

CAMERA DEI DEPUTATI N. 194

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ARMELLIN, GARAVAGLIA, LUSSIGNOLI, SANESE, QUARENGHI, BALESTRACCI, BALZARDI, BAMBI, BERNARDI GUIDO, BIANCHI, BONFERRONI, CACCIA, CARLOTTO, CARRUS, CASATI, CASINI PIERFERDINANDO, COLONI, DAL MASO, FALCIER, FERRARI SILVESTRO, FIORI, FOSCHI, IANNIELLO, LA PENNA, MALVESTIO, MANCINI VINCENZO, MELELEO, MEMMI, MENEGHETTI, MICHELI, MONFREDI, MONGIELLO, NENNA D'ANTONIO, NICOTRA, ORSENIGO, PASQUALIN, PATRIA, PERUGINI, PORTATADINO, QUIETI, RABINO, RICCIUTI, RIGHI, RINALDI, ROCELLI, RUSSO FERDINANDO, RUSSO GIUSEPPE, RUSSO RAFFAELE, RUSSO VINCENZO, SARETTA, SAVIO, SCAIOLA, SENALDI, SILVESTRI, SINESIO, STEGAGNINI, URSO, VISCARDI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZOPPI, ZUECH

Presentata il 19 luglio 1983

Norme concernenti l'assistenza e l'integrazione sociale alle persone handicappate

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nel presentare la presente proposta di legge, si vuole evidenziare che la stessa rappresenta in larghissima parte, salvo alcune non sostanziali modifiche, il risultato di un lungo e paziente lavoro del Comitato ristretto, espressione delle Commissioni congiunte affari interni ed igiene e sanità della Camera, costituito nella scorsa legislatura e che ha preso in esame, per la stesura di un testo unificato, le proposte di legge presentate dagli onorevoli Belussi, Molineri e Gianni. Si vuole fare questo richiamo per ribadire da un lato l'urgenza di approvare un provvedimento di cui da vari anni si avverte la necessità, e per sottolineare dall'altro come la materia, che con la proposta si vuole regolamentare, è stata oggetto di approfondito esame e di puntuale confronto tra le varie forze politiche che, salvo per alcuni punti, quale ad esempio la delega al Governo per

quanto concerne il riordinamento delle prestazioni economiche, hanno trovato larga convergenza sul testo che viene ora presentato.

Significato della materia e quadro normativo.

La materia che concerne, in senso esteso, la complessa questione degli *handicaps* meriterebbe una lunga disamina a partire dal termine stesso di handicap che è alquanto vago ed ambiguo.

È tuttavia certo che negli ultimi dieci anni è iniziato e si è svolto un ampio dibattito europeo e quindi anche italiano attorno a questo tema; ciò ha portato perlomeno a prendere coscienza che il numero delle persone affette, in diverso grado, da esiti di minorazione di varia natura è molto elevato ed oscilla dal 5 al 9 per cento della popolazione. Si deve

ricordare che circa l'1,5 per cento di tale percentuale si riferisce a soggetti compromessi in misura grave o gravissima soprattutto per la compresenza di varie minorazioni.

Molti fattori stanno alla base di un così alto numero di handicappati: la medicina consente oggi la sopravvivenza di individui condannati, un tempo, a decesso precoce; le condizioni della civiltà moderna (urbanizzazione, tecnologizzazione delle operazioni della vita quotidiana) mettono a nudo deficit che, nel passato, avevano un minor peso relativo, ecc. Inoltre vi è stato, negli ultimi decenni, un notevole sviluppo della riabilitazione e ciò ha reso necessario studiare il modo più adeguato per dare a ciascuno almeno l'opportunità di un miglioramento.

Tutti questi elementi hanno posto la questione degli handicaps in primo piano nella società civile ed hanno contribuito a dar vita ad una lunga serie di misure legislative e di iniziative spesso valide, ma altrettanto spesso caratterizzata da una generica buona volontà di stabilire principi generali troppo globali per risultare concretamente utili sul piano della pratica attuazione.

Alcuni strumenti giuridici (citiamo per tutti la « Dichiarazione dei diritti degli handicappati » dell'ONU e la « Integrazione economica, sociale e professionale degli handicappati » della CEE) rivendicano diritti e ribadiscono principi certamente giusti ma che, per diventare criteri operativi, richiedono i necessari adattamenti normativi alle varie realtà sia nazionali che locali, oltre che, beninteso, all'analisi concreta della multiforme e poliedrica realtà clinica delle varie tipologie.

Questi documenti sono nondimeno necessari sul piano etico-politico e riflettono lo stadio di maturazione dell'opinione pubblica al riguardo.

Anche la legislazione italiana in merito è ormai vasta e complessa, prendendo le mosse dalla Costituzione, tenendo presenti i principi che demandano molte competenze alle Regioni ed accettando il pluralismo assistenziale ancora recente-

mente sancito dalla Corte costituzionale (Sentenze n. 173 e 174 del luglio 1981). Le principali norme nazionali, in mancanza di una legge quadro, riguardano la questione dell'integrazione scolastica (legge 4 aprile 1977, n. 517), la normativa generale sancita dalla legge 30 marzo 1971, n. 118, (ormai superata come dispositivo), il collocamento obbligatorio (legge 2 aprile 1968, n. 482), le indennità di accompagnamento e la rimozione delle barriere architettoniche (decreto del Presidente della Repubblica del 27 aprile 1978, n. 384).

La legislazione nazionale è integrata da numerosi leggi regionali che costituiscono un insieme molto complesso da analizzare in quanto riflette situazioni, tradizioni, orientamenti e soluzioni particolari qualche volta tra loro non comparabili.

In occasione dell'Anno internazionale dell'handicappato, ha lavorato presso il Ministero della sanità un'apposita Commissione che ha auspicato una serie di provvidenze tanto interessanti e giuste quanto parcellari. Lo stesso carattere di parziale frammentarietà connota molte proposte presentate ai due rami del Parlamento.

In conclusione, è possibile affermare che la legislazione in materia è assai ricca e vivace, ma frammentaria, spesso settoriale e, come tale, ancora lontana dal costituirsi come un organico riferimento. Occorre anche tener conto delle competenze previste, in questo campo, dalla riforma sanitaria.

Motivo della proposta.

Il settore in esame spicca per alcuni tratti contrastanti che peraltro sono un carattere irriducibile di questo ambito: multiformità di situazioni, complessa commistione di individuale e sociale, rivendicazioni settoriali, intersezione di momenti operativi e di bisogni diversi (ad esempio, sanitario-assistenziali) sono nodi ontologici del mondo dell'handicap.

Si tratta di realtà che occorre considerare per ciò che sono e che, in buona misura, è arduo unificare forzatamente.

Un disegno di legge, di cui si avverte la necessità, può proporsi come sintesi di principi sui quali esista un sostanziale accordo ed ai quali fare riferimento in una prospettiva che rispetti le singole realtà locali.

In tal modo si può presumere di superare le difformità tuttora esistenti in questo campo, di vedere rispettati quantomeno gli standards minimi; di stabilire un razionale coordinamento tra le strutture deputate a rispondere ai bisogni.

Su queste basi sarà possibile avviare la crescita del processo operativo, sia sotto il profilo organizzativo che tecnico e sociale.

I principi fondamentali.

Fatti salvi alcuni orientamenti e le relative dichiarazioni generali, sui quali è perfino ovvio trovarsi d'accordo, è necessario scendere sul piano della concretezza per esaminare la realtà della persona affetta da minorazione e, di conseguenza, da una condizione di handicap.

In questa prima definizione è già contenuto il concetto che la condizione di handicappato è sempre una conseguenza complessa di una precedente situazione di malattia e di minorazione; su questo punto è necessario concordare con i criteri stabiliti recentemente in un apposito manuale dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Ne deriva che, soprattutto in fase iniziale ma anche nelle epoche successive, la dimensione riabilitativa ha un ruolo centrale e fondamentale.

Questa affermazione, lungi dall'indurre una medicalizzazione del problema, mira a far prendere atto dei bisogni effettivi ai quali si deve rispondere; rientrano in questo ambito, ad esempio, tutti i cosiddetti interventi di mantenimento che hanno il compito di assicurare la tenuta dei risultati raggiunti nonché quello, non meno importante, di evitare il rischio sempre immanente di decadimento e di regressione. Si tratta di un esempio che dimostra quanto la dimensione clinica sia centrale in questa tematica.

Non possiamo ignorare che se la filosofia del lavoro riabilitativo ed abilitativo con l'handicappato muovesse dall'analisi degli effettivi bisogni, sarebbe relativamente facile individuare una gamma di soluzioni razionali capaci di dare risposte adeguate ed omogenee.

Aspetti quali la prevenzione (che non può essere identificata con il solo criterio di prevenzione primaria per il quale la scienza contemporanea si trova in difficoltà) non possono prescindere da un momento iniziale che è, in larga misura, di natura clinica e che costituisce una pregiudiziale nei confronti delle successive strategie di abilitazione sociale.

Si tratta dello stadio, non soltanto cronologico, in cui si ha la massima intersezione con l'ambito sanitario.

Si consideri che attualmente non sono rispettate, sotto il profilo riabilitativo, le condizioni di una standardizzazione minima, questa è una delle principali ragioni che inducono gli utenti e le loro famiglie, o le loro associazioni, a difendere il più piccolo privilegio settoriale.

Tale situazione, via via sempre più pesante col crescere dei fabbisogni i quali concernono progressivamente, con l'età, ambiti più vasti, determina la ricerca di soluzioni spesso poco idonee al benessere ed alla felicità della persona handicappata; il numero dei ricoveri, sul quale da tempo si polemizza, e l'ancor maggiore numero di richieste in questo senso è, in parte, proporzionale alla mancanza di risposte tempestive e corrette.

L'analisi dei bisogni impone la necessità di una gamma di soluzioni differenziate attraverso programmi che debbono essere fondati su un solo principio generale: dare ad ogni caso la risposta conforme alle proprie necessità.

Il primo punto della filosofia normativa di questo settore si configura quindi come la necessità di dotare il territorio di una pluralità di risposte dialettiche, a partire dalla dimensione riabilitativa per estendersi ad ogni altra eventuale; tra questi provvedimenti, alcuni possono essere privilegiati in una politica a lungo termine, ma nessuno deve essere assente.

Questa considerazione porta a ricordare che il problema della persona handicappata deve essere valutato anche in termini di oneri e disponibilità familiari: si tratta di un'ottica sociale che non può venire disattesa. Accade frequentemente, ad esempio, che un quadro clinicamente non troppo grave sia invece grave sul piano microsociale.

L'invecchiamento della coppia genitoriale, il naturale dissolversi del nucleo familiare di origine, i problemi dei fratelli possono costituire altrettanti fattori di aggravamento microsociale dei quali occorre tenere conto a priori nella programmazione dei servizi.

Provvedimenti peraltro necessari, come l'abbattimento delle barriere architettoniche o l'auspicata integrazione lavorativa, non possono risolvere ogni situazione.

Gli interventi di ordine sociale richiedono, a loro volta, un ampio arco di possibilità: la lotta contro le situazioni emarginanti deve infatti essere condotta sia favorendo la massima integrazione sociale, sia prefigurando soluzioni dignitose anche per coloro che non sono in grado di vivere un'assistenza continua. Per costoro, anzi, le soluzioni di mantenimento del livello raggiunto diventano ancor più complicate ed onerose.

Un progetto di legge nazionale ha perciò l'obbligo di prevedere:

1) l'esistenza, sia pure a livelli inizialmente minimi di standardizzazione, di una vasta gamma di provvidenze necessarie dal punto di vista riabilitativo, abilitativo e sociale;

2) un coordinamento dinamico tra i suddetti servizi;

3) nel tempo ed a seconda delle singole situazioni locali, una scala di priorità nella progressiva realizzazione del progetto.

Va ricordato che provvedimenti parziali, sia pure dettati per fronteggiare richieste lecite e giuste, ma svincolati da un piano generale di sviluppo, aumentano il problema della frammentazione e della settorialità.

La suddetta scala di priorità non si attua unicamente nella realizzazione di servizi, ma anche nel livello della loro articolazione: l'obbiettivo della integrazione sociale, ad esempio, pur dovendo essere perseguito *ab initio*, non può avere luogo senza il raggiungimento del massimo sviluppo di abilità, capacità e competenze individuali.

Questo assunto, abbastanza facilmente intuibile, trova molti ostacoli quando si tratta di minorazioni psichiche per le quali spesso ci si rifà ad una pretesa antinomia tra riabilitazione e socializzazione, dimenticando che raramente questa ha luogo senza quella.

Ottimi principi generali espressi in questo ambito rischiano talora di venire vanificati da un eccesso di teorizzazione pseudosociologica e retorica.

Le agenzie di socializzazione.

Atteso che il fine principale di ogni intervento sulla persona handicappata è il raggiungimento di un equilibrio sufficiente a vivere una esistenza dignitosa, il fine che viene subito dopo è certamente quello della massima integrazione sociale.

Traendo dalla sociologia un'espressione classica di questa disciplina, definiamo « agenzie di socializzazione » per antonomasia la scuola ed il mondo del lavoro.

Il problema della scuola in rapporto alle condizioni di *handicap* non è stato completamente risolto dalle leggi che sanciscono l'integrazione dell'alunno o dello studente handicappato nella scuola normale.

Persiste una serie di nodi tecnico-operativi che non riguardano soltanto i casi gravi, ma anche e soprattutto i cosiddetti « casi complessi », ossia quei soggetti in cui l'apporto scolastico deve essere filtrato ed amplificato da specifiche tecnologie riabilitative.

Il numero di questi casi non è indifferente e non si può affermare che sotto questo profilo, non esistano situazioni molto difficili. La stessa considerazione vale per la formazione professionale degli

handicappati il cui studio è ancora in una fase iniziale (ciò vale anche in campo internazionale).

Scuole di ogni ordine e tipo debbono essere congruamente aiutate ad affrontare nel migliore dei modi questi importanti temi e la considerazione rimanda alla complessa normativa, in massima parte ancora costituenda, circa la formazione degli operatori.

Questo aspetto, come tutti gli altri, induce a ritenerci in uno stadio ampiamente sperimentale nel quale l'esistenza di normative generali non deve mortificare alcuna iniziativa; il « privato », in questo campo, non deve sussistere unicamente a scopo suppletivo e temporaneo, ma sviluppare anche, con le proprie energie, iniziative che debbono essere correttamente utilizzate e diffuse. La questione si pone eventualmente come necessità di elaborare una adeguata normativa di controllo che comprenda anche gli opportuni incentivi laddove questi siano utili e giusti.

La ricerca.

È stato detto che la questione degli *handicaps* è emersa in tutta la sua importanza a seguito di un processo innovativo nato sulla base di ricerche un po' in ogni settore di questo ampio campo. Ricordiamo, in particolare, le ricerche in ambito riabilitativo, biologico, psicodinamico e

sociale che hanno dato avvio all'attuale interesse per un ambito troppo a lungo delegato a forme antiquate di assistenza.

A tale ricerca deve quindi essere devoluta la mansione di completare, via via nel tempo, i progetti legislativi: se questi infatti dovessero essere concepiti come una forma chiusa, in breve periodo andrebbero incontro ad una sclerosi che li renderebbe fatalmente non contrattuali nei confronti della realtà. Rammentiamo che il nostro Paese dedica alla ricerca risorse insufficienti e ciò accade, in modo ancor più evidente, per il settore degli *handicaps*.

Se ci si permette un'espressione corrente, si può dire che occorre « pensare in grande » per ottenere i risultati sperati. Nessun campo tuttavia come quello della ricerca richiede una sorveglianza attenta insieme ad una grande elasticità; reperimento di poli di ricerca qualificati, sostegno degli sforzi meritevoli, adeguati collegamenti con le sedi istituzionali in cui la ricerca viene programmata sono pregiudiziali assolute per un lavoro tecnico-sociale all'altezza dei tempi.

Il cittadino handicappato rappresenta un banco di prova per la valutazione del livello raggiunto dalla società; alla politica spetta il compito di guidare l'impegno che nasce in sedi molteplici e che, in questo settore più che in altri, è espressione della maturità sociale acquisita dall'intera comunità.

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità della legge).

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

ART. 2.

(Definizione dei soggetti aventi diritto).

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

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

1) mancanza di autonomia motoria o motricità incontrollata;

2) mancanza di capacità di comunicazione verbale o sordità grave prelinguale;

3) mancanza di capacità visiva.

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

ART. 3.

(Principi generali per la tutela dei cittadini handicappati).

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

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

2) assicurare l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, in forme qualificate che permettano nel più breve tempo possibile il massimo recupero consentito dal livello di conoscenze scientifiche e delle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento dell'handicappato nel proprio ambiente familiare e sociale, il suo inserimento, integrazione e partecipazione alla vita sociale;

3) prevedere ed assicurare l'intesa e la collaborazione attiva dell'handicappato e della famiglia nella scelta e nella attuazione degli interventi e il coinvolgimento della comunità;

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

5) assicurare ai cittadini portatori di *handicaps* e, occorrendo, ai loro nuclei familiari, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici per

consentire il massimo di autonomia, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento dei fini di cui sopra;

6) promuovere le iniziative sistematiche di sensibilizzazione e garantire la partecipazione delle formazioni sociali, enti ed associazioni atte a favorire la prevenzione degli *handicaps*, la cura, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito.

7) garantire agli utenti e agli operatori idonee forme di controllo e di partecipazione alla gestione dei servizi.

ART. 4.

(Prevenzione e diagnosi precoce).

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

Le regioni entro sei mesi dalla approvazione della presente legge dettano norme affinché i comuni singoli o associati, attraverso le unità sanitarie locali, assicurino:

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

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

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

4) la diagnosi prenatale precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di *handicaps* fisici, psichici e sensoriali e di neuromotulesioni; il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e terapia di eventuali patologie complicanti le gravidanze e la prevenzione delle loro conse-

guenze; la assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;

5) la generalizzazione, nel periodo neonatale, di tutti gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malattie metaboliche e malformazioni ed endocrinopatie congenite; la generalizzazione dei controlli sul neonato entro l'ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto e il nono mese e al compimento del primo e terzo anno di vita nonché la generalizzazione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età prepuberale;

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

ART. 5.

(Cura e riabilitazione).

Le regioni entro sei mesi dalla approvazione della presente legge, dettano norme affinché comuni singoli o associati, attraverso le unità sanitarie locali, nelle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate assicurino:

1) la terapia e la riabilitazione precoce delle persone colpite da *handicaps*;

2) l'assistenza riabilitativa ambulatoriale ed extra-ambulatoriale anche a domicilio e, quando occorra, a carattere diurno e residenziale, per l'educazione psicomotoria, per la fisiokinesiterapia, per la logopedia e per il recupero funzionale degli handicappati fisici, psichici e sensoriali;

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

ART. 6.

(*Inserimento e integrazione sociale*).

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

1) interventi a sostegno del soggetto handicappato e del nucleo familiare in cui è inserito, di carattere socio-psicopedagogico, di aiuto domestico e infermieristico ed eventualmente di tipo economico;

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

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

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

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

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

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

8) istituzione dei centri socio-educativi a carattere diurno o residenziali, anche come servizio di emergenza, inseriti nella comunità in rapporto dinamico con

la stessa, destinati a soggetti handicappati che abbisognano di una specifica e continua assistenza, con particolare riferimento agli handicappati gravi ultra quattordicenni che, a causa delle loro condizioni, non sono in grado di essere inseriti nel mondo del lavoro.

Le regioni dettano altresì norme affinché tutti gli interventi sopra indicati siano sottoposti a periodici controlli per verificare la rispondenza alla effettiva situazione di bisogno dei soggetti handicappati.

ART. 7.

(Servizi di aiuto personale).

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

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

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

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

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

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

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

Entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni determinano con propria legge i criteri relativi alla istituzione, funzionamento dei servizi di aiuto personale.

Nella definizione dei criteri, le regioni:

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

b) definiscono le modalità di recupero parziale dell'indennità di accompagnamento prevista dallo Stato, da parte dei comuni singoli o associati che provvedono, d'intesa con i soggetti interessati, a fornire gli interventi necessari per l'accompagnamento e per il compimento degli atti quotidiani della vita, di cui al terzo comma del presente articolo.

ART. 8.

(Istruzione prescolastica e scolastica).

Nell'ambito delle competenze dello Stato, delle regioni, dei comuni, la frequenza dei normali servizi prescolastici e della scuola dell'obbligo da parte dei portatori di *handicaps* va sostenuta mediante:

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

b) la dotazione degli stessi servizi con attrezzature tecniche e sussidi didat-

tici che consentano di soddisfare le esigenze di una proficua ed integrata permanenza;

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

d) l'adozione da parte dei suddetti servizi di speciali programmi educativo-formativo per gli handicappati gravi, allo scopo di favorire la socializzazione ed il raggiungimento del massimo di autonomia possibile mediante le stimolazioni offerte dalla integrazione con gli altri alunni;

e) il prolungamento, previo parere conforme dei servizi dell'unità sanitaria locale, per un massimo di un anno, dei limiti di età di norma previsti per l'accesso e la permanenza nella scuola materna, nei casi in cui detto prolungamento risulti utile al portatore di *handicap* ai fini del suo inserimento nella scuola dell'obbligo.

Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico temporaneamente degenti in strutture socio-sanitarie di cura e riabilitazione o che necessitano di intervento riabilitativo specifico continuativo, non praticabile nella scuola comune, va garantita l'educazione e l'istruzione scolastica.

Per quanto attiene l'integrazione scolastica, si applicano gli articoli 2 e 7 della legge 4 agosto 1977, n. 517, in particolare per quanto riguarda la collaborazione tra scuola e servizi territoriali e la programmazione del piano educativo individualizzato per ciascun alunno portatore di *handicap* inserito nella scuola.

ART. 9.

*(Istruzione e formazione
dopo la scuola dell'obbligo).*

Nell'ambito delle competenze dello Stato, delle regioni, dei comuni, la frequenza delle normali scuole e corsi post-obbligo e dell'università da parte dei cit-

tadini handicappati che intendono proseguire gli studi, viene favorita mediante:

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

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

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

Le regioni, nell'ambito della programmazione delle iniziative di formazione professionale, stabiliscono le sedi presso le quali inserire attrezzature e sussidi di costo particolarmente elevato adatti ad *handicaps* specifici.

Nei centri di formazione professionale e nelle strutture riabilitative, per i casi strettamente necessari, possono essere istituiti corsi propedeutici per handicappati non in grado di frequentare corsi normali.

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

a) favorire la potenzialità degli handicappati al fine del loro proficuo inserimento nei corsi professionali normali o nei corsi di istruzione successivi alla scuola dell'obbligo;

b) fornire agli handicappati non in grado di acquisire una qualifica, ma di svolgere una attività lavorativa presso le aziende pubbliche e private, gli strumenti e le conoscenze necessarie per tale inserimento. A coloro che abbiano frequentato i corsi di formazione propedeutica verrà rilasciata una attestazione di frequen-

za utile ai fini della graduatoria per il collocamento obbligatorio in attività, per l'esercizio delle quali non è richiesta una specifica qualifica professionale.

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

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

ART. 10.

(Inserimento lavorativo).

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

Sono finalizzati al raggiungimento del suddetto obiettivo, oltre alle norme sul collocamento obbligatorio previste dalle leggi in vigore, le attività di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale di cui al precedente articolo 9.

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

- 1) sostegno di iniziative produttive in grado di favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa di soggetti handicappati con provvedimenti che ne agevolino la competitività sul piano delle commesse di lavoro e della commercializzazione dei prodotti (cooperative di lavoro e di servizi, centri di lavoro guidati ed iniziative similari);

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

3) agevolazioni delle aziende industriali, agricole, commerciali ed artigiane, quali la fiscalizzazione degli oneri sociali e contributi per l'adattamento del posto di lavoro per l'inserimento mirato e l'assunzione di soggetti handicappati e affiancamento delle stesse con servizi che ne favoriscano il processo di socializzazione nell'ambiente di lavoro e la individuazione di spazi idonei alle loro capacità.

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

ART. 11.

(Prove d'esami nei concorsi pubblici).

I soggetti portatori di *handicaps* che non hanno la piena capacità funzionale per sostenere le prove di esame nei concorsi pubblici hanno diritto di ottenere modalità di partecipazione diversificate secondo la tipologia dell'*handicap*. Tali modalità sono stabilite dalla commissione esaminatrice, ritenendosi valida la sottoscrizione del candidato chiaramente espressa con qualsiasi modalità.

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

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

ART. 12.

(Abrogazione norme limitative).

Sono abrogate le disposizioni legislative regolamentari o di altra natura che impediscono o limitano l'uso dei servizi o strutture di carattere collettivo-sociale,

la iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado, l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privati o che, comunque, sono causa di discriminazione nei confronti di soggetti portatori di *handicaps*.

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

ART. 13.

(Barriere architettoniche).

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

Gli amministratori e i funzionari degli enti, aziende e strutture pubbliche sono personalmente e solidalmente responsabili della violazione delle norme regionali o regolamentari previste dal primo comma del presente articolo nonché dalla inapplicazione della disposizioni di cui al terzo comma.

A tal fine non possono essere approvati né ammessi a finanziamento pubblico progetti di costruzione per strutture edilizie pubbliche che non siano conformi alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 364, in materia di barriere architettoniche e di trasporti.

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

I regolamenti edilizi comunali, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sono modificati conformemente alle disposizioni del citato decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile

1978, n. 384 e alle norme di cui alla presente legge.

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

ART. 14.

(Riserve di alloggi).

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

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

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

Nella formulazione della graduatorie per le assegnazioni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica sono assegnati punti 5 agli handicappati soli, ovvero ai nuclei familiari, che hanno fra i loro componenti degli handicappati, purché l'invalidità, in entrambi i casi, non sia inferiore all'80 per cento.

ART. 15.

(Adattamento abitazioni).

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

1) all'adattamento e alla dotazione delle necessarie strumentazioni degli al-

loggi di edilizia popolare o sovvenzionata assegnati ai cittadini portatori di *handicaps*;

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

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

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

ART. 16.

(Agevolazioni per gli handicappati gravissimi e loro famiglie).

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

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

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

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

ART. 17.

(Agevolazioni fiscali).

Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 10 punto *d*) della legge 13 aprile 1977, n. 114, dalla determinazione del reddito complessivo dichiarato dal genitore o del familiare, che ha a carico un handicappato grave di cui al secondo comma dell'articolo 2, si deduce una somma annualmente stabilita con decreto del Ministro delle finanze.

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

ART. 18.

*(Agevolazioni per i genitori
che lavorano).*

In deroga a quanto previsto dagli articoli 7 e 15 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, le lavoratrici madri di un handicappato hanno diritto al prolungamento del periodo di astensione facoltativa dal lavoro fino al 18° mese di vita del bambino, a condizione che questi non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

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

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

In alternativa a quanto disposto dal primo e dal terzo comma del presente articolo, i genitori possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire di

due ore di permesso giornaliero fino al compimento del 18° mese di vita del bambino.

Successivamente al compimento del 18° mese di vita, i genitori di un handicappato grave hanno diritto, alternativamente, a tre giorni di permessi mensili, fruibili anche in maniera continuativa nel corso dell'anno, a condizione che il figlio non sia ricoverato a tempo pieno.

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

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

Il genitore o il familiare lavoratore, che assista con continuità un figlio handicappato, ha diritto di ottenere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio ed ha priorità di scelta nel caso di adozione di orario flessibile.

ART. 19.

(*Protesi*).

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

ART. 20.

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

Il Governo è delegato a provvedere, mediante decreto avente valore di legge ordinaria, da emanarsi entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, al riordinamento delle prestazioni economiche di carattere continuativo disposte dalla legge a favore dei mutilati ed invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti.

Nell'esercizio delle delega di cui al presente articolo, il Governo curerà in particolare che l'intervento economico non sia sostitutivo degli interventi di riabilitazione e di integrazione sociale e che tale intervento sia rapportato sia alle condizioni di reddito quanto alla onerosità economica, assistenziale e riabilitativa dell'*handicappato*. Si atterrà altresì ai principi generali stabiliti dalla presente legge in materia di diritti degli *handicap-pati* e ai seguenti criteri direttivi:

a) assumere il principio che le pensioni disposte a favore dei soggetti di cui al primo comma sono destinate, a decorrere dall'entrata in vigore delle norme delegate, esclusivamente ai portatori di *handicaps* fisici, psichici e sensoriali con invalidità superiore all'80 per cento e che abbiano compiuto il 18° anno di età;

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

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

scano l'autonomia senza un aiuto permanente;

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

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

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

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

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

i) regolamentare in modo uniforme gli organi, i criteri e le modalità da osservare per gli accertamenti delle condizioni di invalidità, tenuto conto delle competenze riconosciute in materia alle unità sanitarie locali dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 — articolo 114 — lettera *q)* e delle classificazioni e dei parametri dell'Organizzazione mondiale della sanità;

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

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

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

ART. 21.

(Compiti delle regioni).

Le regioni emanano le norme legislative previste dai precedenti articoli 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15 in base ai principi generali e alle disposizioni contenute nella presente legge e nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, e promuovono la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativo-formativi e riabilitativi per gli handicappati nel quadro del piano sanitario nazionale e della programmazione regionale dei servizi sanitari, sociali e formativo-culturali.

Spetta in particolare alle regioni:

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

b) definire le modalità di coordinamento e di integrazione dei servizi di cui alla presente legge con gli altri servizi sociali, sanitari, educativi esistenti sul territorio nonché — d'intesa con gli organi centrali e periferici della pubblica istruzione — con le strutture prescolastiche e scolastiche;

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

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

ART. 22.

(Compiti delle province).

Alle province competono le attribuzioni previste dagli articoli 2 e 26 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e dall'articolo 12 della legge 23 dicembre 1976, n. 833.

ART. 23

(Compiti dei comuni).

L'attuazione degli interventi sociali e sanitari previsti dalla presente legge spetta ai comuni, singoli o associati, che vi provvedono direttamente nell'ambito dei servizi predisposti per la generalità della popolazione e mediante le unità sanitarie locali per la parte di competenza, nel rispetto dei principi generali stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa e la programmazione regionale.

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

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

ART. 24.

(Convenzioni).

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

ART. 25.

(Finanziamenti).

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

Per l'attuazione degli interventi socio-assistenziali previsti dalla presente legge, a partire dal 1984 è previsto a carico dello Stato, nel bilancio del Ministero della sanità, uno stanziamento annuo da determinarsi con la legge di approvazione del bilancio dello Stato e da ripartirsi con decreto del Ministro della sanità, su parere conforme della commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281.

A partire dal 1984 è previsto a carico dello Stato, nel bilancio del Ministero dei lavori pubblici:

a) uno stanziamento annuo di lire 20 miliardi per l'adattamento e la dotazione delle opportune strumentazioni de-

gli alloggi di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata o agevolata di cui al numero 1) dell'articolo 15.

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

Gli stanziamenti di cui al precedente comma del presente articolo sono ripartiti tra le regioni dal Comitato per l'edilizia residenziale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Alla copertura del relativo fabbisogno finanziario si provvede usufruendo dei finanziamenti disposti dall'articolo 2, lettera f), della legge 5 agosto 1978, n. 457 e successive modificazioni.