SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 270)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, CECCATELLI, CODAZZI, COLOMBO SVEVO, SCLAVI, MANCINO, SAPORITO, PARRINO, FIMOGNARI, TRIGLIA, PATRIARCA, FONTANA, MELOTTO, RIGGIO, CAMPUS, FOSCHI, RUFFINO, MEZZAPESA, DELLA PORTA, MIROGLIO, BOGGIO, CONDORELLI e BERNASSOLA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 OTTOBRE 1983

Norme quadro per una più efficace prevenzione degli *handicaps* e per l'assistenza e integrazione sociale delle persone handicappate

ONOREVOLI SENATORI. — Nel tracciare una pur breve e sintetica analisi degli strumenti legislativi vigenti in materia di prevenzione degli *handicaps* e di tutela dei portatori di *handicaps* non si può non partire dai princìpi base che regolano la materia contenuti nella nostra Carta costituzionale, i quali devono costituire l'asse portante e la guida per ogni scelta operativa.

I. I PRECEDENTI LEGISLATIVI

1. — *I presupposti costituzionali*

Occorre avere presenti l'articolo 2 della Carta costituzionale in base al quale la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, nonchè l'articolo 3 che stabilisce la pari dignità sociale e l'eguaglianza di tutti i cittadini senza distinzione di condizioni personali. Rilevano anche le norme relative ai diritti di ogni cittadino all'istruzione, al lavoro, alla famiglia, all'inserimento sociale.

In particolare, va tenuto presente l'articolo 38, il quale, inserendosi nella logica del *welfare State*, stabilisce che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza. La norma precisa ancora che gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'addestramento professionale. Il pluralismo assistenziale, di recente riconfermato dalle sentenze della Corte costituzionale nn. 173 e 174 del luglio 1981, dà rilievo, in questo sistema, alla assistenza privata.

Occorre, infine, non dimenticare che, accogliendo e realizzando i principi autonomistici che costituiscono uno degli assi portanti

TIPOGRAFIA DEL SENATO (300)

della nostra Costituzione, in base agli articoli 117 e 118, sono state demandate alla competenza delle regioni molte delle materie relative al nostro tema e, in particolare, all'assistenza sociale, sanitaria e scolastica.

Come è noto, il trasferimento di competenze alle regioni *ex* articolo 117 è stato completato con il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, emanato in attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382.

2. — *Gli strumenti giuridici internazionali*

Prima di procedere ad un esame delle linee di fondo della legislazione nazionale sino ad ora sviluppata, in attuazione delle norme costituzionali, per la prevenzione degli *handicaps* e per l'assistenza e la riabilitazione degli handicappati, è opportuno ricordare che essa deve rispondere, oltre che ai principi costituzionali, a quelli contenuti negli strumenti internazionali ratificati dal nostro Paese. Ci riferiamo, in particolare, agli articoli 1, 2, 22, 23 e 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948) ed al Preambolo, il quale richiama il principio della necessità di un impegno della comunità per raggiungere la parità effettiva di ogni cittadino indipendentemente dalla sua condizione personale; al Fondo sociale europeo (articolo 123 del Trattato di Roma), che prevede, tra l'altro, interventi a favore delle persone handicappate che sperano di trovare impiego in regime di economia aperta e che desiderano lavorare in altro Stato membro; nonchè ai punti 2° e 5° della Dichiarazione dei diritti del fanciullo approvata dalle Nazioni Unite nel 1959, i quali sottolineano che il bambino, fisicamente e psichicamente minorato o socialmente disadattato, ha diritto all'istruzione ed alle cure speciali richieste dal suo stato o dalle sue condizioni. Inoltre, fin dal 1955, l'Organizzazione internazionale del lavoro ha adottato una Raccomandazione (n. 99) in tema di abilitazione o riabilitazione professionale degli invalidi.

Infine, è necessario ricordare due documenti internazionali di alto livello, adottati successivamente alla presentazione — nel corso della VII legislatura del Parlamento italiano — del disegno di legge in oggetto (come meglio verrà chiarito successivamente): la Dichiarazione dei diritti degli handicappati da parte dell'ONU e la Risoluzione del Parlamento europeo « Integrazione economica, sociale e professionale dei minorati ».

In preparazione dell'Anno degli handicappati, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato la Dichiarazione dei diritti degli handicappati, la quale sottolinea il diritto di questi ultimi al rispetto della propria dignità umana, rivendica il diritto a misure destinate a consentire l'acquisizione della più ampia autonomia possibile, chiede servizi intesi a garantire la valorizzazione ottimale delle capacità e delle attitudini dei portatori di *handicaps* e ad accelerarne l'integrazione e la reintegrazione sociale. Inoltre la Dichiarazione specifica che l'handicappato ha diritto a vivere in seno alla propria famiglia, a partecipare alla dinamica socio-culturale del Paese e ad esercitare, sempre che sia possibile, un'occupazione utile e produttiva per la quale deve essere convenientemente preparato.

La Risoluzione del Parlamento europeo « Integrazione economica, sociale e professionale dei minorati », del 1981, deriva da documenti di lavoro presentati da più parti politiche e completa precedenti documenti (articolo 118 del Trattato della CEE che impegna gli Stati membri ad attuare una più stretta collaborazione sociale; relazione delle Commissioni sul Primo programma d'azione comunitaria per il riadattamento professionale degli handicappati; conclusioni del Consiglio adottate il 9 giugno 1980; Risoluzione del Consiglio dei Ministri della CEE del 13 dicembre 1976; Risoluzione del Consiglio del 22 maggio 1975; Risoluzione del Consiglio bre 1977, eccetera) a carattere settoriale. Rappresenta la testimonianza di un impegno molto più articolato e globale della Comunità europea nel settore della prevenzione, assistenza e recupero degli stati di minorazione fisica e psichica (che — nell'ambito

comunitario — vengono stimati colpire fra dieci e tredici milioni di unità, corrispondenti al 5-9 per cento della popolazione complessiva comunitaria), e prelude alla emanazione di una auspicabile direttiva che indirizzi — nelle linee fondamentali — i contenuti della politica di ciascun Paese in merito all'integrazione economica, sociale e professionale dei minorati.

In definitiva, se pur lentamente ed ostacolata dai problemi del reperimento delle risorse finanziarie, si va sempre più delineando una politica comunitaria a favore delle persone handicappate, anche se attuata con strategie diverse. Molto c'è ancora da fare, in sede comunitaria, per amalgamare concetti, definizioni, interventi specifici, eccetera.

Vanno riguardati con favore alcuni progetti a carattere sperimentale sostenuti dalla CEE, fra i quali (per l'Italia) quelli relativi alla provincia di Piacenza ed alla regione Basilicata.

3. — *Il quadro normativo attuale, a carattere nazionale, riguardante gli* handicaps

Per avere un quadro completo della legislazione concernente i portatori di *handicaps*, occorre avere presenti sia la normativa nazionale, sia le norme regionali.

Si tratta di una indagine non facile sia perchè in alcune materie (vedi, ad esempio, tutto il settore dell'assistenza sociale) mancano ancora le leggi quadro alle quali è demandato stabilire i principi fondamentali che le regioni sono tenute a rispettare, sia perchè la legislazione nazionale è tuttora estremamente frammentaria e disorganizzata.

Un breve *excursus* della legislazione nazionale in materia non ci permette di individuare, a tutt'oggi, norme specifiche relative alla prevenzione degli *handicaps*, se si eccettuano: le poche leggi in materia di profilassi della rosolìa nella popolazione femminile approvate da alcune regioni (ad esempio, la Toscana: legge regionale 17 agosto 1973, n. 48). Tuttavia l'impostazione di fondo della riforma sanitaria (legge 23 dicembre 1978, n. 833), operando chiare scelte nella linea di una medicina preventiva, agirà certamente anche nel senso della prevenzione degli *handicaps*. Comunque del problema degli handicappati la riforma sanitaria si occupa anche direttamente (ad esempio, alla lettera *d*) del n. 8 dell'articolo 2 quando, nello specificare le competenze del Servizio sanitario nazionale, assegna ad esso anche la funzione di favorire l'integrazione dei soggetti handicappati). È del resto significativo che lo schema di piano sanitario nazionale, in via di approvazione da parte del Senato, contenga fra gli interventi programmatici prioritari uno specifico intervento per la prevenzione degli *handicaps* e l'assistenza agli handicappati.

Il problema dell'inserimento scolastico dei portatori di *handicaps* è stato, in particolare, affrontato dagli articoli 2, 7 e 10 della legge 4 agosto 1977, n. 517. Tale provvedimento abolisce le classi differenziali e prevede l'inserimento dei portatori di *handicaps* nelle classi normali, regolando l'attuazione di forme di integrazione, realizzate da insegnanti specializzati con l'assistenza del servizio socio-psicopedagogico sulla base di specifici piani costantemente verificati. Per quanto riguarda la scuola media è specificato che le classi che accolgono alcuni portatori di *handicaps* siano costituite da un massimo di 20 ragazzi; norme speciali (vedi articolo 10) riguardano la necessaria integrazione specialistica ed i servizi di sostegno per l'inserimento dei sordomuti.

Nel novembre del 1980 il Ministero della pubblica istruzione ha, in una apposita conferenza nazionale, verificato, a tre anni dall'approvazione, il primo periodo di attuazione della legge n. 517. Naturalmente si tratta di un processo di attuazione: in questo campo l'attuazione della legge è importante come la sua approvazione e delicato e non privo di difficoltà ne è il progredire.

La legge n. 517 costituisce uno dei primi esempi di legislazione che superi il concetto categoriale, il quale tuttora pervade gran parte delle norme vigenti. Di questa eccezione costituisce, fra le altre, esempio la legge 30 marzo 1971, n. 118, la quale, nel dettare norme relative alla prevenzione, assistenza e riabilitazione in favore dei mutilati e invalidi civili, espressamente, all'articolo 2, esclude gli invalidi per causa di guerra, di lavoro

e di servizio, nonchè i ciechi ed i sordomuti, per i quali rimanda alle apposite leggi.

La stessa logica categoriale muove la disciplina sul collocamento obbligatorio presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private. Infatti la legge 2 aprile 1968, n. 482, attualmente vigente, non distingue per grado di *handicaps* e capacità lavorative residue, ma per cause invalidanti e prevede norme separate per gli invalidi di guerra, per servizio, del lavoro, per gli invalidi civili nonchè per i ciechi ed i sordomuti.

Alla stessa logica settoriale risponde la normativa relativa al collocamento obbligatorio dei centralinisti telefonici ciechi, previsto dalle leggi 14 luglio 1957, n. 594, e 3 giugno 1971, n. 397.

Settoriale anche la normativa relativa al collocamento dei massaggiatori e massofisioterapisti ciechi, di cui alle leggi 21 luglio 1961, n. 686, e 19 maggio 1971, n. 403.

La nuova disciplina delle assunzioni obbligatorie, in corso di approvazione alla Camera dei deputati, prevede invece un superamento delle distinzioni legate alle cause invalidanti ed una valorizzazione delle capacità residue di lavoro nonchè delle particolari attitudini dei portatori di *handicaps*.

Un problema di estrema importanza per la vita dei portatori di *handicaps* è la rimozione delle barriere architettoniche, materia attualmente regolata dal decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, emanato in attuazione dell'articolo 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nonchè da numerose leggi regionali. Anche il testo del decreto del Presidente della Repubblica n. 384 è attualmente all'attenzione degli operatori legislativi per le necessarie integrazioni e revisioni.

Una norma molto importante per i portatori di *handicaps* è stata approvata nel 1980; si tratta della legge 11 febbraio 1980, n. 18, relativa alla indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili. La legge prevede che a questi ultimi, purchè sia accertato che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non siano in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, venga concessa una indennità di accompagnamento non reversibile, a totale carico dello Stato, che ammontava a 180.000 lire mensili, che è stata elevata a 232.000 dal 1° gennaio 1982 e che dal 1° gennaio 1983 è stata equiparata a quella goduta dai grandi invalidi di guerra. Sono esclusi da tale indennità gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituti. L'attuazione di questa legge procede, purtroppo, con notevole lentezza.

4. — *La legislazione regionale*

Per quanto riguarda la legislazione regionale, va, innanzitutto, rilevato che tutte le regioni, comprese le provincie autonome di Trento e Bolzano, hanno emanato norme relative al problema della prevenzione degli *handicaps* o per la tutela dei portatori di *handicaps*.

La produzione legislativa per alcune regioni (ad esempio, Emilia-Romagna, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) è piuttosto estesa ed articolata, mentre per altre (ad esempio, Calabria) è estremamente incompleta.

Le norme regionali riguardano in particolare: *a*) la diagnosi precoce e la prevenzione degli *handicaps* psicofisici; *b*) le strutture sanitarie per la cura dei soggetti portatori di *handicaps*; *c*) il reinserimento e la riabilitazione; *d*) l'accoglimento negli asili nido; *e*) il reinserimento nelle strutture scolastiche e nel campo lavorativo tramite la qualificazione professionale; *f*) la eliminazione delle barriere architettoniche.

Numerose norme riguardano poi interventi vari a favore dei soggetti portatori di *handicaps*.

È comunque qui di seguito riportato (vedi tabella I) un elenco della legislazione regionale in materia — o alla stessa correlato — articolato regione per regione, per quelle che secondo le informazioni in nostro possesso hanno dettato norme sull'argomento.

Inoltre, onde consentire un confronto più approfondito tra le tematiche affrontate dal nostro disegno di legge e quelle disciplinate dalle singole legislazioni regionali, nella tabella II si riportano le connessioni esistenti tra gli articoli del disegno di legge in questione e le specifiche leggi in materia — o

alla stessa correlate — emanate da alcune delle regioni recensite.

Dalla tabella di cui sopra si evince con evidenza ancora maggiore l'utilità di una legge quadro nazionale.

II. La nostra proposta iniziale

1. — *Motivi della proposta*

Nel corso della VII legislatura, numerosi parlamentari della Democrazia cristiana presentarono — rispettivamente alla Camera dei deputati (atto n. 1958) ed al Senato (atto n. 1355) — un disegno di legge inteso a promuovere la prevenzione delle minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali ed a facilitare il processo di assistenza e integrazione sociale dei portatori di *handicaps*.

Non essendosi pervenuti all'esame del testo nel corso della stessa legislatura, l'iniziativa fu ripresa all'inizio della VIII legislatura con i disegni di legge nn. 130 del Senato e 142 della Camera, e viene oggi rinnovata — nella IX legislatura — a testimoniare dell'importanza che i firmatari annettono alla promozione legislativa di una sempre più attenta considerazione del problema degli *handicaps*.

Nella relazione ai precedenti disegni di legge i proponenti sostenevano la necessità di una disciplina unitaria, che avesse il significato di stimolare e indirizzare lo sforzo che — nelle singole regioni — andava delineandosi per una politica più attenta alla prevenzione degli *handicaps* e per la migliore tutela degli handicappati.

I proponenti valutavano la loro proposta nei confronti:

1) della riforma sanitaria e della riforma assistenziale, nella precisa consapevolezza che la tutela dell'handicappato ed ogni eventuale specificità di intervento richiesta dalla particolarità dei singoli *handicaps* rientrano nel quadro dell'organizzazione complessiva dei servizi socio-sanitari sul territorio previsti per la generalità dei cittadini.

Si preoccupavano, pertanto, che i principi informatori immaginati nella predisposizione del disegno di legge fossero del tutto coerenti con quanto già previsto nelle due proposte di riforma, restando altresì in una linea di continuità con il più vasto impegno della comunità nazionale e regionale per garantire l'occupazione, adeguate strutture fondamentali, quali la scuola e la casa, e tutte le altre condizioni necessarie ad un pieno sviluppo della persona umana.

In presenza, peraltro, di una legislazione difforme per i vari gruppi di handicappati, sensibili alle crescenti spinte e sollecitazioni che venivano da questi stessi gruppi, i proponenti ritennero di affermare la necessità che la tutela dell'handicappato — intesa nella sua globalità, senza distinzioni in base all'età, al tipo, alla gravità o al presunto grado di recuperabilità della menomazione — fosse definita a livello legislativo nazionale, nei suoi principi e nelle sue linee operative essenziali, rispondendo ad orientamenti e ad esigenze di carattere unitario, che trovano nelle norme costituzionali e nella coscienza del Paese il loro fondamento;

2) del decentramento regionale, in rapporto all'attuazione della legge 22 luglio 1975, n. 382, avvenuta con il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616. In tale ottica, il disegno di legge presentato si configurava in piena coerenza con questa scelta istituzionale, che veniva ovviamente riconfermata, ponendosi pertanto rispetto ad essa come disegno di legge-quadro, come momento di sintesi nazionale, come somma di principi ed orientamenti ormai universalmente condivisi e che venivano proposti alle Regioni e agli enti locali per una loro successiva elaborazione a livello legislativo ed operativo;

3) della normativa statale, riconoscendo la necessità di procedere ad una ulteriore evoluzione della stessa legislazione di competenza statale, con particolare riferimento a tutto il campo dell'istruzione, del collocamento al lavoro, dei sistemi pensionistici e, comunque, delle prestazioni economiche.

Appariva chiaro che il disegno di legge finisse per costituire un superamento della stessa legge 30 marzo 1971, n. 118, già serio tentativo di considerare con ampio respiro il tema degli handicappati, ma che non poteva ritenersi ormai strumento sufficiente ed adeguato per fornire l'indicazione di validi principi generali al legislatore regionale; a parte infatti la concezione centralistica della legge, molte sue lacune e molte sue contraddizioni sono alla base dell'applicazione distorta che se ne è fatta, con conseguente aumento dell'istituzionalizzazione e dell'emarginazione dell'handicappato.

I proponenti, sempre nella relazione, mettevano in evidenza altri aspetti che — a loro giudizio — richiedevano la necessità della norma-quadro, e cioè:

1) le profonde difformità manifestate nell'attività delle regioni, sia nella produzione legislativa che nella attività degli enti locali. Questo rilievo postulava la necessità di promuovere un processo di adeguamento delle situazioni meno positive; di uniformare criteri e *standards* di assistenza portandoli quanto meno ai livelli minimi; di colmare distanze ormai non più sopportabili e non più ammissibili. E questo appariva un primo obiettivo che il disegno di legge intendeva perseguire;

2) le grandi carenze manifestate nelle risposte ai bisogni riconoscendo la mancanza pressochè generalizzata di validi servizi di prevenzione e di diagnosi precoce. I proponenti del disegno di legge sottolineavano — al riguardo — la ancora preoccupante presenza di relativamente elevati quozienti di mortalità e di morbosità perinatale ed infantile in talune regioni; e ricordavano come la carenza di servizi diagnostico-riabilitativi, particolarmente accentuata in alcune zone del Paese, fosse all'origine, d'altra parte, dei dolorosi viaggi della speranza presso i pochi centri italiani attrezzati allo scopo, per non parlare dei più dolorosi viaggi all'estero. La stessa carenza di servizi — domiciliari, diurni, a seminternato — operanti sul territorio, determina gravissimi distacchi familiari con danni irreversibili per lo sviluppo fisico-psichico dei soggetti handicappati e particolarmente per l'infanzia e per l'età evolutiva. E, questo, per non parlare di situazioni limite di convivenze solo molto eufemisticamente individuate come medico-pedagogiche. Rispetto a tali situazioni, allora, non esiste solamente un problema di denuncia, ma è urgente tutta una azione per determinare una inversione di tendenza, per promuovere iniziative in positivo, per modificare sostanzialmente le risposte ai bisogni;

3) la persistenza di linee di intervento superate nell'impostazione e attuazione dei servizi. I proponenti ponevano in evidenza una serie di carenze legate all'impostazione dei servizi. Fra queste: la frammentazione delle situazioni di bisogno senza possibilità di strumenti di coordinamento o di riaggregazione delle diverse prestazioni; le discriminazioni esistenti in rapporto allo *status* familiare dei soggetti, in relazione al grado e alla natura dell'*handicap* per ragioni pseudotecniche, ecc.

Nella relazione si denunciava che l'aspetto, peraltro, più macroscopicamente evidente era costituito dal persistente fenomeno dell'istituzionalizzazione, tuttora troppo generalizzata e non giustificata dal grado di *handicap* dei soggetti, per i quali dovrebbe comunque esistere una qualche possibilità di rapporto con l'ambiente esterno. Se è vero che, nel decennio 1962-1972, il fenomeno dell'istituzionalizzazione ha subìto in un primo momento una stabilizzazione e, successivamente, una vera flessione, si deve contestualmente segnalare che tale fenomeno è stato accompagnato da un parallelo processo di « specializzazione » degli istituti, cioè dal passaggio di una notevole parte di istituti dall'area classificata « con più categorie di ricoverati » a quella « con una sola categoria di ricoverati ». È avvenuto, così, che, in questo stesso periodo, gli istituti per handicappati sensoriali sono passati da 92 a 98, gli istituti per handicappati fisici da 17 a 31, gli istituti per handicappati psichici da 63 a 145. L'impressione complessiva che derivava anche da questi sommari dati era, dunque,

che tutto il settore risentisse ancora di una logica settoriale e categoriale con la quale sono stati e sono tuttora affrontati i problemi delle persone in difficoltà; si è ritenuto, in altri termini, troppo spesso necessario, per avviare un trattamento riabilitativo, concentrare i portatori di *handicaps* in istituzioni specializzate a carattere chiuso, dando luogo a forme distorte di socializzazione e privando così l'attività di riabilitazione del fondamentale sostegno che deriva ad essa, sul piano psicologico e pedagogico, dal contatto del portatore di un *handicap* con ambienti normali di vita sociale;

4) ancora, le sperequazioni che tuttora sussistono tra le diverse categorie di handicappati; sebbene la condizione di handicappato o di invalido (fisico, psichico, sensoriale) determini comuni difficoltà di inserimento nella vita sociale, le provvidenze assistenziali a favore di queste categorie sono state sempre disciplinate in modo diverso a seconda dei vari tipi di invalidità.

Come abbiamo già ricordato, dopo la promulgazione della Costituzione repubblicana e nell'impegno di applicazione dei suoi princìpi generali e specifici (pari dignità sociale di tutti i cittadini, diritto al lavoro, diritto all'assistenza sociale, diritto all'assistenza sanitaria, all'istruzione e all'avviamento professionale, ecc.) configurati negli articoli 3, 4, 32, 35 e 38, il legislatore prese in considerazione anche alcuni problemi concernenti gli handicappati, in periodi tuttavia diversi e sempre, comunque, secondo l'ottica della categorializzazione.

La conseguenza più evidente è stata, e per certi aspetti è tuttora, quella di considerare, nell'ambito del lavoro, in quello assistenziale e pensionistico, alcuni gruppi di minorati come titolari di un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela e altri per i quali si configura soltanto una situazione di mero interesse dello Stato alla riabilitazione ed al recupero sociale.

Il movimento per la difesa dei diritti civili sviluppatosi in questi ultimi anni ha indotto una revisione critica dell'impostazione finora data all'erogazione delle prestazioni assistenziali per gli handicappati, imponendo il superamento del principio della causalità o dell'appartenenza a categorie specifiche: per godere di una prestazione non è rilevante tanto la causa che ha generato l'invalidità quanto la situazione di minore autonomia in cui la persona handicappata si trova;

5) finalmente, la immatura percezione sociale del problema.

Pur riconoscendo che il vasto e complesso problema concernente i soggetti in difficoltà di sviluppo, di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo è da qualche anno oggetto di un più partecipato e diffuso interesse, attraverso dibattiti, congressi ed azioni di stampa che — globalmente — hanno contribuito alla maturazione della coscienza sociale intorno al grave problema del recupero individuale e sociale dei soggetti in difficoltà, la relazione tuttavia poneva in evidenza come esistessero ancora sintomi rivelatori della mentalità di un atteggiamento sostanziale di rifiuto dell'handicappato. Ciò avviene nel mondo del lavoro, dove il collocamento obbligatorio viene percepito come privilegio, come fatto compensativo anzichè come dovere o momento di promozione, come ultima e risolutiva fase di un processo di interventi sanitari, scolastici e di addestramento, programmati e realizzati allo scopo di consentire all'handicappato di colmare o limitare il proprio svantaggio e di conseguire l'autonomia economica e sociale. Analogo atteggiamento, talora di sopportazione, spesso di pietismo, si riscontra nel mondo della scuola quando si tratterebbe, piuttosto, di cambiare mentalità, di riscoprire, in ciascuno degli alunni meno fortunati, il valore di persona che ha diritto, come ogni altra, di crescere secondo le proprie capacità, di spendere i talenti di cui è fornita, di realizzarsi e di essere accettata alla pari, e non semplicemente sopportata.

2. — *Caratteristiche del disegno di legge presentato nella VII legislatura*

Muovendo dalle considerazioni suesposte i proponenti elaborarono un disegno di legge che si ispirava ai seguenti princìpi:

1) affrontare in modo globale il problema degli handicappati sia per quanto riguarda i soggetti, sia per quanto riguarda gli ambiti di intervento. Una concezione ancora troppo strettamente legata a condizionamenti giuridico-formali, alle « competenze » settoriali degli enti preposti ai vari comparti dell'intervento (sociale, sanitario, scolastico, ecc.), alle categorie giuridiche di appartenenza dei soggetti handicappati, troppo spesso rigidamente classificati per categorie di *handicaps*, ha fatto sì che il problema sia stato affrontato in modo discontinuo e frammentario, privilegiando alcune categorie di età, alcuni tipi di intervento, taluni gruppi di handicappati rispetto ad altri.

Nell'intento di superare una simile concezione, ancora troppo strettamente legata ad una tradizione legislativa ed operativa che non ha più alcuna giustificazione, il disegno di legge intendeva affrontare il problema in tutta la sua globalità superando distinzioni di età e di categorie di *handicaps*, pur riconoscendo per gli stessi *handicaps* una gravità diversa;

2) seguire, di conseguenza, una concezione unitaria dell'intervento, qualunque fosse la struttura, il servizio, l'operatore singolarmente competente alle prestazioni.

Distinzioni di questa natura, oltre agli inconvenienti descritti al punto precedente, hanno finito per disarticolare e frammentare momenti necessariamente integrati, quali i momenti della prevenzione, della diagnosi, della riabilitazione; non hanno fornito la necessaria integrazione tra gli operatori; hanno spesso ignorato alcuni passaggi propri di un programma articolato di interventi, vanificando talora quanto fatto precedentemente.

Il disegno di legge, pur nel rispetto delle competenze proprie dei vari soggetti preposti all'attuazione degli interventi, si muoveva sostanzialmente in una logica tendente a ricomporre la settorializzazione dei vari servizi e degli stessi interventi intorno ad alcune funzioni che dovrebbero praticamente concorrere ad una protezione di base dei cittadini in genere e degli handicappati in particolare: funzione di prevenzione, di diagnosi, di riabilitazione, funzione educativa, di promozione e di socializzazione;

3) tendere pertanto ad un effettivo coordinamento dei diversi settori operativi, con particolare riferimento all'elemento qualificante della comune dimensione territoriale.

È noto, infatti, come uno degli aspetti fondamentali delle linee di riforma dei servizi sociali e sanitari sia quello di riferire il bisogno sociale e sanitario ad una precisa comunità, insediata entro un preciso ambito territoriale. Il disegno di legge intendeva muoversi in questa prospettiva, in analogia a quanto veniva previsto parallelamente dai disegni di legge quadro sulla riforma dell'assistenza e della sanità, nella consapevolezza che, solo riferendo il bisogno sociale al territorio, potranno concretamente favorirsi i contestuali processi di programmazione, di partecipazione dei cittadini, potrà ottenersi una reale coerenza degli interventi ai bisogni, potranno garantirsi quella visione globale del problema degli handicappati, quella unitarietà degli interventi cui più sopra si faceva riferimento, nonchè il necessario coordinamento dei diversi settori operativi. Ciò non può prescindere, d'altra parte, da una scelta politica di fondo che veda nei comuni, singoli o associati, i veri protagonisti di questa azione;

4) riconoscere ed affermare l'assoluta priorità della prevenzione. Si rileva in altri termini l'essenziale valore della profilassi e degli interventi tempestivi ai fini di ridurre l'insorgere di menomazioni e disabilità e di consentire una efficace azione riabilitativa. In questa prospettiva si ribadisce la necessità che vengano sempre più diffuse iniziative di consulenza prematrimoniale, attività di consultazione materna e pediatrica, incontri per genitori, iniziative di

propaganda medico-psicopedagogica in tutti gli ambienti (scuola, ambienti ricreativi, ambienti di lavoro, eccetera); è ancora necessario superare i molti pregiudizi culturali che gravano su questi problemi e diffondere una conoscenza più scientifica in merito alla normale e alla irregolare evoluzione psicofisica;

5) ribadire la necessità dell'intervento precoce da attuare previo reperimento sistematico dei soggetti portatori di *handicaps*.

Occorre per questo innanzitutto dare alla famiglia la maggiore consapevolezza ed il maggior senso di responsabilità nei confronti delle particolari esigenze educative dei figli irregolari, interessandola precocemente alla risoluzione dei problemi di adattamento sociale e di normalizzazione che essi incontrano. Occorre inoltre non limitarsi ad assistere solo i soggetti che presentano delle irregolarità o delle minorazioni di grado elevato, trascurando di intervenire a favore dei meno gravi o dei cosiddetti « casi limite ». In questa prospettiva è da ritenere che un controllo periodico dello stato di salute dei neonati e dei bambini potrà consentire il reperimento sistematico delle irregolarità nell'infanzia. Appositi *dépistages* all'ingresso della scuola elementare dovranno costituire inoltre la base per il reperimento sistematico durante il periodo della fanciullezza: successive rilevazioni attuate durante i corsi di insegnamento dovranno costituire altri « filtri » per il reperimento dei casi nella età dell'adolescenza.

Quanto sopra sottolinea evidentemente la necessità di dare maggiore spazio e considerazione all'età evolutiva, nella ovvia constatazione che è proprio in questa fase — e ancor prima di essa — che si può agire con gli strumenti della prevenzione e dell'intervento precoci; ma ciò non deve nè diminuire, nè sottovalutare, nè scoraggiare gli interventi a favore delle classi di età più adulte;

6) esprimere l'orientamento verso il rifiuto della emarginazione e la scelta della famiglia e delle normali strutture educative, scolastiche, ricreative, come sedi naturali per la riabilitazione e l'integrazione dell'handicappato.

Sono, questi, orientamenti ormai definiti in sedi scientifiche, in sedi politiche, recepiti in linea di massima dalla pubblica opinione, anche se — come sottolineavamo più sopra — non sono frequenti nè di poco peso opinioni ed iniziative contrastanti che ancora portano a soluzioni emarginanti, sia pure con la speciosa giustificazione di pervenire più sollecitamente a processi di recupero e di riabilitazione, o alla troppo facile resa alle obiettive difficoltà che i processi di integrazione debbono superare in rapporto alla gravità dell'*handicap*.

La società odierna ha ormai definitivamente maturato la convinzione che il soggetto in difficoltà di sviluppo e di apprendimento è assolutamente e primariamente una persona umana ed un cittadino, come tale detentore di tutti i diritti inerenti a tali condizioni.

È, questa, la fase di riferimento, il punto fondamentale da cui partire per ogni azione tendente a realizzare una effettiva, reale e produttiva integrazione degli handicappati nelle normali strutture.

Ed è anche sulla base di questa visione profondamente etica del concetto di persona, sulla base di questo obiettivo, certamente difficile da perseguire, ma per il cui raggiungimento è necessario impegnarsi ad ogni costo, che saranno poi scelti i tempi e le modalità pratiche per fare dell'inserimento o dell'integrazione una operazione realmente orientata alla valorizzazione dell'uomo e non — come talora avviene — una operazione demagogica che si ritorce a danno degli stessi soggetti handicappati.

I proponenti avvertivano che il disegno di legge rinnovava a questo proposito una scelta precisa e coraggiosa, pur affermando la necessità che i processi di deistituzionalizzazione, di inserimento e di integrazione siano accompagnati da idonei ed adeguati interventi di riabilitazione, in modo da creare le condizioni necessarie perchè l'individuo portatore di *handicap* possa usufruire, al pari degli altri, di tutte le opportunità sociali, formative, lavorative, consentendogli un effettivo inserimento nella scuola, nel

lavoro, nella vita sociale. La realtà segnala purtroppo che la presenza di handicappati nella scuola comune, ad esempio, suscita ancora difficoltà (ad esempio, barriere architettoniche, numero di alunni per classe, obbligo di svolgere precisi programmi, carenza di personale ausiliario e specialistico, ecc.). Ma, tutto questo, per segnalare non certo di rinunciare ad obiettivi di inserimento quanto, piuttosto, di affrontare i contestuali problemi che questo comporta;

7) conseguire l'obiettivo più elevato, nella misura massima possibile, e cioè quella della più ampia autonomia derivante da un pieno inserimento sociale e lavorativo o, comunque, dalla garanzia del minimo vitale, per ogni portatore di *handicap*.

Ogni intervento di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce di riabilitazione deve proporsi di concorrere al raggiungimento di questo traguardo. Veniva dai proponenti sottolineato come questo fosse anche uno degli obiettivi del disegno di legge, nella consapevolezza, ampiamente dimostrata dai fatti, che, attraverso una idonea attività riabilitativa, è possibile inserire degli invalidi nelle attività lavorative, facendo così cadere molti pregiudizi e stereotipi nei confronti delle loro possibilità.

I proponenti ribadivano il principio che tale sistematica azione riabilitativa debba essere comunque sostenuta da adeguati interventi economici e che, in taluni casi, se lo sforzo di riabilitazione potrà non avere un compiuto successo (quanto meno nella prospettiva di un pieno inserimento lavorativo) resta comunque per la società l'obbligo morale di assicurare al soggetto portatore di *handicap* livelli civili di autosufficienza economica.

III. L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA RIGUARDANTE LA PREVENZIONE DEGLI « HANDICAPS » E L'ASSISTENZA AGLI HANDICAPPATI NELLA VIII LEGISLATURA

Nel corso dell'VIII legislatura, il disegno di legge che abbiamo ampiamente recensito fu esaminato presso la Camera dei deputati (proposta di legge Belussi ed altri, atto Camera n. 142).

Attraverso la costituzione di una sottocommissione e mediante riunioni di lavoro anche con i rappresentanti delle categorie interessate, si è pervenuti alla redazione di un testo che raccoglie il massimo numero possibile dei suggerimenti e delle indicazioni emerse dalla « verifica sul campo » delle difficoltà assistenziali connesse a questo settore.

Parallelamente, tutta la complessa materia relativa alla legislazione per i portatori di *handicap* è stata sottoposta all'esame di un apposito gruppo di lavoro operante all'interno della Commissione per l'anno internazionale dell'handicappato, costituita presso il Ministero della sanità. Da tale Commissione è emersa innanzitutto la necessità di una sistemazione organica di tutta la materia, nel contesto delle scelte di fondo che saranno fatte in sede di legge quadro sulla assistenza e di quelle già sancite in sede di riforma sanitaria.

Da questo punto di vista, il gruppo di lavoro ha individuato come base idonea il disegno di legge presentato fin dalla VII legislatura dalla Democrazia cristiana rispettivamente al Senato (senatore Bompiani ed altri) ed alla Camera (onorevole Belussi ed altri) e rinnovato nella VIII legislatura (atto Senato n. 130 e atto Camera n. 142) e ha sollecitato una rapida progressione dei lavori del comitato ristretto, a tale fine costituito — come abbiamo accennato — in seno alla Commissione interni della Camera.

Il gruppo di lavoro del Ministero della sanità ha inoltre auspicato l'approvazione di una serie di provvidenze a favore delle famiglie che hanno figli handicappati gravi (ferie e permessi, sgravi fiscali, eccetera). Tale materia è trattata nel disegno di legge Jervolino-Bompiani (atto Senato n. 1003 presentato fin dal luglio 1980).

Presso i due rami del Parlamento furono, inoltre, presentate numerose proposte di legge, fra le quali ci sembra opportuno ricordare quelle relative alla:

a) corresponsione da parte dello Stato di contributi annui a favore di associa-

zioni di handicappati (Cresco, atto Camera n. 2397);

b) istituzione da parte dei comuni di un servizio di trasporto gratuito per handicappati in occasione delle consultazioni elettorali (Bassanini, atto Camera n. 1947);

c) revisione ed integrazione della legge n. 517 del 1977 relativa al problema dell'inserimento scolastico degli handicappati (Allegra, atto Camera n. 1046 e Conterno Degli Abbati, atto Senato n. 571);

d) esenzione dal pagamento della tassa di circolazione per autovetture degli handicappati motori (Fioret, atto Camera n. 162);

e) istituzione di un servizio per l'autonomia dei cittadini portatori di *handicaps* non autonomi nella scrittura, lettura e deambulazione (Gianni, atto Camera n. 1056).

Questa ultima proposta prevede l'uso per tale servizio specifico di personale militare di leva. La proposta non ha mancato di sollevare forti critiche da parte di chi teme la mancanza di « vocazione » e di preparazione professionale al servizio dei militari di leva.

Il tema della istituzione di un servizio di aiuto personale fu ripreso anche dalla proposta Molineri (atto Camera n. 1656), la quale affronta altresì il problema della abrogazione delle norme che limitano l'accesso degli handicappati all'insegnamento o ad alcuni posti di lavoro, attraverso l'obbligo di presentazione di un certificato medico di sana e robusta costituzione. Quest'ultimo tema è stato specificatamente previsto da una proposta di legge d'iniziativa popolare (atto Camera n. 1641), che prevede l'abrogazione del regio decreto 4 maggio 1925, n. 653, in base al quale l'insegnante deve essere esente da ogni imperfezione fisica. C'è da rilevare che, malgrado questa norma, molti insegnanti portatori di *handicaps* (ad esempio i ciechi) operano già positivamente nella scuola.

IV. La nostra attuale proposta

Onorevoli senatori, sulla base delle argomentazioni che abbiamo esposto analiticamente e del quadro dell'evoluzione della normativa che abbiamo voluto storicamente tracciare, ci sembra che — ancora una volta — non possiamo esimerci all'inizio della nuova legislatura dal presentare il nostro disegno di legge quadro per una migliore prevenzione degli *handicaps* e per l'assistenza degli handicappati.

È vero che la « società civile », in questi anni, ha già modificato parzialmente il proprio atteggiamento nei riguardi di questo problema ed è vero che le regioni hanno — sia pure lentamente — portato avanti il discorso normativo assistenziale. In questo senso, riteniamo che la nostra proposta, datata al 1978, abbia potuto esercitare (assieme a tante altre iniziative) un effetto positivo e di stimolo; tuttavia molto c'è ancora da fare, e dall'analisi degli avvenimenti succedutisi vediamo semmai rafforzato il nostro convincimento sull'utilità di una normativa quadro.

La settorialità degli interventi regionali e la diversificazione del trattamento dei portatori di *handicaps* da regione a regione (derivante anche dalla diversa sensibilità dei legislatori locali) ribadiscono la già richiamata necessità di una normativa nazionale quadro la quale — fermo restando il rispetto del principio dell'autonomia — attraverso la determinazione di princìpi fondamentali validi per tutte le regioni, realizzi quella uguaglianza di fatto dei cittadini voluta dalla nostra Costituzione nonchè dagli strumenti internazionali, prima fra i quali la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo.

La difficile situazione economica attraversata dal nostro Paese è, certamente, una forte remora « oggettiva » allo sviluppo della politica sociale dello Stato. Ma questa constatazione non deve farci perdere di vista il fatto che la « comunità » (lo Stato) deve particolare attenzione proprio a quelle categorie definite « deboli » — e fra le quali si ascrivono senza ombra di dubbio i

portatori di *handicaps* — al fine di realizzare princìpi di giustizia.

Si tratta di princìpi maturati all'interno della filosofia personalistica e solidaristica, che fa capo, fra gli altri, a Maritain e Mounier e, nel nostro Paese, ad un giurista quale Capograssi, e che, nell'immediato dopoguerra, hanno permeato di sè varie Costituzioni europee (la francese e la tedesca, oltre che l'italiana) e numerosi strumenti internazionali; princìpi ai quali aderisce profondamente il nostro popolo, ma che vanno poi tradotti in strumenti giuridici realmente operativi.

È a questa « reale » operatività che si ispira anche il disegno di legge che proponiamo alla vostra attenzione e che sommariamente richiamiamo come di seguito.

Articolo 1. — Sono esposte le finalità cui si ispira il disegno di legge, in armonia con le scelte di fondo della Carta costituzionale dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle menomazioni e al conseguente inserimento del portatore di *handicaps* nella vita comunitaria.

Articolo 2. — Provvede alla necessaria definizione giuridica dei soggetti portatori di *handicaps,* delineando anche le caratteristiche degli handicappati gravissimi e rinviando alle specifiche normative di settore la tutela economica e previdenziale degli invalidi di guerra e di servizio.

Articolo 3. — Detta i princìpi generali per la tutela degli handicappati, privilegiando la fase della prevenzione, il mantenimento degli handicappati nel proprio ambiente familiare e sociale e la collaborazione attiva della famiglia.

Articolo 4. — Tipicizza gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle menomazioni, da attuarsi nel quadro della programmazione sanitaria, riconoscendo particolare rilievo all'educazione sanitaria, all'igiene degli ambienti di lavoro, ai controlli prenatali e neonatali.

Articolo 5. — Classifica le varie forme di intervento delle regioni per i servizi che erogano terapia, riabilitazione ed assistenza protesica.

Articolo 6. — Prevede i servizi specifici che la comunità deve assicurare agli handicappati con particolare riguardo per l'aiuto personale, l'abitazione, i mezzi di trasporto, i centri socio-riabilitativi ed educativi.

Articolo 7. — Stabilisce le caratteristiche dei servizi di aiuto personale che i comuni, singoli o associati, verranno a prestare ai soggetti handicappati, il personale addetto e le caratteristiche del volontariato. Fissa altresì i criteri per l'accesso ai servizi.

Articolo 8. — Classifica gli interventi previsti, a vario livello, per l'inserimento prescolastico e scolastico degli handicappati, stabilendo le caratteristiche dei relativi servizi.

Articolo 9. — Puntualizza le provvidenze disposte a favore dei soggetti handicappati per l'istruzione e la formazione professionale dopo la scuola dell'obbligo.

Articolo 10. — Riguarda l'inserimento lavorativo degli handicappati finalizzato alla loro completa integrazione sociale e realizzato attraverso particolari iniziative demandate alle regioni.

Articolo 11. — Stabilisce che gli handicappati, che sono privi della piena capacità funzionale necessaria per sostenere le prove di esame nei concorsi pubblici, hanno diritto a modalità di partecipazione diversificate secondo la tipologia dell'*handicap.*

Articolo 12. — Abroga tutte le disposizioni che impediscono o limitano l'uso di servizi o di strutture collettive, l'iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado, l'accesso a posti di lavoro pubblici e privati.

Articolo 13. — Stabilisce che le regioni e gli altri enti pubblici territoriali dettino norme per l'abolizione delle barriere architettoniche, in particolare per quanto riguarda l'edilizia abitativa popolare o sovvenzionata, gli edifici e i servizi pubblici ed i luoghi di pubblico spettacolo.

Articolo 14. — Sancisce che, nei piani di edilizia abitativa popolare o sovvenzionata, una quota degli alloggi di nuova costruzione e di quelli ristrutturati sia riservata ai portatori di *handicaps* gravi o alle loro

famiglie. È stabilito inoltre un trattamento preferenziale nella formazione della graduatoria per le assegnazioni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Articolo 15. — Prevede la concessione di contributi per l'adattamento delle abitazioni occupate da cittadini portatori di *handicaps*.

Articolo 16. — Prevede che l'handicappato gravissimo e quello avente diritto all'indennità di accompagnamento possano ottenere l'iscrizione all'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti di un parente entro il terzo grado, ovvero del coniuge qualora attendano continuativamente alla sua assistenza personale.

Articolo 17. — Prevede che chi ha a carico un handicappato grave possa dedurre dal reddito tassabile una somma annualmente stabilita con decreto del Ministero delle finanze.

Articolo 18. — Prevede le agevolazioni da concedersi ai genitori dei portatori di *handicaps* che siano lavoratori dipendenti al fine di permettere un'adeguata assistenza al minore nei primi mesi di vita.

Articolo 19. — Detta norme per l'inserimento nel nomenclatore-tariffario delle protesi e delle apparecchiature finalizzate al compenso delle difficoltà fisiche e sensoriali degli handicappati.

Articolo 20. — Prevede e stabilisce i criteri per la delega al Governo finalizzata al riordinamento delle prestazioni economiche di carattere continuativo a favore di mutilati ed invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti.

Articolo 21. — Fissa i compiti riservati alle regioni per la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativi, formativi e riabilitativi da svolgersi a favore degli handicappati.

Articolo 22. — Stabilisce le competenze delle provincie.

Articolo 23. — Attribuisce ai comuni singoli o associati la titolarità a realizzare gli interventi previsti dal disegno di legge.

Articolo 24. — Prevede che i comuni singoli o associati e le unità sanitarie locali (per la parte di loro competenza) possano avvalersi dell'opera di idonee istituzioni private di volontariato non aventi scopo di lucro.

Articolo 25. — Prevede la copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni proposte.

Il disegno di legge che proponiamo all'attenzione del Parlamento riprende il testo unificato redatto, sulla base delle varie proposte di legge presentate, dal comitato ristretto che, nel corso della VIII legislatura, ha operato all'interno della I Commissione permanente della Camera dei deputati. Alla elaborazione di tale testo hanno concorso, con un lavoro serio ed incisivo, il Governo e tutte le forze politiche.

La ripresentazione del testo del comitato ristretto ha, dunque, il preciso significato di far partire il lavoro della IX legislatura proprio dal punto in cui esso si era interrotto nella legislatura precedente e di valorizzare al massimo il positivo punto di convergenza raggiunto con l'apporto di tutte le forze politiche.

Questa posizione permetterà — ce lo auguriamo vivamente — il rapido esame e la sollecita approvazione di un testo qualificante nell'ottica di realizzazione dei princìpi personalistici e solidaristici della Costituzione, vivamente atteso dal Paese e sul quale il Parlamento lavora ormai da due legislature.

Il disegno di legge che presentiamo è, naturalmente, aperto agli apporti migliorativi di tutte le forze politiche. Esso, inoltre, dovrà opportunamente essere coordinato con l'evoluzione della legislazione e della programmazione socio-sanitaria (esempio: progetti obiettivo).

L'approvazione del testo che ci onoriamo di presentare al Parlamento assolverà, inoltre, un impegno preso dal nostro Paese durante l'Anno internazionale dell'handicappato e contribuirà a dare, anche nel nostro Paese, significato e portata effettiva al confronto culturale, politico e giuridico avvenuto nel 1981 fra tutti gli Stati aderenti alle Nazioni Unite.

ALLEGATI

Tabella I

ELENCO DELLE PRINCIPALI LEGGI REGIONALI AVENTI ATTINENZA CON LA PROBLEMATICA DEGLI HANDICAPPATI

Piemonte

LR n. 7, 10 marzo 1982
Suppl. spec. al BU n. 11, 17 marzo 1982

Piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-1984.

Valle d'Aosta

LR n. 54, 11 agosto 1981
BU n. 14, 21 ottobre 1981

Interventi per favorire l'inserimento lavorativo di cittadini portatori di *handicap*.

LR n. 85, 28 dicembre 1981
BU n. 17, 30 dicembre 1981

Norme per favorire l'inserimento nella vita sociale delle persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali.

LR n. 93, 15 dicembre 1982
BU n. 19, 24 dicembre 1982

Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane e inabili.

LR n. 57, 24 agosto 1982
BU n. 14, 11 ottobre 1982

Finanziamento della LR 28 dicembre 1981, n. 85, concernente norme per favorire l'inserimento nella vita sociale delle persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali.

LR n. 58, 24 agosto 1982
BU n. 14, 11 ottobre 1982

Finanziamento della LR 11 agosto 1981, n. 54, concernente interventi per favorire l'inserimento lavorativo di cittadini portatori di *handicaps*.

Lombardia

Deliberazione del Consiglio Regionale n. III/312 del 18 giugno 1981
Suppl. n. 1 al BU n. 35, 2 settembre 1981

Linee programmatiche per il piano sanitario della Regione Lombardia.

LR n. 76, 7 giugno 1980
BU n. 24 (3° Suppl. ord.), 11 giugno 1980

Promozione di servizi sociali a favore di soggetti handicappati.

LR n. 30, 9 giugno 1981
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 23, 13 giugno 1981

Iniziative della Regione Lombardia nell'ambito dell'anno internazionale delle persone minorate 1981.

Trentino-Alto Adige

LR n. 9, 29 gennaio 1979
BU n. 7, 8 febbraio 1972

Provvidenze per le persone affette da menomazioni psichiche e fisiche.

Provincia autonoma di Trento

LP n. 21, 7 settembre 1972
BU n. 42, 12 settembre 1972

Provvidenze per le persone affette da minorazioni psichiche o fisiche.

LP n. 4, 22 gennaio 1973
BU n. 6, 30 gennaio 1973

Norme di integrazione alle provvidenze statali per i ciechi civili.

LP n. 12, 27 luglio 1981
BU n. 39, 4 agosto 1981

Norme per il superamento di situazioni emarginanti sopportate da persone con difficoltà psichiche, fisiche e sensoriali.

Provincia autonoma di Bolzano

LP n. 59, 17 settembre 1973
BU n. 45, 16 ottobre 1973

Provvidenze in favore dei minorati e disadattati sociali.

LP n. 46, 21 agosto 1978
BU n. 47, 26 settembre 1978

Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordomuti.

LP n. 65, 9 dicembre 1978
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 15, 3 aprile 1979

Servizio provinciale socio-sanitario e riabilitativo a favore dei minorati.

Decreto del Presidente della Giunta Provinciale n. 23, 11 agosto 1980
BU n. 48, 23 settembre 1980

Regolamento di esecuzione alla LP 9 dicembre 1978, n. 65, «Provvidenze per assicurare il diritto allo studio ed interventi nel settore scolastico a favore di minori portatori di *handicap*».

LP n. 20, 30 giugno 1983
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 35, 12 luglio 1983

Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di *handicaps*.

Veneto

LR n. 57, 30 maggio 1975
BU n. 24, 4 giugno 1975

Provvedimenti per l'istituzione di servizi sanitari e assistenziali nei settori della prevenzione e della riabilitazione.

LR n. 46, 8 maggio 1980
BU n. 31, 13 maggio 1980

Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di *handicaps*.

LR n. 34, 29 giugno 1981
BU n. 29, 3 luglio 1981

Integrazione del finanziamento della LR 8 maggio 1980, n. 46: «Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di *handicaps*.

Friuli-Venezia Giulia

LR n. 22, 18 agosto 1966
BU n. 24, 23 agosto 1966

Recupero sociale dei minorati psichici e fisici.

LR n. 44, 27 novembre 1970
BU n. 39, 4 dicembre 1970

Provvidenze integrative a favore dei ciechi civili e dei sordomuti.

LR n. 23, 25 giugno 1971
BU n. 25, 8 luglio 1971

Interventi straordinari per la prevenzione e cura delle minorazioni fisiche e per la prevenzione e il trattamento delle menomazioni psichiche.

LR n. 31, 18 luglio 1972
BU n. 28, 19 luglio 1972

Modifiche della legge regionale 28 luglio 1969, n. 22 e rifinanziamento della legge regionale 18 agosto 1966, n. 22, concernente il recupero sociale dei minorati psichici e fisici.

LR n. 2, 17 gennaio 1974
BU n. 6, 25 gennaio 1974

Ulteriore autorizzazione di spesa per la concessione di contributi previsti dalla LR 18 agosto 1966, n. 22, e successive modifiche ed integrazioni, concernente il «Recupero sociale dei minorati psichici e fisici».

LR n. 27, 24 giugno 1974
BU n. 33, 5 luglio 1974

Ulteriore autorizzazione di spesa per la concessione di contributi previsti dalla LR 18 agosto 1966, n. 22, e successive modificazioni ed integrazioni «Recupero sociale dei minorati psichici e fisici».

LR n. 60, 2 settembre 1981
BU n. 88, 2 settembre 1981

Contributi ad istituti privati operanti nel campo dell'assistenza ai minorati psichici e fisici.

LR n. 87, 21 dicembre 1981
BU n. 131, 22 dicembre 1981

Iniziative per favorire l'inserimento lavorativo, l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone handicappate.

Provincia autonoma di Bolzano

LP n. 59, 17 settembre 1973
BU n. 45, 16 ottobre 1973

Provvidenze in favore dei minorati e disadattati sociali.

LP n. 46, 21 agosto 1978
BU n. 47, 26 settembre 1978

Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordomuti.

LP n. 65, 9 dicembre 1978
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 15, 3 aprile 1979

Servizio provinciale socio-sanitario e riabilitativo a favore dei minorati.

Decreto del Presidente della Giunta Provinciale n. 23, 11 agosto 1980

BU n. 48, 23 settembre 1980

Regolamento di esecuzione alla LP 9 dicembre 1978, n. 65, «Provvidenze per assicurare il diritto allo studio ed interventi nel settore scolastico a favore di minori portatori di *handicap*».

LP n. 20, 30 giugno 1983
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 35, 12 luglio 1983

Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di *handicaps*.

Veneto

LR n. 57, 30 maggio 1975
BU n. 24, 4 giugno 1975

Provvedimenti per l'istituzione di servizi sanitari e assistenziali nei settori della prevenzione e della riabilitazione.

LR n. 46, 8 maggio 1980
BU n. 31, 13 maggio 1980

Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di *handicaps*.

LR n. 34, 29 giugno 1981
BU n. 29, 3 luglio 1981

Integrazione del finanziamento della LR 8 maggio 1980, n. 46: «Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di *handicaps*.

Friuli-Venezia Giulia

LR n. 22, 18 agosto 1966
BU n. 24, 23 agosto 1966

Recupero sociale dei minorati psichici e fisici.

LR n. 44, 27 novembre 1970
BU n. 39, 4 dicembre 1970

Provvidenze integrative a favore dei ciechi civili e dei sordomuti.

LR n. 23, 25 giugno 1971
BU n. 25, 8 luglio 1971

Interventi straordinari per la prevenzione e cura delle minorazioni fisiche e per la prevenzione e il trattamento delle menomazioni psichiche.

LR n. 31, 18 luglio 1972
BU n. 28, 19 luglio 1972

Modifiche della legge regionale 28 luglio 1969, n. 22 e rifinanziamento della legge regionale 18 agosto 1966, n. 22, concernente il recupero sociale dei minorati psichici e fisici.

LR n. 2, 17 gennaio 1974
BU n. 6, 25 gennaio 1974

Ulteriore autorizzazione di spesa per la concessione di contributi previsti dalla LR 18 agosto 1966, n. 22, e successive modifiche ed integrazioni, concernente il «Recupero sociale dei minorati psichici e fisici».

LR n. 27, 24 giugno 1974
BU n. 33, 5 luglio 1974

Ulteriore autorizzazione di spesa per la concessione di contributi previsti dalla LR 18 agosto 1966, n. 22, e successive modificazioni ed integrazioni «Recupero sociale dei minorati psichici e fisici».

LR n. 60, 2 settembre 1981
BU n. 88, 2 settembre 1981

Contributi ad istituti privati operanti nel campo dell'assistenza ai minorati psichici e fisici.

LR n. 87, 21 dicembre 1981
BU n. 131, 22 dicembre 1981

Iniziative per favorire l'inserimento lavorativo, l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone handicappate.

Liguria

LR n. 32, 9 giugno 1975
BU n. 24, 18 giugno 1975

Norme per l'assistenza agli handicappati.

LR n. 10, 31 gennaio 1977
BU n. 6, 9 febbraio 1977 - Suppl.

Norme per il superamento della esclusione dalla vita sociale degli handicappati.

Emilia-Romagna

LR n. 48, 29 dicembre 1979
BU n. 159, 29 dicembre 1979

Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di *handicaps*.

LR n. 54, 14 novembre 1980
BU n. 160, 17 novembre 1980

Integrazione dell'articolo 2 della LR 29 dicembre 1979, n. 48: «Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di *handicaps*».

LR n. 56, 1° dicembre 1980
BU n. 173, 3 dicembre 1980

Interpretazione autentica del primo comma dell'articolo 6 della LR 29 dicembre 1979, n. 48: «Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di *handicaps*».

LR n. 38, 25 novembre 1981
BU n. 145, 26 novembre 1981

Modifiche alla LR 29 dicembre 1979, n. 48: «Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di *handicaps*».

LR n. 6, 7 febbraio 1981
BU n. 17, 11 febbraio 1981

Piano sanitario regionale per il triennio 1981-1983.

Toscana

LR n. 20, 27 marzo 1980
BU n. 22, 4 aprile 1980

Interventi a favore delle persone non autosufficienti.

LR n. 28, 16 aprile 1980
BUR n. 25, 24 aprile 1980

Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei familiari affidatari od ospitanti.

LR n. 73, 6 settembre 1982
BU n. 52, 14 settembre 1982

Interventi di preformazione professionale e per l'inserimento al lavoro delle persone handicappate.

Umbria

LR n. 29, 31 maggio 1982
BU n. 32, 8 giugno 1982

Norme ed indirizzi per il riordino delle funzioni amministrative e per la programmazione dei servizi in materia socio-assistenziale.

Marche

LR n. 18, 12 maggio 1982
BU n. 49, 13 maggio 1982

Interventi e iniziative della Regione per rimuovere le cause dell'emarginazione.

LR n. 37, 5 novembre 1982
BU n. 116, 16 novembre 1982

Piano socio-sanitario della Regione Marche per il triennio ottobre 1982-settembre 1985.

Lazio

LR n. 62, 19 settembre 1974
BU n. 27, 30 settembre 1974 - Suppl.

Norme per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e riabilitazione per gli handicappati.

LR n. 53, 9 giugno 1975
BU n. 18, 30 giugno 1975

Modifiche alla LR 19 settembre 1974, n. 62.

Abruzzi

LR n. 10, 15 febbraio 1980
BU n. 10, 8 marzo 1980

Istituzione delle unità locali socio-sanitarie.

Puglia

LR n. 22, 25 agosto 1973
BU n. 24, 27 agosto 1973

Fondo regionale per gli ospedali, il servizio regionale di pronto soccorso, i centri di medicina sociale e del lavoro ed i centri di diagnostica per le insufficienze e le minorazioni psichiche, fisiche e sensoriali.

LR n. 46, 30 dicembre 1974
BU n. 39, 31 dicembre 1974

Concessione di contributi alle sezioni provinciali della Unione italiana ciechi della Puglia.

LR n. 58, 6 giugno 1980
BU n. 45, 27 giugno 1980

Interventi per favorire l'integrazione sociale e l'autonomia economica dei cittadini portatori di *handicaps*.

Basilicata

LR n. 49, 9 giugno 1975
BU n. 19, 9 giugno 1975

Concessione di contributo per il funzionamento alle sezioni Unione italiana ciechi, all'Ente nazionale sordomuti e ai centri AIAS di Basilicata.

Calabria

LP n. 10, 12 marzo 1977
BU n. 10, 18 marzo 1977

Interventi nel settore della medicina riabilitativa.

Sicilia

LR n. 18, 30 maggio 1962
GU n. 24, 9 giugno 1962

Assegno mensile ai minorati fisici o psichici irrecuperabili.

LR n. 23, 5 ottobre 1965
GU n. 43, 6 ottobre 1965

Proroga e modifiche alle leggi 21 ottobre 1957, n. 58, e successive aggiunte e modificazioni, e 30 maggio 1962, n. 18, concernenti la concessione di un assegno mensile ai vecchi lavoratori e ai minorati fisici o psichici irrecuperabili.

LR n. 8, 4 aprile 1969
GU n. 16, 5 aprile 1969

Provvidenze a favore dei minorati psichici irrecuperabili e norme transitorie a favore dei minorati fisici.

LR n. 99, 25 maggio 1979
GU n. 23, 26 maggio 1979

Nuove norme per l'erogazione dell'assegno mensile ai vecchi lavoratori ed ai minorati psichici irrecuperabili.

LR n. 68, 18 aprile 1981
GU n. 20, 24 aprile 1981

Istituzione, organizzazione e gestione dei servizi per i soggetti portatori di *handicap*.

Sardegna

LR n. 28, 23 ottobre 1952
BU n. 26, 18 dicembre 1952

Assistenza dei minorati psichici e fisici.

LR n. 6, 9 febbraio 1976
BU n. 6, 10 febbraio 1976

Norme per lo sviluppo dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione per gli handicappati.

Tabella II

CONFRONTO TRA GLI ARTICOLI DEL DISEGNO DI LEGGE ED ALCUNE LEGGI REGIONALI IN MATERIA

	Art. 4 Prevenzione e diagnosi precoce	Art. 5 Cura e riabilitazione	Art. 6 Inserimento ed integrazione sociale	Art. 7 Servizio di aiuto personale	Art.8 Inserimento prescolastico e scolastico	Art. 9 Istruzione e formazione dopo scuola dell'obbligo	Art. 10 Inserimento lavorativo	Art. 11 Prove d'esame nei concorsi pubblici	Art. 12 Abrogazione norme limitative	Art. 13 Barriere architetton.	Art. 14 Riserva alloggi	Art. 15 Adattamento abitazioni	Art. 16 Agevolazioni handicappati graviss. e famiglie	Art. 17 Agevolazioni fiscali	Art. 18 Agevolazioni per genitori che lavorano	Art. 19 Protesi
Valle d'Aosta																
LR n. 54, 11 agosto 1981							×									
LR n. 85, 28 dicembre 1981										×						
LR n. 93, 15 dicembre 1982			×													
LR n. 57, 24 agosto 1982																
LR n. 58, 24 agosto 1982																
Piemonte																
LR n. 7, 10 marzo 1982	×	×	×		×	×	×		×	×	×					
Lombardia																
LR n. 76, 7 giugno 1980			×	×	×	×	×			×						
LR n. 30, 9 giugno 1981			×													
Veneto																
LR n. 46, 8 maggio 1980			×		×	×	×									
LR n. 34, 29 giugno 1981																
Prov. Aut. Trento																
LP n. 12, 27 luglio 1981			×							×	×					
LP n. 4, 22 gennaio 1973																
Prov. Aut. Bolzano																
LP n. 59, 17 settembre 1973	×	×	×													
LP n. 21, 21 agosto 1978		×														
LP n. 65, 8 dicembre 1978	×	×	×			×	×									
DPGP n. 23, 11 agosto 1980				×	×											
LP n. 20, 30 giugno 1983		×	×	×	×	×	×			×		×				

Friuli-Venezia Giulia																
LR n. 22, 18 agosto 1966	×	×			×	×										
LR n. 44, 27 novembre 1970																
LR n. 2, 17 gennaio 1974																
LR n. 27, 24 giugno 1974																
LR n. 60, 2 settembre 1981																
LR n. 87, 21 dicembre 1981					×	×	×			×						
Emilia-Romagna																
LR n. 48, 29 dicembre 1979			×		×	×	×									
Toscana																
LR n. 20, 27 marzo 1980		×														
LR n. 28, 16 aprile 1980		×														
LR n. 73, 6 settembre 1982						×	×									
Marche																
LR n. 18, 12 maggio 1982			×	×	×	×	×			×	×					
LR n. 37, 5 novembre 1982		×	×		×	×	×				×					
Umbria																
LR n. 29, 31 maggio 1982	×		×	×		×	×			×	×					
Puglia																
LR n. 22, 25 agosto 1973																
LR n. 46, 30 dicembre 1974	×				×	×	×									
LR n. 58, 6 giugno 1980			×		×	×	×									
Basilicata																
LR n. 49, 9 giugno 1975			×													
Sicilia																
LR n. 68, 18 aprile 1981	×	×	×		×	×	×									
Sardegna																
LR n. 6, 9 febbraio 1976	×	×	×		×	×	×			×	×					

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità della legge)

Allo scopo di prevenire e rimuovere le situazioni invalidanti che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia e l'effettiva partecipazione del cittadino alla vita della collettività, la Repubblica garantisce, in attuazione delle norme costituzionali, idonei servizi e prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei cittadini handicappati e per la loro tutela economica.

Art. 2.

(Definizione dei soggetti aventi diritto)

Ai fini della presente legge si considerano portatori di *handicaps* i soggetti che, per nascita o in seguito ad evento morboso o traumatico, comunque intervenuto, presentino una menomazione delle proprie condizioni fisiche, psichiche o sensoriali che li mettano in difficoltà di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo.

Agli effetti della presente legge si considerano handicappati gravissimi i soggetti nei confronti dei quali sia accertata la mancanza assoluta di autosufficienza e di coscienza rispetto alle funzioni elementari della vita o almeno due delle seguenti condizioni:

mancanza assoluta di autonomia motoria o motricità incontrollata;

mancanza assoluta di capacità di comunicazione verbale o sordità grave prelinguale;

mancanza assoluta di capacità visiva.

All'accertamento dell'*handicap* e del grado di gravità provvede l'unità sanitaria lo-

cale di residenza del soggetto handicappato.

La tutela economica e previdenziale dei mutilati ed invalidi di guerra, di lavoro e di servizio resta disciplinata dalle norme specifiche in vigore.

Art. 3.

(Princìpi generali per la tutela dei cittadini handicappati)

La tutela dei cittadini handicappati, prevista dall'articolo 1 della presente legge, deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana e deve essere ispirata ai seguenti princìpi generali:

1) privilegiare le fasi della prevenzione, della diagnosi e della terapia precoce delle menomazioni e la ricerca sistematica ed approfondita delle loro cause;

2) assicurare l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, in forme che permettano il massimo recupero consentito dalla minorazione, il mantenimento dell'handicappato nel proprio ambiente familiare e sociale, il suo inserimento, la sua integrazione e la sua partecipazione alla vita sociale;

3) prevedere ed assicurare, nella scelta e nella attuazione degli interventi, l'intesa e la collaborazione attiva della famiglia, della comunità e dello stesso soggetto handicappato, mobilitandone tutte le potenziali capacità;

4) attuare il più ampio e funzionale decentramento sul territorio dei servizi e degli interventi rivolti all'azione di prevenzione, sostegno e recupero dell'handicappato assicurandone il massimo coordinamento, affinchè tale azione si sviluppi e si completi senza interruzione e lacune, per assicurare al soggetto il raggiungimento della massima autonomia possibile;

5) assicurare ai cittadini portatori di *handicaps* e, occorrendo, ai loro nuclei familiari servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici per consentire il massimo di autonomia, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici

integrativi per il raggiungimento dei fini di cui sopra;

6) promuovere le iniziative sistematiche di informazione e di partecipazione della popolazione atte a favorire la prevenzione degli *handicaps*, la cura, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito.

Gli interventi a favore degli handicappati gravissimi, nelle diverse forme previste dalla presente legge, devono essere considerati prioritari.

Art. 4.

(Prevenzione e diagnosi precoce)

Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi precoce delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria di cui agli articoli 53 e seguenti della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le Regioni entro sei mesi dall'approvazione della presente legge dettano norme affinchè i comuni singoli o associati, attraverso le unità sanitarie locali, assicurino:

1) l'informazione e l'educazione sanitaria e sociale della popolazione sulle cause e sulle conseguenze degli *handicaps* e sulle possibilità di prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita;

2) l'individuazione e la rimozione, negli ambienti di vita e di lavoro, delle cause e dei fattori di rischio che possono indurre malformazioni congenite;

3) la consulenza e l'assistenza preconcezionale per la conoscenza e per la prevenzione del rischio genetico;

4) la diagnosi prenatale precoce ed il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti le gravidanze e la prevenzione delle loro conseguenze; l'assistenza intensiva per le gravidanze, i parti e le nascite a rischio;

5) la generalizzazione, nel periodo neonatale, di tuti gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malattie metaboliche e delle malformazioni ed endocrinopatie congenite; la generalizzazione dei controlli sul neonato entro l'8° giorno, al 30° giorno, entro il 6° e il 9° mese e al compimento del 1° e del 3° anno di vita nonchè la generalizzazione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età prepuberale;

6) gli interventi informativi, educativi, di partecipazione e di controllo per eliminare la nocività ambientale e per prevenire gli infortuni nelle strade, nei luoghi di lavoro, nelle abitazioni, nelle scuole ed in ogni altro ambiente di vita.

Art. 5.

(*Cura e riabilitazione*)

Le Regioni, entro sei mesi dall'approvazione della presente legge, dettano norme affinchè i comuni singoli o associati, attraverso le unità sanitarie locali, assicurino:

1) la terapia e la riabilitazione precoce degli *handicaps* nelle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate;

2) l'assistenza riabilitativa ambulatoriale, anche a domicilio, per l'educazione psicomotoria, per la fisiokinesiterapia, per la logopedia e per il recupero funzionale degli *handicaps* fisici, psichici e sensoriali;

3) la fornitura o la cessione in uso di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni e per il raggiungimento del massimo recupero consentito dalla minorazione e della massima integrazione e autonomia possibili.

Art. 6.

(*Inserimento e integrazione sociale*)

L'inserimento e l'integrazione sociale dei cittadini portatori di *handicaps* si realizza mediante:

1) interventi a sostegno del soggetto handicappato e del nucleo familiare in cui

è inserito, di carattere socio-psicopedagogico, di aiuto domestico e infermieristico ed eventualmente di tipo economico;

2) servizio di aiuto personale ai soggetti portatori di *handicaps* in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;

3) disponibilità di abitazioni idonee, per quanto riguarda gli accessi e la fruibilità interna, e eventuale adattamento delle stesse alle esigenze specifiche riferite al tipo di *handicap*;

4) adeguamento della dotazione di attrezzature e di personale dei servizi educativi, sportivi e di tempo libero e sociale in genere per favorire l'inserimento degli handicappati e facilitarne il processo di socializzazione;

5) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e, dove necessario, la organizzazione di trasporti speciali per la frequenza dei servizi;

6) affidamenti e inserimenti presso famiglie, persone e nuclei parafamiliari;

7) organizzazione di comunità-alloggio e di servizi similari inseriti nei normali contesti abitativi capaci di favorire processi di deistituzionalizzazione e di assicurare agli handicappati, privi anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato;

8) istituzione di centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno inseriti nella comunità in rapporto dinamico con la stessa, destinati a soggetti handicappati che abbisognano di una specifica e continua assistenza, con particolare riferimento agli handicappati gravi ultraquindicenni che, a causa delle loro condizioni, non sono assolutamente in grado di svolgere alcuna attività lavorativa.

Le Regioni dettano altresì norme affinchè tutti gli interventi sopra indicati siano sottoposti a periodici controlli per verificare

la rispondenza alla effettiva situazione di bisogno dei soggetti handicappati.

Art. 7.

(*Servizi di aiuto personale*)

I Comuni, singoli o associati, istituiscono il servizio di aiuto personale ai soggetti in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei soggetti stessi.

Il servizio di aiuto personale deve essere organicamente integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio.

Il personale addetto al servizio di aiuto personale può essere integrato con:

a) obiettori di coscienza riconosciuti ai sensi della legge 15 dicembre 1972, n. 772, che ne facciano richiesta e militari di leva che ne facciano richiesta, a ciò destinati annualmente dal Ministero della difesa;

b) cittadini che facciano richiesta di prestare attività volontaria, di età superiore ai 18 anni.

Ai volontari di cui alle lettere *a*) e *b*) del precedente comma i Comuni, singoli o associati, non possono erogare somme ad alcun titolo, ad esclusione del rimborso delle spese vive sostenute purchè preventivamente autorizzate dall'ente gestore di cui al primo comma del presente articolo.

L'assegnazione del personale di cui alla lettera *a*) del terzo comma del presente articolo ai Comuni, singoli o associati, avviene con decreto del Ministro dell'interno, tenendo conto delle reali esigenze e delle richieste avanzate dai comuni stessi. Le modalità di utilizzo di tale personale sono determinate di intesa con il Ministro della difesa.

Nella definizione dei criteri le Regioni:

a) possono stabilire livelli massimi di reddito dei soggetti di cui al primo comma, al fine di consentire la graduale attivazione del servizio e di favorire prioritariamente le fasce di popolazione economicamente più deboli;

b) stabiliscono le modalità per il recupero in misura totale o parziale dell'indennità di accompagnamento prevista dallo Stato, da parte dei Comuni, singoli o associati, che provvedono, d'intesa con i soggetti interessati, a fornire gli interventi necessari per l'accompagnamento e per il compimento degli atti quotidiani della vita, di cui ai precedenti commi del presente articolo.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le Regioni determinano con propria legge i criteri relativi alla istituzione e al funzionamento dei servizi di aiuto personale.

Art. 8.

(*Inserimento prescolastico e scolastico*)

Nell'ambito delle competenze dello Stato, delle Regioni, dei Comuni, la frequenza dei normali servizi prescolastici e della scuola dell'obbligo da parte dei portatori di *handicaps* si realizza mediante:

a) l'adozione di norme e modalità di organizzazione e funzionamento dei servizi educativi prescolastici, scolastici e parascolastici che favoriscano l'apprendimento, l'integrazione, la partecipazione e l'inserimento nelle normali sezioni e classi;

b) la dotazione agli stessi servizi di attrezzature tecniche e sussidi didattici che consentano di soddisfare le esigenze di una proficua ed integrata permanenza;

c) l'assegnazione del necessario personale docente e non docente ed il suo aggiornamento professionale in modo da consentire un inserimento scolastico proficuo per tutti gli alunni;

d) l'adozione da parte dei suddetti servizi di speciali programmi educativo-forma-

tivi per gli handicappati gravi, allo scopo di favorire la socializzazione ed il raggiungimento del massimo di autonomia possibile mediante le stimolazioni offerte dalla integrazione con gli altri alunni;

e) il prolungamento, previo parere conforme dei servizi dell'unità sanitaria locale, per un massimo di un anno, dei limiti di età di norma previsti per l'accesso e la permanenza nella scuola materna, nei casi in cui detto prolungamento risulti utile al portatore di *handicap* ai fini del suo inserimento nella scuola dell'obbligo. Il limite di ore settimanali previsto dalla legge 4 agosto 1977, n. 517, per le iniziative di sostegno e gli interventi individualizzati è abrogato.

Art. 9.

(Istruzione e formazione dopo la scuola dell'obbligo)

Nell'ambito delle competenze dello Stato, delle Regioni, dei Comuni, la frequenza delle normali scuole, dei corsi *post*-obbligo e dell'università da parte dei cittadini handicappati, che intendono proseguire gli studi, viene favorita mediante:

a) la dotazione alle scuole, ai centri di formazione professionale, ai centri di orientamento scolastico e professionale, ai corsi universitari e parauniversitari di attrezzature tecniche e sussidi didattici, rispondenti alle specifiche esigenze dei soggetti handicappati;

b) la disponibilità di personale docente e non docente in grado di soddisfare, nell'ambito dei normali programmi, le peculiari esigenze degli handicappati, relativamente alle attività scolastiche e parascolastiche.

Nei casi necessari sono previste, nell'ambito dei normali corsi di formazione professionale, attività specifiche per gli handicappati che, per l'acquisizione di una qualifica, necessitano di metodi del tutto particolari non utilizzati nei corsi normali.

Le Regioni, nell'ambito della programmazione dei corsi di formazione professionale,

stabiliscono le sedi presso le quali inserire attrezzature e sussidi di costo particolarmente elevato adatti ad *handicaps* specifici.

Nei centri di formazione professionale sono istituiti — per i casi strettamente necessari — corsi propedeutici per gli handicappati non in grado di frequentare corsi normali.

I corsi di cui al comma precedente, della durata massima di due anni, hanno lo scopo di:

a) favorire le potenzialità degli handicappati al fine del loro proficuo inserimento nei corsi professionali normali o nelle scuole *post*-obbligo;

b) fornire agli handicappati non in grado di acquisire una qualifica, ma di svolgere una attività lavorativa presso le aziende pubbliche e private, gli strumenti e le conoscenze necessarie per tale inserimento.

A coloro che abbiano frequentato i corsi di formazione propedeutica verrà rilasciata una attestazione di frequenza, utile ai fini della graduatoria per il collocamento obbligatorio in attività per l'esercizio delle quali non è richiesta una specifica qualifica professionale.

Nella definizione delle norme relative all'aggiornamento e alla riqualificazione professionale dei cittadini portatori di *handicaps* le Regioni favoriscono la frequenza ai corsi suddetti secondo i princìpi di cui ai commi precedenti.

Art. 10.

(*Inserimento lavorativo*)

L'inserimento lavorativo dei soggetti handicappati, in forme adeguate alle loro capacità in atto e potenziali, deve completare l'azione di integrazione sociale concorrendo alla maturazione e alla crescita della loro personalità, alla eliminazione di ogni forma di segregazione e di emarginazione, al raggiungimento della autonomia economica.

Sono finalizzate al raggiungimento del suddetto obiettivo, oltre alle norme sul collocamento obbligatorio previste dalle leggi in

vigore, le attività di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale di cui al precedente articolo 9.

Le Regioni, entro sei mesi dalla approvazione della presente legge, dettano norme per promuovere e disciplinare i seguenti interventi:

1) sostegno di iniziative produttive in grado di favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa di soggetti handicappati con provvedimenti che ne agevolino la competitività sul piano delle commesse di lavoro e della commercializzazione dei prodotti;

2) agevolazioni a singoli soggetti portatori di *handicaps* per il raggiungimento del posto di lavoro e per l'avvio e lo svolgimento di attività lavorative autonome;

3) agevolazioni alle aziende industriali, agricole, commerciali ed artigiane, anche ai fini dell'adattamento del posto di lavoro, per l'assunzione di soggetti handicappati e affiancamento delle stesse con servizi che ne favoriscano il processo di socializzazione nell'ambiente di lavoro e la individuazione di spazi idonei alle loro capacità.

Le leggi regionali stabiliscono norme per la effettuazione dei necessari controlli sulle aziende beneficiarie.

Art. 11.

(*Prove d'esame nei concorsi pubblici*)

I soggetti portatori di *handicaps*, che non hanno la piena capacità funzionale per sostenere le prove di esame nei concorsi pubblici, hanno diritto ad ottenere modalità di partecipazione diversificate secondo la tipologia dell'*handicap*. Tali modalità sono stabilite dalla commissione esaminatrice.

Sono fatte salve quelle prove pratiche il cui superamento è giudicato indispensabile dalla commissione esaminatrice ai fini dell'espletamento delle mansioni che il soggetto dovrebbe esercitare in base al bando di concorso.

Gli enti pubblici sono tenuti a dotarsi di servizi, strutture e attrezzature per consen-

tire l'accesso e l'uso da parte dei soggetti di cui alla presente legge.

Art. 12.

(*Abrogazione di norme limitative*)

Sono abrogate le disposizioni legislative, regolamentari o di altra natura che impediscono o limitano l'uso dei servizi o strutture di carattere collettivo-sociale, la iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado, l'accesso ai posti di lavoro pubblici e privati o che, comunque, sono causa di discriminazione nei confronti di soggetti portatori di *handicaps*.

In attuazione del comma precedente sono soppresse le certificazioni di sana e robusta costituzione, salvo l'accertamento dell'esistenza di malattie contagiose.

Art. 13.

(*Barriere architettoniche*)

Le Regioni e gli altri enti pubblici territoriali, nell'esercizio delle rispettive competenze, dettano norme per l'abolizione delle barriere architettoniche, in particolare per quanto attiene agli edifici pubblici, ai luoghi di pubblico spettacolo ed ai servizi in genere.

A tal fine non possono essere approvati progetti di costruzione per strutture edilizie pubbliche che non siano conformi alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, in materia di barriere architettoniche e di trasporti.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche per l'edilizia abitativa popolare o sovvenzionata, nonchè all'edilizia privata relativa alle strutture di uso pubblico e/o aperte al pubblico e, in quanto applicabili, alle ristrutturazioni.

I regolamenti edilizi comunali, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sono modificati conformemente alle disposizioni del citato decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, e alle norme di cui alla presente legge.

Il Ministero dei trasporti, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, emana le modalità e i criteri di attuazione dell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384.

Art. 14.

(*Riserva di alloggi*)

Nei piani di edilizia abitativa popolare o sovvenzionata, una quota non inferiore al 6 per cento degli alloggi di nuova costruzione e/o ristrutturati è riservata ai portatori di *handicaps* gravi ed ai nuclei familiari che hanno tra i loro componenti portatori di *handicaps* gravissimi, con priorità agli handicappati con ridotte o impedite capacità motorie.

I Comuni possono destinare una parte di alloggi compresi nella quota di cui al precedente comma a comunità alloggio o ad iniziative similari per i soggetti handicappati che necessitano di particolare protezione sociale.

Restano fermi i requisiti richiesti dalle leggi vigenti per tali assegnazioni.

Nella formulazione delle graduatorie per le assegnazioni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica sono assegnati punti cinque agli handicappati soli o ai nuclei familiari che hanno fra i loro componenti degli handicappati, purchè l'invalidità, in entrambi i casi, non sia inferiore all'80 per cento.

Art. 15.

(*Adattamento di abitazioni*)

Le Regioni, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, provvedono a fissare i criteri per la concessione, attraverso i Comuni, di contributi finalizzati:

1) all'adattamento e alla dotazione delle necessarie strumentazioni degli alloggi di edilizia popolare o sovvenzionata assegnati a cittadini portatori di *handicaps;*

2) all'adattamento e alla dotazione delle necessarie strumentazioni degli alloggi oc-

cupati da cittadini portatori di *handicaps*, purchè i proprietari degli alloggi si dichiarino consenzienti alle modifiche.

La misura dei contributi è fissata annualmente con decreto del Ministro dei lavori pubblici.

La concessione dei contributi è limitata agli alloggi di edilizia popolare pubblica e privata occupati da cittadini portatori di *handicaps* il cui reddito non sia superiore al limite previsto per l'applicazione dell'equo canone.

Art. 16.

(Agevolazioni per gli handicappati gravissimi e loro famiglie)

Il cittadino handicappato gravissimo di cui al secondo comma dell'articolo 2 della presente legge, nonchè il cittadino portatore di *handicaps* avente diritto all'indennità di accompagnamento secondo le normative vigenti, può ottenere, in deroga alle leggi vigenti, dall'INPS l'iscrizione alla assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, di un congiunto consanguineo o affine, entro il terzo grado, ovvero del coniuge, il quale attenda continuativamente alla sua assistenza personale.

I lavoratori assicurati ai sensi del comma precedente vengono assimilati a tutti gli effetti ai dipendenti dell'industria e gli oneri previdenziali complessivi sono a carico dei soggetti di cui al primo comma, secondo la normativa vigente.

L'iscrizione di cui al primo comma del presente articolo può effettuarsi anche presso altro fondo speciale gestito dall'INPS purchè il lavoratore risulti precedentemente iscritto allo stesso e non possa fruire della prosecuzione volontaria in base alla normativa vigente.

La certificazione per il diritto ad usufruire delle disposizioni di cui al presente articolo è rilasciata dalla unità sanitaria locale di residenza del cittadino handicappato.

Art. 17.

(*Agevolazioni fiscali*)

Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 10, lettera *d*), del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 597, come sostituito dall'articolo 5 della legge 13 aprile 1977, n. 114, dalla determinazione del reddito complessivo dichiarato dal genitore o dal familiare, che ha a carico un handicappato gravissimo di cui al secondo comma dell'articolo 2, si deduce una somma annualmente stabilita con decreto del Ministro delle finanze.

La certificazione per il diritto ad usufruire delle disposizioni di cui al presente articolo è rilasciata dalla unità sanitaria locale di residenza del cittadino handicappato.

Art. 18.

(*Agevolazioni per i genitori che lavorano*)

In deroga a quanto previsto dagli articoli 7 e 15 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, le lavoratrici madri di un handicappato gravissimo hanno diritto al prolungamento del periodo di astensione facoltativa dal lavoro fino al diciottesimo mese di vita del bambino, a condizione che questi non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Lo stesso diritto spetta alle lavoratrici madri di bambini nei confronti dei quali siano in corso gli accertamenti da parte delle unità sanitarie locali e viene a cessare quando i suddetti accertamenti siano stati esperiti con esito negativo.

Il diritto di cui al primo comma è riconosciuto anche al padre lavoratore quando non sia esercitato dalla madre.

In alternativa a quanto disposto dal primo e dal terzo comma del presente articolo, i genitori possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire di due ore di permessi giornalieri fino al compimento del diciottesimo mese di vita del bambino.

Successivamente al compimento del diciottesimo mese di vita, i genitori di un handicappato gravissimo hanno diritto, alternativamente, a tre giorni di permessi mensili,

fruibili anche in maniera continuativa nel corso dell'anno, a condizione che il figlio non sia ricoverato a tempo pieno.

A tali permessi si applicano le disposizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 7 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, nonchè quelle contenute negli articoli 7 e 8 della legge 9 dicembre 1977, n. 903.

L'indennità giornaliera di cui al secondo comma dell'articolo 15 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, è elevata al 50 per cento della retribuzione giornaliera per i lavoratori e le lavoratrici che si avvalgono del prolungamento del periodo di astensione facoltativa dal lavoro di cui al presente articolo.

Il genitore o il familiare lavoratore, che assista con continuità un figlio handicappato, ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio.

Art. 19.

(*Protesi*)

Con decreto del Ministro della sanità da emanarsi, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro sei mesi dalla approvazione della presente legge, nel nomenclatore-tariffario delle protesi di cui all'ultimo comma dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, vengono inseriti e omologati apparecchi e attrezzature elettroniche, sistemi *possum* ed altri sussidi tecnici che permettono di compensare le difficoltà verbali e gestuali, di comunicazione e di apprendimento dei portatori di *deficit* fisici o sensoriali.

Art. 20.

(*Delega al Governo per il riordinamento delle prestazioni economiche*)

Il Governo è delegato a provvedere, mediante decreto avente valore di legge ordinaria, da emanarsi entro dodici mesi dalla entrata in vigore della presente legge, al riordinamento delle prestazioni economiche di carattere continuativo disposte dalla legge a favore dei mutilati ed invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti.

Nell'esercizio della delega di cui al presente articolo il Governo si atterrà ai princìpi generali stabiliti dalla presente legge in materia di diritti degli handicappati e ai seguenti criteri direttivi:

a) assumere il principio che le pensioni disposte a favore dei soggetti di cui al primo comma sono destinate, a decorrere dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica, esclusivamente ai portatori di *handicaps* fisici, psichici e sensoriali con invalidità superiori all'80 per cento e che abbiano compiuto il diciottesimo anno di età;

b) assumere il principio che, a pari gravità delle minorazioni, corrisponde uguale trattamento eliminando ogni differenziazione delle prestazioni economiche dipendenti dal tipo di invalidità e dai limiti di reddito;

c) prevedere — a partire dal compimento del dodicesimo mese di vita — la concessione di un'indennità di aiuto alla persona da erogarsi al solo titolo della minorazione il cui ammontare è diversificato a seconda se l'indennità stessa è destinata ai soggetti handicappati gravissimi di cui all'articolo 2, secondo comma, della presente legge o agli handicappati affetti da menomazioni che ne impediscano l'autonomia senza un aiuto permanente;

d) stabilire i limiti di reddito personale entro i quali è riconosciuto il diritto alla pensione;

e) ridurre l'importo delle pensioni fino alla concorrenza del limite di reddito stabilito alla lettera *d*);

f) riaffermare il principio della perequazione automatica al costo della vita della pensione e dell'indennità di aiuto alla persona di cui alle lettere *a*) e *c*) nonchè il principio della rivalutazione dei limiti di reddito personali di cui alla lettera *d*);

g) prevedere l'equiparazione graduale, da realizzare comunque entro due anni dalla entrata in vigore della presente legge, della pensione, da corrispondere ai soggetti di cui alla lettera *a*), al trattamento minimo di pensione stabilito per i lavoratori dipendenti;

h) disciplinare il cumulo dei diversi trattamenti economico-assistenziali e previdenziali di carattere continuativo al fine di evitare duplicità di interventi allo stesso titolo;

i) regolamentare in modo uniforme gli organi, i criteri e le modalità da osservare per gli accertamenti delle condizioni di invalidità, tenuto conto delle competenze riconosciute in materia alle unità sanitarie locali dall'articolo 14, lettera *q*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle classificazioni e dei parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità;

l) prevedere la revisione al triennio per i soggetti di minore età, indipendentemente dalla natura e dal grado di infermità che ha dato luogo al riconoscimento del titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, e per i soggetti adulti colpiti da infermità ancora passibili di modificazioni organiche o funzionali, anche a motivo di eventuali interventi terapeutici o riabilitativi, che hanno dato luogo al riconoscimento delle prestazioni di cui al presente articolo;

m) prevedere che ai cittadini portatori di *handicaps* che, alla data di entrata in vigore della normativa delegata di cui al presente articolo, siano beneficiari di provvidenze economiche a carattere continuativo erogate dallo Stato, alle quali non abbiano più titolo ai sensi della nuova disciplina delegata, siano conservate le provvidenze stesse fino alla sussistenza dei requisiti che ne avevano determinato la concessione in base alla precedente normativa, facendo salve le norme relative alla perequazione automatica delle provvidenze stesse.

Art. 21.

(*Compiti delle Regioni*)

Le Regioni emanano le norme legislative previste dai precedenti articoli 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15 in base ai princìpi generali e alle disposizioni contenute nella presente legge e nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, e promuovono la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativo-formativi e riabilitativi per gli hadicappati nel quadro del

piano sanitario nazionale e della programmazione regionale dei servizi sanitari, sociali e formativo-culturali.

Spetta in particolare alle Regioni:

a) stabilire i criteri di programmazione e di organizzazione dei servizi, definire i livelli qualitativi delle prestazioni, nonchè i criteri per l'erogazione dell'assistenza economico-integrativa di competenza dei Comuni;

b) definire le modalità di coordinamento e di integrazione dei servizi di cui alla presente legge con gli altri servizi sociali, sanitari, educativi esistenti sul territorio nonchè — d'intesa con gli organi centrali e periferici del Ministero della pubblica istruzione — con le strutture prescolastiche o scolastiche, anche per la messa a disposizione di attrezzature, operatori o specialisti necessari alla attività di prevenzione, diagnosi e riabilitazione eventualmente svolta al loro interno;

c) definire, anche in collaborazione con le università, i programmi e le modalità organizzative delle iniziative di riqualificazione ed aggiornamento del personale impiegato o da impiegare nelle attività di cui alla presente legge;

d) definire le modalità di intervento nel campo delle attività assistenziali e i limiti di accesso ai servizi a carattere di internato.

Art. 22.

(*Compiti delle Provincie*)

Alle Provincie competono le attribuzioni previste dagli articoli 2 e 26 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e dall'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 23.

(*Compiti dei Comuni*)

L'attuazione degli interventi sociali e sanitari previsti dalla presente legge spetta ai Comuni, singoli o associati, che vi provvedono direttamente nell'ambito dei servizi pre-

disposti per la generalità della popolazione e mediante le unità sanitarie locali per la parte di competenza, nel rispetto dei princìpi generali stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa e la programmazione regionali.

I Comuni, singoli o associati, provvedono alla realizzazione degli interventi suddetti attraverso la riqualificazione, il riordinamento e il potenziamento dei servizi esistenti, nonchè attraverso la istituzione di nuovi servizi.

Ai fini del coordinamento degli interventi suddetti con gli altri servizi sociali, sanitari, educativi, formativi e del tempo libero operanti nell'ambito territoriale i Comuni, singoli o associati, si avvalgono del servizio di base, quale servizio di coordinamento e di segreteria per il rapporto con l'utente, da organizzare con carattere interdisciplinare, a livello di aree elementari coincidenti con i distretti delle unità sanitarie locali.

Art. 24.

(*Convenzioni*)

Per la gestione dei servizi di cui alla presente legge i Comuni, singoli o associati, e le unità sanitarie locali, per la parte di competenza, possono avvalersi dell'opera di associazioni riconosciute e non riconosciute ed istituzioni private di assistenza non aventi scopi di lucro, semprechè siano idonee per i livelli delle prestazioni, per la qualificazione del personale e per la efficienza organizzativa ed operativa. A questo fine i Comuni, singoli o associati, e le unità sanitarie locali stipulano con i suddetti organismi apposite convenzioni.

Art. 25.

(*Finanziamenti*)

Per l'attuazione degli interventi sanitari previsti dalla presente legge il Fondo sanitario nazionale è annualmente incrementato di uno stanziamento finalizzato non inferiore all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale stesso, da ripartire con le stesse modalità di

ripartizione del Fondo sanitario nazionale e con criteri stabiliti dal Consiglio sanitario nazionale.

Per l'attuazione degli interventi socio-assistenziali previsti dalla presente legge a partire dal 1985 è previsto a carico dello Stato, nel bilancio del Ministero della sanità, uno stanziamento annuo da determinarsi con la legge di approvazione del bilancio dello Stato e da ripartirsi con decreto del Ministro della sanità.

A partire dal 1985 è previsto a carico dello Stato, nel bilancio del Ministero dei lavori pubblici:

a) uno stanziamento annuo di lire 20 miliardi per l'adattamento e la dotazione delle opportune strumentazioni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata o agevolata di cui al numero 1 del precedente articolo 15;

b) uno stanziamento annuo di lire 10 miliardi a favore dei cittadini portatori di *handicaps* motori per l'adattamento e la strumentazione degli alloggi di cui al numero 2 del precedente articolo 15.

Gli stanziamenti di cui al precedente comma del presente articolo sono ripartiti tra le Regioni dal CER (Comitato per l'edilizia residenziale) entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Alla copertura del relativo fabbisogno finanziario si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo 9001 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1985.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.