

È in fase di attivazione un piano di offerta formativa da attuarsi secondo le modalità derivanti dalla contrattazione integrativa tra il Ministero degli Affari Esteri, il Ministero della Pubblica Istruzione e le OO.SS.

Importanza notevole ha ancora, nella politica del M.A.E., l'assistenza ai nostri connazionali emigrati, con una particolare attenzione ai disabili, portatori di un duplice handicap: quello della disabilità e quello della lontananza dalla Patria.

In questo caso, forti dell'esperienza degli anni passati, si è ritenuto opportuno prendere in considerazione congiuntamente disabili ed anziani, tanto più che questi ultimi molto spesso a causa dell'età, sono portatori di deficit fisici, psichici, sensoriali e, non di rado, di più deficit contemporaneamente.

Il M.A.E. promuove costantemente iniziative in questo ambito: sollecita le nostre Rappresentanze e le supporta con pareri e direttive; ma il fatto che le realtà culturali, sociali e legislative siano tanto variegate, non consente una univocità d'approccio a questo problema, ma costringe a costanti aggiustamenti, modifiche, rielaborazioni; il tutto però su una salda linea di base dalla quale non si può e non si deve mai deflettere: l'attenzione prioritaria alle categorie più deboli.

II

Nei Paesi in via di sviluppo i problemi dei disabili sono gravi, ma in quelli colpiti da calamità naturali o belliche sono insostenibili.

Il M.A.E., principalmente attraverso la DGCS, attua una serie di piani che vanno dall'emergenza, alla post-emergenza, all'elaborazione ed attuazione di iniziative di più ampio respiro, sia temporale che di risorse.

Si va da iniziative concernenti i problemi creati dalle mine antiuomo a quelli riguardanti il recupero psichico di donne, bambini e uomini che sarebbero irrimediabilmente perduti senza una rapida e forte azione per così dire di riabilitazione mentale. In Kosovo ed in Serbia, questo è uno dei principali problemi che si prospetta.

Con particolare riferimento alla tematica dei disabili, l'attività del M.A.E., attraverso la DGCS, rivolta ai paesi in via di sviluppo parte da alcuni presupposti.

I disabili che secondo le stime dell'OMS rappresentano tra il 7 e il 10% della popolazione soffrono i più alti tassi di morbosità e mortalità generica, avendo meno occasioni di scolarità e di produzione di un reddito che consente loro l'autosufficienza. Essi, in generale, sono estremamente poveri, oltreché emarginati ed esclusi dai processi decisionali e gestionali anche per ciò che concerne i loro stessi problemi.

Tale condizione è tuttavia riconducibile ad una matrice culturale, che fa scattare nei cosiddetti "normodotati" la paura del diverso, provocando quelle forme, spesso subdole e larvate di esclusione e di emarginazione che si possono definire "razzismo bianco".

Per quanto riguarda in particolare i paesi in via di sviluppo le principali cause di handicap sono legate:

- a) scadenti condizioni di salute delle gestanti;
- b) alla carente assistenza pre e post-natale e durante il parto;
- c) all'elevata incidenza di malattie trasmissibili che, con relativa frequenza, producono: poliomielite, tubercolosi, pertosse, meningite, tracoma, sifilide congenita e lebbra.

Gli handicap sono inoltre dovuti:

- a) alla malnutrizione proteico-calorica e alla carenza di vitamine;
- b) agli incidenti stradali, domestici e lavorativi, nonché alla povertà latensu.

In alcune zone del mondo (attualmente si contano 18 focolai) la guerra determina spessissimo lesioni permanenti, sia di natura psichica a causa dello stress da trauma, sia di natura fisico-sensoriale.

Oltre alle patologie storiche (lebbra, malaria, tubercolosi, poliomielite) che un'azione di cura e prevenzione riesce in qualche modo a controllare e limitare, ne sorgono di nuove che, spesso, favoriscono la reinsorgenza di tali malattie, quali l'AIDS, che sempre più rappresenta un flagello mondiale. Anche per quanto concerne siffatte nuove malattie, esse possono essere considerate quali indicatori di povertà e di esclusione sociale. Perciò la Cooperazione Socio-Sanitaria italiana sviluppa specifici programmi tesi a ridurre gli effetti dannosi, attraverso una seria e completa prevenzione.

Da una congerie di cause e concause derivano dunque deficit fisico-psichico-sensoriali che portano all'handicap o alla disabilità. La Cooperazione governativa italiana in relazione alle iniziative che si occupano di prevenzione e riabilitazione dell'handicap tratta il problema della disabilità, utilizzando alcune "linee guida" che in materia si è data fin dal 1989. Infatti in tale anno, con la pubblicazione dei principi guida della Cooperazione Socio-Sanitaria italiana, il M.A.E. ha stabilito che l'approccio privilegiato nelle attività di riabilitazione è quello di tipo comunitario, da svilupparsi nei Programmi di assistenza sanitaria di base.

La Cooperazione Socio-Sanitaria italiana finalizza i propri interventi all'eliminazione delle situazioni di fatto, culturali, sociali ed ambientali, che ghettizzano i disabili, impedendone una partecipazione attiva alla vita sociale: i mezzi di cui ci si serve sono i piani di riabilitazione.

Ogni intervento pertanto, ha una doppia finalità: da un lato fornire i disabili degli strumenti necessari alla loro integrazione; dall'altro dotare le Comunità dei mezzi minimali per favorirla.

Nei "Principi Guida" è stato sottolineato che sostenere la prevenzione delle malattie e delle condizioni causa di disabilità deve costituire la priorità assoluta nell'ambito della lotta all'handicap.

Essa consiste in interventi quali:

- a) immunizzazione;
- b) adeguata assistenza alla gravidanza e al parto;
- c) pianificazione familiare, soprattutto per le donne a rischio;
- d) educazione sanitaria e nutrizionale;
- e) distribuzione di complessi vitaminici.

È indispensabile pensare anche ad interventi di altra natura che esulano dal settore ma che hanno valenza altamente preventiva: interventi che vanno da un corretto approvvigionamento idrico ad una adeguata azione di prevenzione anti-infortunistica.

La riabilitazione è un processo limitato nel tempo il cui fine è quello di mettere i disabili in condizione di realizzare le proprie potenzialità, favorendo il loro attivo inserimento e la loro integrazione nella società, attraverso:

- a) l'assistenza medica, psicologica e sociale;
- b) la formazione professionale adeguata alle capacità residue ed alla realtà socio-economica locale;
- c) l'appoggio all'inserimento nel mondo del lavoro;
- d) la promozione del processo di sviluppo educativo integrato dei bambini.

I programmi di prevenzione, cura e riabilitazione degli handicap vengono inseriti, dalla Cooperazione italiana nelle attività routinarie di sanità pubblica, particolarmente nell'ambito del settore materno-infantile, data la particolare incidenza di handicap in questa fascia della popolazione.

Il modello organizzativo, che viene proposto per questi interventi, è basato sull'azione nella Comunità, sia nelle famiglie che nelle scuole, in modo da coinvolgere la popolazione nell'individuare i bisogni e nel pianificare e realizzare iniziative specifiche.

I programmi settoriali, che la Cooperazione Socio-Sanitaria italiana contribuisce a realizzare in questo ambito, tengono in conto la cultura e la struttura della famiglia e della società, individuando e sostenendo le strategie più appropriate per il recupero ed il reinserimento e, ove

possibile, l'integrazione del disabile. A tal fine la Cooperazione Socio-Sanitaria italiana ritiene particolarmente efficace la creazione di laboratori e la formazione del personale che vi opera per la produzione di semplici ausili necessari per la riabilitazione dei disabili costituiti con materiali reperibili in loco.

Le componenti specialistiche di questi programmi si sviluppano in centri ambulatoriali collocati presso ospedali o strutture sanitarie, che sono di appoggio ai servizi sul territorio, nonché attraverso gli operatori di base, gli insegnanti e le famiglie stesse, opportunamente formati.

La Cooperazione Socio-Sanitaria italiana ritiene indispensabile favorire un orientamento comunitario e multidisciplinare ed evitare così il sostegno a istituti speciali di ricovero, i cui effetti emarginati sono ben noti nei paesi industrializzati, che, tuttavia, in buona parte, continuano ad utilizzarli.

L'Italia, a seguito degli impegni presi nel corso del vertice di Copenaghen sullo sviluppo sociale tenutosi nel 1995, ha deciso, con appositi programmi, di promuovere e favorire la lotta contro l'esclusione sociale, attraverso la costituzione della Rete internazionale delle pratiche di lotta contro tale esclusione.

I campi di azione della Rete sono principalmente:

- a) il funzionamento delle istituzioni, delle strutture dei servizi pubblici e privati, che debbono venire incontro ai bisogni delle persone in particolare di quelle in difficoltà;
- b) la vita delle Comunità locali in cui si verificano fenomeni di esclusione sociale;
- c) gli aspetti nazionali e internazionali dei processi di sviluppo che incidono sull'esclusione sociale;
- d) il funzionamento di enti e servizi che attuano politiche urbanistiche ed abitative, determinando condizioni favorevoli od opposte all'integrazione.

Tra gli interventi attuati dalla Cooperazione italiana possiamo ricordare:

a) iniziative tese alla prevenzione e riabilitazione dell'handicap in Colombia. Tali iniziative hanno favorito l'integrazione sociale ed economica dei disabili attraverso la costituzione di imprese sociali; hanno favorito altresì la deistituzionalizzazione dei disabili psichici, provocando importanti riflessi sulle politiche sociali del paese.

b) In Mozambico si è concluso un progetto di sostegno alla lotta al morbo di Hansen finanziato dalla DGCS. Esso ha contribuito al programma di sradicazione di tale malattia lanciato dall'O.M.S. Un simile programma è in fase di avvio in Ruanda ed in Brasile.

c) In Salvador la Cooperazione italiana ha dato un forte impulso al sistema nazionale di educazione speciale, che allo stato attuale, consente l'inserimento del 50% dei bambini con deficit nelle scuole.

d) In Bosnia-Erzegovina sono stati realizzati interventi nel settore della riabilitazione. In particolare, in collaborazione con Enti locali ed Istituzioni scientifiche italiane, nonché con Istituzioni bosniache (Ministero dell'Educazione, della Sanità e degli Affari Sociali), sono state realizzate esperienze di inserimento scolastico di bambini disabili. Esse hanno portato ad una profonda riforma dei servizi educativi e sanitari del paese.

e) In Uganda è in fase di sviluppo un programma per la costituzione di officine ortopediche e per la formazione professionale di fisioterapisti, programma imposto dalla situazione derivante dalle vicende belliche del paese.

f) In India è in corso di realizzazione l'intervento per la cura e la riabilitazione dei mielolesi, intervento che ha sviluppato esperienze di riabilitazione su base comunitaria.

g) In Tunisia è in fase di avvio un programma di sostegno alle associazioni di disabili psicosofici in collaborazione con il Ministero della Solidarietà sociale di quel paese, programma che si svilupperà attraverso la fornitura di attrezzature nonché attraverso il sostegno alla costituzione di micro imprese, gestite da disabili.

h) Numerose sono le iniziative di emergenza a vantaggio di persone colpite da eventi bellici o disastri naturali ed è importante qui sottolineare la collaborazione con l'O.M.S. e con l'I.L.O. attraverso il sostegno a specifici programmi, nonché attraverso contributi a programmi finalizzati alla riabilitazione dei disabili.

III

Uno degli elementi che si pongono prioritariamente all'attenzione del M.A.E. è il problema dei flussi migratori, che, sempre più, interessano il nostro paese e l'Europa tutta.

All'interno del nostro continente fluttano, nell'insicurezza, decine di milioni di emigrati, sia comunitari che extracomunitari e questi ultimi dimostrano come, ormai, non si possa più parlare di sfida nord-sud, poiché sull'U.E. affluiscono correnti migratorie sia dal nord, sia dal sud, sia dall'est.

Non si tratta di una sfida, ma di un grandioso fenomeno di rimescolamento di etnie che non può essere bloccato, combattuto o invertito; ma va seguito e guidato, come si può fare nei confronti di un fiume in piena.

Nella storia dell'umanità, in particolare in quella d'Europa abbiamo avuto 2 momenti analoghi: la discesa dei popoli Indoeuropei, che diedero vita alle civiltà classiche; la calata delle popolazioni barbariche, prima germaniche e poi slave, nonché la contemporanea espansione Araba, che costituirono i presupposti dell'attuale Europa sulle rovine dell'Impero Romano.

Dall'attuale sconvolgimento certamente nascerà un altro tipo di civiltà, in cui si ritroveranno apporti dell'Africa nera ed araba, delle popolazioni slave, uniti al substrato della civiltà dell'Europa occidentale così come noi la conosciamo.

L'unica differenza rispetto al passato è che queste migrazioni sono pacifiste e che, data la vertiginosa rapidità degli eventi, basteranno pochi decenni per configurare nuovi assetti della società ora inimmaginabili.

Di fronte a questo fenomeno epocale il M.A.E. sta già svolgendo un'attività di grande rilievo in quasi tutti i paesi fonte di emigrazione nei confronti dell'Italia, al fine di stabilizzare in essi, per quanto è possibile, le popolazioni ora residenti, garantire uno sviluppo socio-economico accertabile, intensificare le possibilità di lavoro e di micro imprenditorialità, tanto necessarie a rafforzare le strutture statali, spesso deboli, talora inesistenti.

In questo vasto panorama di attività trovano allocazione iniziative tese alla riabilitazione psico-fisica dei disabili, vittime di stress psichico a seguito della guerra, sia in Kosovo che in Serbia, iniziative tese alla formazione professionale delle categorie più svantaggiate, in particolare dei disabili, attività di supporto alla micro imprenditorialità, con particolare attenzione a quella che abbia come protagonisti i disabili stessi.

IV

Le prospettive che ci si presentano per l'anno in corso sono estremamente interessanti.

Nei vari settori finora illustrati si proseguirà nelle azioni intraprese e si ritiene che la ristrutturazione del M.A.E., da poco avvenuta, fornirà ulteriori possibilità di attività nel settore che ci interessa.

Si intende impostare il piano pluriennale per il superamento delle barriere architettoniche e sensoriali nel Ministero degli Affari Esteri ed in tutte le sedi da esso dipendenti; approfondire le tematiche concernenti i disabili dipendenti del M.A.E., siano essi all'estero che in Italia; assistere i disabili frequentanti le nostre scuole all'estero ed i nostri emigrati in difficoltà, in quanto portatori di deficit.

Il lavoro di coordinamento tra i disposti della legge 104/92 e della 626 proseguirà e ci aspettiamo che raggiunga risultati positivi entro il 2000.

Inoltre saranno intensificati gli incontri con le OO.SS. per sviluppare, grazie al loro appoggio ed alle loro proposte, utili iniziative che integrino quelle già in essere e siano di miglioramento alle condizioni lavorative dei dipendenti disabili nonché tendano alla corretta applicazione della L. 68/99, per quanto di competenza del M.A.E..

Infine riteniamo importante sviluppare l'ampia gamma di progetti ed interventi, estesi a molti dei paesi in via di sviluppo e che hanno per oggetto l'ottenimento di una pari dignità fra cittadini disabili ed il resto della popolazione.

ALLEGATO I

QUESTIONARIO

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____

Residente in _____

Impiegato presso il M.A.E. dal _____

A seguito di assunzione in base alla legge _____

Attualmente con funzione di _____

Qualifica _____

Precedenti mansioni e qualifiche _____

Eventuali difficoltà incontrate nell'espletamento del lavoro a causa della propria disabilità _____

Interventi a supporto (ad es. speciali attrezzature) posti in essere dall'amministrazione _____

Suggerimenti di carattere tecnico o normativo per rendere la propria condizione lavorativa più agevole,
meno stressante realmente integrata nell'attività dell'ufficio di appartenenza _____

Eventuali altri suggerimenti e considerazioni _____

Data

Firma

ALLEGATO 2

QUESTIONARIO

Sede (Ambasciata o Consolato) _____

Barriere architettoniche esterne all'edificio _____

Barriere architettoniche interne _____

Barriere sensoriali _____

Attrezzature o attività già messe in opera per eliminare o superare tali barriere _____

Eventuali suggerimenti, considerazioni e proposte all'amministrazione _____

Data

Firma

MINISTERO DEI LAVORI PUBBLICI**PREMESSA****SEGRETARIATO GENERALE
DEL C.P.R.**

L'articolo 3, comma 1, lettera r-bis) della legge 5 agosto 1978, n. 457, dispone la costituzione di una riserva sui finanziamenti destinati ai programmi di edilizia residenziale pubblica, per la concessione di contributi in conto capitale ai fini della realizzazione con tipologia idonea o dell'adattamento di alloggi di edilizia sovvenzionata ed agevolata alle esigenze di assegnatari o acquirenti handicappati.

In merito si fa presente quanto segue.

PROGRAMMAZIONE 1992-95

A seguito della pubblicazione della delibera CIPE 22 dicembre 1998, relativa al riparto dei fondi di edilizia residenziale pubblica-legge 17 febbraio 1992, n. 179, è stato predisposto il D.M. 27 luglio 1999, n. 269 di ripartizione tra le regioni della riserva di £. 5,21 miliardi, operata sulle maggiori entrate ex Gescal accertate per il 1995 ai sensi del suddetto art. 3.

PROGRAMMI REGIONALI TRIENNIO 1996-98

A seguito della pubblicazione della delibera CIPE 22 dicembre 1998, relativa al riparto dei fondi di edilizia residenziale pubblica-legge 17 febbraio 1992, n. 179, è stato predisposto il D.M. 27 luglio 1999, n. 270 di ripartizione tra le regioni della riserva di £. 14,20 miliardi, operata ai sensi del predetto art. 3 sulle risorse ex Gescal destinate alla realizzazione di programmi regionali di edilizia residenziale pubblica per il triennio 1996-98.

Si evidenzia che la ripartizione di cui al D.M. in questione riveste carattere provvisorio in attesa della verifica dei contributi ex Gescal effettivamente introitati nel 1998 e potrebbe subire delle modifiche nel caso si riscontrassero eventuali variazioni rispetto all'importo stimato.

Si precisa che il trasferimento alle regioni dei fondi ripartiti con i DD.MM. innanzi citati avverrà in sede di Conferenza Stato-Regioni.

MINISTERO DEI TRASPORTI E DELLA NAVIGAZIONE

DIPARTIMENTO TRASPORTI TERRESTRI
U. di G. MOTORIZZAZIONE
E SICUREZZA DEL TRASPORTO TERRESTRE

PROVVEDIMENTI, ADEMPIMENTI

Nell'anno 1999 sono state emanate da quest'Amministrazione le seguenti circolari:

— Circolare Prot. n. 3971/4631 U. d. G. n. B52 del 7 giugno 1999: *Riduzione dei requisiti fisici. Riclassificazione della patente di guida*

— Circolare Prot. n. 5469/4631 U. d. G. n. B62 del 30 luglio 1999: *Adattamenti per la guida di veicoli da parte di soggetti minorati. Raccolta di pareri per i casi non contemplati dalla circolare 148/91*

— Circolare Prot. n. 6449/4630 D.T.T. n. 46 U. d. G. A/19 del 13 settembre 1999: *Permesso provvisorio di guida per titolari di patente di guida speciale*

— Circolare Prot. n. 1078/4332/CG U.d.G. MOT n. B67 del 15 settembre 1999: Legge 27 dicembre 1997, n. 449: *Veicoli adattati a favore di soggetti portatori di handicap con ridotte o impedito capacità motorie permanenti. Ulteriori precisazioni.*

I suindicati provvedimenti sono stati emanati con lo scopo principale di semplificare e snellire le procedure riguardanti il rilascio, la conferma di validità e la duplicazione delle patenti speciali e quelle riguardanti l'installazione degli adattamenti sui veicoli sia per la guida da parte di persone disabili, sia per il trasporto di tali persone.

COMMISSIONI, ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO

A norma dell'art. 119, c. 10 del Codice della Strada è istituito un Comitato Tecnico interministeriale che ha il compito di fornire alle Commissioni mediche locali informazioni sul progresso tecnico-scientifico che ha riflessi sulla guida dei veicoli a motore da parte di persone disabili. Il Comitato Tecnico è composto da rappresentanti del Ministero dei Trasporti (tra cui è nominato il presidente) e della Sanità, e da due rappresentanti delle Associazioni di categoria.

Le Commissioni mediche locali sono costituite in ogni provincia presso le unità sanitarie locali, con il compito di accertare i requisiti psicofisici per la guida dei veicoli da parte di particolari categorie di persone tra cui i minorati e i mutilati fisici (art. 119, c. 4, C.d.S.). Il presidente di ogni commissione è nominato con decreto del Ministro dei Trasporti di concerto con il Ministro della Sanità. Le Commissioni mediche, nel caso in cui debbano esprimere giudizio di idoneità nei confronti di minorati o mutilati fisici, sono integrate da un ingegnere appartenente ai ruoli del Dipartimento dei Trasporti Terrestri.

Il Ministro dei Trasporti decide i ricorsi avversi i giudizi espressi dalle suddette Commissioni mediche.

Per le problematiche inerenti i requisiti di idoneità alla guida quest'Amministrazione partecipa alle riunioni del Consiglio Superiore della Sanità.

Il Dipartimento dei Trasporti Terrestri ha il compito di indirizzo e coordinamento degli Uffici periferici (Uffici Provinciali, C.P.A. e U.S.T.I.F.). Gli Uffici Provinciali della M.C.T.C. hanno la competenza, tra l'altro, del rilascio delle patenti di guida speciali e delle visite e prove per l'installazione degli adattamenti sui veicoli per la guida o il trasporto di persone disabili. Gli adattamenti sono approvati dai Centro Prova Autoveicoli. I rapporti tra la sede centrale di quest'Amministrazione e gli Uffici periferici sono regolati, generalmente, da circolari ministeriali.

AZIONI, ATTIVITÀ

Partecipazione al Gruppo di lavoro "Accessibilità, mobilità e comfort urbano" per la I Conferenza Nazionale sull'Handicap tenutasi a Roma nei giorni 16-18 dicembre 1999. In tale sede, in collaborazione con le associazioni di categoria ed altre amministrazioni sono stati proposti una serie di interventi finalizzati al miglioramento di alcuni aspetti riguardanti la "mobilità" delle persone a ridotte capacità motorie (v. all. 1).

Predisposizione di un prontuario per la patente speciale in cui sono indicate le procedure per il rilascio e la conferma di validità delle patenti speciali, per l'installazione degli adattamenti sui veicoli e le principali disposizioni che regolano la materia.

DATI STATISTICI

Patenti speciali emesse nell'anno 1999:

- categoria AS n. 557;
- categoria BS n. 37780;
- categoria CS n. 113.

Ricorsi avverso il giudizio delle Commissioni mediche anno 1999: n. 2000 circa.

OBIETTIVI

Monitoraggio dell'attività delle Commissioni mediche locali e delle strutture sanitarie delle PS in materia di accertamenti dei requisiti psicofisici al fine di uniformare le modalità di accertamento;

esame comparato delle norme a livello comunitario relative alle patenti di guida speciali e alle procedure per l'impianto degli adattamenti sui veicoli per eventuali proposte di armonizzazione.

ALLEGATO 1

PROBLEMA	PROPOSTE	NOTE
Periodo di validità ridotto delle patenti di guida di categoria speciale rispetto alle patenti normali	Equiparare i periodi di validità delle patenti speciali a quelle normali nel caso di patologie stabilizzate e consentire l'accertamento sanitario ai medici monocratici	Necessità di individuare quali sono le patologie stabilizzate
Le Commissioni mediche locali non adottano gli stessi criteri di valutazione nella formulazione dei giudizi di idoneità e nell'individuazione delle prescrizioni	Sollecitare il Ministero della Sanità all'adozione di "Linee guida" con lo scopo di uniformare i criteri di valutazione delle Commissioni mediche locali su tutto il territorio nazionale	Esistono già delle Linee guida emanate dal Consiglio Superiore della Sanità riguardante alcune patologie
Tempi eccessivi intercorrenti tra prenotazione e visita presso le Commissioni mediche locali e scarsa distribuzione sul territorio di dette Commissioni	Incrementare il numero di Commissioni con una migliore distribuzione sul territorio	
Mancanza di adeguate attrezzature a disposizione delle Commissioni mediche locali per la valutazione degli standard minimi di idoneità alla guida	Utilizzare i centri già attrezzati (pubblici e privati) con simulatori di guida; Promuovere investimenti finanziari per l'acquisto di idonee attrezzature	
Difficoltà nel reperire veicoli multiadattati	Obbligo per i Centri di istruzione automobilistici di disporre di veicoli multiadattati	Le dotazioni delle autoscuole sono stabilite dal D.M. 317/95 e succ. int. e mod.
Per le persone non in possesso dei requisiti uditivi è prescritto come unico adattamento il doppio specchietto retrovisore laterale	Obbligo di installare sui veicoli un dispositivo visivo di ricezione delle segnalazioni acustiche esterne (mezzi di soccorso, vigili, ecc.)	Inserire il dispositivo tra gli adattamenti soggetti a benefici fiscali
Contributi per i veicoli adattati elargiti a livello locale	Istituire un contributo da inserire nel nomenclatore tariffario	
DISABILI GRAVI: - Incertezze nella valutazione delle capacità residue; - mancanza di una classificazione delle minorazioni e delle conseguenti prescrizioni; - Mancanza di luoghi idonei per le esercitazioni alla guida; - Mancanza di una preparazione specifica degli istruttori di guida.	- Dotare le Commissioni mediche locali di adeguate attrezzature; - aggiornare la circolare 148/1991 classificando anche le patologie dei disabili gravi e le conseguenti prescrizioni; - creare appositi centri, in area chiusa, per le esercitazioni alla guida; - prevedere corsi di formazione per gli istruttori	

Altre due proposte riguardanti i trasporti pubblici:

- Incentivi per veicoli destinati al servizio di taxi e di noleggio C.C. adattati per il trasporto disabili;
- servizio di trasporto a chiamata svolto da associazioni legalmente riconosciute ⇒ miglior servizio, occupazione, sgravi costi aziende municipalizzate.

ACCESSIBILITÀ E SUPERAMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHEDIPARTIMENTO DELLA NAVIGAZIONE
MARITTIMA ED INTERNA**Premessa**

Il superamento dell'handicap nel settore modale del trasporto marittimo e per vie d'acqua interne, interessa ovviamente non solo il settore nave in quanto tale ma anche il porto.

L'accessibilità a bordo delle navi è in stretta simbiosi con la possibilità di accedere facilmente alle strutture portuali e quindi alla loro fruibilità. Pertanto il problema va affrontato prendendo in esame le due realtà: il porto e la nave.

Porti

Con D.M. n. 80/T in data 7 luglio 1999 è stato istituito presso l'Ufficio di Gabinetto un gruppo di lavoro con compiti di studio, verifica ed approfondimento delle problematiche attinenti ai portatori di handicap in occasione del Giubileo anno 2000.

Nel merito l'unità di gestione delle infrastrutture per la navigazione e il demanio marittimo in data 18 ottobre 1999 ha avviato un'indagine nei porti sede di Autorità Portuale per verificare l'adeguamento delle strutture portuali alla normativa in materia di abbattimento delle barriere architettoniche (legge 104/92 e D.P.R. 503/96).

Da tale verifica è emerso che all'interno dell'area portuale, la maggior parte degli scali sono dotati di fermate di mezzi pubblici che quanto a dimensioni, raccordo dei dislivelli, assenza di ostacoli e presenza di segnalazioni consentono l'agevole circolazione delle varie categorie disabili. Sono altresì presenti parcheggi riservati alle auto dei disabili.

Solo in due porti invece (Bari e Cagliari) è istituito un servizio navetta per il trasporto di passeggeri dai terminali e dai parcheggi alla stazione marittima o all'imbarco.

Nei porti dove sono presenti le stazioni marittime, tali strutture, nel caso in cui presentino differenze di quota, nella maggior parte dei casi, sono dotate di ascensori accessibili al pubblico con dimensioni idonee, porte a scorrimento automatico ed arrivo al piano autolivellante. I pavimenti dei percorsi sono antisdrucciolevoli e le rampe, ove esistenti, hanno pendenza non superiore all'8% e la loro interruzione con pianerottoli avviene almeno ogni 10 m, come previsto dal D.M. LL.PP. 14 giugno 1989, n.236.

Nella maggior parte delle stazioni marittime sono inoltre presenti servizi igienici dedicati ai disabili in numero di almeno uno per ogni blocco di servizi.

Nave

Il D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 detta norme volte ad eliminare gli impedimenti comunemente definiti "barriere architettoniche", da applicare:

a) ad edifici e spazi pubblici di nuova costruzione o a quelli esistenti qualora sottoposti a ristrutturazione;

b) ad edifici e spazi pubblici in tutto o in parte soggetti a cambiamento di destinazione se finalizzata all'uso pubblico;

c) ai servizi speciali di pubblica utilità.

Tra i servizi speciali di pubblica utilità sono contemplati anche i servizi di navigazione marittima nazionale e i servizi di navigazione interna.

Il D.P.R. al titolo VI — articoli 26 e 27 — riporta in maniera puntuale le prescrizioni tecniche necessarie a garantire la mobilità e la sicura utilizzazione degli spazi a coloro che difettano nella capacità motoria o sensoriale, a tal punto che le stesse appaiono essere molto più stringenti rispetto alle altre modalità di trasporto.

Ora è chiaro che la problematica nel settore della navigazione deve necessariamente essere esaminata tenendo conto dei due aspetti: "unità di nuova costruzione", "unità esistente".

Appare, infatti, subito evidente come la particolarità delle costruzioni navali renda assai complessa l'applicabilità della normativa alle unità già in linea.

Navi di nuova costruzione

Le unità di nuova costruzione risultano adeguate alla normativa laddove è stata prevista l'installazione di sistemi quali cabine speciali con bagni, ascensori con tastiere per non vedenti e, sulle unità veloci, poltrone e montascale. Per tutte è stata prevista la presenza di passerelle più ampie per l'accesso a bordo.

Navi esistenti

L'applicazione alle navi da passeggeri della normativa vigente pone numerosi e seri problemi di valenza generale, qualora si consideri che la legge non prevede deroghe.

Infatti, mentre nel D.P.R. 503/96 è previsto che negli edifici esistenti sono ammesse deroghe alle norme citate nel regolamento in caso di dimostrata impossibilità tecnica connessa agli elementi strutturali impiantistici, ciò non è altrettanto vero per le unità esistenti, se non l'esenzione dettata per le unità veloci, aliscafi e catamarani le cui dimensioni sono tali da non rendere ragionevole e praticabile l'applicazione delle prescrizioni tecniche.

L'adeguamento prevede interventi che spesso inficiano in qualche modo la sicurezza della nave, essendo pesantemente modificativi dell'aspetto strutturale (spostamento di pesi, indebolimento delle strutture, creazione di possibili vie d'acqua in caso d'incidente, etc.).

Deve cioè essere valutato l'aspetto tecnico della "sicurezza" dell'unità.

A tal riguardo sono in corso una serie di incontri a livello tecnico per:

determinare regole tecniche generali alle quali rifarsi per gli interventi al fine degli adeguamenti:

individuare possibili soluzioni alternative, qualora sia materialmente impossibile provvedere agli adeguamenti senza pregiudicare la sicurezza della nave.

Comunque le navi esercenti i servizi pubblici risultano in gran parte adeguate anche con una serie di iniziative finalizzate, quali ad esempio la gratuità del viaggio per l'accompagnatore dei non vedenti e la fruizione della cabina di 1ª classe per i portatori di handicap che a causa dell'eccedenza di richieste rispetto alla disponibilità non hanno potuto beneficiare della cabina per disabili.

INTEGRAZIONE LAVORATIVA

1) Disabili fisici e psichici assunti ai sensi dell'art. 19 della legge 104/92: nessuno

EX DIREZIONE GENERALE M.C.T.C.

2) Aliquota d'obbligo e posti da ricoprire

QUALIFICA	Organico vigente 1.1.1999	Quota riservata 482	CTG protette 1.1.1999	Posti da coprire
IX	370	56	3	53
VIII	440	66	1	65
VII	1.542	231	83	148
VI	1.222	183	62	121
V	1.760	264	213	51
IV imp.	181	27	37	- 10
IV op.	134	20	5	15
III aus.	381	152	135	17
III op.	357	54	42	12
	6.387	1.053	581	472

$$6.387 \times 8\% = 511 - 581 \text{ (occupati legge 482/68)} = - 70$$

Personale dell'ex Direzione Generale M.C.T.C. che ha usufruito dei benefici previsti dalla legge 104/92 nei concorsi pubblici (tempi aggiuntivi):

tot. 22 di cui: 8 nell'anno 1999 e 14 tra il 1995 e il 1996.

Una candidata è stata assunta ai sensi dell'art. 21.

Personale che ha fruito dell'art. 33:

tot. 196 di cui: 161 presso gli uffici provinciali e 35 in sede centrale.

Tirocinio presso la sede centrale dell'ex Direzione Generale M.C.T.C.

Anno	Unità
1996 / 1997 / 1998	2
1998/ 1999	2
1999/ 2000	1

EX MINISTERO MARINA MERCANTILE

INTEGRAZIONE LAVORATIVA

1) Disabili fisici e psichici assunti ai sensi dell'art. 19 della legge 104/92: nessuno

2) Aliquota d'obbligo e posti da ricoprire

QUALIFICA	Organico vigente 1.1.1999	Quota riservata 482	CTG protette 1.1.1999	Posti da coprire
IX	54	8		8
VIII	94	14		14
VII	367	55		55
VI	299	45	3	42
V	496	74	16	8
IV imp.	190	28	9	19
IV op.	420	63	23	40
III aus.	36	14	28	- 14
III op.	23	3	2	1
	1.979	304	131	173

$$1979 \times 8\% = 158 - 131 (\text{occupati legge 482/68}) = 27 (\text{disponibilità})$$

Tirocinio presso la sede centrale dell'ex Ministero Marina Mercantile

Anno	Unità
1993/94 - 1994/95 - 1995/96	3
1996/ 1997	4
1997/ 1998	2
1998/ 1999	3
1999/ 2000	4

INTEGRAZIONE LAVORATIVA**AMMINISTRAZIONE CENTRALE***Personale del settore marittimo***Assunzioni**

Nel corso dell'anno 1999 è stata assunta ai sensi della legge 482/68 una unità con la qualifica di operatore amm.vo contabile:

— V q.f.

Art. 20 — Prove d'esame nei concorsi pubblici

Nel corso dell'anno 1999 non risulta aver partecipato alcun candidato.

Nel corso dell'anno 1998 hanno partecipato ai concorsi indetti n. 6 candidati.

Art. 21 — Precedenza nell'assegnazione di sede

Nel corso dell'anno 1999 ha usufruito di tale disposizione n. 1 unità.

ART. 33 — Agevolazioni

Nel corso dell'anno 1999 hanno usufruito di tali disposizioni complessivamente n. 20 unità.