è discusso, si fanno seguire alcuni elementi statistici illustranti i dati quantitativi degli interventi e della conseguente spesa nello esercizio 1970, nonché quelli di previsione per l'esercizio in corso.

#### ASSISTENZA AI MINORI.

1) Minori ricoverati nell'anno 1970 a carico comunale in istituti di educazione a carattere permanente n. 2.200 per una spesa complessiva di lire 1.496.500.000;

spesa prevista a bilancio per il 1971 lire 1.589.000.000.

2) Minori assistiti nell'anno 1970 con assegno domiciliare sostitutivo del ricovero n. 800 per una spesa complessiva di lire 150 milioni;

spesa prevista a bilancio per il 1971 lire 170.000.000.

#### ASSISTENZA IN COLONIE CLIMATICHE ED ELIOTERAPICHE.

Presupposto fondamentale e basilare della attività cui si informano gli interventi in questo campo da parte dell'Assessorato all'assistenza è quello della gestione diretta delle colonie climatiche, con tassativa esclusione di ogni e qualsiasi forma di gestione a mezzo gestori esterni, con quelle complicità e quelle minori garanzie che ovviamente possono derivare da tale tipo di incarico.

L'attività comunale, come sopra accennato, si articola con l'organizzazione di colonie permanenti che accolgono in ogni stagione dell'anno minori di età scolare e prescolare, riconosciuti bisognosi di trascorrere in località climatiche soggiorni a carattere terapeutico.

Accanto a tali colonie il comune di Milano organizza pure, durante il periodo estivo, colonie di vera e propria vacanza per i ragazzi residenti in Milano: per i minori provenienti dalle scuole speciali (motulesi-oligofrenici-spastici-epilettici e subnormali) vengono allestite, con tutte le precauzioni richieste dal tipo particolare di ragazzi ospitati, colonie riservate esclusivamente a tali categorie di bimbi.

Infine in città - o nelle sue immediate vicinanze - ed in località appositamente scelte per una idonea collocazione e per la presenza di spazi verdi, vengono allestite colonie elioterapiche per minori di scuola elementare e per bimbi di scuola materna.

Tale ultima organizzazione che prevede la presenza dei ragazzi durante l'intero arco della giornata, rappresenta una vera e propria continuazione della vita comunitaria scolastica nel periodo estivo e consente ai minori di essere seguiti da personale educativo in sedi dove possano essere ovviamente svolte anche attività sportive e ricreative.

Alcuni dati statistici, riassunti per brevità di esposizione sono sufficienti a documentare l'ampiezza degli interventi comunali nel settore considerato:

a) minori assistiti in colonie permanenti nell'anno 1970: n. 4500;

spesa complessiva: lire 502.000.000;

spesa prevista per l'anno 1971: lire 550 milioni;

b) minori assistiti in colonie stagionali nell'anno 1970: n. 12.000;

spesa complessiva: lire 643.000.000;

spesa prevista per l'anno 1971: lire 650 milioni;

c) minori prescolari assistiti in colonie elioterapiche nel 1970: n. 7800;

minori scolari assistiti in colonie elioterapiche nel 1970: n. 7500;

spesa complessiva anno 1970: lire 233 milioni;

spesa prevista per il 1971: lire 260 milioni.

POPOLAZIONE ANZIANA

ANNI	Maschi	Femmine	Totale	%
61-65 . . .	41.685	53.172	94.857	5,72
66-70 . . .	29.192	41.351	70.543	4,25
Oltre 70 . .	37.186	69.949	107.135	6,46
	<u>108.063</u>	<u>164.472</u>	<u>272.535</u>	

Le percentuali si riferiscono al totale della popolazione di Milano.

Gli anziani ospitati in Case di riposo sono 6.900 mentre i sussidiati a domicilio sono 3.500, inoltre 4.500 famiglie (comprendenti

anziani e minori) godono di assistenza sanitaria gratuita a carico della Amministrazione comunale.

ASSISTENZA AGLI ANZIANI.

1) Inabili ed anziani ricoverati nell'anno 1970 a carico comunale in istituti a carattere permanente n. 7.000 per una spesa complessiva di lire 7.413.500.000;

spesa prevista a bilancio per il 1971: lire 8.376.000.000.

2) Inabili ed anziani assistiti nell'anno 1970 con assegno domiciliare sostitutivo del ricovero n. 3.400 per una spesa complessiva di lire 350.000.000;

spesa prevista a bilancio per il 1971: lire 450.000.000.

ASSISTENZA OSPEDALIERA.

1) Spesa per il ricovero di ammalati in ospedali cittadini e in ospedali specializzati:

1970 . . . . .	L.	4.528.000.000
1971 . . . . .	»	2.850.000.000

(La diminuzione di spesa è dovuta al prevedibile ricorso all'Istituto della anticipazione statale).

2) Spesa per il ricovero di ammalati in ospedali foresi:

1970 . . . . .	L.	150.000.000
1971 (preventivo) . . . . .	»	150.000.000

3) Spesa per il ricovero di cittadini milanesi in convalescenziari di mare, di monte e di lago:

1970 . . . . .	L.	160.000.000
1971 (preventivo) . . . . .	»	215.000.000

4) Spese per l'invio di cittadini alle cure termali:

1970 . . . . .	L.	10.000.000
1971 (preventivo) . . . . .	»	10.000.000

5) Spesa per il trasporto di infermi ed infortunati a mezzo delle ambulanze delle società volontarie di pronto soccorso:

1970 . . . . .	L.	145.000.000
1971 (preventivo) . . . . .	»	150.000.000

## DATI RELATIVI AL BILANCIO DI PREVISIONE 1971.

A conclusione sembra utile un breve cenno al bilancio dell'Assessorato all'assistenza e sicurezza sociale che rappresenta, pur sempre il documento ufficiale, che riassume nella necessaria semplicità delle cifre, l'arco degli interventi comunali nel campo della sicurezza sociale.

Tale bilancio per l'esercizio 1971, nel settore delle spese correnti, prevede lo stanziamento di lire 16.067.500.000 che, percentualmente, nei confronti degli stanziamenti globali del bilancio comunale, sempre nel campo delle spese correnti, cui per analogia va comparato, rappresenta circa il 7,10 per cento.

Ma sicuramente più della sinteticità di un dato complessivo, ad illustrare, sia pure brevemente, l'impegno e lo sforzo della civica amministrazione nel campo assistenziale, vale meglio l'esposizione dettagliata e analitica delle singole voci che concorrono alla formazione dello stanziamento globale.

Riassunti, in aderenza all'impostazione tecnica del bilancio, si espongono, qui di seguito, gli stanziamenti parziali che fanno capo ai singoli capitoli di spesa:

Cap. 58 - Trasporto infermi a mezzo autoambulanze delle Società volontarie di pronto soccorso . . . . .	L.	150.000.000
Cap. 111 - Spese urgenti della Ripartizione assistenza . . . . .	»	10.000.000
Cap. 115 - Fornitura presidi ortopedici. Somministrazione latte in polvere ai lattanti . . . . .	»	45.000.000
Cap. 116 - Gestione Centri alloggiativi provvisori . . . . .	»	150.000.000
Cap. 117 - Fornitura medicinali a ricoverati in Istituti a carattere permanente . . . . .	»	20.000.000
Cap. 117 - Contributo ordinario all'Ente comunale di assistenza . . . . .	»	120.000.000
Cap. 117 - Interventi in favore di cittadini a mezzo Istituto stomatologico italiano . . . . .	»	35.000.000

Cap. 118 - Controllo degenze ospedaliere a mezzo medici incaricati e consulenze in campo geriatrico e pedagogico . . . . .	L.	20.000.000
Cap. 118-119 - Ricoveri in ospedali comuni, specializzati e ricoveri in ospedali foresi . . . . .	»	3.196.500.000
Cap. 120 - Ricovero inabili e cronici e concessione assegni domiciliari mensili sostitutivi di ricovero . . . . .	»	8.587.000.000
Cap. 120-121 - Manutenzione stabili comunali adibiti a gerontocomi e colonie . . . . .	»	170.000.000
Cap. 121 - Funzionamento colonie climatiche ed elioterapiche . . . . .	»	1.275.000.000
Cap. 122 - Ricovero minori in Istituti di educazione e concessione assegni domiciliari mensili sostitutivi di ricovero . . . . .	»	1.759.000.000
Cap. 124 - Spese funzionamento Centri addestramento minori subnormali e laboratori protetti . . . . .	»	180.000.000
Cap. 126 - Contributo alla Amministrazione provinciale per l'infanzia illegittima . . . . .	»	250.000.000
Cap. 127 - Contributo a favore dei Enti vari a carattere assistenziale . . . . .	»	100.000.000
		<hr/>
		L. 16.067.500.000
		<hr/> <hr/>

Nell'impostazione del suo programma assistenziale e parallelamente nella ricerca dei mezzi finanziari con i quali far fronte alle spese conseguenti, l'Assessorato all'assistenza ha ovviamente tenuto presente la necessità di non dilatare la spesa pubblica oltre un ragionevole limite di sopportabilità, pur restando obiettivo finale ed ottimale di questo comune il conseguimento di tranquillanti margini di sicurezza sociale.

## **ALLEGATI**

**ALL'INTERVENTO DELL'ASSESSORE ALL'ASSISTENZA SOCIALE  
DEL COMUNE DI TORINO DANTE NOTARISTEFANO**

PAGINA BIANCA

ALLEGATO I.

ISTITUZIONI ASSISTENZIALI OPERANTI NELLA CIRCOSCRIZIONE COMUNALE  
COME RISULTANO DAL CENSIMENTO DELLA PREFETTURA

DENOMINAZIONE	Estremi ricon. giuridico	Tipo attività	Capacità ricettiva
<i>Minori</i>			
1 Collegio Artigianelli . . . . .	R. D. 18 dicembre 1953	Collegio	344
2 Comitato Difesa Fanciulli . . . . .	R. D. 1° maggio 1925	Collegio	116
3 Conservatorio SS. Rosario . . . . .	R. D. 11 febbraio 1925	Collegio	50
4 Istituto Agrario Bonafous . . . . .	R. D. 19 marzo 1871	Collegio	140
5 Istituto Alfieri Carrù . . . . .	R. D. 31 agosto 1896	Collegio	215
6 Istituto Figlie dei Militari . . . . .	R. D. 27 maggio 1866	Collegio	200
7 O. P. Viretti . . . . .	R. D. 15 febbraio 1883	Collegio	70
8 Colonia Regina Margherita . . . . .	R. D. 10 settembre 1897	Colonia estiva	70
9 Colonia Marina Cantore . . . . .	R. D. 14 novembre 1929	Colonia estiva	80
10 Crociata contro la Tubercolosi . . . . .	R. D. 12 agosto 1925	Colonia perman.	110
11 Ginnasio ricreativo Villa Genero . . . . .	R. D. 6 marzo 1898	Colonia perman.	70
12 Educatorio della Provvidenza . . . . .	R. D. 4 maggio 1735	Convitto	40
13 Istituto Artigianelli Valdesi . . . . .	R. D. 25 aprile 1885	Convitto	20
14 Istituto Sacra Famiglia . . . . .	R. D. 8 luglio 1856	Convitto	80
15 Istituto delle Rosine . . . . .	R. D. 9 luglio 1755	Ist. professionale e scolastico	70
16 Pro Infanzia Derelicta . . . . .	R. D. 9 dicembre 1920	Ist. per l'Infanzia abbandonata	90
17 Istituto Nido Principessa Laetitia . . . . .	R. D. 24 luglio 1942	Ist. per l'Infanzia abbandonata	70
18 Istituto Buon Pastore . . . . .	R. D. 13 febbraio 1870	Casa di rieducaz.	150
19 Soc. di Rieducazione Cesare Lombroso . . . . .	R. D. 12 ottobre 1846	Casa di rieducaz.	30
20 Orfanotrofia Femminile . . . . .	R. D. 31 gennaio 1832	Orfanotrofia	75
21 Orfanotrofia Israelitico . . . . .	R. D. 26 giugno 1863	Orfanotrofia	15
22 Pro Pueritia . . . . .	R. D. 7 maggio 1903	Orfanotrofia	95
23 Patronato della Giovane . . . . .	R. D. 10 dicembre 1925	Pensionato	110
24 O. P. Reynero . . . . .	R. D. 15 novembre 1880	Pensionato	90
<i>Sordomuti</i>			
1 Istituto Sordomuti . . . . .	R. D. 23 gennaio 1838	Ist. per sordomuti	150
2 Istituto L. Prinotti . . . . .	R. D. 14 novembre 1882	Ist. per sordomuti	150

Segue: ALLEGATO 1.

**ISTITUZIONI ASSISTENZIALI OPERANTI NELLA CIRCOSCRIZIONE COMUNALE  
COME RISULTANO DAL CENSIMENTO DELLA PREFETTURA**

DENOMINAZIONE	Estremi ricon. giuridico	Tipo attività	Capacità ricettiva
<i>Anziani e cronici</i>			
1 Convitto Vedove e Nubili . . . . .	R. D. 27 ottobre 1786	Ricov. per vecchi	118
2 Il Ricovero . . . . .	R. D. 10 agosto 1837	Casa di Riposo	658
Il Ricovero . . . . .	R. D. 10 agosto 1837	Ricov. per cronici	200
3 Istituto di Riposo per la Vecchiaia . . .	R. D. 18 dicembre 1890	Ricov. per vecchi	398
Istituto di Riposo per la Vecchiaia . . .	R. D. 18 dicembre 1890	Ricov. per cronici	679
4 O. P. Convalescenti alla Crocetta . . .	R. D. 24 agosto 1866	Casa di Ricovero	100
5 Opera Pia Lotteri . . . . .	R. D. 18 maggio 1893	Ricov. per vecchi	98
Opera Pia Lotteri . . . . .	R. D. 18 maggio 1893	Ricov. per cronici	89
6 O. P. Piccola Casa di Carità . . . . .	R. D. 20 marzo 1865	Ricov. per vecchi	40
7 Ospizio Israelitico . . . . .	R. D. 26 giugno 1863	Ricov. per vecchi	55
8 Piccola Casa Divina Provvidenza . . .	R. D. 27 agosto 1833	Ricov. per vecchi	700
9 Soc. Patrocinio Dimessi O. P. . . . .			
Soc. per gli Asili Notturni . . . . .	R. D. 17 novembre 1901	Asilo notturno	140
<p>Case di riposo per anziani non soggette a controllo turorio:</p> <p>1 Casa della Donna Cieca;</p> <p>2 Casa dell'Immacolata;</p> <p>3 Pensionato S. Lucia;</p> <p>4 Casa di riposo S. Salvario;</p> <p>5 Casa Serena ONPI;</p> <p>6 Conservatorio del Suffragio;</p> <p>7 Istituto Povere Cieche;</p> <p>8 Piccole Suore dei Poveri;</p> <p>9 Suore Terziarie Carmelitane.</p> <p>Istituti di ricovero per minori non soggetti a controllo tutorio:</p> <p>1 Casa Nostra;</p> <p>2 Casa del Buon Consiglio;</p> <p>3 Casa Madre Mazzarello;</p> <p>4 Città dei Ragazzi;</p> <p>5 Collegio Salesiano;</p> <p>6 Convitto Umberto I;</p> <p>7 Istituto Richelmy;</p> <p>8 Istituto Charitas;</p> <p>9 Istituto Colle Bianco;</p> <p>10 Istituto Natività Maria SS.;</p> <p>11 Istituto Missionarie Francescane;</p> <p>12 Istituto Famiglie Operaie;</p> <p>13 Istituto Gesù Bambino;</p> <p>14 Istituto Immacolata Concezione;</p> <p>15 Istituto Maddalenine;</p> <p>16 Istituto Maria Ausiliatrice;</p> <p>17 Istituto Maria Consolatrice;</p> <p>18 Istituto N. S. del Rifugio;</p> <p>19 Protette San Giuseppe;</p> <p>20 Istituto S. Domenico Savio;</p> <p>21 Istituto S. Anna;</p> <p>22 Istituto SS. Natale;</p> <p>23 Istituto San Pietro;</p> <p>24 Opera Redenzione Femminile;</p> <p>25 Oratorio San Francesco di Sales;</p> <p>26 Casa San Michele;</p> <p>27 Pozzo di Sichar;</p> <p>28 Villa Angelica;</p> <p>29 Villa Maria;</p> <p>30 Pro Juventute Don Gnocchi.</p>			

## ALLEGATO 2.

**PREVISIONE DI SPESA PER I PROVVEDIMENTI SOCIO-ASSISTENZIALI  
A CARICO DEL COMUNE DI TORINO PER L'ANNO 1970**

RIASSUNTO PER RIPARTIZIONE	Previsione di spesa	Percen- tuale
IV Personale . . . . .	11.000.000	0,25
VII Istruzione . . . . .	5.063.131.000	38
VIII Amministrazione Patrimonio Immobiliare e Lavori Pubblici . . .	1.072.636.000	8
IX Servizi Pubblici Industriali e Gestioni Speciali . . . . .	599.890.000	5
XVI Assistenza Sociale . . . . .	4.968.992.000	38
XIX Lavoro e Problemi sociali . . . . .	246.667.000	1
Ufficio Igiene e Sanità . . . . .	401.514.000	4
Lavori Pubblici Ripartizione II . . . . .	528.000.000	3
Lavori pubblici Ripartizione III . . . . .	20.000.000	0,75
Varie . . . . .	296.331.000	2
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>13.208.161.000</b>	<b>100 %</b>

ALLEGATO 3.

## MINORI

Dati relativi al 1970

PRESTAZIONI	Spesa totale	N. di pre- stazioni ovvero soggetti	Requisiti richiesti	Ripartizione interessata	Nuovi orientamenti politici dell'Ammini- strazione già in fase di attuazione
a) Scuola materna . . . . .	2.346.492.000	Dato non reperito		VII Istruzione	
b) Colonie . . . . .	658.594.000	490	1) Situazione econo- mica e sanitaria precaria, con pre- cedenza ai figli dei tubercolotici, con- viventi con i geni- tori	XVI Assistenza Sociale	Riduzione delle colo- nie estive e incre- mento di quelle in- vernali
Invernali (gestione diretta) . . . . .		532		VII Istruzione	
Invernali (convenzionate) . . . . .		1.450			
Estive (gestione diretta) . . . . .		953	2) domicilio di soc- corso		
Estive (convenzionate) . . . . .		3.425	3) avere dai 3 ai 12 anni		
c) Affidamento convittuale di mi- nori . . . . .	123.858.865	578	Impossibilità di per- manenza in fami- glia per gravi mo- tivi	XVI Assistenza Sociale	Tendenza a ridurre il numero degli affida- menti, incrementan- do interventi alter- nativi
d) Sussidi sostitutivi . . . . .	225.000	5	Difficoltà di perma- nenza dei minori in famiglia per mo- tivi essenzialmente economici	XVI Assistenza Sociale	Tendenza a incremen- tare tale forma di intervento
e) Manifestazioni di fine d'anno (pacchi dono) . . . . .	5.461.128	578	Disadattamento dei minori sempre per motivi economici	XVI Assistenza Sociale	—
			Essere affidati ad un Istituto con retta a carico dell'Am- ministrazione co- munale		

Segue: ALLEGATO 3.

## INABILI

Dati relativi al 1970

PRESTAZIONI	Spesa totale	N. di prestazioni ovvero soggetti	Requisiti richiesti	Ripartizione interessata	Nuovi orientamenti politici dell'Amministrazione già in fase di attuazione
a) Ricovero in Istituti di riposo o cronico . . . . .	1.716.469.000	2.865	1) stato di inabilità da malattia cronica, da età o da altro <i>deficit</i> 2) stato di indigenza 3) Domicilio di soccorso 4) assenza di parenti tenuti agli alimenti e in grado di provvedervi	XVI Assistenza Sociale	Tendenza a ridurre al massimo il numero dei ricoveri incrementando le soluzioni alternative
b) Sussidio mensile di lire 3.000 per anziani e inabili privi di pensione ricoverati a totale carico della città . . . . .	32.000.000	866	<i>Idem</i> con in più la non titolarità di pensione	XVI Assistenza Sociale	Tendenza ad aumentare il sussidio fino a raggiungere la entità della pensione sociale
c) Sussidi mensili di lire 10.000 sostitutivi del ricovero (a anziani o inabili soli o in coppia) . . . . .	98.650.000	956	1) stato di indigenza (reddito non superiore a lire 25.000 al netto dell'affitto e lire 40.000 se in coppia) 2) Domicilio di soccorso 3) assenza di parenti, ecc. 4) costretti al ricovero per motivi soprattutto economici	XVI Assistenza Sociale	Tendenza a differenziare i sussidi in modo da garantire un reddito minimo: a) per il singolo: lire 35.000 al netto dell'affitto b) per la coppia: lire 55.000 al netto dell'affitto

Segue: ALLEGATO 3.

## INABILI

Dati relativi al 1970

PRESTAZIONI	Spesa totale	N. di pre- stazioni ovvero soggetti	Requisiti richiesti	Ripartizione interessata	Nuovi orientamenti politici dell'Ammini- strazione già in fase di attuazione
d) Sussidi integrativi agli ultra- ottantenni (lire 30.000 trime- strali) . . . . .	7.200.000	60	Come al punto c), nn. 1, 2, 3 e 4 5) aver superato gli 80 anni	XVI Assistenza Sociale	
e) Assistenza domiciliare (Centro sperimentale di via Verolengo)	3.500.000	71	1) essere anziani 2) abitare nella zona di azione del Cen- tro	XVI Assistenza Sociale	E' stato aperto un se- condo centro con il gennaio del 1971. E' allo studio un inter- vento analogo per la zona del centro storico. E' chiaro che si tratta di un servizio che verrà riassorbito dall'Uni- tà locale
f) Manifestazioni di fine d'anno (pacchi) . . . . .	10.922.256	2.865	Essere ricoverati in Istituto a carico dell'Amministrazione comunale	XVI Assistenza Sociale	Abolito

Segue: ALLEGATO 3.

## SCUOLA

Dati relativi al 1969-70

PRESTAZIONI	Spesa totale	N. di pre- stazioni ovvero soggetti	Requisiti richiesti	Ripartizione interessata
1) Assistenza scolastica . . . . .	1.999.877.000			VII Istruzione
a) Refezione . . . . .		1.585.984 (razioni)	A) <i>Gratuita</i> per minori: appartenenti a nuclei familiari iscritti all'assistenza sanitaria gratuita, assistiti dall'ECA, in disagio economico o con il capo famiglia invalido permanente al lavoro, disoccupato	
b) Doposcuola . . . . .		615 sezioni		
c) Attività integrative nei doposcuola (corsi di lingue, danze, canto, musica, ginnastica, nuoto, ecc.) . . . . .		11.172		
d) Merenda . . . . .		1.280.484 (razioni)	B) Negli altri casi: lire 180 per pasto lire 2.200 al mese per il doposcuola	
e) Servizio trasporti alunni . . . . .		2.539	1) essere alunni di scuole poste in sedi disagiate 2) frequentare le scuole speciali (elementari e medie)	
f) Parchi gioco estivi (dal 1° luglio al 25 settembre con interruzione dal 1° al 31 agosto) . . . . .		40 parchi	Fanciulli di ambo i sessi dai 6 ai 14 anni anche se frequentanti le scuole speciali	

Segue: ALLEGATO 3.

## SCUOLA

Dati relativi al 1969-70

PRESTAZIONI	Spesa totale	N. di pre- stazioni ovvero soggetti	Requisiti richiesti	Ripartizione interessata
2) Scuole elementari speciali . . .	349.927.000	552 unità (non sono conteg- giati gli alumni delle sezio- ni speciali di scuole normali)	Soggetto con ritardo mentale, sordastri, am- bilopi (da documentare con visite presso CMPP o altri Centri specializzati)	VII Istruzione
3) Scuola popolare di igiene e corsi culturali vari . . . . .	3.000.000	241	Titolo di scuola di licenza elementare Età dai 18 anni in poi. 100 posti riservati agli insegnanti elementari per punteggio (concorso pubblico) Frequenza gratuita Tassa iscrizione lire 500 per gli insegnanti, lire 1.500 per gli altri	Ufficio Igiene
4) Borse di studio e premi . . . . .	109.860.000		96 studenti di ambo i sessi delle scuole medie inferiori e superiori di età dai 13 ai 20 anni Famiglie numerose e in condizione disagiata 75/100 di votazione media	VII Istruzione
a) Borse di studio . . . . .			1.250 studenti scuole medie inferiori e supe- riori con votazione pari al 7 di media Figli di dipendenti comunali, allievi di scuola media inferiore e superiore o universitari, con votazione pari al 7 di media	
b) Premi . . . . .			Allievi di V elementare meritevoli	

## ALLEGATO 4.

PREVISIONI DI SPESA PER I PROVVEDIMENTI SOCIO-ASSISTENZIALI  
A CARICO DEL COMUNE DI TORINO PER L'ANNO 1970.

RIASSUNTO PER SETTORE D'INTERVENTO	Spesa	Percentuale
Scuola . . . . .	5.529.438.000	42 %
Salute . . . . .	1.870.859.000	15 %
Minori . . . . .	1.563.321.000	11 %
Inabili . . . . .	1.815.119.000	14 %
Lavoratori disoccupati e tubercolotici dimessi dall'ospedale . .	322.047.000	3 %
Case economiche . . . . .	1.072.636.000	8 %
Varie . . . . .	1.034.741.000	7 %
	13.208.161.000	100 %

## CONTRIBUTI ASSISTENZIALI AD ALTRI ENTI

(dal bilancio di previsione 1970)

ENTE	Entità del contributo	Motivazione
IPIM . . . . .	225.000.000	Infanzia abbandonata - Concorso nelle spese di assistenza
ONMI . . . . .	15.000.000	Somministrazioni varie al Comitato di patronato - Spese di manutenzione e funzionamento
	6.327.000	
	130.000.000	Contributo straordinario
ECA . . . . .	30.000.000	Gestione ricoveri municipali
	95.000.000	Funzionamento alloggiamenti
	258.000	Alloggiamenti per i senza tetto via Montevideo 41-45. Pigione figurativa
	1.200.000	Alloggiamenti per i senza tetto via Montevideo, 41-45 Servizio di pulizia
Istituto L. Prinotti O. P. . . . .	100.000.000	Contributo per la costruzione di un centro audiofoniatrico
Ospedali e Opere Pie . . . . .	220.000	Assegni obbligatori
Istituto nazionale figlie militari . . . . .	5.200	Oblazione perpetua
CRI Croce verde . . . . .	40.000.000	Oblazione per l'esercizio del centralino unificato per le chiamate telefoniche di Pronto soccorso
CRI . . . . .	1.000	Carta da macero
Crociata contro la tubercolosi - Istituto profilattico di Mongreno . . . . .	8.300.000	Manutenzione impianti elettrici e funzionamento segreteria
Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra . . . . .	200.000	Concorso spese per illuminazione dei locali
Piccola Casa Divina Provvidenza . . . . .	25.000.000	Oblazione
Varie istituzioni . . . . .	100.000	Doni per banchi di beneficenza
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>676.611.200</b>	

Della cifra di lire 206.000.800 di cui al capitolo 591/1, lettera *m*), « Fondo per concessioni e oblazioni eventuali » circa 2/3 risultano spesi direttamente dall'Amministrazione a favore dei cittadini e 1/3 speso indirettamente, mediante versamento di contributi a istituzioni varie, enti e associazioni cittadine.

Si sottolinea che nelle cifre indicate non è stato considerato il contributo di lire 531.000.000 al Consorzio provinciale antitubercolare in quanto si tratta di un servizio sanitario aperto a tutti i cittadini e con finalità assistenziale limitata e motivata da lacune previdenziali.

Analogamente non sono stati conteggiati altri contributi per servizi e centri di prevenzione sanitaria (asbestosi, scabbia, ecc.).

## CITTA DI TORINO

## CONSIGLIO COMUNALE.

Sessione straordinaria.

Estratto del verbale della 12ª seduta -  
lunedì 15 marzo 1971.

## ORDINE DEL GIORNO

Il Consiglio comunale di Torino, considerata la grave carenza quantitativa della nostra città di strutture per l'assistenza alla maternità e all'infanzia;

considerati i compiti primari della Regione (sanciti dall'articolo 117 della Costituzione) in materia di programmazione e con-

trollo di tutto il settore sanitario ed assistenziale e, quindi, la necessità di un urgente impegno nel campo della prevenzione e dell'assistenza alla maternità e all'infanzia;

rileva come non sussista più alcuna ragione di sopravvivenza di organismi centralizzati quali l'ONMI ed altri analoghi, la cui ragione di esistere viene a cessare soprattutto in relazione alle specifiche competenze regionali in materia ed alla prossima istituzione delle unità locali di servizio sociale.

Impegna quindi il sindaco a sollecitare il competente Ministro affinché emani i necessari provvedimenti per l'immediato trasferimento delle attuali competenze degli Enti sopracitati alle Regioni e agli Enti locali, con relativo trasferimento ad essi del patrimonio degli Enti stessi, dei finanziamenti erogati ad essi dallo Stato, in modo da consentire ai suddetti Enti locali un'immediata utilizzazione di tali competenze, nel quadro di una nuova attività socio-assistenziale, ispirata ai criteri della sicurezza sociale.

## UNITA LOCALE IN REGIONE VANCHIGLIA

## SERVIZI DI BASE DECENTRATI.

*Note illustrative.*

L'istituzione di una unità locale sperimentale è necessaria per verificare la possibilità di adeguare i servizi assistenziali ai più recenti orientamenti che, da un lato tendono a considerare gli interventi assistenziali come servizi sociali rivolti a tutti i cittadini, dall'altro vogliono il cittadino protagonista nella gestione dei servizi e non semplice soggetto passivo di prestazioni decise a livello generale, spesso anacronistico.

I « servizi di base » come spiegato più avanti (Segretariato, servizio sociale polivalente, assistenza domiciliare, assistenza economica) sono idonei di per sé ad affrontare in modo specifico bisogni primari delle persone.

Per il loro scopo essi devono essere facilmente accessibili a tutti i cittadini per assicurare una utilizzazione immediata e costante; devono inoltre essere organizzati ed articolati secondo le esigenze degli utenti attuali e potenziali.

Di conseguenza è necessario prevedere un funzionale decentramento sul territorio urbano e dare al cittadino, singolo o membro di gruppi organizzati, un'ampia possibilità di partecipazione all'andamento ed al funzionamento dei servizi.

La delimitazione del territorio e la creazione di un Centro per i servizi di base in località facilmente accessibile a tutti gli abitanti della zona, costituisce il punto di partenza per dar vita all'unità locale socio-assistenziale, unità locale intesa come circoscrizione territoriale e demografica, valutata come « ambito-base » o « ambito minimo » in cui funzionalmente si possa prevedere la presenza di tutti quei servizi sociali il cui massimo decentramento sia auspicabile e possibile; unità so-

ciale per le prospettive di una reale partecipazione democratica da parte della cittadinanza alla gestione dei servizi offerti. La concentrazione dei quattro servizi indicati (che mantengono la propria autonomia) dovrebbe facilitare il coordinamento tra essi, permettendo di evitare doppioni e sovrapposizioni di interventi, con conseguente risparmio di energie e di mezzi da parte degli Enti erogatori delle prestazioni e di tempo da parte degli utenti. Questi ultimi eviterebbero anche il disagio e la confusione in cui incorre il cittadino che si rivolge agli Enti assistenziali.

Per realizzare questa nuova organizzazione assistenziale si intende operare, in via sperimentale, in una zona della Città scelta come campione.

Anche se nella fase sperimentale i servizi possono essere realizzati in misura minima, limitando opportunamente la zona di intervento, devono però essere garantite per tutti le caratteristiche di funzionalità, di efficienza e partecipazione.

La zona scelta è quella di Vanchiglia (e precisamente il territorio compreso fra Corso San Maurizio, Lungo Po Antonelli e Lungo Dora fino al Ponte Rossini); trattasi di un'area geografica ben delimitata che presenta caratteristiche tali da permettere successivamente di utilizzare i risultati per impostare servizi analoghi in altre zone della città.

L'area che comprende i raggruppamenti statistici VI e X ha una popolazione di 46.000 abitanti circa, cifra ottimale per una esperienza di decentramento urbano.

I servizi di base sopra indicati, strettamente collegati pur mantenendo ciascuno la propria autonomia, hanno lo scopo seguente:

1) servizio di segretariato: fornire tutte le indicazioni necessarie per la maggiore utilizzazione possibile dei servizi assistenziali, sanitari, scolastici, previdenziali, ecc.;

2) servizio sociale polivalente: prestazione di consulenza e di sostegno alle persone ed ai nuclei familiari affinché possano prevenire

e superare disadattamenti e difficoltà insorgenti da particolari situazioni di vita personali, familiari, sociali che non ricadano nel settore dell'assistenza specialistica;

3) servizio di assistenza economica: concessione di aiuti la cui entità dovrà essere definita in base a criteri di ordine generale che permettano un'equa distribuzione dei fondi tra potenziali utenti e una effettiva rispondenza alle situazioni di bisogno. I sussidi potranno essere continuativi o saltuari;

4) servizio di aiuto domiciliare: aiuto domestico a persone anziane, malate o comunque non autosufficienti, a persone singole o nuclei familiari che si trovino in particolari difficoltà per eventi improvvisi (es. malattia della madre, ricovero ospedaliero, ecc.).

Per la gestione ed il funzionamento del Centro si prevede una direzione tecnica ed amministrativa comunale affiancata:

1) da una Commissione, sempre con funzioni tecniche ed amministrative costituita dai rappresentanti delle istituzioni assistenziali che parteciperanno all'esperimento;

2) da una Commissione politica formata dai rappresentanti delle formazioni sociali della zona interessata all'esperimento, da rappresentanti dei comitati di quartiere e da consiglieri comunali.

È necessario inoltre del personale tecnico ed amministrativo, specializzato e generico (impiegati, assistenti sociali, accertatori, addette ai servizi, ecc.) per un totale di 15 persone.