

CAMERA DEI DEPUTATI N. 484

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ARMELLIN, ALESSI, AZZOLINI, BIANCHINI, BONFERRONI, BORRA, BORRI, CARELLI, CACCIA, CAFARELLI, COLONI, CRISTOFORI, FRASSON, FRONZA CREPAZ, FUMAGALLI CARULLI, GARAVAGLIA, GOTTARDO, LIA, LUCCHESI, LUSSETTI, MELELEO, MENSORIO, ORSENIGO, PAGANELLI, PATRIA, PERANI, PERONE, PORTATADINO, RUSSO RAFFAELE, RAVASIO, RIGHI, RINALDI, RUSSO VINCENZO, SARETTA, SILVESTRI, SINESIO, VAIRO, VISCARDI, VOLPONI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZOPPI

Presentata il 2 luglio 1987

Legge-quadro per l'assistenza, la integrazione sociale e la tutela dei diritti dei cittadini portatori di *handicap*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nel presentare la presente proposta di legge, si vuole evidenziare che la stessa rappresenta il risultato di un lungo e paziente lavoro del Comitato ristretto della Commissione igiene e sanità della Camera, costituito nella IX legislatura e che ha preso in esame, per la stesura di un testo unificato, le varie proposte di legge in materia. 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 hanno trovato larga convergenza sul testo che qui si propone.

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 recentemente 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, ri-

vendicazioni 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 forzosamente.

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 differen-

ziate 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 necessa-

rie 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 rifa 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).

1. Il cittadino handicappato va garantito e protetto nella sua dignità di persona umana nei suoi diritti di libertà, di autonomia, a carattere personale e patrimoniale.

2. Allo scopo di prevenire e rimuovere le situazioni invalidanti che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia, la effettiva partecipazione del cittadino alla vita della collettività; l'attuazione dei suoi diritti civili, politici e patrimoniali, la Repubblica promuove e garantisce, nelle forme e nei modi di cui alla presente legge, 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 tutela giuridica ed economica del cittadino handicappato.

ART. 2.

(Definizione dei soggetti
aventi diritto).

1. Ai fini della presente legge si considerano portatori di *handicap* 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.

2. Le disposizioni della presente legge si applicano anche agli stranieri e agli apolidi handicappati residenti nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali.

3. Agli effetti della presente legge si considerano handicappati gravissimi i soggetti nei cui confronti sia accertata la incapacità assoluta di compiere gli atti elementari della vita e che necessitano di assistenza personale continua.

4. Sono altresì, considerati gravissimi i minorati che presentano almeno due delle seguenti condizioni:

a) gravi neuromotulesioni o grave motricità incontrollata;

b) mancanza di capacità di comunicazione verbale e auditiva;

c) mancanza assoluta di capacità visiva.

5. All'accertamento dell'*handicap* e del grado di gravità dello stesso provvede la unità sanitaria locale di residenza del cittadino handicappato, a norma dell'articolo 14, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Avverso la decisione della Commissione medica dell'unità sanitaria locale, è ammesso ricorso entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, alla Commissione medica regionale.

6. Le unità sanitarie locali comunicano ai comuni di residenza l'elenco degli handicappati gravi e gravissimi ai fini dell'utilizzo delle prestazioni erogate direttamente dal comune o attraverso le unità sanitarie locali.

ART. 3.

(Principi generali per la tutela dei cittadini handicappati).

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

a) privilegiare le fasi della prevenzione, della diagnosi e terapia precoce

delle menomazioni e la ricerca sistematica ed approfondita delle loro cause;

b) assicurare l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, in forme 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, la sua integrazione e la sua partecipazione alla vita sociale;

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

d) attuare il decentramento sul territorio dei servizi e degli interventi rivolti all'azione di prevenzione, di sostegno e di recupero dell'handicappato, assicurandone il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali, per garantirgli il raggiungimento della massima autonomia possibile;

e) 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;

f) promuovere le iniziative sistematiche di informazione e di partecipazione della popolazione atte a favorire la prevenzione degli handicap, la cura, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito, anche attraverso l'apporto di enti e associazioni.

2. Gli interventi a favore degli handicappati gravissimi, nelle forme previste dalla presente legge, sono prioritari.

ART. 4.

(Prevenzione e diagnosi precoce).

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

2. Le regioni entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge dettano norme affinché i comuni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurino:

a) l'informazione e l'educazione sanitaria e sociale della popolazione sulle cause e sulle conseguenze dell'*handicap* e sulle possibilità di prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita, nonché sui servizi che svolgono tali funzioni;

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

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

d) la diagnosi prenatale precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di handicap fisici, psichici e sensoriali e di neuromotulesioni; il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti le gravidanze e la prevenzione delle loro conseguenze; l'assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;

e) la generalizzazione, nel periodo neonatale, di tutti gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malattie metaboliche e 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;

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

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

ART. 5.

(Cura e riabilitazione).

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

2. Le unità sanitarie locali assicurano comunque:

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

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

ART. 6.

(Inserimento e integrazione sociale).

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

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

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

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

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

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

f) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e la organizzazione di trasporti speciali ove necessario per garantire la fruibilità dei servizi;

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

h) affidamento e inserimento presso famiglie, persone e nuclei parafamiliari;

i) 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 adeguato;

l) istituzione dei centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere sia diurno che residenziale e di piccole unità residenziali inseriti nella comunità, destinati a soggetti handicappati che abbisognano di una specifica e continua assistenza, con particolare riferimento agli handicappati gravi ultraquindicenni che, a causa delle loro condizioni, non sono in grado di svolgere alcuna attività produttiva.

ART. 7.

(Servizi di aiuto personale).

1. I comuni, singoli o associati, istituiscono il servizio di aiuto personale ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi. Nel servizio di aiuto personale è compreso il servizio di interpretariato per i cittadini sordi.

2. Il servizio di aiuto personale è organicamente integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio e può avvalersi di:

a) obiettori di coscienza riconosciuti ai sensi della legge 15 dicembre 1972, n. 772, che ne facciano richiesta e che risultino iscritti in un apposito elenco tenuto presso il comune;

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

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

3. Al personale di cui al comma 2, che deve essere adeguatamente preparato in relazione ai bisogni che è chiamato a soddisfare, i comuni, singoli o associati,

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

4. L'assegnazione del personale, di cui alla lettera *a*) del comma 2 ai comuni singoli o associati avviene secondo le modalità previste dalla legge 15 dicembre 1972, n. 772.

ART. 8.

(Interventi a favore di cittadini non autosufficienti).

1. I comuni singoli o associati istituiscono direttamente comunità-alloggio e centri socio-riabilitativi per gli handicappati gravissimi oppure provvedono a stipulare apposite convenzioni con presidi socio-riabilitativi privati.

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

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

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

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

ART. 9.

(Integrazione prescolastica e scolastica).

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

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

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

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

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

2. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti a frequentare la scuola vanno comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica.

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

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

ART. 10.

(Istruzione e formazione professionale).

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

2. Le regioni, nell'ambito della programmazione dei corsi di formazione professionale, stabiliscono le sedi presso le quali inserire attrezzature e sussidi di costo particolarmente elevato adatti ad *handicap* specifici. Nei centri di formazione professionale sono istituiti corsi propedeutici per gli handicappati non in grado di frequentare corsi normali. Tali corsi propedeutici sono altresì realizzati nei centri di riabilitazione quando vi siano svolti programmi di ergoterapia e terapia occupazionale finalizzati all'addestramento professionale.

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

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

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

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

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

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

ART. 11.

(Integrazione lavorativa).

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

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

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

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

ART. 12.

(Fiscalizzazione oneri sociali).

1. Per i lavoratori con un grado di invalidità non inferiore al 67 per cento non vengono versate le aliquote della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie a carico del datore di lavoro, sempre che questi assicuri a tali lavoratori un trattamento economico non inferiore a quello minimo previsto dai contratti collettivi nazionali di categoria stipulati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative o presenti in seno al CNEL.

ART. 13.

(Prove d'esame nei concorsi pubblici).

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

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

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

ART. 14.

(Abrogazione norme limitative).

1. Sono abrogate le norme che impediscono o limitano l'uso dei servizi o strut-

ture di carattere collettivo-sociale, per l'iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado e all'università, l'accesso ai posti di lavoro pubblici e privati o che, comunque, sono causa di discriminazione nei confronti di soggetti portatori di *handicap*, fatte salve per i posti di lavoro le disposizioni di cui alla legge 2 aprile 1968, n. 482, nonché le norme relative alla sicurezza e salvaguardando l'integrità fisica dell'handicappato.

2. Sono soppresse le certificazioni di sana e robusta costituzione fisica salvo l'accertamento dell'esistenza di malattie contagiose.

ART. 15.

(Barriere architettoniche).

1. I progetti di costruzione e di ristrutturazione delle strutture edilizie pubbliche e private ad uso collettivo o aperte al pubblico sono redatti in conformità al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, in materia di barriere architettoniche e di trasporti. In caso di violazione il responsabile della progettazione è passibile di sospensione dall'albo professionale da tre a sei mesi.

2. Le regioni dettano norme integrative al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, per l'eliminazione delle barriere architettoniche nell'edilizia abitativa e nei luoghi di lavoro. Prevedono, altresì, sanzioni particolari per amministratori e funzionari degli enti, aziende e strutture pubbliche che approvano progetti in difformità da detto decreto e ne sono personalmente e solidalmente responsabili.

3. Il Comitato per l'edilizia residenziale emana, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una apposita normativa tecnica per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per la realizzazione degli alloggi da destinare ai cittadini portatori di *handicap*. Tale normativa è applicata per la progettazione degli interventi di edilizia sovvenzionata e — con riferimento all'eliminazione delle barriere architettoniche — al-

l'edilizia agevolata e convenzionata. Il Comitato per l'edilizia residenziale può inoltre disporre che una quota dei fondi disponibili per la realizzazione di opere di urbanizzazione possa essere utilizzata per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli insediamenti di edilizia residenziale pubblica realizzati prima della data di entrata in vigore della presente legge.

4. I cittadini handicappati che intendono rimuovere, conformemente al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, a proprie spese, le barriere architettoniche nelle aree di esclusiva proprietà loro o dei loro abituali conviventi, ne fanno richiesta al sindaco, che può opporre rifiuto motivato entro 60 giorni solo per motivi di carattere tecnico-edilizio o per vincoli di carattere storico, artistico o ambientale.

5. Le disposizioni di cui al comma 4 si applicano anche alle barriere architettoniche che insistono su aree condominiali. Della richiesta al sindaco e dell'inizio dei lavori viene informato l'amministratore del condominio.

6. Le sanzioni di cui al comma 2 si applicano anche ai comuni che non abbiano provveduto ad adeguare i propri regolamenti edilizi alle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

7. Il prefetto segnala alle Amministrazioni interessate i casi di inosservanza delle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, dei quali sia venuto a conoscenza.

ART. 16.

(Relazione al Parlamento).

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge i Ministri dei trasporti, delle poste e delle telecomunicazioni e dei lavori pubblici riferiscono al Parlamento, ciascuno per le parti di propria competenza sullo stato di attua-

zione del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici.

ART. 17.

(Relazioni regionali).

1. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, svolgono una indagine sull'attuazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384, nel territorio regionale per le parti di competenza degli enti locali. Una relazione sui risultati di questa indagine è trasmessa al Ministro dell'interno, che entro i successivi sei mesi, trasmette al Parlamento una relazione generale.

ART. 18.

*(Accesso alla informazione
e alla comunicazione).*

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

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

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

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

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

ART. 19.

(Mobilità e trasporti collettivi).

1. Le regioni, le province, i comuni, le aziende di trasporto sono tenuti ad assicurare ai cittadini portatori di *handicap* la possibilità di muoversi liberamente sul territorio, usufruendo, alle stesse condizioni degli altri cittadini, dei servizi di trasporto collettivo debitamente adattati e di servizi alternativi.

2. Per gli handicappati gravissimi il trasporto sui mezzi pubblici gestiti dallo Stato e dagli enti locali è gratuito.

3. Il Ministro dei trasporti entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge riferisce al Parlamento sulle modalità e sui criteri di attuazione dell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384.

ART. 20.

(Trasporti individuali).

1. Al fine di facilitare l'autonomia individuale negli spostamenti ai titolari di patente di guida delle categorie F, 4/3 4/4 il comune contribuisce in misura totale o parziale alla spesa per la modifica degli strumenti di guida.

2. Gli stessi cittadini, in quanto proprietari dell'autovettura, appositamente modificata e omologata, sono esenti dalla tassa di proprietà gravante su di essa.

3. Sono abrogate le norme che impediscono il conseguimento della patente di guida per autoveicoli e motoveicoli, sia di uso privato che pubblico, in base alla classificazione delle minorazioni.

4. Il Ministro dei trasporti, di concerto con il Ministro della sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della

presente legge, stabilisce criteri per disciplinare la concessione della patente ai cittadini portatori di *handicap* che dimostrino inequivocabilmente, mediante prove pratiche effettuate con veicolo adattato secondo la necessità dell'*handicap*, una normale capacità di guida. Tali criteri prevedono la possibilità di effettuare tirocinii in aree riservate a tale scopo, messe a disposizione dai comuni.

5. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dei trasporti costituisce un Ufficio centrale per lo studio, la progettazione e l'omologazione di accorgimenti tecnici che risultino idonei a consentire la guida di autoveicoli e motoveicoli ai cittadini portatori di *handicap*.

6. Con decreto del Ministro dei trasporti sono chiamati a far parte dell'Ufficio centrale ingegneri, medici specializzati e due rappresentanti di categoria degli handicappati ed un rappresentante medico del Ministero della sanità.

7. A tale ufficio gli ispettorati per la motorizzazione civile chiedono pareri in caso di controversie sulle richieste di abilitazione alla guida dei cittadini portatori di *handicap*.

ART. 21.

(Esercizio del diritto di voto).

1. I comuni assicurano l'effettivo esercizio del diritto di voto al cittadino portatore di *handicap*, provvedendo con adeguati mezzi a facilitargli il raggiungimento del seggio elettorale.

2. I seggi elettorali sono collocati preferibilmente a piano terra in locali privi di barriere architettoniche o, comunque, dotati di supporti tecnici idonei al superamento delle stesse. Quando ciò è impossibile i cittadini handicappati vengono assegnati a seggi elettorali aventi le caratteristiche previste dal presente articolo.

3. Il cittadino portatore di *handicap* può chiedere all'unità sanitaria locale di appartenenza il rilascio di un documento che attesta la necessità di un accompagnatore per le operazioni di voto.

ART. 22.

(Partecipazione).

1. Le regioni, per la redazione dei programmi di promozione e di tutela dei diritti della persona handicappata, prevedono forme di consultazione che garantiscano la partecipazione dei cittadini interessati. Allo stesso modo i comuni e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle proprie competenze, assicurano la partecipazione degli utenti, delle famiglie, degli operatori alla gestione e al controllo dei servizi.

ART. 23.

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

1. Per consentire il coordinamento delle attività dei singoli ministeri e favorire da parte di tutti gli organismi dello Stato, la promozione delle iniziative di integrazione sociale, concernenti i diritti dei cittadini handicappati, è istituito il Comitato nazionale di coordinamento per la promozione e tutela del cittadino portatore di *handicap*, con sede presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

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

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

4. A tal fine il Comitato:

a) raccoglie in via sistematica la documentazione sulla legislazione interna-

zionale e nazionale in materia di promozione e tutela dei diritti dei cittadini portatori di *handicap*;

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Il Comitato è composto:

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

b) da un rappresentante esperto di ognuno dei seguenti Ministeri: sanità, pubblica istruzione, lavoro e previdenza

sociale, lavori pubblici, trasporti, interno, grazia e giustizia, bilancio e programmazione economica, finanze, tesoro, poste e telecomunicazioni;

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

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

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

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

ART. 24.

*(Istituzione di una sezione,
presso il difensore civico,
per i cittadini portatori di handicap).*

1. Al fine di attuare una concreta garanzia dei diritti del cittadino portatore di *handicap*, le regioni istituiscono con apposito provvedimento da emanare entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge una sezione presso l'ufficio del difensore civico, regolandone anche opportune articolazioni territoriali periferiche.

2. Nell'emanare la legge istitutiva le regioni attribuiscono al responsabile della sezione del difensore civico le seguenti funzioni:

a) tutela del cittadino portatore di *handicap* contro ogni irregolarità, abuso, infrazione o violazione di legge o di statuto ed, in genere, contro ogni atto o fatto pregiudizievole all'interessato concernente le prestazioni da erogare o erogate e il funzionamento dei servizi;

b) assunzione di ogni decisione che si riveli, allo stato delle conoscenze del difensore civico, utile all'interesse del cittadino portatore di *handicap*;

c) compimento di atti idonei; a tutelare, in via esclusivamente d'urgenza ed improcrastinabile, il cittadino portatore di *handicap*, anche di ufficio o su istanza verbale di chiunque. In tal caso il difensore civico ne dà comunicazione immediata al giudice tutelare che emette, con procedimento prioritario rispetto ad ogni altro affare, i provvedimenti opportuni previsti dal codice civile in tema di curatela, tutela, affidamento familiare;

d) intervento, su istanza di chiunque ne abbia interesse nelle dispute o controversie di qualsivoglia natura che incidono sui diritti di cui alla presente legge, anche in tema patrimoniale, cercando una soluzione consensuale. Nel caso di accertata impossibilità alla soluzione conciliativa, decide, senza formalità, salva la possibilità degli interessati alla decisione di adire anche oralmente al pretore. Il pretore adito ai sensi dei commi precedenti decide in via prioritaria su ogni altro affare;

e) costituzione di parte civile nei procedimenti penali per fatti o atti che integrino ipotesi di reato, commesso nell'erogazione di prestazioni o nel funzionamento dei servizi da parte di chiunque vi sia preposto o coinvolto, nonché per reati commessi in danno del cittadino portatore di *handicap* da parte di chiunque altro soggetto.

3. La legge regionale disciplina inoltre:

a) la informalità dell'adizione del difensore civico da parte degli interessati per i relativi provvedimenti;

b) il carattere inquisitorio della attività del difensore civico pur collegato ad una disponibilità degli enti e dei servizi allo svolgimento delle indagini;

c) la gratuità dell'ufficio di difensore civico;

d) la istituzione della sezione dell'ufficio di difensore civico da parte del

consiglio comunale o dei comuni associati entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale.

4. Può essere nominato responsabile dalla sezione del difensore civico l'iscritto nelle liste elettorali del comune o uno dei comuni associati, purché sappia leggere e scrivere.

5. La responsabilità della sezione del difensore civico è incompatibile con attività, impieghi, servizi comunque collegati con la regione, il comune o la provincia, nonché con l'Unità sanitaria locale compresa nel territorio regionale.

ART. 25.

(Riserva di alloggi).

1. I programmi di edilizia residenziale pubblica devono prevedere che una quota degli alloggi sia realizzata con caratteristiche idonee ad accogliere cittadini handicappati e che l'assegnazione di tali alloggi sia riservata ai medesimi soggetti, ed in particolare ai cittadini portatori di *handicap* gravi e ai nuclei familiari che hanno tra i loro componenti portatori di *handicap* gravissimi con priorità agli handicappati, con ridotte o impedito capacità motorie.

2. La quota di cui al comma 1 è fissata nella misura massima del 6 per cento in rapporto alle reali necessità dei cittadini portatori di *handicap* residenti nel comune.

3. I comuni destinano una parte degli alloggi compresi nella quota di cui al precedente comma a comunità-alloggio od a iniziative similari per i soggetti handicappati che necessitano di particolare protezione sociale.

4. Fermi restando i requisiti richiesti dalle vigenti leggi per tali assegnazioni, i comuni indicano appositi bandi per l'attuazione delle disposizioni di cui ai commi precedenti.

ART. 26.

(*Adattamento abitazioni*).

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

a) all'adattamento e alla dotazione delle necessarie strumentazioni degli alloggi di edilizia popolare e sovvenzionata assegnati ai cittadini portatori di *handicap* o alle loro famiglie;

b) all'adattamento e alla dotazione delle necessarie strumentazioni degli alloggi, occupati da cittadini portatori di *handicap* o di loro famiglie.

2. Il Ministro dei lavori pubblici, con proprio decreto, fissa annualmente la misura dei contributi, che potranno variare in funzione del reddito dei soggetti richiedenti.

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

ART. 27.

(*Agevolazioni per gli handicappati gravissimi e loro famiglie*).

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

perdenti di cui al regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modificazioni e integrazioni.

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

a) avere svolto l'attività indicata per un tempo non inferiore ai 18 mesi, con la retroattività del diritto maturato;

b) non essere iscritto ad altre forme assicurative obbligatorie;

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

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

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

5. L'onere concernente la copertura assicurativa di cui al presente articolo è a carico del comune attraverso apposite integrazioni dei trasferimenti per l'assistenza, fatta eccezione per l'aliquota del 7,15 per cento che viene posta a carico del soggetto avente diritto alla iscrizione.

ART. 28.

(Agevolazioni fiscali).

1. Le spese mediche e quelle di assistenza specifica opportunamente docu-

mentate, per la parte del loro ammontare complessivo che ecceda il dieci o il quindici per cento del reddito dichiarato, secondo che questo sia o non sia superiore a quindici milioni di lire, sono deducibili dal reddito complessivo del genitore o del soggetto che ha a suo carico un cittadino handicappato gravissimo.

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

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

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

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

ART. 29.

(Agevolazioni per i genitori che lavorano).

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

2. Lo stesso diritto spetta alle lavoratrici madri di bambini nei confronti dei

quali siano in corso gli accertamenti da parte delle unità sanitarie locali e viene a cessare quando i suddetti accertamenti siano stati esperiti con esito negativo.

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

4. In alternativa a quanto disposto dai commi 1 e 3, i genitori possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire di due ore di permessi giornalieri retribuiti fino al compimento del 18° mese di vita del bambino.

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

6. 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.

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

8. Il genitore o il familiare lavoratore, che assista con continuità un figlio handicappato, ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

ART. 30.

(Protesi e ausili tecnici).

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro sei mesi dalla data di 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 apparecchi e attrezzature elettroniche ed altri ausili tecnici che permettano di compensare le difficoltà verbali e gestuali, di comunicazione e di apprendimento dei portatori di deficit fisici o sensoriali.

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

ART. 31.

(Ricovero del minore handicappato).

1. Nel caso di ricovero di un cittadino handicappato di minore età presso un istituto anche a carattere sanitario, pubblico o privato, per un periodo superiore a sessanta giorni, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184.

ART. 32.

(Aggravamento delle sanzioni penali).

1. Nei procedimenti penali di cui agli articoli 519, 520, 521, 522, 523, 527, di quelli per i delitti non colposi contro la persona, previsti dal libro II, titolo XII del codice penale, nonché di furto aggravato con violenza sulle cose, di rapina, semplice o aggravata, e di quelli di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 75, qualora l'offeso sia un cittadino handicappato e la condizione dell'*handicap* sia manifestamente riconoscibile o conosciuta da parte dell'autore del reato, la pena è aumentata da un terzo alla metà.

2. Al terzo comma dell'articolo 76 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, riguardante l'induzione all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, il n. 1) è sostituito dal seguente: « 1) se il fatto è commesso in danno di persona che non ha compiuto gli anni 14, o portatrice di *handicap* mentale ».

3. In questi procedimenti è ammessa la costituzione di parte civile del difensore civico nonché dell'associazione che tutela i diritti del cittadino handicappato cui questi risulti iscritto.

ART. 33.

(Procedimento penale in cui sia interessato un cittadino portatore di handicap).

1. Il Ministro di grazia e giustizia e il Ministro dell'interno, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, emanano norme amministrative dirette ad individuare locali di sicurezza, luoghi di custodia preventiva e di espiazione di pena nei quali siano garantite in misura adeguata la tutela fisica e le esigenze terapeutiche del cittadino portatore di *handicap*.

2. A tali norme si attengono nei procedimenti giudiziari penali, in cui risulti parte un cittadino portatore di *handicap*, gli organi di polizia, l'organo giudiziario procedente, il difensore e il procuratore legale di altri soggetti interessati al procedimento.

ART. 34.

(Convenzioni).

1. Per la gestazione dei servizi di cui alla presente legge i comuni, singoli o associati e le unità sanitarie locali per la parte di competenza, possono avvalersi dell'opera di associazioni riconosciute e non riconosciute ed istituzioni, società e soggetti privati, 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. 35.

(Compiti delle regioni).

1. Le regioni promuovono la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativo-formativi e riabilitativi previsti dalla presente legge nel quadro del Piano sanitario nazionale e della programmazione regionale dei servizi sanitari, sociali e formativo-culturali.

2. Spetta in particolare alle regioni;

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

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

c) definire, in collaborazione con le università e gli istituti di ricerca, 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 quelle di accesso ai servizi.

3. Le regioni inoltre:

a) dettano norme per sottoporre a controllo periodico gli interventi di inserimento e integrazione sociale di cui all'articolo 4 della presente legge, per verificarne la rispondenza alla effettiva situazione dei bisogni;

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

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

ART. 36.

(*Compiti delle province*).

1. Ai fini della attuazione della presente legge restano confermate le attribu-

zioni di cui all'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le province possono altresì organizzare, gestire i servizi a loro affidati dalla regione che per la loro natura o dimensione riguardino zone intercomunali o l'intero territorio provinciale.

ART. 37.

(Compiti dei comuni).

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

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

3. I comuni singoli o associati provvedono al coordinamento degli interventi suddetti con gli altri servizi sociali, sanitari, educativi, formativi e di tempo libero operanti nell'ambito territoriale e ai compiti di segreteria per i rapporti con gli utenti avvalendosi anche degli organi di decentramento amministrativo e delle unità sanitarie locali.

ART. 38.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri finanziari previsti dagli articoli 8, 12, 19, 22, 26 e 28 si provvede con gli appositi stanziamenti previsti nel fondo speciale di parte corrente, pari a lire 25 miliardi per il 1988, 25 miliardi per il 1989 e 25 miliardi per il 1990.