

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1676

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FOSCHI, RUSSO FERDINANDO, GERBINO, DE MARIA, SORGI, TANTALO, ALLOCCA, BOFFARDI INES, MARCHETTI, BARBERI, MERLI, BODRATO, MATTARELLI, SENESE, ZAMBERLETTI, ISGRO', IMPERIALE, RADI, EVANGELISTI, SGARLATA, MIOTTI CARLI AMALIA, CURTI, SEMERARO, CALVETTI, FUSARO, MENGOZZI, BELCI, BIA-GIONI, BIANCHI FORTUNATO, BIANCHI GERARDO, BORGHI, CAIATI, CAIAZZA, CANESTRARI, CAPRA, CARRA, CAVALIERE, CRISTOFORI, FRACASSI, DI LISA, DONAT-CATTIN, FABBRI, FIOROT, GIORDANO, GIRARDIN, GREGGI, GULLOTTI, HELFER, LAFORGIA, MAGGIONI, MAGRI', PICA, PICCINELLI, PATRINI, RACCHETTI, RUFFINI, SALVI, SCALIA, SCARASCIA MUGNOZZA, SCIANATICO, SIMONACCI, SISTO, VALIANTE, RAUSA, MANCINI VINCENZO, MARTINI MARIA ELETTA, ERMINERO, DE POLI, IOZZELLI, GALLI, BECCARIA, FELICI, FRANZANI, CARTA, ANDREONI, BOLDRIN, CIAFFI, BARDOTTI, BOVA, NUCCI, CATTANELI, MONTI, MERENDA, BOSCO, DEGAN, ALLEGRI, CAROLI, ROMANATO, ARMANI, ANSELMI TINA, DE LEONARDIS, PISICCHIO, AZIMONTI, MIROGLIO, AMODIO, FODERARO, CALVI, DALL'ARMELLINA, REALE GIUSEPPE, GIRAUDI, PITZALIS, GITTI, de MEO, MICHELI FILIPPO, GRASSI BERTAZZI, LOSPINOSO SEVERINI, TAMBRONI, MAROTTA, DARIDA, SPINELLI, RICCIO, BOTTA, TUR-NATURI, VERGA, BOLOGNA, CASTELLUCCI, RAMPÀ, MICHELI PIETRO

Presentata il 7 luglio 1969

Organizzazione del settore dell'assistenza sociale e interventi per le persone in condizione o situazione di incapacità e, in particolare, per i disadattati psichici, fisici, sensoriali e sociali

ONOREVOLI COLLEGHI! — Non sono certo necessarie molte argomentazioni per illustrare a quale livello di insufficienza sia pervenuto il settore dell'assistenza nel nostro Paese.

Non si tratta a questo punto di dotare i servizi di un maggior volume di finanzia-

menti, ma si tratta invece di eliminare la dispersione di mezzi economici e di tempo, la contraddittorietà delle direttive, la frammentarietà degli interventi, l'eccessivo numero degli enti organi ed uffici che operano nel settore della assistenza e della beneficenza (40.000 almeno, secondo il piano quinquen-

nale), le sovrapposizioni di competenza e infine l'assurda differenziazione delle prestazioni non in base alle esigenze, ma in base ad una classificazione dei soggetti che risponde ad assurdi ed antiquati criteri, portando intere categorie di cittadini ad essere del tutto escluse da ogni intervento come ad esempio avviene per i subnormali che assommano ad oltre un milione in Italia, secondo le stime più attendibili e limitatamente alla età evolutiva.

Se si aggiunge che le prestazioni non sono di solito finalizzate all'inserimento sociale autonomo del cittadino assistito, ben si comprende come il sistema finisca per cronicizzare il bisogno e addirittura per risultare dannoso non fosse altro perché, non tiene conto delle dimensioni familiari e ambientali.

Queste considerazioni del resto sono molto duramente ribadite dal paragrafo 89 della legge di approvazione del programma di sviluppo economico 1966/1970, il quale tra l'altro precisa che la legislazione assistenziale, per il modo frammentario e occasionale con cui è stata istituita, ha determinato in gran parte gli inconvenienti sopracitati, mentre « la distribuzione territoriale della organizzazione assistenziale, è tale da risultare nel suo sviluppo qualitativo e quantitativo, inversamente proporzionale al bisogno presente in diverse zone ».

Benché l'assistenza ai minori e agli anziani sia considerata un obiettivo prioritario del piano e benché vadano aumentando per molte cause i minori bisognosi di intervento e il numero degli anziani, sia in senso assoluto sia per esigenze di assistenza, non sono state sostanzialmente modificate le strutture né le disponibilità ed è ormai chiaro che ben poco si è fatto nel corso degli ormai quattro anni di attuazione del piano o che si è fatto con criteri del tutto inadeguati o frammentari, come risulta anche da un rapido sguardo alla cronaca di questi ultimi tempi che denota la persistenza di paradossali situazioni di sfruttamento e di inciviltà, accanto a persistenti concezioni caritative o di beneficenza, che nulla hanno a vedere con l'assistenza sociale.

In questo quadro non può sorprendere che i problemi relativi alla assistenza siano ripartiti nelle competenze di almeno 14 ministeri e che la competenza prevalente faccia capo al Ministero dell'interno, la cui nota introduttiva al bilancio 1969 definisce questo settore di rilevante interesse generale solo « in quanto i servizi e le attività assistenziali

concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari ».

Tale concezione difensiva e negativa nulla ha a che vedere con un moderno sistema di assistenza sociale legato alla sicurezza sociale.

Obiettivo primo della presente proposta è quindi quello di definire i compiti e le strutture dell'assistenza sociale, distinta dalla beneficenza e finalizzata ad intervenire a favore di tutti i cittadini che contro la loro volontà restano oggi esclusi dalla comunità o sono in essa inseriti solo parzialmente. Ad essi debbono essere rivolti in un modo tempestivo interventi idonei a superare le condizioni personali, familiari, ambientali od economiche che rendono impossibile o limitano lo svolgimento autonomo delle normali attività.

Tra le categorie interessate all'intervento dell'assistenza sociale assumono particolare rilievo quelle che, in senso lato, possono essere definite con le categorie dei « disadattati ». Abbiamo scelto questo termine, dopo lunghe incertezze causate dalla varia terminologia nazionale ed internazionale, soprattutto perché è più adeguato e comprensivo di quello anormale, minorato, irregolare, handicappato, alcuni dei quali sono rivolti a categorie particolari, mentre altri hanno acquisito un significato dispregiativo e traumatizzante, con riflessi sociali legati ad antichi pregiudizi.

Benché tra classificazioni di tipo medico e classificazioni di tipo educativo siano sorte non poche confusioni e benché nei vari Paesi i termini abbiano assunto un significato diverso, ci sembra che il concetto di disadattamento possa essere comprensivo dei due fattori fondamentali del fenomeno, che possono presentarsi variamente associati nei singoli casi e cioè la eventuale patologia del soggetto e le carenze formative del mondo socio-culturale in cui egli si sviluppa ed opera.

Pertanto, tenendo presenti le definizioni di studiosi come Lafon, Lang, Heuyer, Lagache, Wallon, Girard, Bollea, Zavalloni, ecc. ai fini della presente proposta intendiamo come disadattati « tutti i casi in cui il soggetto, per l'insufficienza delle sue attitudini o disturbi della sua condotta, necessita di un particolare intervento assistenziale-educativo per potersi integrare, nei limiti delle sue possibilità, nella vita sociale ». Escludiamo pertanto, anche in questo senso che si possa continuare sulla via di una legislazione settoriale o categoriale e vogliamo porre l'accento sulla esigenza di ricercare per ogni caso il legame che unisce il soggetto all'ambiente, in una

prospettiva dinamica e non statica, qualificando di conseguenza gli interventi e la loro estensione in modo variabile, in rapporto alle caratteristiche ed esigenze dei singoli cittadini, delle loro condizioni familiari ed ambientali.

Benché sia molto difficile disporre di dati completi sulla entità numerica dei disadattati così definiti, gli esperti italiani e stranieri sono concordi nell'affermare che essi (minori ed adulti) assommano ad una percentuale pari al 5-10 per cento della popolazione. Se poi si valuta la sola popolazione scolastica essi salgono al 20-25 per cento. Di essi fortunatamente una percentuale altissima può essere proficuamente inserita nella società, sempre che si provveda in modo tempestivo e con interventi idonei.

È questo uno dei motivi per i quali non si può ulteriormente tollerare la indifferenza dei pubblici poteri di fronte a tanto grave problema.

Solo per quanto concerne i minori ricordiamo qui di seguito i dati forniti dal professor Bollea al 2° Congresso italiano di medicina forense, già nel 1962:

gli insufficienti mentali gravi sono circa	10.000
gli insufficienti mentali gravi non ricoverati sono circa	5.000
gli insufficienti mentali medi sono circa	670.000
gli insufficienti mentali casi limite sono circa	585.000
gli epilettici sono circa	160.000
i colpiti da paralisi cerebrale infantile sono circa	100.000
i disadattati del carattere e del comportamento sono circa	1.500.000
i sordi sono circa	20/25.000
i sordastri sono circa	100.000
i ciechi sono circa	15/18.000
gli ambliopici sono circa	15/16.000
i portatori di esiti di poliomielite sono circa	75.000

Secondo l'annuario ISTAT 1965 erano inoltre assistiti dai brefotrofi 13.957 nati fuori dal matrimonio e non riconosciuti, 59.295 nati fuori dal matrimonio e riconosciuti.

Erano ricoverati in istituti 106.819 orfani, 92.881 minori poveri o abbandonati, 104.199 vecchi indigenti, 18.518 disadattati psichici, 5.383 disadattati fisici, 7.792 disadattati sensoriali, 26.985 non classificabili omogeneamente. Secondo lo stesso annuario erano state assistite nel 1964 dagli ECA 2.109.753 persone. dalle amministrazioni provinciali 153.383

nati fuori dal matrimonio e 34.076 disadattati psichici, dall'ONMI 490.389 minori e 47.734 donne (non per motivi igienico-sanitari), dai patronati scolastici circa 2.000.000 di minori. Le presenze nei dormitori pubblici e negli asili notturni sono state nel 1964, 2.570.760.

È evidente come tali dati pecchino per difetto. Inoltre occorre tener conto delle molte cause che determinano un crescente aumento del numero di coloro che necessitano di assistenza. Basti pensare che gli anziani con età superiore ai 65 anni rappresentavano il 4,2 per cento della popolazione nel 1861, il 6,5 per cento nel 1911, l'8,2 per cento nel 1951, il 9,6 per cento nel 1961 e che si prevede che si passerà al 13 per cento nel 1981 (cioè da 4.827.066 unità del 1961, a 7.500.000 nel 1981, secondo una previsione AAI 1965).

Altro dato esemplificativo è quello relativo alle insufficienze mentali per le quali ad esempio una ricerca di Mayer-Gross (1948) in una zona rurale della Scozia dimostrava una incidenza del 15,6 per cento della popolazione totale cui va aggiunto un numero di casi limite e di lievi ritardi, pari al 3 per cento della popolazione e al 6 per cento degli scolari.

Nelle ricerche condotte negli Stati Uniti d'America si calcola che il 5 per cento di tutti i fanciulli che vengono alla luce siano affetti da deficienza mentale.

Ciò faceva dichiarare a John Kennedy nel 1963 che questi casi « divorano un maggior numero di risorse umane e costituiscono un peso finanziario più pesante, sia per le finanze dello Stato, sia per quello delle famiglie che non qualunque altra malattia ».

Nel 1965 il Presidente Johnson ha reso noto che vi sono negli USA 5.500.000 di insufficienti mentali e che il loro numero aumenta di 126.000 unità all'anno.

Da una indagine parziale condotta a Milano nel 1958 dall'Amministrazione provinciale sono risultati 4.500 soggetti mentalmente insufficienti di vario grado, con una incidenza del 4,5 per cento della popolazione scolastica, che sale al 6 per cento aggiungendo i casi con turbe del carattere e del comportamento o con *deficit* neurologici.

Del resto già dalla relazione dell'onorevole Dal Canton Maria Pia alla sua proposta presentata nelle precedenti legislature risultava l'esigenza di provvedere al trattamento contemporaneo di almeno 375.000 bambini in età scolastica, cui vanno aggiunte le irregolarità del carattere, pari al 20-25 per cento dei bambini di ogni età scolastica.

Se infine si vuol tener conto della relazione Gui del 1965, si rileva da essa che solo 38.000

bambini disadattati risultavano a quella data educati in scuole e classi più o meno idonee a fronte di un numero potenziale di 300.000 assistibili. Ciò significa che dovevano essere previste da 25.000 a 30.000 nuove classi da istituire in 5 anni, mentre ne sono state previste nel piano solo 5.000 e di esse solo una quota modesta è stata realizzata.

Per molti secoli il problema degli insufficienti di ogni ordine e grado è stato pressoché ignorato dalla società, circondato da pregiudizi di ogni tipo, chiuso in una visione pessimistica e sostanzialmente valutato con atteggiamento ostile spesso, semplicemente caritativo nel migliore dei casi.

Solo dalla fine del XIX secolo si è delineato un nuovo tipo di interesse sociale oltre che medico, soprattutto per tre ordini di motivazioni:

1) i progressi della medicina in tutte le sue branche hanno condotto a reali conquiste, le cui conseguenze sono state da un lato la diminuzione della mortalità infantile e dall'altro un crescente interesse per la profilassi, la prevenzione delle malattie e il recupero dei soggetti minorati, piuttosto che la semplice cura medica di essi.

Ne è derivata una nuova problematica, forse la più fertile della moderna ricerca medica, che tende a ricondurre le scienze biologiche a quella necessità di incontro e di scambio interdisciplinare che si era perduto dal tempo del Rinascimento.

La prevenzione e il recupero, infatti, comportano necessariamente la integrazione delle scienze biologiche con quelle conoscenze sociologiche, pedagogiche e psicologiche che, insieme, contribuiscono a determinare le scelte e le decisioni su cui basare la struttura assistenziale e sociale della moderna civiltà. In pratica le conoscenze scientifiche specie per quanto riguarda l'età evolutiva, hanno dimostrato come sia concretamente possibile ottenere il recupero individuale, sociale e lavorativo di una grande percentuale di soggetti, a condizione che l'intervento diagnostico sia attuato il più precocemente possibile e che il conseguente piano di trattamento trovi reali possibilità di applicazione attraverso strutture idonee.

2) La società tradizionale, fondata sulla economia chiusa di tipo familiare, è stata gradualmente sostituita da una società ad economia aperta, i cui problemi hanno determinato una sempre maggiore socializzazione, in cui l'apporto individuale è strettamente connesso con l'interesse della comunità. Di conseguen-

za, mentre in passato il problema dei disadattati veniva affrontato, più o meno negativamente, come problema riguardante in prevalenza il nucleo familiare, esso è oggi divenuto un problema di tutta la società, tale da definire la sua efficienza, la sua economia, il suo grado di civiltà. Non a caso autorevolmente ha affermato G. Heuyer che il problema dei disadattati dell'infanzia è il problema medico-sociale numero uno.

3) Dalla struttura di tipo agricolo tradizionale si è passati ad un processo di industrializzazione, in cui non più il numero e la efficienza delle « braccia lavorative », ma la qualificazione, la specializzazione e quindi il livello di cultura base, rappresentano gli elementi essenziali per un utile inserimento del singolo nel sistema sociale. Ciò può anche spiegare perché solo questi recenti processi di trasformazione abbiano determinato un concreto interesse nei confronti delle minorazioni neuropsichiche, mentre — se precedenti storici si sono dati — essi erano rivolti prevalentemente al problema delle minorazioni fisiche.

Intanto le nuove possibilità diagnostiche offerte dalla strumentazione medica e lo sviluppo delle ricerche psicologiche e sociologiche sul rapporto uomo-ambiente, hanno messo l'accento sulla plasticità dell'intelligenza e la modificabilità dei processi di adattamento entro limiti più ampi di quelli che sembravano possibili in base ai concetti che si ritenevano ormai definitivamente acquisiti.

In modo particolare il rapido processo di urbanizzazione, la crescente mobilità della popolazione in termini geografici e di passaggio a nuovi livelli sociali, in termini orizzontali e verticali, ha determinato una maggiore complessità dei rapporti tra singoli e gruppi, evidenziando la molteplicità dei meccanismi dei processi di disadattamento e delle interazioni del binomio « nature-nurture » nel processo di evoluzione psichica dell'individuo.

Ciò è largamente confermato tra l'altro dalle ricerche condotte dall'O.M.S. in vari Paesi in via di sviluppo nei quali il problema degli insufficienti mentali è esploso costantemente in coincidenza con la trasformazione qualitativa della società. Più un ambiente è evoluto più è scarsa la tolleranza nei confronti dei disadattati; ciò determina una migliore organizzazione del *dépistage* e un apparente aumento del numero dei casi.

Partendo da queste premesse e preso atto della notevole entità del fenomeno, che riguarda una percentuale di soggetti in età evo-

lutiva spesso insospettata anche negli ambienti più formati e culturalmente provvisti, sembra utile puntualizzare alcuni aspetti essenziali del problema.

Una volta convinti che ogni intervento della società nei confronti dei disadattati, fisici, psichici, sensoriali e sociali specie in età evolutiva, deve tendere al raggiungimento di scopi concreti di riabilitazione e di inserimento dei soggetti in una attività confacente alle loro attitudini e utile al singolo e alla società a poco servirebbe porsi obiettivi preliminari o parziali, come quelli diagnostici, assistenziali o scolastici, che rischierebbero (come in parte è avvenuto) di non essere adeguati al fine ultimo e quindi di deformare fin dall'inizio gli interventi e il loro scopo. D'altra parte se è vero che in ordine logico vanno prima attuate le forme di intervento necessarie nella prima età del ragazzo, è pur vero che non si può rinviare al domani la chiarificazione dell'intero problema, dal momento che ogni piano di intervento, seppure attuato con gradualità, deve essere considerato come un tutto unitario di cui siano note le premesse e gli obiettivi finali prescelti.

Il ritmo con cui le strutture e i servizi debbono essere offerti è obbligato dal ritmo stesso dell'evoluzione fisico-psichica, che non può essere artificialmente frenata né rinviata, ma al contrario si svolge secondo regole generali, nel giro di pochi anni.

Tali considerazioni in fondo non sono che una applicazione particolare di considerazioni che valgono anche per i normali nei confronti dei quali la società ha già appreso a proprie spese che a poco o nulla serve l'apprendimento di nozioni scolastiche, senza una adeguata modificazione dell'ambiente. Senza creare le condizioni perché le nozioni acquisite siano utilizzate nella pratica quotidiana; i soggetti finiscono per diventare rapidamente degli analfabeti di ritorno.

A maggiore ragione la spesa pubblica affrontata per i centri diagnostici o per l'insegnamento scolastico speciale nei confronti dei disadattati, rischia di diventare un inutile peso per la società e per i singoli, se fin dall'inizio non ha un chiaro obiettivo di essere sufficientemente compensata dal raggiungimento di una autosufficienza parziale o totale dei soggetti, atta a dare ad essi il livello di dignità umana di cui hanno diritto e alla società la coscienza di una seria valorizzazione delle risorse umane di cui è dotata.

Si può intuitivamente comprendere come in Italia e nei Paesi in fase di industrializzazione in genere, sia difficile affrontare il tema

della riabilitazione e dell'inserimento nell'attività lavorativa dei minorati o disadattati.

Il fatto che essi assommino a cifre di qualche milione, se da un lato dimostra la portata sociale del problema, dall'altro evidenzia anche le difficoltà di soluzione e la ingente portata economica e strutturale dei provvedimenti da attuare, tanto più difficili in un paese che è già carico di oneri.

Se si pensa che il problema stesso della scuola per i normali ha assunto solo recentemente in Italia un ruolo di primaria importanza, come premessa indispensabile allo sviluppo della società e se si pensa alla grave carenza di aule, di insegnanti, di mezzi, in questo settore, ben si comprende come le istituzioni sociali siano state poste finora ad un livello di secondaria importanza. Se, d'altro canto, si valuta la persistente difficoltà a raggiungere il livello di piena occupazione e di sufficiente qualificazione per i soggetti normali, si può comprendere come l'addestramento e l'inserimento lavorativo dei disadattati, di vario tipo, sia stato finora lasciato all'iniziativa parziale ed insufficiente di qualche istituzione.

Tuttavia il ritmo della trasformazione sociale, l'entità del problema e il dovere morale e civile di dar risposta ad ogni quesito, impongono un intervento che non può essere ulteriormente dilazionato se si vuole mantenere un livello di civiltà adeguato alle tradizioni della nostra società.

In Italia le norme legislative che regolano la materia sono numerose, ma confuse.

Si gioca spesso, sul significato interpretativo che si dà alla norma di legge; ad esempio il disadattato psichico è assistito, a seconda della classificazione e definizione che si dà alla sua anormalità.

La legge 14 febbraio 1904, n. 96 e il Regolamento 16 agosto 1909, n. 615 pongono a carico delle province l'obbligo di provvedere all'assistenza e ricovero dell'alienato a condizione che « sia pericoloso a sé ed agli altri o riesca di pubblico scandalo e non sia o non possa essere convenientemente custodito e curato fuori dei manicomi ».

Esisteva in precedenza la legge 19 novembre 1889, n. 6535, dove l'articolo 270 tratta del ricovero agli inabili al lavoro.

L'Opera nazionale maternità e infanzia nella sua carta costitutiva del 10 dicembre 1925, n. 2277, all'articolo 10 parla di anticipazione delle spese di ricovero per i minori anormali psichici da rimborsarsi poi da parte della provincia. Segue il decreto-legge 15

aprile 1926, n. 718 ed il testo unico 24 dicembre 1934, n. 1316, dove all'articolo 4 sancisce che l'assistenza è elargita agli anormali psichici purché si tratti di soggetti rieducabili e recuperabili fino all'età di 18 anni.

Svolgono azione di reperimento in favore dei minori disadattati, gli enti assistenziali quali: la Croce rossa italiana, il cui regio decreto 7 febbraio 1884, n. 1248 la riconosce quale ente morale. Tra le sue finalità assistenziali si parla di opera di educazione sociale e di assistenza sanitaria, quest'ultima a mezzo di ambulatori scolastici. Provvedono al ricovero ed assistenza dei minori irregolari psichici, purché figli di invalidi, o orfani di guerra, gli enti assistenziali: ONIG, istituito con legge 25 marzo 1917, n. 481 e riformato successivamente con decreto legislativo nel 1942; ONOG, istituito con legge 26 luglio 1929, n. 1397, modificato successivamente nel 1958 e nel 1960.

Per i disadattati orfani dei lavoratori esplica un'opera di assistenza, reperimento e ricovero un istituto specializzato: l'ENALI, istituito con legge 27 giugno 1941, n. 987 e successivo decreto legislativo 23 marzo 1948, n. 327.

L'ENPMF sorto come ente morale con decreto presidenziale 29 luglio 1949, n. 659, ha come fine l'assistenza ai minori in stato di pericolo morale; non eroga direttamente prestazioni, quale l'onere di retta per il ricovero dei disadattati, ma attua un lavoro di reperimento utilizzando le risorse dell'ambiente normale per migliorare l'adattabilità ed il recupero sociale.

Il testo unico della legge comunale e provinciale 3 marzo 1934, n. 383, all'articolo 144, parla di assistenza agli anormali; ma detta assistenza è prevista come facoltativa.

L'articolo 91 della legge stessa sancisce che «...ai comuni sono attribuiti compiti di prevenzione e di assistenza anche per i disadattati inabili al lavoro o comunque bisognosi di ricovero». I comuni, per le loro scarse possibilità di bilancio, non partecipano alla azione assistenziale dei minori bisognosi di rieducazione, trasferendo spesso, per non dire sempre, tali competenze alla provincia.

La legge del 27 maggio 1935 riguarda la istituzione e il funzionamento del tribunale per i minorenni. La legge 25 luglio 1956, n. 888 parla di irregolari antisociali, dediti ai furti e vagabondaggio nonché traviamiento. Quest'ultima norma legislativa prevede non solo un'opera di reperimento dei minori disadattati, ma parla anche di ricovero in case di rieducazione e riformatori giudiziari. Altri

provvedimenti legislativi in favore dell'infanzia disadattata sono stati via via emanati fino ad oggi.

Ricordiamo la legge 12 maggio 1942, n. 889, recante norme per la protezione, l'assistenza e l'educazione dei sordomuti; la legge 9 agosto 1954, n. 632, riguardante l'istituzione e i compiti dell'opera nazionale per i ciechi civili con concessione ai medesimi di un asse-gno a vita.

Il decreto presidenziale 11 febbraio 1961, n. 264 sulla medicina scolastica, elenca le prestazioni da effettuarsi da parte dei servizi medico scolastici e dei servizi specialistici. L'elencazione potrebbe continuare per le circa 100 legghine approvate dal 1946 ad oggi, ma a noi interessa solo rilevare che questa legislazione si sovrappone a frammentarie competenze rendendo impossibile spesso la soluzione dei casi e per la loro varietà e per le circostanze contingenti.

Si delinea qui ora l'esigenza di un provvedimento organico riguardante l'istruzione, la formazione professionale, l'assistenza minorile, l'igiene e la sanità mentale, l'avvio al lavoro e la tutela di esso e l'assistenza sanitaria e la previdenza.

La proposta presentata dalla onorevole Dal Canton Maria Pia nelle precedenti legislature, aveva quale nota positiva una finalità educativa-assistenziale per il recupero sociale dei soggetti, piuttosto che un carattere curativo assistenziale che sarebbe stato limitativo e pessimistico. Occorre però preliminarmente passare attraverso una fase di chiarificazione e per esempio definire, il più esattamente possibile, cosa sono gli irregolari dello sviluppo psichico, intendendo così una area molto più vasta che non quella citata dalla scarsa e slegata legislazione esistente che parla di anormali o addirittura di mentecatti.

Occorre inoltre meglio definire il criterio della recuperabilità ad evitare altri danni, poiché il concetto fondamentale deve essere quello di intervenire per tutti. Quindi il criterio della recuperabilità non deve essere nato per escludere taluni dal compito che la società ha nei confronti di ciascuno senza esclusione. Allo stesso modo il problema organizzativo non riguarda solo la scuola, ma innanzitutto la prevenzione, le modalità del reperimento dei casi, la diagnosi (che deve essere pluridimensionale) e il trattamento.

Occorre affrontare tali problemi per rendere operante almeno dopo venti anni, l'articolo 34 della Costituzione, che parla dell'obbligo scolastico per tutti, il che non può es-

sere certo inteso come obbligo di andare in una scuola non esistente.

L'articolo 4 della Costituzione parla del diritto al lavoro per tutti i cittadini, ma ciò significa anche che la società deve offrire non solo posti di lavoro, ma anche la possibilità di prepararsi al lavoro secondo le specifiche e personali capacità.

Tra le proposte di legge presentate nelle precedenti legislature vanno ricordate tra le altre e oltre quella della onorevole Dal Canton Maria Pia già citata, la proposta n. 803 di iniziativa dell'onorevole De Maria, presentata il 5 dicembre 1963, la proposta n. 2185 della onorevole Balconi Marcella ed altri e la n. 2495 degli onorevoli Ferrari ed altri presentata il 2 luglio 1965 nonché il disegno di legge Mariotti del 1965.

Tali proposte decaddero senza giungere all'approvazione. Tenendo conto anche di esse, nonché di più recenti iniziative assunte da altri colleghi nel corso della presente legislatura, abbiamo consultato una serie di esperti dei settori assistenziali ed educativi speciali nonché i rappresentanti delle categorie interessate ed abbiamo tratto le seguenti considerazioni:

a) il problema non può essere affrontato in modo settoriale, senza una visione generale dell'assistenza e partendo dall'astratto presupposto di poter includere in ben definite e prefissate categorie gli insufficienti mentali o gli handicappati della vista ed i disadattati sociali e non tenendo conto del fatto che molte sono le persone che presentano contemporaneamente *handicaps* psichici, fisici, sensoriali e disadattamenti sociali. Inoltre occorre tener conto del numero (imponente) dei casi limite;

b) il problema dell'assistenza « nella » o « alla » famiglia è primario. La scienza e l'esperienza insegnano che i disadattati (gravi o lievi, minori od adulti) devono, per quanto possibile, essere assistiti in famiglia (d'origine, adottiva o affidataria). Naturalmente occorre predisporre gli opportuni interventi affinché l'inserimento familiare possa essere attuato;

c) le prestazioni non possono cessare ad una precisa età e cioè proprio quando maggiore è il bisogno dei soggetti sia per il loro inserimento socio-lavorativo, sia per le diminuite possibilità di sostegno della famiglia (anzianità dei genitori, maggiore probabilità di diventare orfani, eccetera);

d) non si può prendere in esame quasi esclusivamente l'aspetto sanitario, mentre, com'è noto, tale aspetto, anche se di particolare

importanza, non esaurisce certamente le prestazioni necessarie per l'inserimento familiare, sociale e lavorativo dei disadattati;

e) non si deve prevedere in prevalenza la creazione di istituzioni speciali autonome, come se il contatto fra disadattati non fosse pregiudizievole, mentre invece riteniamo questi contatti formativi per entrambi;

f) bisogna tener conto della possibilità di inserimento nel lavoro normale, con normale rendimento degli insufficienti dell'intelligenza in particolare e di tutti i disadattati in genere.

Misure particolari debbono essere previste per attuare l'inserimento dei disadattati fisici, psichici e sensoriali nel lavoro con salario integrato dallo Stato;

g) occorre prevedere una organizzazione dell'assistenza sociale in grado non solo di soddisfare, in un primo tempo, le esigenze di inserimento di tutte le categorie di disadattati di qualsiasi età essi siano, ma un'organizzazione idonea ad essere inserita nel quadro generale della sicurezza sociale.

Infatti, poiché è praticamente impossibile una distinzione fra normalità e subnormalità nei casi limite (il cui numero è superiore a quello degli insufficienti gravi, medi o lievi), poiché una grandissima e progressiva percentuale di disadattati è prodotta da cause ambientali (e quindi alcuni soggetti rientrano nella normalità quando le cause stesse vengono eliminate), poiché, infine, l'assistenza ai normali compete ad un numero vastissimo di enti, è facile prevedere quanti conflitti di competenze avverranno, se non si prevede una unica organizzazione assistenziale.

Si ritiene altresì necessaria la ripartizione dei servizi dei grandi comuni.

L'esperienza poi ci insegna tra l'altro che chi trascorre tutto il suo periodo formativo in una falsa realtà quali sono gli istituti, pur lussuosi e di recente costruzione e con personale altamente specializzato, avrà enormi difficoltà — il più sovente insuperabili — a reinserirsi nella comunità dalla quale è stato allontanato.

Al fine di raggiungere un effettivo inserimento dei disadattati e di superare obiettive difficoltà di individuare i disadattati ed i non disadattati, proponiamo una struttura organizzativa che provveda a tutti gli aventi diritto all'assistenza (anziani, minori, privi di assistenza, eccetera).

Sulla base di tali premesse, abbiamo lungamente discusso con esperti di varia derivazione, sulla base di uno schema elaborato inizialmente dall'Unione nazionale per la

promozione dei diritti del minore e siamo giunti, dopo oltre otto mesi, alla presente proposta, che rappresenta una sorta di punto di incontro tra un modello teorico ottimale e quello che realisticamente è attuabile in Italia.

Occorre, innanzitutto, scartata la tentazione di affrontare il problema in modo settoriale, impegnarsi per una soluzione globale, tenendo conto che l'assistenza deve da un lato concorrere alla elaborazione della politica sociale — insieme con gli altri settori attraverso i quali lo Stato esplica la sua attività istituzionale di promozione dello sviluppo e del progresso della società e alla eliminazione di ogni barriera di classe e di ogni trattamento discriminatorio; dall'altro ha la funzione di intervenire — direttamente o attraverso l'utilizzazione delle istituzioni e delle associazioni, pubbliche o private, di utilità sociale, adeguatamente garantendosi circa la idoneità di esse, oppure sollecitando interventi di altre istituzioni e uffici, anche a carattere non assistenziale — per fornire ai soggetti impossibilitati quegli aiuti che sono necessari perché pervengano alle condizioni che consentono il loro autonomo e permanente inserimento o reinserimento nella vita sociale.

In base alla presente proposta di legge la funzione dell'assistenza sociale va attribuita allo Stato, alle regioni e ai comuni. Ai primi due compete una funzione direttiva e programmatica, agli ultimi quella operativa.

La funzione direttiva è affidata in esclusiva al Ministero della sanità, presso il quale dovrebbero unificarsi il settore della tutela della salute e quello dell'assistenza sociale. Ciò comporta una nuova denominazione: il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale, presso il quale verrebbe istituita, con personale tratto da altri Ministeri, la direzione generale dell'assistenza sociale. Ad esso sarebbero trasferite tutte le competenze in materia di assistenza che attualmente spettano alla Presidenza del Consiglio dei ministri, ai vari Ministeri e ad alcuni enti pubblici. Ma il Ministero eserciterebbe di queste competenze solo quelle inerenti alla direzione e alla programmazione dell'assistenza, mentre gli interventi operativi — distinti in economici e specialistici — sarebbero affidati ai comuni, presso i quali verrebbero istituite le « unità socio-assistenziali locali ».

La regione, nell'ambito della presente proposta di legge-quadro, ha potestà di legiferare in materia di assistenza sociale; ha funzioni programmatiche e facoltà di stabilire livelli di efficienza assistenziale più favorevoli

per i cittadini, di quelli stabiliti dal Ministero; non ha funzioni operative. È, in certo qual modo, l'articolazione periferica del Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

La provincia ha prevalenti funzioni di assistenza tecnica ai comuni presso i quali è istituita l'unità socio-assistenziale locale. Non ha compiti direttivi né operativi.

Tenuto conto delle notevoli differenze demografiche tra i comuni, si è pensato di stabilire che l'unità socio-assistenziale locale eserciti i suoi compiti su una popolazione che raggiunga il minimo di 50.000 abitanti, per cui più comuni piccoli dovranno consorziarsi per istituire il servizio di assistenza sociale previsto, mentre i comuni grandi si ripartiranno in sezioni territoriali che dovranno avere una popolazione tra i 50.000 e i 100.000 abitanti.

Le prestazioni di assistenza sociale possono essere erogate direttamente dall'unità socio-assistenziale locale, come anche dalle istituzioni e associazioni di utilità sociale con le quali l'unità si convenziona. Le prestazioni economiche sono invece di esclusiva competenza delle unità socio-assistenziali locali.

Questa per sommi capi l'organizzazione dell'assistenza sociale, della quale tratta il titolo II della presente proposta.

La parte riguardante gli interventi assistenziali prende in considerazione i soggetti e le prestazioni.

Per soggetti sono intesi non solo gli individui, ma anche il nucleo familiare cui appartiene l'impossibilitato, in quanto si è voluto sottolineare l'importanza che ha la famiglia per le sue capacità assistenziali, sia che si tratti della famiglia di origine di quella adottiva o affidataria, al fine di orientare l'esecuzione delle prestazioni di assistenza sociale per quanto possibile a domicilio.

La finalità delle prestazioni è quella di far uscire al più presto il cittadino dall'ambito assistenziale, e perciò le prestazioni devono essere idonee a rimuovere, in via definitiva, le cause impossibilitanti.

Ovviamente, una finalità simile richiede che si disponga presso ogni unità socio-assistenziale locale di personale specializzato sia in materia sanitaria e a vario livello, sia in campo sociale.

Una importante innovazione è data dal fatto che nessuna prestazione può essere erogata senza il consenso del soggetto o di chi ne ha la responsabilità e che — se non v'è aggravio di spesa — deve essere lasciata la scelta delle prestazioni al soggetto medesimo.

La struttura organizzativa dell'assistenza, secondo questa nostra proposta, pur prevedendo particolari trattamenti per i disadattati, può essere valida, senza modifiche, per tutti i soggetti aventi diritto all'assistenza, quindi anche per gli anziani, per i vecchi indigenti, per i minori in stato di abbandono o in fase preadottiva e preaffidativa, eccetera.

Lo sforzo che noi compiamo con la nostra proposta di legge è quello di prendere in considerazione minori e adulti, disadattati e normali, rispettando come condizioni di fondo il legame familiare, l'ambiente geografico d'origine, il contatto reciproco tra normali e non, l'inserimento sociale di tutti.

In questo senso ci sembra particolarmente illuminante la dichiarazione della commissione canadese d'inchiesta sui servizi di sanità (1964): « Da ora in poi, nell'organizzazione o amministrazione dei servizi di adattamento, ogni distinzione tra malattia fisica e malattia mentale e tutte le considerazioni su cui queste distinzioni si fondano, siano ripudiate, come indegne e contrarie alla scienza ».

Non è necessario insistere sul presupposto sociale che è alla base di tutte le iniziative in favore dei fanciulli; è opportuno però ricordare che queste iniziative corrispondono ad un preciso obbligo sancito dalla « dichiarazione dei diritti del fanciullo », che al suo articolo 5 afferma:

« Il bambino che si trovi in condizioni sfavorevoli sia fisiche sia mentali e sociali, deve essere curato ed aiutato con la cura speciale che il suo paese e la sua situazione richiedono ».

La XXIII conferenza internazionale per la istruzione pubblica, convocata dall'UNESCO a Ginevra nel 1960, sottolineando la situazione di disagio dei subnormali, sollecita ai Ministri della pubblica istruzione dei vari paesi la necessità di un'opera precoce e quanto più obiettiva possibile di *dépistage* e afferma il diritto degli ipodotati ad una educazione gratuita e specializzata.

È stata dall'altra parte appena ricordata la carenza della nostra legislazione in riguardo, ma si è pure sottolineato che la situazione culturale odierna, lo sviluppo della psichiatria e dell'igiene mentale hanno rappresentato una definizione di compiti ed un allargamento di prospettive, proponendo metodi nuovi. Nuove esigenze si sono affermate sotto il profilo diagnostico e sotto il profilo del trattamento, e mentre da un lato è sorta la nuova professione dell'assistente sociale, dall'altro si è radicalmente rinnovata la figura dell'educatore specializzato.

Vi è in sostanza tutto un movimento di pensiero e di azione, che se in un momento è stato stimolato da problemi urgenti del dopoguerra, ha a sua volta stimolato l'interesse per problematiche più generali dilatando il campo di osservazione e di esperienza.

I Ministeri e gli organi ufficiali, che si occupano dell'educazione, della salute pubblica, dell'assistenza sociale e del lavoro, hanno tutti un compito da svolgere nei confronti dei soggetti disadattati. Tutti, eccezione fatta per i casi più gravi, richiedono misure educative speciali. Come si è già detto i più numerosi sono i casi leggeri che necessitano soprattutto di un insegnamento speciale organizzato preferibilmente nelle scuole per bambini normali. Questi soggetti vivranno di solito in seno alla famiglia e in genere non è necessario prendere delle misure sociali particolari nei loro riguardi; e a parte coloro i quali sono colpiti da *handicaps* diversi da quelli di tutti gli altri bambini, i casi di insufficienza mentale profonda sono spesso colpiti da gravi disturbi somatici e psicologici e richiedono cure ospedaliere o istituti.

Si può affermare che in genere la preoccupazione di evitare la segregazione dei soggetti disadattati induce molto meno di una volta a ricorrere a misure specificatamente sociali. Certamente continuerà ad esistere il problema delle pensioni, degli impieghi protetti e per i giovani adulti, delle case di ricovero. La azione sociale, e in particolare il « Social Case-work », rivolto a profitto dei disadattati, delle loro famiglie e, in seguito, dei loro datori di lavoro, dovrebbero far parte integrante dell'azione educativa e medica.

In ogni caso, quello che conta prima di tutto, qualunque sia l'autorità responsabile, è la continuità del trattamento durante tutta la vita dei soggetti, o almeno per tutto il tempo necessario alla normalizzazione.

Questo è il principio che deve ispirare tutte le misure da prendere in favore dei soggetti.

Un'azione sistematica di tal genere implica un intervento concorde delle autorità centrali e periferiche incaricate della salute pubblica, dell'educazione e del lavoro.

Dal punto di vista organizzativo sorge innanzi tutto la necessità di un'azione coordinata per modificare profondamente la concezione corrente sulla minorazione come si presenta attualmente nella nostra società. A questo scopo, si propongono iniziative tendenti a modificare l'assetto giuridico della questione e tale da trasformare la natura de-

gli interventi attualmente quasi solamente di tipo assistenziale in forma passiva, in altri, in cui i singoli, come il nucleo familiare, assumano una posizione attiva e partecipe.

Nei confronti della famiglia bisogna difendere e agevolare la maturazione consapevole intorno al problema, preferendo ogni volta che sia possibile l'azione preventiva a quella curativa (educazione del giovane al problema della famiglia, consultazioni pre-matrimoniali, migliore integrazione dell'assistenza ginecologica, pediatrica, psicopedagogica, nelle fasi della gestazione e nel periodo pre-natale).

Particolare interesse riveste l'iniziativa che le famiglie dei disadattati psichici vanno assumendo in questo periodo allo scopo di ottenere, attraverso molteplici attività associative, il miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti da assumere nei riguardi del problema.

Riguardo alla preparazione alla vita e al lavoro dei giovani disadattati, è auspicabile che il Ministero della pubblica istruzione si adoperi per la sollecita presentazione agli organi legislativi di un progetto di legge relativo all'educazione e all'istruzione delle varie categorie, in maniera che sia aperta nel paese, a tutti i soggetti in età dell'obbligo scolastico, la possibilità di frequentare una scuola adatta e siano elevati gli anni di obbligatorietà scolastica per alunni che presentano particolari difficoltà.

La preparazione al lavoro dovrebbe essere resa obbligatoria con la istituzione di sezioni di lavoro manuale educativo e di laboratori a tipo artigianale.

Deve essere curata altresì la preparazione del personale specializzato alla riabilitazione dei soggetti disadattati.

La presente proposta di legge, inoltre, eleva l'attività assistenziale a funzione pubblica, distinguendola dalla beneficenza che è solo esercitabile da privati; disciplina in modo che riteniamo organico e unitario la materia degli interventi, chiarisce la posizione dei cittadini aventi diritto alle prestazioni, definisce i compiti delle istituzioni e delle associazioni pubbliche e private di utilità sociale, indica la struttura degli organi e degli uffici cui sono affidate le varie competenze in materia, affinché possano arrivare direttamente al soggetto anche senza una sua specifica sollecitazione.

Noi proponiamo un tipo di assistenza aperta e veramente socializzata e siamo decisamente contrari a certe soluzioni primitive del problema che hanno creato delle « isole geografiche », vere isole di segregazione e ad altre soluzioni che sembrano più moderne ma non lo sono, poiché mirano a creare un fittizio inserimento, che è in realtà un isolamento sociale: solo scuole speciali — solo istituti speciali — solo laboratori protetti, senza un cenno mai all'inserimento nel lavoro normale !

Per quanto precede, onorevoli colleghi, e pur ritenendo che il complesso tema possa richiedere ulteriori modifiche, confidiamo che non vorrete negare la vostra approvazione alla presente proposta di legge, poiché il nostro Paese non può ulteriormente dilazionare le proprie scelte di civiltà in un campo sul quale ormai tutti i Paesi europei e la maggior parte dei Paesi del mondo, hanno già da tempo avviato una positiva azione, accumulando preziose esperienze che ci incoraggiano al raggiungimento di nuove mete per l'affermazione dei diritti umani di ogni cittadino ed il compimento di un primario dovere sociale.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

DELL'ASSISTENZA SOCIALE

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI.

ART. 1.

(Funzioni degli Organi dell'assistenza sociale)

Gli organi dell'assistenza sociale nell'ambito di loro competenza prevengono, rimuovono e mitigano le cause e gli effetti degli impedimenti, temporanei o permanenti, di carattere personale, economico, familiare, ambientale, che non consentono ai cittadini di inserirsi nella vita familiare, scolastica, sociale, lavorativa.

ART. 2.

(Aventi diritto)

Hanno diritto alle prestazioni di assistenza sociale:

a) le persone ed i nuclei familiari privi di risorse economiche;

b) le persone che presentano disadattamenti psichici, fisici, sensoriali o sociali e cioè tutti i soggetti che, per l'insufficienza delle loro attitudini o per disturbi della loro condotta, necessitano di un particolare intervento per potersi inserire — nei limiti delle loro possibilità — nella vita sociale;

c) le persone prive di adeguata assistenza da parte del loro nucleo familiare o esposte ad esserlo;

d) le persone non in grado, per incapacità, di tutelare i propri interessi;

e) gli immigrati e i loro nuclei familiari, nonché i nuclei familiari degli emigrati in condizioni di incapacità;

f) i nuclei familiari durante le malattie che rendono inidonee le persone che provvedono alla cura dei minori e di altri componenti del nucleo familiare abbisognevole;

g) i nuclei familiari nei loro rapporti con la scuola:

h) le persone e i nuclei familiari che hanno problemi concernenti l'istituto familiare (separazione, tutele, curatele, affidamenti, adozione speciale, affiliazione, ecc.).

ART. 3.

(Caratteri delle prestazioni)

Le prestazioni di assistenza sociale devono, per qualità ed estensione, sempre essere rapportate alle caratteristiche di ogni singolo caso e devono altresì tener conto delle particolari esigenze del cittadino, delle sue condizioni familiari e dell'ambiente in cui è abituato a vivere.

I servizi di assistenza sociale devono operare di preferenza nell'ambito dei nuclei familiari e avere strutture, modalità di attuazione e continuità tali da assicurare il superamento delle situazioni o delle condizioni che hanno determinato le prestazioni e, ove necessario, anche il consolidamento dei risultati raggiunti.

ART. 4.

(Organi erogatori)

L'assistenza sociale è svolta attraverso gli organi indicati nella presente legge, a favore degli aventi diritto che risiedono in luogo sul quale ricade la competenza territoriale dell'organo medesimo.

In caso di urgenza gli interventi sono attuati dall'organo nel cui territorio si trova occasionalmente il cittadino, ma le relative spese vengono addebitate a quello erogatore competente.

L'autorità giudiziaria affida la diagnosi e il trattamento dei minori disadattati di sua competenza ai servizi sociali di cui all'articolo 36 della presente legge.

Le spese per prestazioni di assistenza sociale sono obbligatorie.

ART. 5.

(Classificazione delle prestazioni)

Le prestazioni di assistenza sociale comprendono:

- a) la prevenzione;
- b) il reperimento e la diagnosi;
- c) il trattamento, con le modalità e le estensioni nel tempo previste dall'ultimo comma dell'articolo 3.

Tutte le prestazioni devono realizzarsi con la partecipazione diretta dell'avente diritto.

In particolare a questi, o a chi lo rappresenta, è riconosciuta la facoltà di scegliere la prestazione, purché tale scelta non produca ingiustificato aggravio di oneri, e di rifiutare le prestazioni medesime in tutto o in parte.

ART. 6.

(Prestazioni economiche temporanee)

A coloro i quali, per temporanea incapacità e impossibilità, non sono in grado di procurarsi con le proprie forze i mezzi per la sussistenza debbono essere erogate prestazioni economiche in denaro e, in casi eccezionali, in tutto o in parte, in natura.

Tali prestazioni sono corrisposte anche a favore di coloro i quali sono:

- a) in attesa di pensione sociale;
- b) privi di mezzi di sussistenza perché le persone tenute agli alimenti, o comunque obbligate e in grado di provvedere, non adempiono i loro obblighi.

Le prestazioni economiche, che per le persone in attesa di pensione INPS non possono superare l'ammontare della pensione medesima e, di massima, la durata di mesi tre, devono essere integrate da prestazioni di servizi che rendano autosufficiente al più presto la persona e il loro nucleo familiare.

Nei casi previsti *sub a)* e *b)* è fatto salvo il diritto di rivalsa dell'ente erogatore, che deve obbligatoriamente essere esercitato, rispettivamente sull'INPS e sull'obbligato.

ART. 7.

(Prevenzione)

L'azione di prevenzione è attuata dagli organi di cui alla presente legge sia direttamente sia sollecitando l'intervento di altri organi ed enti, anche non assistenziali.

Sul piano generale, individuale o familiare, essa è diretta a:

- a) assicurare ad ogni persona le condizioni necessarie per il proprio sviluppo e l'inserimento nella famiglia e nella società;
- b) rimuovere le cause personali, familiari e socio-ambientali disadattanti;
- c) promuovere la tutela in sede giuridica delle persone non in grado di proteggere e difendere i propri interessi;
- d) ricercare idonee famiglie adottive per i minori, compresi i disadattati, che siano

privi dell'assistenza dei genitori e dei parenti tenuti a provvedervi;

e) ricercare idonee famiglie, anche tra non parenti, per l'affidamento educativo dei minori, la permanenza dei quali non sia consigliabile per accertata inidoneità dei genitori e dei nuclei familiari, ovvero non sia possibile per temporanea incapacità dei medesimi;

f) fornire alla magistratura i dati risultanti da inchieste sociali utili alla soluzione di problemi concernenti l'istituto familiare (adozione, adozione speciale, affidamento, affiliazione, curatela, tutela, separazione, ecc.);

g) offrire prestazioni a domicilio di ausiliari familiari nei casi in cui, per parte della giornata, il nucleo familiare non possa provvedere all'assistenza dei soggetti abbisognevole;

h) promuovere periodicamente l'aggiornamento delle norme vigenti sulla prevenzione degli infortuni nelle abitazioni, nelle scuole, nel lavoro e in ogni altra sede;

i) promuovere norme anti-infortunistiche sugli oggetti per i minori, ivi compresi i materiali di gioco;

l) favorire le migliori condizioni sanitarie e ambientali della popolazione e la sua educazione sanitaria;

m) informare i giovani e gli adulti sui problemi relativi all'assistenza sociale.

ART. 8.

(Segnalazione)

Provvedono alla segnalazione delle persone prive di adeguata assistenza da parte del loro nucleo familiare e dei disadattati:

a) i genitori e gli esercenti la patria potestà;

b) il personale sanitario pubblico e privato;

c) il personale addetto ai servizi di assistenza;

d) il personale delle pubbliche e private istituzioni prescolastiche, scolastiche e parascolastiche;

e) il personale di pubblica sicurezza;

f) i magistrati.

La segnalazione deve essere fatta all'organo che ha la competenza di cui al precedente articolo 4.

Le persone sopra indicate, ad eccezione di quelle di cui alla lettera a), sono tenute ad effettuare la segnalazione entro 10 giorni dal momento nel quale sono venute a conoscenza del caso, a motivo del loro ufficio, e a mezzo del superiore diretto se sono dipendenti dalla pubblica amministrazione.

Ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio inadempienti si applicano le norme di cui all'articolo 328 del codice penale.

Ogni cittadino ha facoltà di segnalare i casi comunque venuti a sua conoscenza.

L'identità della persona che effettua la segnalazione, sia per obbligo sia per esercizio di facoltà, non può essere rivelata per alcuna ragione.

ART. 9.

(Reperimento organizzato)

Indipendentemente dalle segnalazioni, deve essere svolto, attraverso una ricerca sistematica e periodica su tutta la popolazione, il **reperimento organizzato dei soggetti disadattati, dei minori e delle persone in situazioni di bisogno** e devono essere individuate le cause e le condizioni ambientali disadattanti.

La periodicità minima del reperimento è semestrale, le Regioni, cui compete stabilire modalità ed estensione, possono disporre periodicità più frequenti.

Parimenti vanno reperiti inadempienti all'obbligo scolastico o che frequentano con irregolarità non giustificata la scuola.

Oltre coloro che esercitano la patria potestà o i poteri tutelari, rispondono dell'inadempimento anche i datori di lavoro e i dirigenti delle istituzioni di utilità sociale.

Il servizio di reperimento notifica a tutti i responsabili la rilevata inadempienza, dando otto giorni di tempo per l'avviamento del minore alla scuola, decorsi inutilmente i quali, deferisce il caso al giudice tutelare del luogo in cui si trova il minore.

Entro i cinque giorni successivi al deferimento il giudice applica ai responsabili la ammenda di cui all'articolo 731 del codice penale.

Le disposizioni degli articoli 174, 182, 184, 185, 186 del regio decreto 5 febbraio 1928, n. 557, sono abrogate.

ART. 10.

(Diagnosi e indicazioni di trattamento)

La diagnosi e le indicazioni di trattamento, se relative ai minori, devono essere comunicate a chi esercita la patria potestà e i poteri tutelari; al curatore, se si riferiscono a persona inabilitata.

Le indicazioni di diagnosi e di trattamento formulato hanno valore vincolante ai fini am-

ministrativi e tecnici per gli organi chiamati ad intervenire, tenuto presente quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 5.

ART. 11.

(Affidamenti adottivi ed educativi)

L'accertamento della idoneità dei nuclei familiari di origine e quello della idoneità delle famiglie affidatarie, di cui alle lettere *d)* e *e)* dell'articolo 7, devono essere operati dagli organi indicati dall'articolo 35 della presente legge, con le tecniche pedagogiche e di servizio sociale.

Agli effetti delle prestazioni mutualistiche e previdenziali l'affidato è equiparato al figlio legittimo.

ART. 12.

(Accoglimento in istituto)

I soggetti disadattati, quando per validi motivi non sono possibili e vengono sconsigliati la permanenza nella famiglia di origine ovvero gli affidamenti ad altre famiglie, dovranno essere avviati ad istituti per normali, a meno che non sia, nel loro interesse, diversamente consigliato.

I minori non possono essere ospitati in istituti destinati, o che accolgono di fatto anziani, anche se presso detti istituti esistessero sezioni separate.

La destinazione in istituti di rieducazione è vietata per i minori di anni 14.

ART. 13.

(Tipi di istituto)

Gli istituti si distinguono in:

a) focolari: comunità educative per minori, aventi caratteristiche familiari che possono accogliere un massimo di otto soggetti, le cui attività si svolgono tutte e sistematicamente nell'ambito sociale esterno;

b) pensionati: comunità destinate ad adulti o ad anziani, ospitanti un massimo di 12 soggetti, i quali partecipano sistematicamente alla vita sociale esterna;

c) esternati: i cui ospiti rientrano in famiglia ogni giorno;

d) semi-internati: i cui ospiti rientrano in famiglia ogni fine settimana;

e) internati aperti: i cui ospiti frequentano la scuola e il lavoro all'esterno e svolgono le attività del tempo libero presso isti-

luzioni o aziende esterne, inserite nell'ambiente sociale esterno;

f) internati chiusi: i cui ospiti svolgono attività scolastiche, lavorative e di tempo libero, in tutto o per la maggior parte all'interno dell'istituto medesimo.

Gli ospiti degli istituti di cui alle lettere c), d), e), f), sono ripartiti in gruppi non superiori a 15 soggetti; ogni gruppo è affidato a educatori che abbiano conseguito la specializzazione presso apposita scuola.

Ciascun tipo di istituto deve:

1) accogliere soggetti provenienti dallo stesso contesto sociale nel quale è situato;

2) adottare misure atte a favorire il mantenimento e il consolidamento di vincoli affettivi tra i soggetti ospitati e i loro nuclei familiari;

3) adoperarsi perché i soggetti possano reinserirsi nelle famiglie di origine o essere affidati in adozione o per educazione se minori, e, infine, pervenire ad una autonoma sistemazione nella società.

CAPO II.

DISPOSIZIONI PER GLI IMPEDITI E I DISADATTATI.

ART. 14.

(Pensione sociale)

Ai disadattati psichici, fisici e sensoriali, che hanno compiuto il diciottesimo anno di età e sono in situazione di incapacità totale e permanente al lavoro, viene corrisposta la pensione sociale e prevista dall'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153. Questa verrà migliorata ove ai medesimi sia riconosciuta la necessità di un accompagnatore o di un assistente permanente.

ART. 15.

(Prestazioni abilitative e riabilitative)

Ai disadattati sono specialmente forniti trattamenti abilitativi e riabilitativi che comprendono:

a) le prestazioni educative, mediche, psicologiche e di servizio sociale;

b) la educazione e la rieducazione psicomotoria, gestuale e sensoriale;

c) ogni altra idonea prestazione;

d) la fornitura di apparecchi individuali.

I trattamenti di cui sopra hanno inizio, quale che sia l'età del soggetto, appena il

servizio diagnostico e di trattamento ne ha accertata la necessità.

I trattamenti sono diretti ad eliminare o a ridurre in tutta la misura del possibile o a compensare le difficoltà, affinché i soggetti possano inserirsi nella vita sociale e nel lavoro.

Per quanto concerne l'adattamento e il riadattamento professionale sarà data applicazione all'omonima raccomandazione n. 99 della Conferenza internazionale del lavoro.

I trattamenti abilitativi sono effettuati di norma senza allontanare il soggetto dal suo nucleo familiare; possono perciò avere luogo, a seconda delle necessità, ambulatorialmente, presso le istituzioni prescolastiche o scolastiche, presso i laboratori protetti e a domicilio.

Nel caso che il soggetto sia accolto in istituto e non sia possibile attuare le prestazioni in esternato, i trattamenti sono effettuati nell'istituto stesso.

ART. 16.

(Istituzioni prescolastiche e scolastiche normali)

Ai disadattati che ne siano in grado è assicurata la frequenza, insieme con i soggetti non disadattati, della scuola materna, elementare, media inferiore e superiore, della università e di ogni altra scuola di ordine e grado.

Devono essere predisposti gli adattamenti materiali ed i mezzi per rendere possibile detta frequenza.

La frequenza delle istituzioni prescolastiche è facoltativa, ma le eventuali domande di ammissione alle scuole materne, pubbliche o private, devono essere accolte in via prioritaria.

L'istituzione delle sezioni e classi speciali presso le istituzioni prescolastiche normali, di cui agli articoli seguenti, deve favorire attività e apprendimenti comuni e l'educazione morale e sociale reciproca tra i normali e gli altri.

ART. 17.

(Istituzioni prescolastiche speciali)

Previo accertamento da parte dei servizi diagnostici e di trattamento, i disadattati di età inferiore ai sette anni, per i quali la frequenza di cui all'articolo precedente sia

dannosa, sono inseriti in sezioni speciali, che, istituite presso le scuole materne normali, pubbliche o private, non possono nel loro complesso superare il 50 per cento delle sezioni normali.

Il numero massimo dei bambini disadattati in ciascuna scuola materna normale non deve superare i 24 e ad ogni sezione non possono essere iscritti più di 8 bambini.

Per i casi più gravi, sempre che la frequenza delle sezioni speciali sia dannosa, sono istituite scuole materne speciali autonome.

Ad ogni sezione di cui al comma precedente non possono essere iscritti più di 10 bambini.

Il numero massimo di sezioni per ciascuna scuola materna speciale autonoma è di 6.

I soggetti dovranno essere sottoposti ad attenta e continua vigilanza anche da parte del personale scolastico al fine di inserire, appena possibile, quelli delle scuole materne speciali e quelli delle sezioni speciali in quelle normali.

Le istituzioni prescolastiche speciali funzionano per undici mesi all'anno e garantiscono una permanenza di almeno otto ore giornaliere, compreso il servizio di refezione.

Art. 18.

(Classi e scuole elementari speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, i disadattati dall'età di anni 6 e per la durata massima di sei anni, per i quali non è proficua la frequenza di cui all'articolo 16 della presente legge, sono inseriti in classi speciali presso le scuole elementari normali.

Nei grossi centri le classi speciali sono istituite a cicli completi presso una delle scuole elementari della zona.

Ad ogni sezione non possono essere iscritti più di 10 bambini.

Può essere istituito al massimo il 50 per cento di classi speciali in rapporto a quelle normali; inoltre il numero massimo di allievi disadattati in ciascuna scuola elementare normale deve essere di 80.

Per i casi più gravi, sempre che la frequenza delle classi speciali non sia proficua, sono istituite scuole elementari speciali autonome.

Ad ogni classe delle scuole di cui al comma precedente non possono essere iscritti più di 10 bambini.

Il numero massimo di classi per ciascuna scuola elementare speciale autonoma è di 8.

I soggetti dovranno essere sottoposti ad attenta e continua osservazione anche da parte del personale scolastico al fine di inserire, appena possibile, gli alunni delle scuole elementari speciali autonome nelle classi speciali e quelli delle classi speciali in quelle normali.

Le classi e scuole elementari speciali funzionano per undici mesi all'anno e garantiscono una permanenza di almeno otto ore giornaliere, compreso il servizio di refezione.

Nel periodo di chiusura delle scuole elementari normali, la frequenza è facoltativa.

ART. 19.

(Programmi e attrezzature delle classi e delle scuole elementari speciali)

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del ministro della pubblica istruzione, di concerto con il ministro della sanità e dell'assistenza sociale, saranno emanati entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge i programmi delle classi e scuole elementari speciali per insufficienti mentali e gli adattamenti per i disadattati fisici e sensoriali.

I programmi dovranno essere indicativi e prevedere:

a) attività volte a sviluppare la padronanza corporale e l'abilità gestuale e sensoriale, al fine di assicurare un'educazione psico-motoria e sensoriale di base, quale condizione di appoggio per gli apprendimenti successivi;

b) attività dirette alla formazione della personalità, all'espressione dell'io, alla relazione con gli altri, all'integrazione nel mondo sociale e, nel limite del possibile, anche a fornire le tecniche di base della vita intellettuale (lettera, scrittura, calcolo);

c) attività pratiche dirette all'acquisizione della conoscenza dell'ambiente e dei mezzi per risolvere i problemi fondamentali della vita quotidiana;

d) attività prelaborative di addestramento, individuali e collettive, attività artigianali e lavori in serie.

Le scuole e le classi elementari speciali devono essere dotate di attrezzature idonee allo svolgimento del programma.

ART. 20.

(Scuole medie inferiori)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, i disadattati per i quali non è proficua la frequenza della scuola media

inferiore normale, sono iscritti in classi speciali presso dette scuole medie.

A dette classi speciali accedono altresì i minori che hanno terminato la frequenza delle classi elementari speciali e che sono in grado, con un insegnamento differenziale, di apprendere quanto previsto dal programma vigente della scuola media inferiore.

Ad ogni sezione non possono essere iscritti più di 15 allievi. Può essere istituito al massimo il 50 per cento di sezioni speciali in rapporto a quelle normali; inoltre il massimo degli allievi disadattati in ciascuna scuola media normale deve essere di 90.

Per i disadattati fisici e sensoriali più gravi, sempre che la frequenza delle classi speciali non sia proficua, sono istituite scuole medie speciali autonome.

Ad ogni classe della scuola di cui al comma precedente non possono essere iscritti più di 10 allievi.

Il numero massimo di classi per ciascuna scuola media speciale autonoma è di otto.

Le classi e scuole medie inferiori funzionano per undici mesi all'anno e garantiscono una permanenza di almeno otto ore giornaliere, compreso il servizio di refezione.

Nel periodo di chiusura delle scuole medie inferiori normali, la frequenza è facoltativa.

ART. 21.

(Scuole pre-professionali speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, per gli insufficienti mentali per i quali non sono proficue le soluzioni di cui al precedente articolo 20, sono istituiti, quale prosecuzione della scuola dell'obbligo, corsi pre-professionali della durata di due anni.

A detti corsi pre-professionali accedono gli allievi che hanno terminato con qualsiasi esito il ciclo elementare di cui all'articolo 18 della presente legge.

Il calendario e l'orario scolastico sono uguali a quelli previsti dall'articolo 20.

ART. 22.

(Scuole professionali speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, per i disadattati che non sono in grado di proseguire gli studi superiori o di accedere ai normali istituti professionali,

sono istituite sezioni speciali presso i normali istituti professionali e, quando ciò non sia consigliabile, scuole professionali speciali.

La durata minima è di due anni e quella massima di sei.

A dette sezioni speciali e scuole professionali speciali accedono inoltre gli insufficienti mentali che hanno frequentato i corsi pre-professionali.

Per i soggetti di cui ai precedenti commi, la frequenza delle sezioni speciali e delle scuole professionali speciali rientra nell'obbligo scolastico.

I corsi pre-professionali di cui all'articolo 21 della presente legge sono parte integrante delle sezioni speciali presso scuole professionali normali e delle scuole professionali speciali.

Del consiglio di amministrazione delle scuole professionali speciali devono far parte rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e degli imprenditori nonché rappresentanti dei disadattati fisici e sensoriali e delle famiglie dei disadattati psichici.

Le scuole professionali speciali assicurano inoltre i servizi seguenti:

- a) orientamento professionale;
- b) qualificazione e riabilitazione anche nei confronti dei lavoratori invalidi;
- c) ricerche di mercato e analisi delle professioni.

Il calendario e l'orario scolastico sono uguali a quelli previsti dall'articolo 20.

ART. 23.

(Programmi e attrezzature dei corsi pre-professionali e delle scuole professionali speciali)

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i ministri della pubblica istruzione e della sanità e dell'assistenza sociale, sarà emanato, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, il programma dei corsi pre-professionali e della scuola professionale speciale.

Il programma dovrà essere indicativo e tale da assicurare:

a) la continuità del programma di cui all'articolo 19 della presente legge sia negli scopi educativi, con una maggiore accentuazione degli aspetti sociali, sia nel consolidamento della cultura di base;

b) le attività volte a sviluppare la padronanza corporale e l'abilità gestuale al fine dell'addestramento lavorativo:

c) la preparazione per l'inserimento nel lavoro normale e, ove ciò non sia possibile, la preparazione per l'avviamento ai laboratori protetti.

I corsi pre-professionali e la scuola professionale speciale devono essere dotati di attrezzature idonee allo svolgimento dei programmi.

ART. 24.

(Scuole presso istituzioni ospedaliere, oppure a domicilio)

Il provveditore agli studi, d'intesa con la direzione delle istituzioni ospedaliere, provvede alle istituzioni di classi o pluriclassi della scuola dell'obbligo per i minori ricoverati.

L'insegnamento sarà diretto, a seconda dei casi, allo svolgimento del programma o a tenere gli allievi aggiornati su parte del programma stesso.

Per i minori impediti nelle loro condizioni personali alla frequenza della scuola ordinaria o speciale dell'obbligo, il provveditore agli studi, d'intesa con il nucleo familiare, provvede a che sia loro impartito l'insegnamento a domicilio.

ART. 25.

(Inserimento nel lavoro normale).

L'inserimento nel lavoro viene ricercato dalle scuole professionali di cui all'articolo 22 della presente legge in collaborazione con gli uffici di collocamento al lavoro ed i servizi sociali di cui alla presente legge.

ART. 26.

(Laboratori protetti)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, i disadattati, le cui possibilità non permettono l'inserimento nel lavoro normale, sono avviati ai laboratori protetti.

I laboratori protetti esplicano attività lavorativa adatta alle possibilità dei soggetti e provvedono, ogni qualvolta ciò sia possibile, all'inserimento dei loro lavoratori nel lavoro normale. I laboratori protetti sono sottoposti alla vigilanza dell'ispettorato del lavoro e della commissione di cui all'articolo 28.

Ai lavoratori dei laboratori protetti si applicano integralmente le norme previdenziali, mutualistiche e infortunistiche degli operai delle aziende comuni.

Il lavoro dei laboratori protetti verrà assicurato con le consuete norme del lavoro comune.

Per assicurare la necessaria quantità di lavoro, è consentito, a richiesta dei laboratori protetti, che nelle gare degli enti pubblici e nei lavori a trattativa privata, essi vengano invitati e godano, a parità delle altre condizioni, di un diritto di priorità.

Le attività industriali e commerciali dei laboratori protetti sono esenti da ogni onere fiscale, ivi compresa l'IGE.

Ai lavoratori dei laboratori protetti viene corrisposto dal datore di lavoro un salario uguale a quello minimo dei lavoratori dell'industria.

Lo Stato è tenuto a corrispondere al datore di lavoro una differenza fra il salario versato e quello corrispondente al rendimento, in misura fissa, pari al 40 per cento del salario minimo delle rispettive categorie.

Nei laboratori protetti sono istituite sezioni per i disadattati gravissimi, presso le quali potranno essere svolte anche attività solo occupazionali.

Ai disadattati che per le loro condizioni non possono lasciare il domicilio, i laboratori protetti provvedono a fornire il lavoro e la attrezzatura a domicilio.

Lo Stato contribuisce alle spese per gli adattamenti delle attrezzature che devono essere modificate per poter essere utilizzate dai disadattati.

ART. 27.

(Barriere architettoniche)

Gli edifici pubblici o aperti al pubblico e le istituzioni pre-scolastiche, scolastiche e assistenziali di nuova edificazione devono essere costruiti in conformità alla circolare del Ministero dei lavori pubblici n. 4809 del 19 giugno 1968, relativa al rispetto delle norme sulle barriere architettoniche.

A quelli edificati o appaltati all'entrata in vigore della presente legge devono essere apportate le possibili varianti per uniformarli alle prescrizioni del comma precedente.

Gli istituti di nuova costruzione non dovranno superare i 200 posti.

Le norme di attuazione saranno emanate entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge dai ministri competenti.

ART. 28.

(Commissioni provinciali permanenti)

Gli accertamenti connessi ai precedenti articoli 25 e 26 sono eseguiti da commissioni provinciali permanenti la cui composizione sarà definita dalle norme regolamentari della presente legge.

Di ciascuna commissione dovrà far parte un rappresentante del servizio sociale del luogo in cui il soggetto risiede e un rappresentante di ciascuna delle seguenti categorie: associazioni dei disadattati fisici, associazioni dei disadattati sensoriali, associazioni delle famiglie dei disadattati psichici.

Le commissioni provinciali di cui al presente articolo esercitano la vigilanza sulle scuole pre-professionali e professionali speciali e sull'inserimento dei lavoratori disadattati nel lavoro normale e nei laboratori protetti.

Il Ministero del lavoro e della previdenza sociale esercita l'alta vigilanza sulle attività previste dal presente articolo.

CAPO III.

IMPUGNAZIONI.

ART. 29.

(Ricorsi alle Commissioni regionali permanenti)

Le decisioni di cui al precedente articolo possono essere impugnate dai soggetti, dagli esercenti la patria potestà, dai tutori e dai curatori mediante ricorso alle Commissioni regionali permanenti.

La composizione di dette commissioni sarà definita dalle norme regolamentari della presente legge. Di essi saranno chiamati a far parte i rappresentanti dei servizi e delle associazioni, secondo il disposto del primo capoverso dell'articolo precedente.

ART. 30.

(Ricorsi all'autorità giudiziaria)

Il soggetto che, ritenendosi in diritto, viene escluso dalle prestazioni di cui alla presente legge ovvero le riceve, ma senza il rispetto di quanto disposto dall'articolo 5, ultimo comma, può proporre ricorso davanti all'autorità giudiziaria.

TITOLO II
DELL'ORGANIZZAZIONE

CAPO I.

COMPETENZE DEGLI ORGANI DELL'ASSISTENZA
SOCIALE.

ART. 31.

(Istituzione della direzione generale della Assistenza sociale presso il Ministero della sanità)

È istituita presso il Ministero della sanità la direzione generale dell'Assistenza sociale.

Il Ministero della sanità assume quindi la nuova denominazione di « Ministero della sanità e dell'assistenza sociale ».

Alla direzione generale per l'Assistenza sociale sono attribuite le seguenti competenze:

a) definire l'indirizzo programmatico dell'assistenza sociale;

b) svolgere e promuovere ricerche per accertare i bisogni e le cause relative;

c) definire i livelli di efficienza, ai quali in materia di assistenza sociale devono attecnersi i comuni e i consorzi e le istituzioni di utilità sociale;

d) organizzare i servizi sociali per gli emigrati all'estero in situazione di bisogno;

e) emettere i provvedimenti relativi al riconoscimento giuridico delle istituzioni e associazioni di utilità sociale che esercitano, a livello interregionale e nazionale, attività in materia di assistenza sociale;

f) vigilare che gli enti gestori dei servizi sociali e delle istituzioni di utilità sociale adempiano le disposizioni della presente legge e quelle emanate dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

Al Ministero della sanità e dell'assistenza sociale sono vietate le prestazioni dirette in denaro o in natura o in servizi sociali, escluse quelle di cui alla lettera d) del presente articolo.

Con la trasformazione del Ministero della sanità in Ministero della sanità e dell'assistenza sociale decadono le attribuzioni in materia di assistenza e beneficenza della Presidenza del Consiglio dei ministri, degli altri Ministeri e degli organi da essi dipendenti: dette attribuzioni sono esercitate, nei limiti previsti dalla presente legge, dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

Al Ministero dell'interno sono conservati i servizi di primo intervento alle popolazioni colpite da pubbliche calamità.

ART. 32.

*(Articolazione regionale
dell'assistenza sociale)*

In relazione al disposto del precedente articolo vengono istituiti in ogni regione, come articolazione periferica del Ministero della sanità e dell'assistenza sociale, gli uffici regionali dell'assistenza sociale.

Agli uffici regionali dell'assistenza sociale sono affidati i seguenti compiti:

a) fornire al Ministero della sanità e dell'assistenza sociale i dati relativi alla situazione regionale;

b) svolgere ogni altra attività richiesta dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale. L'ufficio regionale dell'assistenza sociale è l'organo tecnico del commissario del Governo in materia di assistenza sociale;

c) amministrare i fondi stanziati dallo Stato per il settore dell'assistenza sociale e curarne l'assegnazione agli enti gestori.

ART. 33.

(Compiti delle Regioni)

Ogni consiglio regionale nomina l'assessore all'assistenza sociale.

Alle regioni sono affidate le seguenti competenze in materia di assistenza sociale:

a) emanazione di norme legislative nell'ambito della presente legge-quadro;

b) definizione degli indirizzi programmatici nell'ambito regionale;

c) coordinamento delle attività assistenziali svolte nell'ambito regionale;

d) esecuzione di ricerche per accertare i bisogni e le cause relative;

e) definizione di livelli di efficienza più favorevoli ai cittadini di quelli stabiliti ai sensi della lettera c) dell'articolo 31;

f) riconoscimento delle istituzioni e associazioni di utilità sociale che esercitano nel territorio regionale attività in materia di servizi sociali;

g) controllo sull'adempimento da parte degli enti gestori di servizi sociali e delle istituzioni di utilità sociale delle norme emanate dallo Stato e dalle regioni in materia di assistenza sociale;

h) organizzazione di corsi di aggiornamento del personale addetto all'assistenza sociale.

Alle regioni sono vietate:

- 1) l'emanazione di disposizioni in materia di beneficenza;
- 2) l'istituzione e il finanziamento di enti di qualsiasi natura;
- 3) le prestazioni in denaro o in natura o in servizi sociali ai cittadini.

ART. 34.

(Compiti delle province)

Alle province è affidata l'assistenza tecnica a favore degli enti gestori e delle istituzioni di utilità sociale.

È fatto per contro divieto di svolgere funzioni operative o istituire enti assistenziali.

ART. 35.

*(Compiti dei comuni
e dei consorzi tra comuni)*

Presso ogni comune con popolazione da 50.000 a 100.000 abitanti è istituita l'unità socio-assistenziale locale.

I comuni con popolazione inferiore ai 50.000 abitanti devono consorziarsi fra loro per istituire l'unità di cui al comma precedente, la quale ha sede nel comune che ha il maggior numero di abitanti ed eserciterà le funzioni su una popolazione che raggrupata non deve superare i 100.000 abitanti.

L'unità socio-assistenziale locale provvede alle prestazioni economiche temporanee e alla istituzione e gestione dei servizi di assistenza sociale.

Gli uffici dell'unità socio-assistenziale locale sono diretti dall'assessore all'assistenza sociale e, nel caso di consorzio, dalla persona designata dall'assemblea dei sindaci.

Il coordinamento degli uffici e delle attività relative è affidato ad un capo divisione, la cui qualifica professionale sarà precisata con decreto del Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

I comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti sono ripartiti in zone territoriali aventi ciascuna almeno 50.000 abitanti.

I servizi sociali comunali o consortili provvedono entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, alla prevenzione di cui all'articolo 7, al ricevimento delle segnalazioni di cui all'articolo 8, al reperimento organizzato di cui all'articolo 9, all'istituzione e al funzionamento dei servizi diagnostici e di trattamento di cui all'articolo 10 ed ai trattamenti di cui agli articoli 11 (affidamenti adottivi ed educativi), 12 (accoglimento in istituto) e 15 della presente legge (trattamenti

abilitativi e riabilitativi) e all'erogazione delle prestazioni economiche temporanee di cui all'articolo 6.

I servizi comunali e consortili, provvedono altresì alle destinazioni di cui agli articoli 17, 18, 20, 21, 22 (istituzioni pre-scolastiche, scolastiche e professionali), 26 (laboratori protetti) e collaborano agli inserimenti di cui agli articoli 16, 24, 25.

Per le prestazioni, esclusi l'accertamento e l'erogazione delle prestazioni economiche, i comuni e i consorzi fra comuni possono ricorrere alle istituzioni di utilità sociale che rispondono ai livelli di efficienza stabiliti dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e dalle regioni.

Le rette sono corrisposte in base alle norme regolamentari della presente legge.

ART. 36.

(Competenze del Ministero della pubblica istruzione)

Nulla è innovato circa la competenza del Ministero della pubblica istruzione per quanto concerne le istituzioni pre-scolastiche, scolastiche e professionali.

L'osservanza dell'obbligo scolastico deve essere assicurata nelle forme previste dalla presente legge a tutti i soggetti, indipendentemente dall'entità e dalla natura della menomazione psico-fisica o del disadattamento.

ART. 37.

(Trasferimenti delle competenze)

Le competenze attuali degli enti e degli organi della pubblica amministrazione in materia di interventi a favore degli impediti fisici, psichici, sensoriali e dei disadattati sociali sono trasferite agli organi previsti dalla presente legge.

Gli enti che svolgono attualmente solo le attività trasferite ai sensi del comma precedente, sono soppressi, nei modi e nei termini previsti dal successivo articolo 54.

CAPO II.

SERVIZI SOCIALI.

ART. 38.

(Struttura dei servizi sociali)

I servizi sociali sono l'organo tecnico con cui l'unità socio-assistenziale provvede all'assistenza sociale nei casi di sua competenza.

in base alle norme vigenti e alle disposizioni della presente legge.

I servizi sociali sono strutturati in modo da poter trattare tutti i casi assistenziali di competenza dell'unità socio-assistenziale.

I servizi sociali operano in gruppi di lavoro (*équipe*) con piena parità, sul piano tecnico, dei singoli operatori e con la ricerca di soluzioni concordate e coordinate.

Le conclusioni dei gruppi di lavoro sono sottoscritte da tutti i componenti.

Per ciascun gruppo viene designato un responsabile sul piano amministrativo.

ART. 39.

(Creazione e funzionamento delle istituzioni e degli istituti)

Le unità socio-assistenziali assicurano che nel loro territorio operino le istituzioni pre-scolastiche, professionali, i laboratori protetti e gli istituti previsti dal piano approvato dalla regione e conformi alle disposizioni della presente legge e ai livelli di efficienza che saranno stabiliti dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e dalle regioni, ai sensi dell'articolo 31 lettera c) e dell'articolo 33 lettera e).

Le istituzioni pre-scolastiche e scolastiche possono essere statali o private come dalle vigenti disposizioni.

Le scuole pre-professionali e professionali speciali e i laboratori protetti possono essere costituiti e gestiti dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, dalle unità socio-assistenziali locali e da istituzioni pubbliche o private di utilità sociale di cui all'articolo 42.

Gli istituti possono essere costituiti e gestiti dalle unità socio-assistenziali locali e da istituzioni e associazioni pubbliche o private di utilità sociale.

Gli istituti devono fornire almeno trimestralmente al servizio sociale competente notizie sui soggetti accolti, i trattamenti effettuati e su ogni altro elemento richiesto.

Il servizio sociale può prendere visione delle cartelle personali che devono essere tenute aggiornate dagli istituti.

L'utilizzazione degli istituti, delle istituzioni e delle associazioni pubbliche o private di utilità sociale avviene previa stipulazione di convenzioni con l'unità socio-assistenziale sociale interessate.

La convenzione è soggetta all'approvazione della regione.

ART. 40.

(Comitati consultivi)

Sono istituiti:

a) presso il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale il comitato consultivo nazionale dell'assistenza sociale;

b) presso ciascuna regione, il comitato consultivo regionale dell'assistenza sociale.

Dei comitati devono fare parte rappresentanti delle categorie indicate dal secondo comma dell'articolo 28, rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro, rappresentanti dei Ministeri che hanno le competenze previste dalla presente legge e i rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni di utilità sociale.

ART. 41.

(Istituzioni pubbliche ed ecclesiastiche)

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che non rientrano nelle previsioni dell'articolo 3 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sono devolute di diritto ai comuni in cui hanno la loro sede operativa.

Salva la vigilanza spettante al Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e alle regioni, nulla è innovato in quanto concerne il regime giuridico amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, purché essi soddisfino i livelli di efficienza stabiliti dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e dalle regioni.

ART. 42.

(Istituzioni ed associazioni di utilità sociale)

Sono istituzioni di utilità sociale gli ambulatori idonei al trattamento, i focolari, i pensionati, gli istituti, i centri di addestramento, di abilitazione e riabilitazione, i laboratori protetti e gli altri centri che svolgono attività di assistenza sociale.

Le istituzioni di cui al comma precedente possono anche essere di iniziativa privata purché abbiano personale, locali ed attrezzature conformi ai livelli di efficienza stabiliti dal Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e dalle regioni.

Sono associazioni di utilità sociale le associazioni e federazioni fra associazioni di utenti dell'assistenza sociale e di loro familiari o di esperti o di persone interessate ai problemi dell'assistenza sociale.

Le associazioni non possono essere riconosciute di utilità sociale se non dopo aver svolto per almeno tre anni attività dirette allo studio dei problemi assistenziali o alla ricerca delle situazioni e delle condizioni di incapacità o alla promozione di servizi sociali.

Le associazioni di utilità sociale possono costituirsi parte civile in tutti i giudizi riguardanti reati commessi ai danni di qualsiasi minore o incapace.

Il riconoscimento dell'erezione in istituzione o associazione di utilità sociale avviene mediante decreto rispettivamente del Presidente della Repubblica o del presidente della giunta regionale a seconda che l'istituzione operi sul piano nazionale o internazionale ovvero su quello della regione.

ART. 43.

(Registri delle istituzioni e delle associazioni di utilità sociale)

È istituito, presso ogni assessorato regionale all'assistenza sociale, il registro regionale delle istituzioni ed associazioni di utilità sociale.

Sono iscritte in tale registro tutte le istituzioni ed associazioni di utilità sociale riconosciute dalla regione.

L'iscrizione avviene a cura della regione ed è contemporanea alla promulgazione del decreto di erezione.

È istituito presso il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale il registro nazionale delle istituzioni ed associazioni di utilità sociale, riconosciute con decreto del Presidente della Repubblica.

Il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale provvede a far iscrivere le istituzioni e le associazioni operanti nell'ambito nazionale all'atto della promulgazione del decreto di erezione.

Oltre alla vigilanza dei servizi sociali comunali o consortili, l'organo che ha provveduto al riconoscimento delle istituzioni di utilità sociale, deve provvedere almeno ogni tre mesi a controllarne l'attività e il funzionamento mediante sopralluogo.

ART. 44.

(Cessazione totale o parziale delle attività di istituzioni o associazioni)

Il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e l'assessorato regionale all'assistenza sociale, il primo per le istituzioni ed associa-

zioni iscritte nel registro nazionale, il secondo per le istituzioni ed associazioni iscritte nel registro regionale, possono disporre d'ufficio la cessazione parziale dell'attività o la soppressione delle istituzioni ed associazioni di utilità sociale quando ne viene constatato il cattivo funzionamento o l'inosservanza dei fini statutari o la violazione delle norme di legge o l'inadempienza degli obblighi assistenziali.

Nei casi sopra previsti, il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e l'assessore regionale all'assistenza sociale possono preventivamente disporre la nomina di un commissario, il quale resta in carica per un periodo non superiore a dodici mesi.

ART. 45.

(Inventari e bilanci)

Le amministrazioni delle istituzioni ed associazioni di utilità sociale devono tenere un esatto ed aggiornato inventario di tutti i beni mobili ed immobili ed uno stato patrimoniale dei diritti, crediti, debiti, ed obbligazioni, coi titoli relativi.

ART. 46.

(Rette assistenziali)

Nelle convenzioni stipulate fra l'unità socio-assistenziale locale e le istituzioni di utilità sociale, la retta giornaliera deve essere calcolata in misura che tenga conto di tutte le spese necessarie per il mantenimento, il vestiario, i servizi assistenziali o di ogni altro onere.

Le rette devono essere versate entro 90 giorni dalla scadenza del periodo a cui si riferiscono. In caso di ritardo, le istituzioni di utilità sociale hanno diritto agli interessi legali.

Le unità socio-assistenziali locali non possono versare alle istituzioni di utilità sociale alcuna somma al di fuori delle rette previste dalle convenzioni.

La retta deve essere uguale per tutte le istituzioni di utilità sociale che operano nel territorio della medesima unità socio-assistenziale locale e che forniscono uguali prestazioni assistenziali.

Le unità socio-assistenziali locali inviano per parere entro il 31 dicembre di ogni anno all'ufficio regionale del Ministero della sanità e dell'assistenza sociale e al comitato consul-

tivo regionale dell'assistenza sociale, le tabelle delle rette differenziate in base alla qualità delle prestazioni.

La regione può erogare alle istituzioni di utilità sociale, che operano nel territorio di loro competenza, incentivi per la trasformazione o creazione di nuovi istituti, ambulatori, scuole o altri servizi.

CAPO III.

PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI.

ART. 47.

(Istituzione dei ruoli organici dell'assistenza sociale presso il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale)

Il Governo è delegato ad emanare, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro della sanità e dell'assistenza sociale, le norme di istituzione dei ruoli organici del personale appartenente alla Direzione generale dell'assistenza sociale istituita presso il Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

ART. 48.

(Norme sul personale)

I funzionari della carriera direttiva della Direzione generale dell'assistenza sociale, degli assessorati regionali, provinciali e comunali all'assistenza sociale e delle unità assistenziali sociali sono scelti esclusivamente fra coloro che, funzionari rispettivamente dello Stato, delle regioni, della provincia e dei comuni, o provenienti dagli enti assistenziali in genere e da quelli di cui all'articolo 54, o persone ammesse per concorso, siano in possesso di uno dei seguenti titoli: laurea in giurisprudenza, scienze politiche, scienze sociali, medicina, pedagogia, psicologia, sociologia, e di titolo di studio equipollente rilasciato dalle scuole di servizio sociale o di formazione di educatori specializzati.

I funzionari aventi funzioni direttive presso la Direzione generale dell'assistenza sociale, gli assessorati regionali, provinciali e comunali all'assistenza sociale e l'unità socio-assistenziale locale devono seguire, almeno ogni due anni, corsi di aggiornamento della durata minima di cinquanta ore effettive.

I corsi di cui al comma precedente sono organizzati dalle regioni.

ART. 49.

(Personale operativo)

Il personale delle unità socio-assistenziali locali e delle istituzioni di utilità sociale in rapporto alle varie esigenze è così costituito:

- a) pedagogisti;
- b) educatori ad insegnanti specializzati, sia in riferimento allo specifico tipo di disadattamento, sia in relazione alla particolare materia o attività (in particolare, educazione fisica specializzata, lavoro manuale, musica e canto), sia in rapporto ai vari ordini di scuola;
- c) medici nelle varie specializzazioni;
- d) psicologi;
- e) assistenti sociali;
- f) assistenti sanitarie visitatrici;
- g) fisioterapisti;
- h) logopedisti;
- i) ortottici;
- l) maestri di lavoro specializzati;
- m) orientatori professionali;
- n) infermieri;
- o) ausiliarie familiari.

Il personale su indicato è integrato dall'altro personale specializzato necessario.

Il personale, non in servizio all'entrata in vigore della presente legge presso enti ed organi pubblici, viene assunto dagli enti pubblici mediante pubblico concorso.

ART. 50.

(Scuole di preparazione del personale)

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della pubblica istruzione di concerto con i Ministri della sanità e dell'assistenza sociale e del lavoro e della previdenza sociale, emanerà il decreto per l'istituzione in ogni capoluogo di regione ed in collegamento con i centri universitari delle scuole previste dalla presente legge non contemplate dalle leggi in vigore, nonché dei corsi per l'aggiornamento del personale e per il riconoscimento delle qualifiche non ancora riconosciute.

TITOLO III.

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 51.

(Finanziamenti)

Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge provvedono:

i Ministeri della sanità e dell'assistenza sociale, della pubblica istruzione, del lavoro

e della previdenza sociale, con i fondi che saranno stanziati negli stati di previsione delle spese dei suddetti Ministeri per gli esercizi finanziari successivi e quello dell'approvazione della presente legge;

le regioni con mezzi propri;

i comuni con mezzi propri e con quelli che verranno loro erogati dai Ministeri competenti e dalle regioni.

ART. 52.

(Delega al Governo per l'istituzione della Direzione generale dell'assistenza sociale)

Il Governo è delegato ad emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge le norme per l'istituzione e la strutturazione della Direzione generale dell'assistenza sociale in seno al Ministero della sanità e dell'assistenza sociale.

ART. 53.

(Regolamenti di attuazione)

Con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità e dell'assistenza sociale, sarà emanato il regolamento di attuazione della presente legge entro due anni dalla sua entrata in vigore.

ART. 54.

(Soppressione degli enti assistenziali)

Con decreti del Presidente della Repubblica su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri di concerto con il Ministro della sanità e dell'assistenza sociale, entro tre anni dalla promulgazione della presente legge, saranno successivamente soppressi gli enti pubblici che svolgono, a qualsiasi titolo, attività di assistenza sociale. Il relativo personale sarà assorbito dai nuovi uffici.

Qualora tali enti svolgano anche attività di altra natura verranno sottratte alla loro competenza le sole attività di assistenza sociale, che saranno trasferite agli organi previsti dalla presente legge.

Le province e gli enti sopprimendi continueranno a svolgere le loro attività in materia di assistenza sociale fino all'emanazione del decreto di cui al primo comma del presente articolo.

ART. 55.

(Prestazioni più favorevoli)

Per i primi cinque anni di applicazione della presente legge sono conservate le norme di legge in vigore che siano per i cittadini aventi diritto più favorevoli di quelle previste negli articoli precedenti.

ART. 56.

(Onerosità e gratuità delle prestazioni)

La regione emanerà apposite norme per indicare quali prestazioni dovranno essere eseguite onerosamente e per fissare il livello economico entro il quale i soggetti e il loro nucleo familiare hanno diritto all'esonero dal pagamento di qualsiasi corrispettivo.

ART. 57.

(Organi che svolgono i compiti delle regioni non costituite)

Ove non costituite, i compiti delle regioni in materia di assistenza sociale sono affidati alle amministrazioni provinciali territorialmente interessate.

ART. 58.

(Norme abrogate)

Sono abrogate le disposizioni contrarie a quelle della presente legge.

ART. 59.

(Entrata in vigore della legge)

La presente legge entra in vigore 60 giorni dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica.