SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

N. 276

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, MANCINO, JERVOLINO RUSSO, CECCATELLI, SAPORITO, D'AMELIO, TRIGLIA, PATRIARCA, FONTANA Elio, MELOTTO, RUFFINO, DI STEFANO, BOGGIO, CONDORELLI, SANTALCO, COVIELLO, PINTO, PARISI, BUSSETI, IANNI, SALERNO, CHIMENTI e MANZINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 LUGLIO 1987

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'uguaglianza 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 plura-

lismo assistenziale, riconfermato anche 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 princìpi autonomistici che costituiscono uno degli assi portanti 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 alcuni 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): e fra questi 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 del dicembre 1977, eccetera) a carattere settoriale. Essa 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).

Più recentemente, l'allegato alla raccomandazione 86/379/CEE del Consiglio del 24 luglio 1986, concernente l'occupazione dei minorati nella Comunità, ribadisce l'importanza di «garantire che i minorati vivano in un ambiente che permetta loro di beneficiare dell'istruzione e formazione continua e di contribuire pienamente allo sviluppo economico».

Il programma d'azione della Comunità europea si compone di tre parti:

1) *Politica:*

preparazione di proposte della Commissione delle Comunità europee contenenti gli orientamenti per una politica nazionale sui principali argomenti riguardanti l'integrazione: occupazione, ambiente fisico, prestazioni finanziarie e redditi dei minorati.

2) *Cooperazione tecnica:*

a) *I progetti di distretto.* – Sono in corso progetti locali che perseguono attività specifiche di formazione professionale dei minorati. Questi progetti hanno ottenuto contributi dal Fondo sociale europeo.

b) *Rete centri di riabilitazione.* – Incremento delle attività, a livello della Comunità europea, della rete dei centri di riabilitazione, in maniera che tutte le istituzioni e le associazioni che si occupano di questo argomento siano integrate nel flusso di informazioni fornito dalla rete stessa.

c) *Programma di progetti alloggio.* – La risoluzione del Consiglio del 1981 ha invitato la Commissione ad incoraggiare i progetti pilota che riguardano gli alloggi per i minorati, per individuare iniziative che meritano di essere applicate nella Comunità. Dal 1976 sono stati sovvenzionati in totale 147 progetti.

d) *Relazioni con organizzazioni non governative.* – Programma di sovvenzioni della Commissione per la cooperazione europea alle organizzazioni non governative (24 associazioni principali). In caso di attività altamente innovatrici, la Commissione è in grado di contribuire al 50 per cento del costo totale.

Una gran parte delle attività sovvenzionate sono costituite da conferenze o convegni.

3) *Informazioni:* progetto «Handynet».

Sistema computerizzato multilingue di informazione sui problemi dei minorati in tutta la Comunità europea.

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 princìpi 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 perinatale degli *handicaps,* se si eccettuano le poche leggi in materia di profilassi della rosolia nella popolazione femminile approvate da alcune regioni (ad esempio, la Toscana: legge regionale 17 agosto 1973, n. 48).

Hanno agito in questo senso, soprattutto, le attività assistenziali sempre più perfezionate e

«specialistiche» messe in atto da ostetrici e pediatri. Non è questa la sede, ovviamente, per riassumere e giudicare una letteratura scientifica copiosissima, ma per ricordare anche la doverosa e benemerita attività svolta dalla Società italiana di ostetricia e ginecologia, dall'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, dalla Società italiana di pediatria, dalla appositamente fondata Società di medicina perinatale e così via, non solamente nel diffondere la coscienza preventiva, ma nel valutare gli *standards* assistenziali e nell'operare – assieme alle autorità sanitarie locali – per la migliore realizzazione di una politica di prevenzione degli *handicaps* perinatali prevenibili (sostanzialmente quelli legati alla scorretta assistenza, in gravidanza e al parto).

Anche l'impostazione di fondo della riforma sanitaria (legge 23 dicembre 1978, n. 833), operando chiare scelte nelle linee di una medicina preventiva, ha accolto l'impostazione già sviluppata dalle professioni e dall'opinione pubblica.

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 i vari schemi di Piano sanitario nazionale, più volte presentati al Senato, hanno sempre contenuto fra gli interventi programmatici prioritari uno specifico intervento per la prevenzione degli *handicaps* e l'assistenza agli handicappati.

Nelle edizioni più recenti del Piano sanitario nazionale compare anche uno specifico «Progetto obiettivo» sulla tutela materno-infantile, la cui importanza per la prevenzione degli *handicaps* è evidente.

Il progetto è fra quelli approvati con la legge-quadro di programmazione nazionale (legge 23 ottobre 1985, n. 595).

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 venti 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.

Non sono mancati – in questi anni – episodi clamorosi che dimostrano talvolta la difficoltà oggettiva di applicare in ogni caso la legge; più spesso, la insufficiente preparazione del personale insegnante; più raramente, una intolleranza della scuola verso il soggetto handicappato.

In ogni caso, sembra opportuno – a dieci anni di distanza – procedere ad una più ampia valutazione degli effetti esplicati dalla legge.

La legge n. 517 costituisce – in ogni caso – uno dei primi esempi di legislazione che superi il concetto categoriale, il quale tuttora pervade gran parte delle norme vigenti. Di questa accezione 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 è 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, a lungo discussa 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 obbiettivo 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 con la 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.

Questo scarno riassunto, certamente incompleto, pone tuttavia in evidenza le caratteristiche secondo le quali si è mossa la legislazione nazionale in vari settori del pianeta *handicaps* in questi ultimi anni.

Si avverte sempre di più non solamente l'esigenza di una «norma-quadro» (come quella che noi proponiamo), ma anche di un Centro di coordinamento ad alto livello governativo che – operando in stretto coordinamento con le associazioni che rappresentano le varie categorie – armonizzi le proposte e le azioni che spettano all'esecutivo.

4. – *La legislazione regionale*

Per quanto riguarda la legislazione regionale, va, innanzitutto, rilevato che tutte le regioni, comprese le province 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, ed intervenuta tempestivamente, mentre per altre (ad esempio, Calabria) è stata a lungo incompleta e tardiva.

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 fino al 1983; con aggiornamento nella tabella III fino al 1987) un elenco della legislazione regionale in materia – o alla stessa correlata – 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, nelle tabel-

le II e IV si riportano le connessioni esistenti tra gli articoli del disegno di legge e le specifiche materie contemplate nelle leggi emanate da alcune delle regioni recensite.

Sembra evidente che, ormai, gran parte delle regioni ha prodotto uno sforzo legislativo, settoriale in gran parte dei casi.

L'utilità di una «legge-quadro» nazionale, che coordini e dia una comune ispirazione ai vari provvedimenti regionali sembra a noi confermata anche da questa constatazione.

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*.

La proposta presentata al Senato porta la data del 3 agosto 1978, allorchè la produzione legislativa regionale era appena iniziata (vedi tabelle I e III).

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 n. 130 del Senato e n. 142 della Camera.

La proposta (presentata il 18 luglio 1979 al Senato) non si discostava da quella della precedente legislatura.

Si ebbe alla Camera dei deputati, presso la Commissione igiene e sanità, un dibattito approfondito, che permise di elaborare un testo da parte della Sottocommissione di merito, non sottoposto alla Commissione per l'anticipato scioglimento della legislatura.

Con l'inizio della IX legislatura, i gruppi della Democrazia cristiana della Camera e del Senato vollero sottoscrivere e presentare, per ulteriore approfondimento, il testo del Comitato ristretto. Al Senato, il disegno di legge n. 270 fu presentato il 26 ottobre 1983, rivisto nella relazione e nell'articolato.

Di nuovo, l'esame del problema fu condotto dalla Commissione igiene e sanità della Camera, che svolse un lungo e paziente lavoro: si trovarono nuove convergenze politiche su un testo, anche questa volta non trasferito alla votazione di Assemblea prima dello scioglimento delle Camere.

Nella X legislatura, a testimoniare l'importanza che i firmatari annettono alla promozione legislativa di una sempre più attenta considerazione del problema degli *handicaps*, è riproposto il testo della IX legislatura, con qualche variazione derivante dal richiamato lavoro della Camera. Analoga iniziativa è stata assunta alla Camera (Armellin ed altri: «legge-quadro per l'assistenza, la integrazione sociale e la tutela dei diritti dei cittadini portatori di *handicap*», 2 luglio 1987, n. 484).

Sembra opportuno, dopo questa premessa, riassumere brevemente i principi ispiratori della proposta, che sono rimasti sostanzialmente i medesimi nelle varie edizioni.

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 – nell'ormai lontano 1978 – 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 dei cittadini.

Si preoccupavano, pertanto, che i princìpi 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 sin dalla proposta del 1978 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 princìpi 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 princìpi 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 princìpi 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 del 1978, 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 nell'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 un'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 pseudo-tecniche, eccetera.

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 *handicaps* 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 subito 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, eccetera) configurati negli articoli 3, 4, 32, 34, 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 allla 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 casualità 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 del 1978 tuttavia poneva in evidenza come esistessero ancora sintomi rivelatori di una mentalità e 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, eccetera), 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 a provocare gli inconvenienti descritti al punto precedente hanno finito per disarticolare e frammentare momenti necessariamente integrati, quali quelli 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 rilevava, 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 ribadiva 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 *dépistage* 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 far 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 infrequenti 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 fossero accompagnati da idonei ed adeguati interventi di riabilitazione, in modo da creare le condizioni necessarie perchè l'individuo portatore di *handicap* potesse usufruire, al pari degli altri, di tutte le opportunità sociali, formative, lavorative, consentendogli un effettivo inseri-

mento 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, eccetera). Ma, tutto questo, per segnalare l'esigenza 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 quello 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 e di diagnosi ed ogni intervento precoce di riabilitazione deve proporsi di concorrere al raggiungimento di questo traguardo. Veniva dai proponenti sottolineato come anche questo fosse 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 raccolse il massimo numero possibile dei suggerimenti e delle indicazioni emersi dalla «verifica sul campo» delle difficoltà assistenziali connesse a questo settore.

Parallelamente, tutta la complessa materia relativa alla legislazione per i portatori di *handicap* fu 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 emerse innanzitutto la necessità di una sistemazione organica di tutta la materia, individuando 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).

Il gruppo di lavoro del Ministero della sanità inoltre auspicò l'approvazione di una serie di provvidenze a favore delle famiglie che hanno figli handicappati gravi (ferie e permessi, sgravi fiscali, eccetera). Tale materia fu 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 associazioni 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 prevedeva l'uso per tale servizio specifico di personale militare di leva. La proposta non ha mancato di sollevare forti critiche da parte di chi temeva la mancanza di «vocazione» e di preparazione professionale al servizio agli handicappati 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 affrontava 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 prevedeva 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. L'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE IN OGGETTO NEL CORSO DELLA IX LEGISLATURA

Lo scioglimento anticipato delle Camere non consentì di completare l'esame delle norme-quadro. All'inizio della IX Legislatura – come già accennato – i Gruppi della Democrazia cristiana della Camera e del Senato presentarono un medesimo testo (con relazioni di accompagnamento peraltro diverse).

Alla Camera, la discussione portò al completamento – prima della fine della legislatura – di un testo coordinato di varie iniziative parlamentari.

Tale discussione accompagnò da un lato il periodico riacutizzarsi di polemiche di stampa circa l'inadeguatezza dell'assistenza agli handicappati sotto vari aspetti, e dall'altro il fiorire di nuove iniziative di volontariato operante nel settore.

Un'evoluzione del problema è stata sollecitata, in questi anni, dalla Corte costituzionale che, con la sentenza n. 163 del 1983, decidendo in materia di assicurazione sociale, ha ribadito il diritto dell'handicappato ad inserirsi nel mondo del lavoro. Con la sentenza 19 febbraio 1985, n. 52, la Corte ha confermato che «nessun soggetto» solo perchè vulnerato psichicamente può considerarsi colpito da una sorta di presunzione legale a lui oggettivamente contraria di incapacità assoluta e – quel che vieppiù desterebbe preoccupante perplessità – di conseguente indiscriminata pericolosità.

Da ricordare, infine, il pronunciamento della Corte costituzionale con sentenza n. 215 del 3 giugno 1987 circa l'inserimento degli handicappati nella scuola secondaria superiore. La Corte riconosce che: «per la verità, la previsione di "forme di integrazione educativa" atte a facilitare l'inserimento e la formazione degli handicappati anche in tale ordine di scuola è diffusamente presente al livello di legislazione regionale (cfr. in particolare, legge regionale del Veneto 8 maggio 1980, n. 46; legge regionale del Friuli-Venezia Giulia 21 dicembre 1981, n. 87; legge regionale della Sicilia 18 aprile 1981, n. 68; legge regionale della Calabria 3 settembre 1984, n. 28; eccetera).

Spazi per concrete iniziative di inserimento dei portatori di *handicaps* nelle scuole superiori sono inoltre individuabili nella definizione normativa dei compiti degli organi collegiali della scuola (cfr. decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416, articoli 3, 6, 12 e 15). Specifiche prescrizioni in tal senso sono inoltre contenute nelle circolari ministeriali nn. 129 del 28 aprile 1982 e 163 del 16 giugno 1983 (quest'ultima relativa alle prove di esame di maturità da parte di candidati portatori di *handicaps*)».

La Corte ricorda, anche, che «nell'ottava e nella nona legislatura, infine, sono state assunte molteplici iniziative legislative volte a disciplinare la frequenza, da parte degli handicappati, delle scuole secondarie superiori e dell'università, con la previsione di misure atte a realizzarla concretamente: ma esse non sono riuscite a tradursi in provvedimenti legislativi».

Proseguendo, la Corte riconosce il valore dell'inserimento scolastico ad ogni livello di

scolarità per la formazione della personalità dell'handicappato, ma anche per agevolare le azioni di recupero che, notoriamente, passano in gran parte anche attraverso la socializzazione. In tale contesto, assume particolare rilievo la norma costituzionale «la scuola è aperta a tutti», collegata all'articolo 2 che riguarda anche quella «formazione sociale» che è la comunità scolastica.

La Corte stabilisce, inoltre, che «capacità e merito» cui si riferisce la Costituzione per assicurare il diritto al proseguimento degli studi oltre l'obbligo, debbono intendersi per gli handicappati «valutati secondo parametri particolari, adeguati alle rispettive situazioni di minorazione».

La Corte prosegue, inoltre, ragionando sulla base dell'articolo 38 della Costituzione che recita «gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale», affermando che nel concetto di educazione collegata al lavoro si va ben oltre la formazione professionale, e si evidenzia la doverosità delle misure di integrazione e sostegno atte a garantire ai portatori di *handicap* la frequenza di Istituti di istruzione superiore.

Con tale sentenza, l'articolo 28, terzo comma, della legge n. 118 del 1971 è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo «nella parte in cui, in riferimento ai soggetti portatori di *handicaps*, prevede che "Sarà facilitata", anzichè disporre che "È assicurata" la frequenza alle scuole medie superiori».

Conclude la sentenza: «Spetta ovviamente al legislatore il compito – la cui importanza ed urgenza è sottolineata dalle considerazioni sopra svolte – di dettare nell'ambito della propria discrezionalità una compiuta disciplina idonea a dare organica soluzione a tale rilevente problema umano e sociale».

La IX Legislatura si chiuse, senza che il testo coordinato potesse essere approvato dalla Commissione di merito.

Si annuncia, in questi giorni, l'istituzione di un Comitato operativo insediato presso il Centro studi del Ministero della sanità.

Tale comitato avrebbe lo scopo di approfondire le problematiche emergenti nel settore dell'*handicap* e della salute mentale, di individuare metodologie di rilevazione, interventi di prevenzione, cura e riabilitazione secondo «progetti» (di cui ha definito contenuti, tempi e modalità di attuazione).

Infine, va rilevata con soddisfazione l'istituzione dell'Ufficio del Ministro per gli affari speciali, il cui ruolo è – evidentemente – connesso anche con lo sviluppo dell'azione di Governo nel settore.

Di questa recentissima iniziativa si è tenuto conto nella stesura aggiornata del testo del disegno di legge.

V. 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 Mournier 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.

Nel titolo primo sono raggruppate le norme prevalentemente rivolte alla tutela della persona.

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'abilitazione, 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 Ministro 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. – Raggruppa norme volte ad assicurare una maggiore possibilità di comunicazione e vita di relazione per gli handicappati.

Articolo 21. – Raccoglie norme a favore di quella particolare categoria di «non autosufficienti», che hanno bisogno di presidi socio-riabilitativi e di comunità-alloggio particolarmente «protette» e attrezzate sotto il profilo della continuità assistenziale.

Articolo 22. – Prevede e stabilisce i criteri per la delega al Governo finalizzata al riordinamento delle prestazioni economiche di carattere continuativo a favore dei mutilati ed invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti.

Nel titolo secondo, sono raggruppate tutte le norme a carattere organizzativo generale.

Articolo 23. – Istituisce il Comitato nazionale di coordinamento per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini portatori di *handicaps*, che agisce quale «consulta nazionale» di elevata competenza tecnico-scientifica per il Governo. È istituito, inoltre, un Osservatorio nazionale permanente sulla frequenza delle malformazioni congenite, che opera in collegamento con il Ministero della sanità e il Comitato.

Articolo 24. – Fissa i compiti riservati alle regioni per la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativi, formativi e riabilitativi da svolgersi a favore degli handicappati.

Articolo 25. – Stabilisce le competenze delle province.

Articolo 26. – Attribuisce ai comuni singoli o associati la titolarità a realizzare gli interventi previsti dal disegno di legge.

Articolo 27. – Prevede che i comuni singoli o associati e le unità sanitarie locali (per la parte di loro competenza) possono avvalersi dell'opera di idonee istituzioni private di volontariato non aventi scopo di lucro.

Articolo 28. – Prevede la copertura degli oneri derivanti dalle disposizioni proposte.

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).

ALLEGATI

TABELLA I

ELENCO DELLE PRINCIPALI LEGGI REGIONALI AVENTI ATTINENZA CON LA PROBLEMATICA DEGLI HANDICAPPATI (SINO AL 1982)

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 *handicaps*.

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

Modifiche e 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*.

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.

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 1972
BU n. 7, 8 febbraio 1972

Provvidenze per le persone affette da menomazioni psichiche o 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*».

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

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

Modifiche della LR 28 luglio 1969, n. 22, e rifinanziamento della LR 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, concernente il «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 dell'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
BU n. 25, 24 aprile 1980

Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei familiari affidatari o 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 febbraio 1974
BU n. 27, 30 febbraio 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.

LR n. 11, 7 febbraio 1981
BU n. 6, 28 febbraio 1971

Integrazione alla LR 19 settembre 1974, n. 62: «Norme per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e riabilitazione per gli handicappati».

Abruzzo

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

Istituzione delle unità locali socio-sanitarie.

LR n. 60, 20 giugno 1980
BU n. 36, 21 luglio 1980 (Ed. straord.)

Interventi a favore dei cittadini portatori di *handicaps*.

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

Calabria

LR 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 e 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 ai 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

(*al 1982*)

	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 architettoniche	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. 46, 21 agosto 1978		×														

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			×		×	×	×									
LR n. 6, 7 febbraio 1981	×	×			×	×	×									
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	×		×	×		×	×			×	×					
Lazio																
LR n. 11, 7 febbraio 1981							×									
Abruzzo																
LR n. 60, 20 giugno 1980	×	×	×													
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	×	×	×		×	×	×									

TABELLA III

AGGIORNAMENTO 1983-1987 DELL'ELENCO DELLE PRINCIPALI LEGGI REGIONALI AVENTI ATTINENZA CON LA PROBLEMATICA DEGLI HANDICAPPATI

Valle d'Aosta

LR n. 63, 23 giugno 1983
BU n. 19, 22 luglio 1983

Soppressione dei patronati scolastici e del consorzio regionale dei patronati scolastici.

LR n. 3, 9 gennaio 1986
BU n. 2, 20 gennaio 1986 (1° Suppl. straord.)

Nuove norme sugli asili-nido.

LR n. 11, 19 febbraio 1987
BU n. 5, 17 marzo 1987

Finanziamento delle spese per realizzazione di un centro occupazionale agricolo per portatori di *handicap*.

LR n. 17, 18 marzo 1987
BU n. 7, 14 aprile 1987

Aumento della spesa per l'applicazione della LR 15 dicembre 1982, n. 93, e successive modificazioni e integrazioni

Piemonte

LR n. 59, 3 maggio 1985
BU n. 20, 8 maggio 1985

Piano socio-sanitario della regione Piemonte per il triennio 1985-87.

Lombardia

LR n. 1, 23 gennaio 1986
BU n. 2, 8 gennaio 1986 (1° Suppl. ord.)

Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia.

Veneto

LR n. 13, 2 aprile 1984
BU n. 5, 5 aprile 1984

Piano socio-sanitario regionale, triennio 1984-86.

Provincia autonoma di Trento

LP n. 15, 23 giugno 1986
BU n. 28, 1° luglio 1986

Modificazioni alla LP 10 agosto 1978, n. 30, e nuove provvidenze a favore dei soggetti portatori di *handicaps* nell'ambito del diritto allo studio.

Provincia autonoma di Bolzano

LP n. 20, 30 giugno 1983
Suppl. ord. n. 1 al BU n. 35, 2 luglio 1983

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

LP n. 1, 5 gennaio 1984
BU n. 4, 24 gennaio 1984 (Suppl. ord.)

Piano sanitario provinciale 1983-85

Friuli-Venezia Giulia

LR n. 28, 18 luglio 1985
BU n. 74, 24 luglio 1985

Piano sanitario regionale della Regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 1985-87.

LR n. 59, 27 dicembre 1986
BU n. 133, 27 dicembre 1986

Provvedimenti per la tutela e l'integrazione sociale delle persone handicappate.

Toscana

LR n. 70, 6 dicembre 1984
BU n. 61, 12 dicembre 1984

Piano sanitario regionale 1984-86 e piano regionale dei servizi sociali 1984-86.

LR n. 42, 2 maggio 1985
BU n. 22, 10 maggio 1985

Iniziative dirette alla piena integrazione sociale dei soggetti colpiti da minorazioni psichiche e fisiche. Erogazione di provvidenze a favore delle associazioni ed enti di promozione tutela e assistenza agli invalidi.

Umbria

LR n. 11, 21 marzo 1985
BU n. 34, 3 aprile 1985 (Suppl. ord.)

Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1985- 87.

Abruzzo

LR n. 54, 9 settembre 1987
BU n. 27, 23 settembre 1987

Prevenzione degli *handicaps*: preconcezionale, prenatale e neonatale.

Campania

LR n. 11, 15 marzo 1984
BU n. 20, 2 aprile 1984

Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli *handicaps* e per l'inserimento nella vita sociale.

Basilicata

LR n. 38, 30 novembre 1984
BU n. 45, 5 dicembre 1984

Interventi a favore dei cittadini portatori di *handicaps*.

Calabria

LR n. 28, 3 settembre 1984
BU n. 71, 10 settembre 1984 (Ed. straord.)

Superamento dell'emarginazione dei cittadini portatori di *handicap*.

Sardegna

LR n. 10, 30 aprile 1985
BU n. 24, 29 maggio 1985 (Ed. straord.)

Piano sanitario regionale (1983-85).

TABELLA IV

AGGIORNAMENTO DEL CONFRONTO FRA GLI ARTICOLI DEL DISEGNO DI LEGGE ED ALCUNE LEGGI REGIONALI IN MATERIA O PIANI SANITARI (REGIONALI)

(al 1987)

	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 architettoniche	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. 63, 23 giugno 1983	×	×	×		×	×	×									
LR n. 3, 9 gennaio 1986					×											
LR n. 11, 19 febbraio 1987							×									
LR n. 17, 18 marzo 1987		×														
Piemonte																
LR n. 59, 3 maggio 1985	×	×	×				×			×			×			
Lombardia																
LR n. 1, 7 gennaio 1986		×	×				×			×			×			
Veneto																
LR n. 13, 2 aprile 1984		×	×		×	×				×						
Prov. aut. Trento																
LP n. 15, 23 giugno 1986					×	×										
Prov. aut. Bolzano																
LP n. 20, 30 giugno 1983		×	×	×	×	×	×			×		×				
LP n. 1, 5 gennaio 1984	×	×					×									

Friuli-Venezia Giulia																
LR n. 28, 18 luglio 1985	×	×	×							×						
LR n. 59, 27 febbraio 1986	×	×	×							×						
Toscana																
LR n. 70, 6 dicembre 1984	×	×	×		×											
LR n. 42, 2 maggio 1985			×				×									
Umbria																
LR n. 11, 21 marzo 1985	×	×			×		×									
Abruzzo																
LR n. 54, 9 settembre 1987	×															
Campania																
LR n. 11, 15 marzo 1984	×	×	×													
Basilicata																
LR n. 38, 30 novembre 1984	×	×	×		×	×	×			×		×				
Calabria																
LR n. 28, 3 settembre 1984			×													
Sardegna																
LR n. 10, 21 marzo 1985	×	×	×		×	×				×						

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO I

PROVVIDENZE RIGUARDANTI LA PERSONA

Art. 1.

(Finalità della legge)

1. 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)

1. 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 menomazioni delle proprie condizioni fisiche, psichiche o sensoriali che li mettano in difficoltà di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo.

2. Agli effetti della presente legge si considerano handicappati gravissimi i soggetti nei cui confronti sia accertata la incapacità assoluta di compiere gli atti elementari della vita e che necessitano di assistenza personale continua. Sono, altresì, considerati gravissimi i minorati che presentano almeno due delle seguenti condizioni:

a) gravi neuromotulesioni o grave motricità incontrollata;

b) mancanza di capacità di comunicazione verbale e auditiva;

c) mancanza assoluta di capacità visiva.

3. All'accertamento dell'*handicap* e del grado di gravità provvede l'unità sanitaria locale di residenza del soggetto handicappato.

4. 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*)

1. La tutela dei cittadini handicappati, prevista dall'articolo 1, avviene nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana e si ispira ai seguenti princìpi generali:

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

b) assicurare l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, in forme che permettano nel più breve tempo possibile 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;

c) 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; nonchè la partecipazione ai programmi riabilitativi di idonee formazioni di volontariato;

d) 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;

e) 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.

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

Art. 4.

(*Prevenzione e diagnosi precoce*)

1. 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.

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

a) 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;

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

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

d) 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;

e) la generalizzazione, nel periodo neonatale, di tutti gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malattie metaboliche e delle malformazioni ed endocrinopatie congenite; la generalizzazione dei controlli sul neonato entro l'ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto e il nono mese e al compimento

del primo e del terzo anno di vita, nonchè la generalizzazione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età prepuberale;

f) 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;

g) un'attività di prevenzione continuativa a carattere auxologico e neuropsicologico che segua i bambini fin dalla nascita tenendo i necessari contatti con gli asili nido, le scuole materne e dell'obbligo, per accertare la non esistenza o l'insorgenza di patologie invalidanti.

Art. 5.

(*Cura e riabilitazione*)

1. Gli interventi per la cura e la riabilitazione delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria prevista dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Le unità sanitarie locali assicurano comunque, in rapporto alle condizioni cliniche del soggetto:

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

b) l'assistenza riabilitativa ambulatoriale ed extra-ambulatoriale, anche a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale, per l'educazione psicomotoria, per la fisiokinesiterapia, per la logopedia e per il recupero funzionale degli *handicaps* fisici, psichici e sensoriali nelle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate;

c) 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*)

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

a) 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;

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

c) provvedimenti che assicurino l'agevole accesso e la più ampia fruibilità degli spazi interni delle abitazioni e degli edifici publici anche riservando una quota degli alloggi di edilizia residenziale pubblica per la realizzazione di abitazioni adattabili alle esigenze specifiche riferite ai vari tipi di *handicap*;

d) adeguamento della dotazione di attrezzature e di personale dei servizi educativi, sportivi e di tempo libero e sociale in genere;

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

f) eliminazione o riduzione delle barriere fisiche e architettoniche che ostacolano i movimenti nei luoghi pubblici o aperti al pubblico;

g) misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro, in forma individuale o associata, anche attraverso agevolazioni, adattamento del posto di lavoro e incentivi alle aziende;

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

i) 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;

l) 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.

2. Le Regioni dettano altresì norme affinchè 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*)

1. Le Regioni determinano con propria legge i criteri relativi alla istituzione, presso i comuni singoli o associati, e al funzionamento dei servizi di aiuto personale.

2. 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. Nel servizio di aiuto personale è compreso il servizio di interpretariato per i cittadini sordi.

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

4. 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 che risultino iscritti in un apposito elenco tenuto presso il comune;

b) cittadini che facciano richiesta di prestare attività volontaria, di età superiore ai diciotto anni;

c) associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dagli articoli 44 e seguenti della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

5. Ai volontari di cui alle lettere *a*), *b*) e *c*) del comma 4 i comuni, singoli o associati, non

possono erogare somme ad alcun titolo, ad esclusione del rimborso delle spese vive sostenute purchè preventivamente autorizzate e successivamente documentate.

6. L'assegnazione del personale di cui alla lettera *a*) del comma 4 ai comuni, singoli o associati, avviene secondo le modalità previste dalla legge 15 dicembre 1972, n. 772.

7. Nella definizione dei criteri di cui al comma 1 le Regioni:

a) possono stabilire livelli massimi di reddito dei soggetti di cui al comma 2, 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.

Art. 8.

(*Integrazione prescolastica e scolastica*)

1. Il diritto allo studio dei cittadini portatori di *handicap* nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza anche attraverso:

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

b) l'adozione di speciali programmi educativo-formativi per gli handicappati gravi, allo scopo di favorire l'apprendimento, la socializzazione ed il raggiungimento del massimo di autonomia possibile, mediante le stimolazioni offerte dall'integrazione con gli altri alunni;

c) l'assegnazione del necessario personale docente e non docente, la sua formazione ed il suo aggiornamento professionali in modo da consentire una integrazione scolastica proficua per tutti gli alunni;

d) il prolungamento, previo parere conforme dei servizi dell'unità sanitaria locale, 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 della sua integrazione nella scuola d'obbligo.

2. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, impediti a frequentare la scuola a causa di comprovate gravi condizioni cliniche, vanno comunque garantite appropriate forme di educazione ed istruzione scolastica.

3. Nello svolgimento delle prove di esame e nella valutazione del rendimento scolastico sono ammessi, in caso di impossibilità per l'handicappato di servirsi dei normali strumenti previsti per la loro attuazione, prove equipollenti e l'uso degli ausili necessari.

4. Il Ministero della pubblica istruzione, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotterà i provvedimenti di competenza necessari per l'attuazione di quanto previsto nel presente articolo.

Art. 9.

(*Istruzione e formazione professionale*)

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

2. 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 corsi propedeutici per gli hadicappati non in grado di frequentare corsi normali. Tali corsi propedeutici sono altresì realizzati nei centri di riabilitazione quando vi siano svolti programmi di ergoterapia e terapia occupazionale finalizzati all'addestramento professionale.

3. I corsi di cui al comma 2, 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 un'attività lavorativa presso le aziende pubbliche e private, gli strumenti e le conoscenze necessarie per tale inserimento.

4. A coloro che abbiano frequentato i corsi di formazione propedeutica verrà rilasciata un'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.

5. Fermo restando quanto previsto a favore degli handicappati dalla legge 21 dicembre 1978, n. 845, sulla formazione professionale, vanno favorite iniziative di formazione e di avviamento al lavoro in forme sperimentali, quali tirocini, contratti di formazione, centri di lavoro guidato.

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

Art. 10.

(*Inserimento lavorativo*)

1. 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.

2. 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 all'articolo 9.

3. Le Regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, dettano norme per promuovere e disciplinare i seguenti interventi:

a) sostegno di iniziative produttive con finalità sociali in grado di favorire l'inserimen-

to e l'integrazione lavorativa di soggetti handicappati mediante provvedimenti che ne agevolino la competitività sul piano delle commesse di lavoro e della commercializzazione dei prodotti: cooperative di lavoro e di servizi, centri di lavoro guidati ed iniziative similari;

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

c) incentivi, agevolazioni e contributi ai datori di lavoro anche ai fini dell'adattamento del posto di lavoro, per l'assunzione mirata di cittadini handicappati.

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

Art. 11.

(*Prove d'esame nei concorsi pubblici*)

1. 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.

2. 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.

3. Gli enti pubblici sono tenuti a dotarsi di servizi, strutture e attrezzature per consentire l'accesso e l'uso da parte dei soggetti di cui alla presente legge.

Art. 12.

(*Abrogazione di norme limitative*)

1. Sono abrogate le disposizioni legislative, regolamentari o di altra natura che impediscono o limitano l'uso dei servizi o delle 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*.

2. In attuazione del comma 1, sono soppresse le certificazioni di sana e robusta costituzione, salvo l'accertamento dell'esistenza di malattie contagiose.

Art. 13.

(*Barriere architettoniche*)

1. 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.

2. 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. In caso di violazione il responsabile della progettazione è passibile di sospensione dall'albo professionale da tre a sei mesi.

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

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

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

Art. 14.

(*Riserva di alloggi*)

1. Nei piani di edilizia abitativa popolare o sovvenzionata, una quota non inferiore al 6

per cento degli alloggi di nuova costruzione 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.

2. I comuni possono destinare una parte degli alloggi compresi nella quota di cui al comma 1 a comunità-alloggio o ad iniziative similari per i soggetti handicappati che necessitano di particolare protezione sociale.

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

4. 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*)

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

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

b) all'adattamento, e alla dotazione delle necessarie strumentazioni, degli alloggi occupati da cittadini portatori di *handicaps*, purchè i proprietari degli alloggi si dichiarino consenzienti alle modifiche.

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

3. I contributi di cui al presente articolo possono essere concessi ai soggetti il cui reddito familiare sia non superiore a quello previsto dalle legge vigenti per l'accesso all'edilizia agevolata dallo Stato, maggiorato di un terzo, e che non siano proprietari di altro alloggio idoneo nello stesso comune.

Art. 16.

(Agevolazioni per gli handicappati gravissimi e le loro famiglie)

1. Il consanguineo o affine, entro il terzo grado, ovvero il coniuge o il convivente equiparabile al coniuge, qualora attendano, presso il proprio nucleo familiare, in modo continuativo e permanente alla cura e alla sorveglianza di un cittadino handicappato gravissimo di cui all'articolo 2, comma 2, sono iscritti all'assicurazione obbligatoria generale per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti di cui al regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni e integrazioni.

2. I requisiti per il godimento del diritto di cui al comma 1 sono:

a) avere svolto l'attività indicata per un tempo non inferiore a diciotto mesi, con la retroattività del diritto maturato;

b) non essere iscritto ad altre forme assicurative obbligatorie;

c) non godere di un reddito familiare, determinato con gli stessi criteri fissati dall'articolo 6 del decreto-legge 29 gennaio 1983, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 marzo 1983, n. 79, superiore a 28 milioni annui.

3. L'iscrizione all'assicurazione obbligatoria viene effettuata dal comune, previa domanda dell'interessato e previo accertamento dei requisiti e delle condizioni di cui ai commi 1 e 2. I soggetti interessati sono tenuti a comunicare tempestivamente ogni variazione che comporti la cessazione del diritto alla copertura assicurativa. Sono privi di efficacia e soggetti a rimborsi i contributi versati in assenza dei requisiti di cui al presente articolo.

4. I relativi oneri assicurativi sono determinati sulla base del salario minimo giornaliero stabilito dall'INPS ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

5. L'onere concernente la copertura assicurativa di cui al presente articolo è a carico del comune attraverso apposite integrazioni dei trasferimenti per l'assistenza, fatta eccezione

per l'aliquota del 7,15 per cento che viene posta a carico del soggetto avente diritto all'iscrizione.

Art. 17.

(*Agevolazioni fiscali*)

1. Le spese mediche e quelle di assistenza specifica opportunamente documentate, per la parte del loro ammontare complessivo che ecceda il 10 per cento o il 15 per cento del reddito dichiarato, secondo che questo sia o non sia superiore a quindici milioni di lire, sono deducibili dal reddito complessivo del genitore o del soggetto che ha a suo carico un cittadino handicappato gravissimo.

2. Nel caso di cittadino handicappato gravissimo che sia a carico di soggetto passivo di imposta, fruente del solo reddito da lavoro dipendente, la deduzione delle spese, di cui al comma 1, va effettuata unitamente al relativo modello attestante la percezione del reddito, con apposita dichiarazione, corredata dalla certificazione di cui al comma 4 del presente articolo.

3. L'ufficio delle imposte entro un anno dalla ricezione della dichiarazione del reddito provvede, in via prioritaria su ogni altro affare, al rimborso dell'eccedenza d'imposta versata dal lavoratore dipendente direttamente al lavoratore stesso.

4. La certificazione per il reddito ad usufruire delle disposizioni di cui al presente articolo è rilasciata dall'unità sanitaria locale di residenza del cittadino handicappato.

5. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro delle finanze, con proprio decreto, stabilisce le modalità per l'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

Art. 18.

(*Agevolazioni per i genitori che lavorano*)

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 7 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.

2. 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.

3. Il diritto di cui al comma 1 è riconosciuto anche al padre lavoratore quando non sia esercitato dalla madre.

4. In alternativa a quanto disposto dai commi 1 e 3, i genitori possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire di due ore di permesso giornaliere fino al compimento del diciottesimo mese di vita del bambino.

5. Successivamente al compimento del diciottesimo mese di vita, i genitori di un handicappato gravissimo hanno diritto, alternativamente, a tre giorni di permesso mensili, fruibili anche in maniera continuativa nel corso dell'anno, a condizione che il figlio non sia ricoverato a tempo pieno.

6. 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.

7. 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.

8. 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 ed ausili tecnici*)

1. 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.

2. All'aggiornamento del nomenclatore provvede annualmente il Ministero della sanità con la stessa modalità di cui al comma 1.

Art. 20.

(*Accesso alla informazione e alla comunicazione*)

1. Nell'ambito delle proprie competenze in materia di telecomunicazioni, il Governo tiene conto delle esigenze di allargamento degli spazi di comunicazione per gli handicappati, in modo da favorire al massimo la possibilità di informazione di tali cittadini.

2. Per favorire l'accesso all'informazione e la possibilità di comunicare con altri da parte dei cittadini con difficoltà di udito e di comunicazione, il Ministero delle poste e delle telecomunicazioni provvede:

a) alla diffusione giornaliera da parte della RAI, in orari di massimo ascolto, di un telegiornale con sottotitoli in sovraimpressione, traduzione della lingua italiana in segni o altri sistemi equipollenti e, settimanalmente, di almeno un programma con identiche modalità;

b) ad agevolare l'impianto di sistemi di comunicazione visiva alternativi al servizio telefonico.

3. Nella programmazione dello sviluppo della rete radiotelegrafonica dovranno, comunque, essere previsti sistemi che consentano l'utilizzo della stessa anche da parte dei cittadini con difficoltà di udito e di comunicazione.

Art. 21.

(*Interventi a favore di cittadini non autosufficienti*)

1. I comuni singoli o associati istituiscono direttamente comunità-alloggio e centri socio-

riabilitativi per gli handicappati gravissimi oppure provvedono a stipulare apposite convenzioni con presidi socio-riabilitativi privati.

2. Per la collocazione topografica l'organizzazione e il funzionamento, tali centri debbono risultare idonei a perseguire una costante socializzazione dei soggetti ospiti, anche mediante iniziative tese a coinvolgere i servizi pubblici di base e il volontariato.

3. L'approvazione di progetti per la costruzione – a cura di soggetti pubblici o privati – di immobili da destinare a centri di riabilitazione per handicappati, con vincolo di destinazione almeno decennale, ove localizzati in aree vincolate o a diversa specifica destinazione, costituisce variante del piano regolatore.

4. I comuni singoli o associati, rilevata la presenza di associazioni in favore di cittadini portatori di *handicap* compresi gli anziani non autosufficienti, che intendono costituire cooperative di servizio o comunità-alloggio o centri socio-riabilitativi senza fini di lucro, possono erogare contributi che consentano di realizzare tali iniziative per i fini previsti dal comma 1, lettere *h*), *i*) ed *l*) dell'articolo 6, previo controllo dell'adeguatezza dei progetti e delle iniziative, in rapporto alle necessità dei soggetti ospiti secondo i princìpi della presente legge.

5. Il contributo giornaliero per ogni soggetto ospitato nelle comunità non dovrà essere inferiore alla retta giornaliera corrisposta dal Servizio sanitario nazionale ai presidi privati convenzionati per il ricovero degli handicappati gravissimi. Potranno inoltre essere concessi contributi per l'affito dei locali. Nelle cooperative e comunità di cui ai commi precedenti potranno operare anche servizi di aiuto personale forniti dai comuni, secondo quanto previsto dall'articolo 7.

Art. 22.

(Delega al Governo per il riordinamento delle prestazioni economiche)

1. Il Governo è delegato a provvedere, mediante decreto avente valore di legge ordinaria, da emanarsi entro dodici mesi dalla data di 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 e dei sordomuti.

2. 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 comma 1 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 dipendente 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, comma 2, 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 personale di cui alla lettera *d*);

g) prevedere l'equiparazione graduale, da realizzare entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, della pensione, da corrispondere ai soggetti di cui al comma 1, 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.

TITOLO II.

DISPOSIZIONI DI CARATTERE ORGANIZZATIVO GENERALE

Art. 23.

(*Comitato nazionale di coordinamento per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini portatori di* handicap)

1. Per consentire il coordinamento delle attività dei singoli Ministeri e favorire da parte di tutti gli organismi dello Stato la promozione delle iniziative di integrazione sociale, concernenti i diritti dei cittadini handicappati, è

istituito il Comitato nazionale di coordinamenti per la promozione e tutela del cittadino portatore di *handicap*, con sede presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

2. Il Comitato è istituito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e dura in carica tre anni.

3. Il Comitato ha il compito di rappresentare al Governo, nel suo complesso e presso i singoli Ministeri, le esigenze dei cittadini portatori di *handicap* e di determinare l'inserimento nell'ambito dei provvedimenti, sottoposti all'esame del Consiglio dei ministri o di competenza dei singoli Ministeri, degli strumenti giuridici e operativi idonei a rendere effettivi i diritti di cui alla presente legge.

4. A tal fine il Comitato:

a) raccoglie in via sistematica la documentazione sulla legislazione internazionale e nazionale in materia di promozione e tutela dei diritti dei cittadini portatori di *handicap*;

b) promuove l'attuazione nel territorio della Repubblica degli indirizzi in materia, elaborati e proposti in sede di convenzioni internazionali alle quali l'Italia abbia aderito;

c) esprime parere preventivo sulla normativa d'iniziativa del Governo, sia di carattere generale che specifico, concernente la condizione dei soggetti portatori di *handicap*, prima della sua presentazione al Parlamento. Di tali pareri è fatta menzione nelle relazioni che accompagnano i disegni di legge;

d) propone le innovazioni e le modifiche da apportare alle leggi e ai regolamenti, agli atti e ai programmi circa le attività predisposte o espletate a favore dei soggetti di cui alla presente legge;

e) promuove le opportune iniziative, idonee a informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sui diritti di cui alla presente legge;

f) può essere ascoltato in ogni momento dai due rami del Parlamento, qualora venga richiesto secondo i rispettivi regolamenti;

g) redige la relazione annuale sullo stato di attuazione della presente legge.

5. La relazione è allegata al disegno di legge concernente il bilancio di assestamento di ogni anno ed è trasmessa anche ai consigli regionali.

6. I consigli regionali trasmettono la relazione ai comuni singoli o associati e alle province entro trenta giorni dal ricevimento e ne fanno oggetto di discussione nel consiglio stesso.

7. Il Comitato è composto:

a) dal Presidente del Consiglio dei ministri, che lo presiede e può delegarvi un Ministro;

b) da un rappresentante esperto di ognuno dei seguenti Ministeri: sanità, pubblica istruzione, lavoro e previdenza sociale, lavori pubblici, trasporti, interno, grazia e giustizia, bilancio e programmazione economica, finanze, tesoro, poste e telecomunicazioni;

c) da tre esperti delle Regioni, designati dal coordinamento delle Regioni, tre delle province, designati dall'Unione delle province d'Italia (UPI), tre dei comuni, designati dall'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);

d) da dieci esperti nominati dalle associazioni più rappresentative a livello nazionale che svolgono attività di promozione e tutela dei cittadini handicappati.

8. La partecipazione alle sedute del Comitato è gratuita salvo il rimborso delle spese di viaggio per i fuori sede.

9. Salvo quanto previsto dal presente articolo, restano ferme le funzioni di indirizzo e di coordinamento attribuite alla Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'interno dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 617.

10. Con decreto del Presidente del Consiglio è istituito un Osservatorio nazionale permanente sulla frequenza e tipologia delle malformazioni congenite, che opera in collegamento con il Ministero della sanità e il Comitato di cui al presente articolo.

Art. 24.

(*Compiti delle Regioni*)

1. Le Regioni emanano le norme legislative previste dagli 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 nella successiva legge 23 ottobre 1985, n. 595, recante norme per la programmazione sanitaria. Le Regioni pro-

muovono la razionalizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativo-formativi e riabilitativi per gli handicappati nel quadro del piano sanitario nazionale e della programmazione regionale dei servizi sanitari, sociali e formativo-culturali.

2. 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) attuare il decentramento sul territorio dei servizi e degli interventi rivolti all'azione di prevenzione, di sostegno e di recupero dell'handicappato;

c) 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;

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

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

3. Le Regioni inoltre:

a) dettano norme per sottoporre a controllo periodico gli interventi di inserimento e integrazione sociale di cui all'articolo 6, per verificarne la rispondenza alla effettiva situazione dei bisogni;

b) determinano con propria legge entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge i criteri relativi;

c) effettuano controlli periodici sulle aziende beneficiarie degli incentivi e contributi di cui all'articolo 10, per garantire la loro effettiva finalizzazione all'integrazione lavorativa di portatori di *handicap*.

Art. 25.

(*Compiti delle province*)

1. Alle province 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.

2. Le province possono altresì organizzare e gestire i servizi a loro affidati dalla Regione, che per la loro natura o dimensione riguardino zone intercomunali o l'intero territorio provinciale.

Art. 26.

(*Compiti dei comuni*)

1. 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 predisposti 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.

2. 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.

3. 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. 27.

(*Convenzioni*)

1. 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 scopo 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. 28.

(*Copertura finanziaria*)

1. Agli oneri finanziari previsti dalla presente legge si provvede con gli appositi stanziamenti iscritti nel fondo speciale di parte corrente, pari a lire 25 miliardi per il 1988, 25 miliardi per il 1989 e 25 miliardi per il 1990.