

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1353

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**PECORARO SCANIO, DI STASI, MELANDRI, MORMONE, PISTONE, PEPE, ADORNATO, CORNACCHIONE MILELLA, PRESTIGIACOMO, SCOTTO di LUZIO, CANESI, GALLETTI, DELLA ROSA, INDELLI, GERARDINI, ANTONIO RIZZO, LA GRUA, PAOLONI, LUIGI MARINO, ALOISIO, TANZARELLA, RAFFAELLI**

Nuovi criteri per l'accertamento dell'invalidità

*Presentata il 29 settembre 1994*

**ONOREVOLI COLLEGHI!** — La presente proposta di legge nasce dall'iniziativa sviluppata, dal 1989, dall'Assemblea nazionale permanente per la sostituzione della legge 2 aprile 1968, n. 482, e per il diritto al lavoro, organismo interassociativo che raccoglie l'adesione di una decina di associazioni nazionali e regionali per la sostituzione della legge n. 482 del 1968 e l'integrazione lavorativa dei disabili. L'Assemblea, ritenendo che un elemento essenziale per la modifica dell'impostazione culturale, tecnica e sociale che riguarda i cittadini disabili è quello di consentire una corretta valutazione delle loro possibilità e capacità, ha elaborato un testo di legge che i parlamentari sottoscrittori della presente proposta di legge hanno deciso di presentare in Parlamento.

L'attuale legislazione riguardante gli accertamenti di invalidità, sia legata ad un risarcimento (invalidità sul lavoro, di guerra, per servizio, eccetera) sia legata ad interventi assistenziali (invalidi civili, sordomuti, eccetera) sia legata ad un accertamento di idoneità (marittimi, varie patenti di guida: automobilistica, aerea, eccetera) ha ereditato l'impostazione teorica scaturita dopo la prima guerra mondiale, in Italia ed all'estero.

In Italia, dopo l'unità, il problema del trattamento delle persone colpite da minorazioni fisiche, psichiche e/o sensoriali, era stato delegato quasi totalmente ad istituzioni religiose private, le cosiddette IPAB (istituti pubblici di assistenza e beneficenza). Solo dopo la prima guerra mondiale il gran numero di invalidi col-

piti da minorazioni durante la guerra pose il problema di un intervento dello Stato. Una prima risposta affrontò il problema dal punto di vista del risarcimento del danno: legge 10 agosto 1950, n. 648; legge 11 marzo 1926, n. 416; testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915; legge 6 ottobre 1986, n. 656, solo per citare alcune normative più significative; avendo il militare o l'impiegato pubblico (unici titolari del beneficio) subito una minorazione durante un servizio prestato allo Stato od alla patria, doveva ricevere un risarcimento commisurato alla gravità della lesione anatomica accertata. Furono così elaborate le prime tabelle di valutazioni percentuali del danno anatomico subito legate a lesioni d'infermità che davano diritto a pensione vitalizia od assegno temporaneo: veniva così introdotta per la prima volta una categorializzazione degli aventi diritto non basata sul tipo di minorazione funzionale. Inoltre l'elenco delle minorazioni era esclusivamente medico e serviva ad individuare quale parte del corpo umano fosse stata lesa, prevedendo un risarcimento monetario equivalente al danno. In tal modo veniva sancita l'impostazione teorica di spezzettare il corpo umano in tante parti, perdendo di vista l'intero individuo o cancellando il problema delle sue capacità funzionali, dal momento che era presa in considerazione solo la sua « malattia ». Questa visione portò, come conseguenza « scientifica », alla possibilità di definire astrattamente la capacità « ottimale » del corpo umano, come capacità dell'uomo astratto di essere al 100 per cento delle proprie capacità lavorative. Ogni lesione anatomica accertata, dunque, veniva definita in termini percentuali. Quale funzione avesse l'organo colpito in rapporto con tutta la persona veniva completamente trascurato. Questa impostazione venne seguita successivamente anche per gli infortuni sul lavoro (regio decreto 17 agosto 1935, n. 1765, e successive modificazioni): si basava anch'essa sullo spezzettamento del corpo umano, sulla percentualizzazione delle ca-

pacità di lavoro, sul risarcimento ad un danno anatomico-funzionale e sulla creazione di una nuova categoria di beneficiari, gli invalidi sul lavoro. In seguito l'elenco delle categorie beneficiarie si estese, ma sempre seguendo un criterio di individuazione basato sulla causa che produceva la minorazione. Si dimenticava così la reale gravità funzionale del danno accertato. Nacquero così gli invalidi civili di guerra, gli equiparati (per esempio: le vittime del terrorismo, eccetera). Ogni postulante che voleva essere riconosciuto beneficiario di una provvidenza assegnata ad una determinata categoria veniva sottoposto ad un accertamento di invalidità da parte di commissioni diverse che utilizzavano criteri di valutazione diversi, più o meno rigorosi. Qui nacquero le prime disparità di benefici: a parità di minorazioni venivano erogate provvidenze diverse a seconda della causa che produceva il danno. Va aggiunto che la stessa definizione di invalidità e, quindi, di invalido colpiva l'avente diritto con un marchio indelebile di incapacità e negatività. Un secondo filone legislativo da cui derivano gli attuali criteri di accertamento dell'invalidità si occupò di accertare l'idoneità allo svolgimento di determinate mansioni lavorative (esempio: l'imbarco per i marittimi) o per particolari abilità (patente di guida, legge 18 marzo 1988, n. 111, che modificava il testo unico del codice della strada del 1959; brevetti di volo). Anche in questo caso era l'elenco « delle infermità e delle imperfezioni » che definiva l'idoneità alla mansione. Veniva ancora utilizzato un elenco di patologie o di deficienze fisiche, scambiando un'eventuale disabilità per gli esiti di una malattia o di un trauma ignorando completamente — anche perché all'epoca inesistente — il ricorso a soluzioni tecniche (protesi, ortesi, eccetera) che limitassero il danno.

Classico a tal proposito è l'esempio delle patenti di guida il cui conseguimento era limitato dalle minorazioni fisiche codificate negli articoli 380 e seguenti del testo unico del codice della strada del 1959 piuttosto che da accertate abilità di guida. In questa legislazione si palesò clamorosa-

mente la confusione esistente tra l'accertamento di una minorazione e l'accertamento di una disabilità.

L'ultimo intervento legislativo si sviluppò sulla base del riconoscimento dell'esistenza di persone minorate che non fossero né invalidi di guerra, né per servizio, né per lavoro. Si inventò così la categoria degli invalidi civili. L'impostazione teorica di questa normativa, basata sulla necessità di un intervento assistenziale a sostegno per fasce sociali deboli — rafforzato successivamente dalle logiche connesse a un modello di Stato assistenziale — individuava, attraverso una percentualizzazione della diminuita capacità lavorativa, la gravità del danno anatomico ed il conseguente intervento economico (pensione, indennità di accompagnamento eccetera). Anche qui si confuse il danno causato da trauma e/o da malattia (con un ampliamento descrittivo delle patologie a cui veniva fatta corrispondere una percentuale di diminuita capacità lavorativa, legge 30 marzo 1971, n. 118, di conversione del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e decreto ministeriale 25 luglio 1980) con la capacità di svolgimento di funzioni e di attività di lavoro. A questa impostazione sostanzialmente medicalizzante vennero collegate sia le pratiche di internato in istituto, sia interventi previdenziali e assistenziali.

Il limite di invalidità al 100 per cento — teoricamente impossibile, ma praticamente accertato — rappresentò l'assurdo teorico della percentualizzazione delle patologie che, con questa definizione estrema e del tutto priva di significato, dette effettivamente i numeri. L'accertamento dell'invalidità così raggiunto sembrava aver conseguito il carattere scientifico di « oggettività », perdendo però per strada la corretta valutazione delle reali disabilità della persona concreta. Questo criterio basato sulla patologizzazione dell'*handicap* e sulla percentualizzazione delle capacità funzionali, venne purtroppo usato sia per la definizione di prestazioni mediche (riabilitazione, protesi, ricoveri eccetera) sia per l'erogazione di interventi economici (pensioni, indennità varie, eccetera), sia per

l'accertamento di benefici sociali (integrazione lavorativa, barriere architettoniche, eccetera). La confusione così divenne totale. Il criterio della percentualizzazione — apparentemente oggettiva — si dimostrò invece funesto: l'impostazione assistenzialistica alla base dei motivi per cui venivano richiesti accertamenti di invalidità civile produsse un accrescimento incontrollato degli aventi diritto alle varie prestazioni, favorito sia dalla compiacenza politico-assistenziale delle commissioni mediche e dei padrinati politici, sia dall'unicità di accesso ai benefici della legge consentiti dall'unico criterio di accertamento basato sulle percentuali di invalidità. L'incremento dei falsi invalidi veniva così causato proprio dalla mancanza di distinzioni tra valutazioni per il conseguimento di diritti a provvidenze sanitarie, economiche e sociali.

Gli interventi legislativi successivi per combattere il fenomeno dei « falsi invalidi », lungi dall'affrontare il problema dei criteri di accertamento, si basarono prima sul tentativo di ripetere a campione le visite di accertamento (legge 12 giugno 1984, n. 222); essendo però le stesse commissioni a fare le visite con gli stessi tabellari percentuali il provvedimento non sortì alcun esito significativo; poi sull'idea di affidare le competenze di accertamento ad altre commissioni mediche, ritenute meno influenzabili di quelle delle unità sanitarie locali (decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291), creando nella sostanza una grande confusione ed un lungo blocco delle certificazioni di invalidità. Il non intervenire sui criteri di valutazione degli aventi diritto vanificò la gran parte di questi interventi di bonifica, il cui spirito del resto era non tanto quello di valutare correttamente i disabili, quanto quello di risparmiare sulla spesa previdenziale ed assistenziale.

Pertanto l'attuale legislazione ha prodotto ambiguità nell'accertamento dei diritti (previdenziali, assistenziali e sociali), disparità di trattamento a parità di minorazione (tra invalidi di guerra, per servizio, sul lavoro e invalidi civili), confusione tra

accertamento della minorazione e accertamento della disabilità, mancanza di un corretto intervento terapeutico-riabilitativo all'atto dell'emergenza per la prima volta del problema *handicap*.

Anche il testo di decreto sui nuovi criteri di accertamento dell'invalidità civile, licenziato da un'apposita commissione interministeriale presieduta dall'onorevole Foschi nel 1991, non fa che riproporre all'ennesima potenza gli errori di impostazione prima descritti: sistematizza in maniera puntigliosa l'elenco delle patologie e minorazioni, confonde l'accertamento delle malattie e l'accertamento delle disabilità, prevede una medicalizzazione estrema delle valutazioni delle capacità funzionali, non unifica gli accertamenti delle minorazioni per patologie o traumi derivanti da qualsiasi causa, non interviene per valutare l'*handicap*.

La proposta di legge qui presentata si basa su una corretta lettura della classificazione più recente dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), che individua una valutazione medica per l'accertamento delle minorazioni (patologie, esiti di malattie, eccetera), una valutazione funzionale per l'accertamento delle conseguenti disabilità (legate alle funzioni anatomico-funzionali del corpo) ed una valutazione sociale per l'accertamento dell'*handicap* [cioè di come determinate disabilità interagiscono con l'ambiente fisico e sociale di vita (articoli 1 e 2)].

Per esempio, un poliomelitico agli arti inferiori è affetto da paralisi alle gambe (minorazione), ed impossibilitato, senza ausili a salire le scale (disabilità) ed è svantaggiato nell'uso dei mezzi di trasporto il cui accesso è possibile solo superando alcuni gradini (*handicap*). Le commissioni multidisciplinari proposte in ogni unità sanitaria locale, novità che supera le commissioni di accertamento esclusivamente medico, valutano sia le minorazioni sia le disabilità, sia gli impedimenti sociali e strutturali che producono situazioni di *handicap* (articolo 2).

Un'altra importante novità è il superamento delle categorializzazioni ereditate dalle legislazioni corporative settoriali: infatti la valutazione proposta non si basa più sulle cause che hanno prodotto minorazione — superando così le categorie di invalidi di guerra, per servizio sul lavoro, eccetera — quanto sulla reale condizione psico-fisica dei soggetti richiedenti, garantendo uguale trattamento ad uguale tipo di minorazione. È prevista anche l'istituzione di un registro degli esperti che renda più facile il reperimento di figure professionali rappresentanti l'utenza e qualificando in maniera seria il lavoro delle commissioni pluridisciplinari (articolo 3).

Il problema dell'individuazione di una « soglia » oggettivamente definita per individuare gli aventi diritto è risolta con l'accertamento di una determinata patologia (così come in fondo avviene con la selezione della commissione Foschi). Questo accertamento, però, diventa solo una parte della fotografia delle persone disabili e dei loro problemi di integrazione e delle loro potenzialità funzionali e possibili. In questo modo viene restituita integralmente, con criteri scientifici, la totalità della persona alla dimensione della sua complessiva vita di società. È evidente che l'impostazione teorica e pratica proposta modifica profondamente i tradizionali metodi di valutazione dei disabili. Molte saranno le resistenze corporative, accademiche e burocratiche che incontrerà la presente proposta di legge, che è l'unica impostazione corretta che rispetti le esigenze dei disabili e consenta di arrestare il fenomeno delle false invalidità. Data la complessità della materia, è stata prevista una delega al Governo (articolo 7) per l'estensione di un testo unificato che raccordi le diverse normative in modo da ordinare amministrativamente le procedure e le competenze finalmente unificate. È previsto infine un articolo che salvaguardi i procedimenti di accertamenti già in istruttoria (articolo 10).

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

(Scopi).

1. La presente legge disciplina gli accertamenti pubblici e legali delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*.

2. Si intende per *minorazione* qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psichica, psichiatrica, psicologica, fisiologica o anatomica della persona, derivante da qualsiasi causa.

3. Si intende per *disabilità* qualsiasi limitazione o perdita conseguente a minorazione della capacità di compiere un'attività nel modo e nell'ampiezza considerati normali per un essere umano, tale per cui limiti o impedisca totalmente le funzioni relative alle parti minorate.

4. Si intende per *handicap* la condizione di svantaggio conseguente ad una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale di persona per tale soggetto in relazione al sesso, all'età ed a fattori socio-culturali.

## ART. 2.

(Commissioni per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*).

1. È istituita presso ogni unità sanitaria locale una commissione pluridisciplinare per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*, come definiti ai sensi dell'articolo 1.

2. Ogni commissione è composta da:

a) un medico legale esperto nella materia;

b) un ingegnere in bioingegneria, definito ingegnere umano;

c) un educatore professionale;

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

- d) un fisioterapista occupazionale;
- e) un assistente sociale;
- f) uno psicologo riabilitativo;
- g) un medico specialista nella specifica patologia del soggetto esaminato;
- h) un tecnico iscritto al registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3, nominato dall'unità sanitaria locale;
- i) un medico specialista di fiducia del richiedente.

3. In caso di accertamenti relativi alla lettera e) del comma 1 dell'articolo 4, la commissione è integrata da un esperto nominato dal Ministro dei trasporti e della navigazione.

4. I membri delle commissioni sono nominati, in relazione alle specifiche competenze, attingendo alle piante organiche del personale delle unità sanitarie locali.

5. In carenza di personale delle unità sanitarie locali, le figure professionali indicate nel comma 4 sono reperite tramite convenzioni con personale in possesso dei titoli riconosciuti.

6. La commissione, attraverso un'indagine approfondita e tramite una serie di incontri, accerta le minorazioni e le conseguenti disabilità ed *handicap* anche ai fini dei trattamenti previdenziali, assistenziali, sanitari, lavorativi e sociali di cui l'avente diritto può beneficiare.

7. La commissione, sulla base della documentazione presentata e di incontri con il richiedente, indica un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato, ed individua i percorsi sanitari, lavorativi e sociali che favoriscano l'acquisizione, il potenziamento e lo sviluppo delle capacità di indipendenza e di autonomia degli aventi diritto, indirizzandoli ai servizi pubblici e privati operanti nell'ambito dei problemi connessi con le minorazioni, le disabilità e gli *handicap* accertati.

8. In assenza di minorazioni, disabilità ed *handicap* tali per cui non sia possibile conseguire gli obiettivi di cui al comma 7, la commissione indica percorsi alternativi.

## ART. 3.

(Registro degli esperti).

1. È istituito presso ogni regione e presso le province autonome di Trento e di Bolzano, il registro degli esperti delle associazioni e dei movimenti che si occupano, con esperienze documentate e da almeno tre anni della tutela dei diritti e della promozione di integrazione sociale di persone disabili nell'ambito dell'integrazione scolastica, dell'inserimento lavorativo e della integrazione sociale anche nei casi gravissimi.

2. Al registro possono essere iscritti gli esperti, segnalati dalle associazioni e movimenti di cui al medesimo comma 1, che da almeno tre anni abbiano acquisito competenze specifiche nel settore delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*.

## ART. 4.

(Compiti delle commissioni).

1. La commissione per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*, seguendo i criteri stabiliti nella guida di cui all'articolo 8, ha i seguenti compiti:

a) accerta la presenza di minorazioni fisiche e psichiatrico-psichiche, per malattie mentali e per ritardi mentali su base organica o sensoriale, derivanti da qualsiasi causa, allo scopo di assegnare il diritto a provvidenze e benefici economici, lavorativi, sociali e sanitari previsti dalla legislazione vigente;

b) descrive, in base a minorazioni riconosciute, la sussistenza di disabilità fisiche e psichiatrico-psichiche per malattie mentali e per ritardi mentali su base organica o sensoriale allo scopo di individuare le potenzialità funzionali degli aventi diritto e un percorso terapeutico-riabilitativo che indichi gli ausilii tecnici, i percorsi terapeutici, gli interventi necessari per superare tali disabilità ed il tipo

di *handicap* che l'avente diritto subisce nella sua vita di relazione pubblica e privata, sulla base del profilo dinamico-funzionale così redatto;

c) indirizza gli aventi diritto alle istituzioni competenti, con cui intrattiene rapporti permanenti, per promuovere, secondo le varie competenze istituzionali, i possibili interventi tecnici, medici, lavorativi, sociali ed economici, utili alla rimozione delle disabilità e degli *handicap*. Le istituzioni predette, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, sono tenute a consentire la visione degli elenchi nominativi dei soggetti da esse seguiti;

d) cura la redazione di un censimento analitico delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* in base ad una scheda il cui modello deve essere approvato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. La scheda può essere modificata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti le associazioni nazionali rappresentanti i disabili che da più di cinque anni svolgono attività di interesse nazionale in favore dei cittadini disabili nell'ambito dell'inserimento lavorativo e i Ministri competenti. Alla fine di ogni anno la commissione redige una relazione sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* nel territorio di propria competenza, che invia agli enti pubblici territoriali, alle associazioni che operano in tale settore, alla presidenza del consiglio regionale territorialmente competente e alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

e) accerta l'idoneità fisica per il conseguimento di brevetti, patenti ed altre idoneità che richiedano un accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*, mettendo a disposizione dei richiedenti gli strumenti tecnici idonei allo scopo;



f) propone alla Commissione nazionale di cui al comma 2 dell'articolo 8 le segnalazioni di integrazioni e di modifica alla guida generale per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli handicap.

ART. 5.

(Relazioni).

1. La presidenza del consiglio regionale, sulla base delle relazioni inviate dalle commissioni di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d), redige una relazione annuale sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap*. La relazione viene trasmessa al consiglio regionale che la discute nella prima riunione successiva alla trasmissione stessa.

2. Copia della relazione di cui al comma 1 è inviata altresì alle associazioni regionali rappresentanti i disabili ed è trasmessa alla Presidenza del Consiglio dei ministri la quale, sulla base delle relazioni trasmesse dai presidenti dei consigli regionali e sentito il parere della Commissione nazionale di cui all'articolo 8, redige una relazione annuale sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap*, che è trasmessa al Parlamento ed è inviata alle associazioni nazionali rappresentanti i disabili.

ART. 6.

(Commissioni d'appello).

1. Presso ogni assessorato regionale alla sanità e presso gli assessorati alla sanità delle province autonome di Trento e di Bolzano è istituita una commissione regionale d'appello per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*.

2. Alla commissione di cui al presente articolo possono presentare ricorso coloro che ritengano di non essere stati adeguatamente valutati dalle commissioni di cui all'articolo 2.

3. Le commissioni d'appello sono composte da:

a) un medico legale esperto nella materia;

b) un ingegnere umano;

c) un educatore professionale;

d) un fisioterapista occupazionale;

e) un assistente sociale;

f) uno psicologo riabilitativo;

g) un medico specialista nella specifica patologia del soggetto esaminato;

h) un tecnico iscritto al registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3, e nominato dall'assessore regionale alla sanità competente, che abbia acquisito da più di cinque anni una specifica competenza nel settore delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*;

i) un medico specialista di fiducia del richiedente.

4. Le commissioni d'appello hanno competenza nelle materie di cui alle lettere a), b), c), e) ed f) del comma 1 dell'articolo 4 e sulle richieste di controllo dei requisiti dei beneficiari riconosciuti titolari di diritti da parte delle istituzioni di cui alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 4.

5. In caso di accertamenti relativi alla lettera e) del comma 1 dell'articolo 4, la commissione d'appello è integrata da un esperto nominato dal Ministro dei trasporti e della navigazione.

#### ART. 7.

*(Raccordo tra le competenze).*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, un testo unico in cui siano raccolte e coordinate le normative relative alle seguenti materie:

a) l'accertamento dell'invalidità civile ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118,

e successive modificazioni, alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, alla legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, al decreto del Ministro della sanità in data 25 luglio 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 14 ottobre 1980;

b) l'assegnazione del diritto alla pensione di guerra di cui alla legge 10 agosto 1950, n. 648, al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, alla legge 26 gennaio 1980, n. 9, alla legge 6 ottobre 1986, n. 656, e successive modificazioni;

c) l'assicurazione obbligatoria sugli infortuni sul lavoro di cui al regio decreto 17 agosto 1935, n. 1765, e successive modificazioni;

d) gli accertamenti medico-legali delle ferite, lesioni ed infermità del personale dipendente dalle amministrazioni militari e da altre amministrazioni dello Stato, di cui alla legge 11 marzo 1926, n. 416, e successive modificazioni;

e) l'accertamento di idoneità fisica della gente di mare di cui al regio decreto-legge 14 dicembre 1933, n. 1773, convertito dalla legge 22 gennaio 1934, n. 244, al regio decreto-legge 23 settembre 1937, n. 1918, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 1938, n. 831 e successive modificazioni;

f) l'accertamento di idoneità al conseguimento della patente di guida di cui alla legge 18 marzo 1988, n. 111 ed al brevetto di idoneità al volo, ed altre norme legislative con esse strettamente connesse.

2. La delega di cui al comma 1 comprende, altresì, la facoltà di introdurre modifiche alle leggi ed ai decreti di cui al medesimo comma 1, onde uniformarli a quanto previsto dalla presente legge.

## ART. 8.

*(Criteri di valutazione).*

1. I criteri di accertamento con cui operano le commissioni di cui agli articoli 2 e 6 sono definiti dalla guida generale per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* emanata con decreto del Ministro della sanità, sentiti i Ministri dell'interno, della pubblica istruzione, per la famiglia e la solidarietà sociale, del lavoro e della previdenza sociale, dei trasporti e della navigazione e della difesa.

2. La guida di cui al comma 1 è redatta, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, da una Commissione nazionale nominata dal Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il parere dei Ministri dell'interno, della sanità, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale, dei trasporti e della navigazione, della difesa e per la famiglia e la solidarietà sociale.

3. La Commissione è composta da dieci membri competenti nel campo dell'*handicap*, con esperienza decennale documentata nel settore della medicina legale, dell'inserimento lavorativo, dell'integrazione scolastica, delle attività terapeutico-riabilitative, dei servizi sociali, della formazione professionale, degli ausili e delle tecnologie, dell'*ergonomia umana*, della psicologia e della psichiatria.

4. La guida è redatta sulla base dei seguenti criteri:

- a) classificazione delle minorazioni;
- b) descrizione delle disabilità e degli *handicap*, tenendo conto della coesistenza di fattori oggettivi, soggettivi ed ambientali;
- c) indicazione delle abilità e del loro potenziamento con l'uso di ausili personalizzati o di interventi terapeutici, riabilitativi, lavorativi e sociali.

5. Ogni anno, sulla base delle eventuali proposte di integrazioni e di modifiche avanzate dalle commissioni di cui all'arti-

colo 4 e dalle associazioni nazionali rappresentanti i disabili, la Commissione nazionale cura l'aggiornamento periodico della guida di cui al comma 1 del presente articolo e della scheda di cui all'articolo 4.

ART. 9.

*(Norme finanziarie).*

1. Per il funzionamento delle commissioni previste dalla presente legge è istituito, nello stato di previsione del Ministero della sanità, un apposito capitolo intitolato: « Fondo per il funzionamento delle commissioni per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* ». A tale capitolo è iscritta la somma di lire 3 miliardi a decorrere dall'esercizio 1995.

2. Gli stanziamenti relativi alle disposizioni di cui all'articolo 7 sono trasferiti al capitolo di bilancio di cui al comma 1.

ART. 10.

*(Norme transitorie e finali).*

1. Le unità sanitarie locali e gli assessorati regionali alla sanità, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, devono provvedere alla costituzione delle commissioni di cui agli articoli 2 e 6.

2. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, stabilisce la normativa concernente l'esame delle domande pervenute alle unità sanitarie locali prima della data di entrata in vigore della presente legge, adeguandola ai nuovi criteri in essa stabiliti.

