

SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

(N. 2)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa popolare, a norma dell'articolo 71, secondo comma, della Costituzione

presentato nella V Legislatura col n. 1167 e riproposto all'esame del Senato ai sensi dell'articolo 74, n. 2, del Regolamento

ANNUNCIATO NELLA SEDUTA DEL 26 MAGGIO 1972

**Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali
ed i disadattati sociali**

PREMESSA

Passività degli organi responsabili e motivi dell'iniziativa popolare.

Nonostante l'elevato numero delle persone (minori e adulti) che presentano *handicaps* psichici, fisici, sensoriali o disadattamenti sociali, non sono ancora stati adottati provvedimenti di legge diretti ad assicurare una idonea formazione personale e professionale a queste centinaia di migliaia di nostri concittadini.

Esperienze in atto all'estero hanno per contro dimostrato che queste persone possono essere proficuamente inserite nella società sempre che si provveda in modo tempestivo e con interventi idonei.

L'indifferenza dei poteri legislativo ed esecutivo ha imposto alla nostra coscienza di cittadini di assumere l'iniziativa concreta della presentazione dell'unito disegno di legge.

Siamo infatti gravemente preoccupati dell'attuale situazione degli handicappati psichici, fisici, sensoriali e dei disadattati so-

ciali per l'alto numero dei soggetti, per le notevoli e vaste implicanze personali, familiari, sociali e per alcuni indirizzi non idonei che si manifestano a livello di taluni operatori del settore.

Il secondo comma dell'articolo 71 della Costituzione della Repubblica italiana prevede « Il popolo esercita l'iniziativa delle leggi, mediante la proposta da parte di almeno 50.000 elettori di un progetto redatto in articoli ».

I firmatari del presente disegno di legge ritengono che la loro iniziativa attui inoltre il dovere costituzionale previsto dal secondo comma dell'articolo 4: « Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società ».

Dati statistici.

Secondo i dati riferiti dal professor Giovanni Bollea al 2° Congresso italiano di medicina forense (Roma 10-12 ottobre 1962 e

riportati su « Problemi minorili », n. 3, del 1963) per quanto concerne i minori in Italia:

gli handicappati mentali gravi ricoverati sono circa 10.000;

gli handicappati mentali gravi non ricoverati sono circa 5.000;

gli handicappati mentali medi certi sono circa 670.000;

gli handicappati mentali casi limite sono circa 585.000;

gli epilettici sono circa 160.000;

i colpiti da paralisi cerebrali infantile sono circa 100.000;

i disadattati del carattere e del comportamento sono circa 1.500.000;

i sordi sono circa 20-25.000;

i sordastri sono circa 400.000;

i ciechi sono circa 15-18.000;

gli ambliopici sono circa 15-16.000.

W. D. Wall in « Education et santé mentale » Editions UNESCO 1959, riferisce che sull'insieme dei minori in età scolare, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità:

gli insufficienti mentali gravi (Q.I. circa 0-19) sono lo 0,06 per cento circa;

gli insufficienti mentali medi (Q.I. circa 20-49) sono lo 0,24 per cento circa;

gli insufficienti mentali lievi (Q.I. circa 50-69) sono il 2,26 per cento circa;

i casi limite (Q.I. circa 70-90) sono il 10 per cento circa.

Percentuale sul totale della popolazione.

Gli esperti italiani e stranieri sono concordi nell'affermare che gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali (minori e adulti) che hanno bisogno di interventi specializzati oscillano fra il 5 e il 10 per cento della popolazione.

Fattori che determinano variazioni nel numero.

Le variazioni nel numero dipendono da molti fattori, fra i quali si possono indicare:

estensione e tipo degli accertamenti, situazioni ambientali e interventi che favoriscono o meno l'inserimento sociale, percentuale della mortalità infantile, diversa valutazione dei comportamenti di questi soggetti sia in relazione all'accettazione o al rifiuto sociale sia in conseguenza delle acquisizioni scientifiche.

Terminologia.

Una particolare attenzione merita la terminologia impiegata per definire le varie categorie.

Senza entrare in dettagli si rileva che la terminologia indica e implica necessariamente la valutazione umana, morale e sociale che si ha e che si dà a questi soggetti.

D'altra parte la terminologia stessa viene ad essere un veicolo di influenza sull'opinione pubblica in quanto favorisce l'accettazione o il rifiuto di questi soggetti.

L'abolizione dell'uso di certi termini (quali: deficienti, idioti, imbecilli, anormali, minorati, storpi) e la ricerca e l'adozione di termini nuovi deve tener conto della pari dignità umana di tutte le persone, dare atto delle loro effettive possibilità e rispondere all'evoluzione e al perfezionamento scientifico nella definizione di questi soggetti.

Riflessi personali e familiari.

La situazione di questi soggetti (minori e adulti) che spesso sono incapaci di raggiungere da soli una sufficiente autonomia ed un accettabile inserimento sociale sottopone le persone interessate e le loro famiglie a continue frustrazioni che li portano, in mancanza di idonei interventi esterni, a crescenti difficoltà di adattamento.

Passività degli organi responsabili.

La passività degli organi responsabili è ampiamente dimostrata dall'assenza di norme per alcune categorie (ad esempio per gli insufficienti dell'intelligenza) e dalla man-

canza di una organica legislazione nei riguardi delle altre.

Infatti la legislazione vigente si occupa di singoli problemi di alcune categorie e non prevede invece globali interventi, con la conseguenza, fra l'altro, di creare dei gruppi isolati per tutta la vita. La rieducazione specifica è spesso attuata in modo da limitare o impedire rapporti umani, familiari e sociali.

Inoltre questa situazione ha provocato e provoca a volte la ricerca di riferimenti legislativi non appropriati.

Ad esempio per l'assistenza agli insufficienti mentali viene spesso fatto riferimento alla legge del 1904 sui malati mentali con la conseguenza di creare confusione fra le due categorie e predisporre interventi del tutto dannosi. Si consideri a questo proposito l'elevato numero di reparti e istituti per insufficienti dell'intelligenza esistenti presso ospedali psichiatrici o costruiti nelle immediate vicinanze. Parimenti si rileva come i disadattati sociali spesso vengano assistiti includendoli nella categoria degli insufficienti dell'intelligenza o in quella dei delinquenti minorili.

Impreparazione delle pubbliche autorità.

Veramente ben poco si è fatto per informare e responsabilizzare le autorità, per cui si è favorita la sopravvivenza di ingiustificati e disumani pregiudizi verso alcune forme di *handicaps*.

Molto spesso le autorità sono state informate con richiami pietistici e sentimentali, per cui molti ritengono ancora che il massimo loro dovere consista nell'elargire qualche somma o, nella migliore delle ipotesi, nel compiere saltuari interventi.

Impreparazione dei giovani.

Quel che preoccupa ancor più, specie per i suoi riflessi futuri, è l'assoluta mancanza di preparazione dei giovani, la cui sensibilizzazione al problema potrebbe essere facilmente e senza alcuna spesa attuata, ad esem-

pio nella scuola, con un'azione informativa, ma soprattutto con l'inserimento delle sezioni speciali nelle scuole comuni.

Tendenze nocive.

Mentre le attuali conoscenze ed esperienze consentono di predisporre interventi in grado di portare la stragrande maggioranza dei soggetti alla maturazione personale e all'inserimento sociale, si riscontrano preoccupanti tendenze che pregiudicano queste possibilità, anche se alcune di esse sembrano essere positive ad un sommario esame.

Ci riferiamo, in particolare, alle tendenze che considerano il problema di esclusiva competenza o direzione sanitaria oppure risolvibile con soluzioni previdenziali o assicurative.

Sussistono inoltre tendenze a risolvere il problema con la separazione dei soggetti dalla famiglia e dalla società, cioè con il ricovero permanente, adducendo a pretesto che il loro ambiente ideale, specie nell'età evolutiva, sarebbe la privazione di contatti con persone non handicappate.

Da Esprit, n. 11, del 1965: Numero speciale su « L'enfance handicapée ».

« Il più delle volte, l'opinione pubblica nasconde a se stessa questa realtà, senza dubbio per non essere scomodata nella sua ricerca della sicurezza e nel suo dogma del benessere. Questa tacita volontà di non vedere rende ancor più penosa la condizione di coloro che vengono rigettati ai margini della società per la loro povertà materiale o spirituale. A rigore, la collettività acconsente ad alcuni sacrifici finanziari per le categorie più maltrattate, ma si rifiuta di preoccuparsi realmente della loro sorte e di tentare uno sforzo di *prise en charge* e di integrazione, che metterebbe in causa molte strutture, molte realizzazioni e molte idee tramandate ».

Jean-Marie DOMENACH

Mentre condividiamo il pensiero autorevole di Domenach, dobbiamo rilevare che l'opinione pubblica è condizionata in questo atteggiamento dagli orientamenti della autorità pubblica riportati spesso con enfasi dai mezzi di informazione (per esempio, inaugurazione di grossi internati).

PRINCIPI GENERALI

Diritto alla vita.

Gli handicappati ed i disadattati — come tutte le altre persone — hanno diritto alla vita, diritto che non può essere in nessun caso considerato come un semplice diritto alla sopravvivenza.

Pertanto, fin dall'istante in cui è chiamato alla vita, come ogni persona, l'handicappato (o il disadattato) ha diritto a vivere secondo la sua dignità di essere umano. Ha cioè il diritto al pieno sviluppo delle sue capacità che sono un tutt'uno con la sua persona e, di conseguenza, al proprio sviluppo sul piano fisico, psichico, intellettuale, familiare, morale, sociale e spirituale.

Riferimenti.

Questo principio viene sempre più affermato come lo dimostrano le norme fondamentali contenute nella Costituzione italiana, le Dichiarazioni universali dei diritti dell'uomo e del fanciullo, la Carta sociale europea, la Raccomandazione n. 99 del BIT, le conclusioni del Congresso mondiale sui diritti del fanciullo (Beirut, 16-23 aprile 1963) e della Conferenza su « L'integrazione sociale, professionale e ecclesiale dell'insufficiente mentale » (Roma, 30 gennaio - 1° febbraio 1965), di cui agli allegati 1, 2 e 3.

Costituzione italiana.

In particolare la Costituzione italiana afferma fra l'altro:

Articolo 2. — La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia

come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Articolo 3. — Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Articolo 4, primo comma. — La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

Articolo 31. — La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose.

Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.

Articolo 32, primo comma. — La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Articolo 34, primo e secondo comma. — La scuola è aperta a tutti.

L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita.

Articolo 38, primo e terzo comma. — Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo.

La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, considerato che è indispensabile che i diritti dell'uomo siano protetti da norme giuridiche, afferma fra l'altro:

Articolo 1. — Tutti gli esseri nascono liberi e eguali in dignità e diritti.

Articolo 2. — Tutti i diritti enunciati nella Dichiarazione spettano ad ogni individuo senza eccezione alcuna.

Articolo 16. — La famiglia è il nucleo naturale e fondamentale della società e ha diritto ad essere protetta dalla società e dallo Stato.

Articolo 22. — Ogni individuo ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità e al libero sviluppo della sua personalità.

Articolo 26. — L'istruzione deve essere indirizzata al pieno sviluppo della persona umana ed al rafforzamento del rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

Articolo 29. — Ogni individuo ha dei doveri verso la comunità, nella quale soltanto è possibile il libero e pieno sviluppo della sua personalità.

Dichiarazione dei diritti del fanciullo.

La Dichiarazione dei diritti del fanciullo, affermato che l'Umanità ha il dovere di dare il meglio di se stessa al fanciullo, precisa fra l'altro:

Principio primo. — A tutti i fanciulli senza eccezione alcuna devono essere riconosciuti i diritti enunciati nella Dichiarazione.

Principio secondo. — Il fanciullo deve beneficiare di una speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni in modo di essere in grado di crescere in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, mo-

rale, spirituale e sociale, in condizioni di libertà e dignità.

Principio terzo. — Il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale.

Principio quarto. — Il fanciullo che si trova in una situazione di *handicap* fisico, mentale o sociale, ha diritto a ricevere il trattamento, l'educazione e le cure speciali di cui abbisogna per il suo stato e la sua condizione.

Principio quinto. — Il fanciullo, per lo sviluppo armonico della sua personalità, ha bisogno di amore e di comprensione. Egli deve, per quanto è possibile, crescere sotto le cure e la responsabilità dei genitori e, in ogni caso, in un'atmosfera di affetto e di sicurezza materiale e morale. Salvo circostanze eccezionali, il bambino in tenera età non deve essere separato dalla madre. La società e i pubblici poteri hanno il dovere di aver cura particolare dei fanciulli senza famiglia o di quelli che non hanno mezzi di sussistenza.

Principio sesto. — Il fanciullo ha diritto a un'educazione che contribuisca alla sua cultura generale e gli consenta, in una situazione di eguaglianza, la possibilità di sviluppare il suo giudizio personale e il suo senso di responsabilità morale e sociale, e di divenire un membro utile della società. Il superiore interesse del fanciullo deve essere la guida di coloro che hanno la responsabilità della sua educazione e del suo orientamento; tale responsabilità incombe in primo luogo ai suoi genitori. Il fanciullo deve avere tutte le possibilità di dedicarsi a giuochi e ad attività ricreative che devono essere orientate a fini educativi; la società e i poteri pubblici devono fare ogni sforzo per favorire la realizzazione di tale diritto.

Principio settimo. — In tutte le circostanze, il fanciullo deve essere fra i primi a ricevere protezione e soccorso.

Carta sociale Europa.

Le Parti contraenti della Carta sociale Europa (per l'Italia, legge 3 luglio 1965,

n. 929) hanno riconosciuto come obiettivo della politica che si impegnano a perseguire con tutti i mezzi la realizzazione di condizioni atte ad assicurare l'effettivo esercizio, fra l'altro, dei diritti seguenti: diritto al lavoro, diritto dei fanciulli e degli adolescenti ad una particolare protezione, diritto all'orientamento e alla formazione professionale, diritto alla tutela della salute, diritto alla sicurezza sociale, diritto dell'assistenza sociale, diritto all'assistenza medica, diritto delle famiglie a una specifica protezione sociale, giuridica ed economica, diritto della madre e del bambino ad una protezione sociale ed economica e, in particolare, diritto delle persone handicappate fisiche o psichiche alla formazione professionale e al riadattamento professionale e sociale.

Raccomandazione della Conferenza internazionale del lavoro.

La Conferenza internazionale del lavoro riunitasi a Ginevra ha adottato il 22 giugno 1955 la Raccomandazione n. 99, in cui, precisato che il termine « invalido » designa tutte le persone aventi un *handicap* fisico o mentale, indica dettagliate ed adeguate misure per la preparazione e l'inserimento professionale di questi soggetti (vedasi l'allegato 3).

DIRITTI SPECIFICI

Pari dignità di tutti gli uomini.

La pari dignità di tutti gli uomini implica che gli handicappati ed i disadattati sono membri effettivi della società indipendentemente dalle loro condizioni.

Limitazione dei diritti e valutazioni aprioristiche.

Ne consegue che non è ammissibile alcuna limitazione dei diritti che spesso si tenta di

giustificare su valutazioni aprioristiche delle incapacità del soggetto.

In primo luogo si rileva che nel passato molte categorie di handicappati e disadattati erano messi al bando dalla società proprio per questa valutazione aprioristica. Oggi, alcune di esse, sono più o meno felicemente inserite nella società (ad esempio ciechi e illegittimi).

In secondo luogo il continuo progresso scientifico lascia intravedere nuove possibilità future di inserimento e alcune iniziative d'avanguardia offrono la dimostrazione pratica dei risultati positivi attualmente raggiungibili (1).

D'altra parte la carenza di strutture e di personale specializzato, l'insufficienza di strumenti diagnostici e rieducativi nonché le difficoltà di valutazione oggettiva delle condizioni e dei bisogni del singolo handicappato e disadattato impongono atteggiamenti di estrema cautela e di grande modestia sui giudizi diagnostici.

Specificazione dei diritti.

Mentre alcune tendenze mirano a limitare i diritti degli handicappati e dei disadattati, altre correnti, accogliendo i principi enunciati al *punto 2*) e anche sulla base di esperienze concrete, giungono ad una specificazione e precisazione dei campi in cui trovano la loro applicazione i diritti fondamentali della persona umana e cioè:

diritto incondizionato alla vita;

diritto alla vita in famiglia;

diritto alla maturazione personale, educazione, istruzione e rieducazione;

diritto alle cure abilitative e riabilitative;

(1) Vedansi, ad esempio, le realizzazioni dello « Institut médico-professionnel de l'Oeuvre laïque de perfectionnement professionnel du Rhône » - 280 Avenue Jaurès - Lyon e del « Kinderheim Schürmatt » Zetzewil, Aarau (Svizzera). Vedi « Prospettive assistenziali » n. 2 del 1968, p. 3, e n. 5/6, p. 106.

diritto alla preparazione professionale;
diritto a una vita professionale;
diritto a una vita sociale.

Presenza positiva degli handicappati e dei disadattati.

La presenza di handicappati psichici, fisici, sensoriali e di disadattati sociali non è soltanto passiva in quanto portatori di diritti, ma è anche una presenza attiva in quanto portano il loro contributo specifico alla comunità sia per il loro valore personale, sia per i valori umani, familiari, sociali, morali e spirituali e per gli atteggiamenti positivi che essi suscitano nelle persone preparate.

In questa realtà, il loro diritto alla vita appare in tutto il suo valore positivo, che supera di gran lunga il puro diritto alla sussistenza e dimostra l'oggettiva infondatezza della pratica del semplice mantenimento in vita degli handicappati e dei disadattati.

Pregiudizi condizionanti i diritti.

Diffuso è il pregiudizio che gli handicappati ed i disadattati siano degli infelici a causa della loro situazione. Questo pregiudizio che deriva da un sentimento pietistico o da un più o meno inconscio atteggiamento di rifiuto non appare fondato. Infatti la felicità o l'infelicità sono determinate sia dal tipo di educazione ricevuta sia, soprattutto, dall'accettazione o meno dell'ambiente.

Altro pregiudizio è quello di considerare il livello intellettuale come indice dello sviluppo non solo dell'intelligenza ma dell'intera personalità.

Ne consegue anche il pregiudizio di ritenere che lo sviluppo della personalità, soprattutto degli handicappati psichici, non possa superare lo stadio infantile.

L'immagine che il soggetto si fa di se stesso e quindi anche il suo comportamento sono condizionati dal riflesso degli atteggiamenti che gli altri hanno nei suoi riguardi, nè si dovrebbe ignorare quello che, alla stes-

sa età, accomuna fanciulli e adulti handicappati e fanciulli e adulti normo-intellettivi della stessa età cronologica: i sentimenti, i desideri, gli interessi, le aspirazioni (1).

A questa visione più rispettosa della realtà devono ispirarsi sia gli interventi educativi sia gli atteggiamenti della società se non si vuole bloccare lo sviluppo dell'handicappato o del disadatto ad uno stadio inferiore alle sue possibilità.

SIGNIFICATO E RUOLO
DELLE ASSOCIAZIONI DI GENITORI

Enti ed associazioni di esperti.

Nella situazione attuale è confortante, di fronte alla passività ed impreparazione degli organi responsabili, la presenza sempre più numerosa ed attiva di enti ed associazioni di esperti e di persone sensibili al problema.

La loro benemerita attività dovrebbe essere incoraggiata e sostenuta dai pubblici poteri, che dovrebbero sollecitare il loro intervento quando vengono studiate le linee direttive e predisposti i programmi operativi (2).

Associazioni di genitori.

La costituzione di varie associazioni di genitori con figli handicappati e la presenza di sezioni in tutto il territorio nazionale rappresentano uno dei fatti più significativi e più meritevoli di attenzione.

(1) Cfr. *Programmi e metodi di insegnamento nelle classi di perfezionamento francesi* (Decreto del 12 agosto 1964) e R. Frau, B. Andrey, J. Le Mon, e H. Dehaut, *Psychothérapie des débiles mentaux*, P.U.F., Paris, 1966, p. 10 e segg.

(2) Vedasi il Rapporto redatto nel settembre 1966 dalla Federazione svizzera delle Associazioni di Famiglie di ragazzi mentalmente insufficienti su richiesta delle autorità federali svizzere: « *Eléments d'un programme en faveur des handicapés mentaux* ».

Anche se le attività prevalenti di queste associazioni sono rivolte alla giusta rivendicazione dei diritti, il significato più profondo è costituito dalla presa di coscienza di molti genitori nei riguardi delle loro responsabilità affettive ed educative verso i figli handicappati.

Categorie di associati.

Alcune associazioni hanno fra i loro associati e negli organi direttivi persone ed esperti senza familiari handicappati. Questa presenza, che ha riscontro in moltissime associazioni estere, si dimostra molto positiva poichè:

consente l'estensione e l'approfondimento dei problemi;

favorisce la soluzione dei casi personali in programmi globali;

rende solidale un maggior numero di persone;

favorisce il sorgere di un maggior numero di iniziative.

Doveri dei pubblici poteri.

Tenuto conto della gravità dei problemi e del notevole numero di persone interessate, i pubblici poteri hanno il dovere non solo di sollecitare i pareri delle associazioni di genitori ma anche di inserirne rappresentanti in tutti gli organismi in cui ciò sia possibile.

Oltre tutto l'attiva partecipazione delle associazioni familiari alla cosa pubblica è uno dei postulati fondamentali di un regime democratico.

Collegamenti e coordinamenti.

Le varie associazioni di esperti e di genitori otterrebbero maggiori risultati se ricercassero dei collegamenti con enti e associazioni che si interessano dei problemi sociali, culturali, sindacali, eccetera e informassero i mezzi di comunicazione.

Appare inoltre necessario che la loro azione sia coordinata sul piano nazionale e collegata ad organismi simili sul piano internazionale.

ORIENTAMENTI OPERATIVI

Visione globale della persona handicappata o disadattata.

Un grave errore che si riscontra è la mancata visione della globalità della persona handicappata o disadattata. Infatti il più delle volte gli interventi vengono incentrati solo sull'*handicap* senza tener conto dell'insieme delle componenti personali, familiari e sociali che consentono lo sviluppo della persona umana e il suo inserimento, e che in definitiva contribuiscono in larga misura a risolvere o a compensare l'*handicap* o il disadattamento.

Sotto questo profilo, tutte le soluzioni che pure si sforzano di rimediare agli *handicaps* senza tener conto di tutti i fattori personali (specie affettivi), familiari, di integrazione nel contesto sociale sono superate.

I risultati non vanno valutati solo in base al superamento o miglioramento dell'*handicap*, ma occorre vedere se i risultati stessi non sono stati ottenuti a spese dello sviluppo affettivo e dell'inserimento sociale del soggetto.

Minimo di isolamento e massimo di socializzazione.

Il principio al quale ci si deve sempre ispirare nell'adozione delle soluzioni medico-socio-psico-pedagogiche e di altra natura è quello del *minimo di isolamento e massimo di socializzazione*.

La separazione dall'ambiente familiare e sociale viene spesso giustificata dalla necessità di interventi specializzati. Ma proprio la visione globale della personalità degli handicappati e disadattati deve indurre a compiere ogni sforzo per conciliare le esi-

genze della specializzazione e della socializzazione.

Gli handicappati ed i disadattati (minori e adulti) non devono essere sottratti alle cure e all'azione stimolante della famiglia quand'essa è idonea o quando un'azione di sostegno o di aiuto può renderla tale.

Se la separazione è indispensabile, occorre ricercare adeguate soluzioni familiari quali l'affidamento familiare a parenti o a famiglie educative. L'estrema soluzione è rappresentata dall'affidamento ad istituzioni specializzate e organizzate a nuclei familiari.

La separazione della famiglia comporta anche l'isolamento dal contesto sociale nel quale gli handicappati ed i disadattati dovranno inserirsi in seguito.

È assurdo ritenere che la separazione dalla famiglia e dal contesto sociale, specie nel periodo evolutivo, possa favorire sia la maturazione personale sia il futuro inserimento familiare e sociale. Essi si ottengono solo con un'azione precoce e continua di contatti e rapporti con l'ambiente reale.

D'altra parte la sostituzione dei ruoli parentali non rappresenta solo un danno per il soggetto ma costituisce anche una colpevole deresponsabilizzazione dei genitori e un ingiustificato onere finanziario per la comunità.

Infine si sottolinea che le nefaste conseguenze della carenza di cure familiari si ripercuotono sugli handicappati ed i disadattati in misura ancora maggiore che nei normo-intellettivi, dovendo i primi subire, purtroppo, anche le continue frustrazioni loro provocate dalla impreparazione dell'ambiente.

Necessità di distinguere fra insufficienze dell'intelligenza e malattia mentale e conseguenze.

« Questi fanciulli sono sovente completamente isolati dagli altri, e talora anche separati totalmente o in parte dai loro genitori, e persino impediti di avere liberi contatti con i membri della collettività. Così pure i soggetti che presentano forme più gravi di insufficienza dell'intelligenza ancora

oggi sono qualificati come deficienti mentali e considerati come dei malati, come dei soggetti che presentano delle alterazioni mentali. Tuttavia, nella stragrande maggioranza dei casi, la loro inferiorità intellettuale non può essere attribuita ad alcuna lesione fisica o fisiologica, e, allo stato attuale delle nostre conoscenze, bisogna considerarli semplicemente come dei soggetti che si allontanano dal livello attitudinale medio all'incirca come lo sono, in senso inverso, i soggetti superdotati: in altre parole si tratta di insufficienti e non di malati. Benchè una tale distinzione possa sembrare di ordine puramente terminologico, essa presenta una grande importanza sul modo che conviene adottare per il trattamento degli interessati. La parola stessa di « deficienza » sembra implicare la necessità di cure mediche. Ora, nella maggior parte dei casi, il mezzo migliore di aiutare questi fanciulli a svilupparsi consiste nel dare loro un'educazione speciale, adeguatamente concepita, e a fornire un aiuto razionale alle loro famiglie sul piano sociale e psicologico » (da W.D. Wall. *Education et santé mentale* - UNESCO, 1959, pagg., 247 e 248).

Disadattamenti d'origine sociale.

Molte ricerche confermano che condizioni socio-economiche, socio-culturali e igienico-sanitarie sfavorevoli (zone depresse, rioni popolari non integrati, baraccati, immigrati, profughi, eccetera) sono la fonte di numerosi disadattamenti e di alcune forme di *handicaps*.

Molti casi di ritardi intellettivi, che spesso giungono ad avere conseguenze analoghe all'insufficienza dell'intelligenza, sono dovuti a queste condizioni.

In questi casi l'azione sociale non può limitarsi a provvedere ai soggetti colpiti, ma deve intervenire per rimuovere le cause del disadattamento al fine soprattutto di prevenire ulteriori vittime.

I pubblici poteri hanno il dovere, nella elaborazione degli interventi sociali, di dare priorità assoluta alla rimozione delle condizioni disadattanti e di impostare le nuove

iniziative (costruzione di case popolari, redazione di piani urbanistici, nuovi insediamenti industriali, eccetera) tenendo conto in primo luogo delle esigenze della persona umana e della famiglia.

Distribuzione equilibrata degli handicappati.

Il numero degli handicappati è distribuito all'incirca in modo uniforme nella popolazione.

Esiste dunque un equilibrio fra il numero degli handicappati ed il resto della popolazione.

Come confermano anche esperienze straniere, la comunità, se idoneamente informata, non solo accetta ed integra gli handicappati nella loro proporzione naturale, ma anche ne ricava una maturazione morale e sociale.

Occorre dunque non alterare questa distribuzione equilibrata.

L'insieme delle istituzioni, nel numero e nelle categorie dei soggetti da accogliere e nella dislocazione territoriale, deve attenersi a questo essenziale principio.

Azione informativa ed educativa.

Poichè la famiglia come ambiente educativo ed affettivo è una delle componenti fondamentali e insostituibili per la maturazione del soggetto e per l'armoniosa convivenza sociale, ogni sforzo deve essere compiuto per informare e responsabilizzare le famiglie interessate e tutta la comunità affinché vengano predisposti interventi idonei e tempestivi.

Integrazione.

Da quanto sopra esposto si può trarre la seguente conclusione: la comunità per il benessere suo e dei suoi singoli membri, ed anche sotto il profilo della convenienza economica, deve integrare tutte le persone che ne fanno parte indipendentemente dal fatto che esse siano o no handicappate o disadattate.

Posizione sociale degli handicappati.

Gli handicappati non devono essere trattati come una categoria a sè, con la conseguenza di avere dei privilegi (pensioni di invalidità anche alle persone che possono esercitare un'attività lavorativa, laboratori protetti per coloro che possono lavorare nelle aziende comuni, facilitazioni di viaggio, pacchi dono, partecipazione gratuita a spettacoli, elargizioni varie, eccetera) e nello stesso tempo di essere esclusi da un effettivo inserimento nella comunità.

Conseguenze positive della presenza degli handicappati e dei disadattati.

Come si è più volte accennato in precedenza, la presenza degli handicappati e dei disadattati è un elemento altamente positivo per la comunità e per i suoi singoli membri. La loro presenza infatti porta la comunità ed i suoi singoli membri a scoprire fondamentali valori umani e sociali.

La presenza e lo studio degli handicappati e dei disadattati ha portato, ad esempio, molti cultori di scienze umane e sociali a individuare metodi e strumenti utili per la intera comunità soprattutto nella prevenzione degli *handicaps* e dei disadattamenti (1).

Aspetti economici.

Molti ritengono che il ricovero in istituto a carattere di internato (che spesso dura tutta la vita dell'handicappato e del disadattato) costituisca la soluzione più economica per la collettività.

Sotto il profilo economico-produttivo occorre valutare non solo la retta versata agli

(1) Gli studi del Bowlby sulle conseguenze delle carenze di cure materne hanno portato ad un miglioramento dei sistemi assistenziali e alla positiva evoluzione della legislazione in materia di adozione. Nello stesso tempo questi studi hanno messo nella giusta luce il valore educativo e formativo della famiglia (d'origine o adottiva) incidendo nei rapporti fra genitori e figli.

istituti ricoveranti, ma anche la somma immobilizzata per la loro costruzione, le spese sostenute dalle amministrazioni pubbliche che provvedono al ricovero, e quelle a carico degli organi di vigilanza e di controllo, eccetera.

L'ente erogatore non deve limitarsi a considerare la spesa che annualmente sostiene per il ricovero, ma occorre che tenga conto sia delle spese che verranno sostenute in tutto il periodo di ricovero sia degli oneri finanziari derivanti dal mancato inserimento socio-lavorativo delle persone istituzionalizzate.

Ad esempio, spesso avviene che l'insufficiente dell'intelligenza venga istituzionalizzato nei primi anni di vita e che al raggiungimento di una certa età sia necessario, proprio per l'inidoneità della scelta assistenziale, il suo ricovero (per lo più definitivo) in ospedale psichiatrico.

Il semplice rapporto spese-assistiti non ha nessun significato sotto il profilo economico. La valutazione delle spese assistenziali deve essere raffrontata al numero delle persone recuperate e inserite nella comunità (1).

Investimenti produttivi.

Questa impostazione fa apparire discutibile, se non superata, la collocazione delle spese a carattere sociale fra i costi non produttivi, quasi che la promozione umana e sociale delle persone non fosse anche un investimento produttivo.

a) « A questo riguardo il dato seguente è molto significativo: facendo un calcolo su

(1) A chiarimento (anche se il raffronto è solo indicativo), si osserva che le aziende industriali calcolano il costo economico-produttivo non sul totale della produzione, ma solo su quella tecnicamente riuscita e funzionale.

Il costo economico produttivo dell'assistenza agli handicappati ed ai disadattati non è rappresentato dal totale delle spese sostenute, ma deve essere calcolato in base alle persone socialmente inserite. Gli enti non devono quindi prevedere delle spese, ma dei costi produttivi.

di un periodo di vita di 45 anni, un handicappato, ricoverato in internato per tutta la vita, viene a costare da 350.000 a 400.000 franchi svizzeri (corrispondenti a lire 50-58 milioni), senza alcuna controprestazione; a queste spese si devono aggiungere quelle per trattamenti particolari » (2).

b) « Anche la parziale rieducazione motoria di una mano di un handicappato gravissimo, impossibilitato a camminare, sarà pur sempre un investimento economico, in quanto consente la diminuzione delle spese relative alle cure infermieristiche. Si è sperimentato di far acquisire ad insufficienti mentali gravissimi una capacità elementare, la capacità cioè di mangiare da soli. Prendendo come base la durata media della vita, un tale progresso consente di realizzare un risparmio di franchi svizzeri 115.000 (corrispondenti a lire 16.500.000) per handicappato, poichè permette di eliminare l'intervento di un'aiuto-infermiera per due ore al giorno. Se noi mettiamo l'accento sul fattore economico piuttosto che sull'aspetto etico e morale, ciò è dovuto al fatto che molto spesso le esigenze degli handicappati sono respinte con il pretesto delle spese, delle priorità o della convenienza » (3).

INIDONEITA' ED INSUFFICIENZE DEI DISEGNI DI LEGGE PRESENTATI NELLA IV e V LEGISLATURA

Disegni di legge presentati.

Nella quinta legislatura furono presentati due disegni di legge sugli handicappati:

DAL CANTON Maria Pia ed altri, n. 1 Senato della Repubblica, depositato il 5 luglio 1968: « Riabilitazione dei soggetti in età evo-

(2) Da « Fédération Suisse des Associations de Parents d'Enfants Mentalement Handicapés », *Cahier de documentation*, Septembre 1966, p. 6.

(3) *Ibidem*, p. 11.

lutiva che presentano irregolarità psichiche »;

PETRINI CATTANEO ed altri, n. 129 Camera dei deputati, depositato il 5 luglio 1968: « Istituzione di classi e scuole speciali, di laboratori protetti e centri occupazionali ».

È stato inoltre presentato dal Governo il disegno di legge n. 284, Senato della Repubblica: « Protezione dei minorenni, prevenzione e trattamento della delinquenza minore ».

Nella quarta legislatura, oltre al disegno di legge Dal Canton, erano stati presentati i seguenti:

a) PICARDO, n. 1394, Senato della Repubblica, depositato il 15 ottobre 1965: « Riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità dell'apparato visivo »;

b) FERRARI ed altri, n. 2495, Camera dei deputati, depositato il 2 luglio 1965: « Scuole speciali per minorati e inserimento degli adolescenti minorati nella vita sociale e nelle forze del lavoro »;

c) BALCONI ed altri, n. 2185, Camera dei deputati, depositato il 13 marzo 1965: « Tutela della salute mentale ed assistenza psichiatrica »;

d) BALCONI ed altri, n. 3762, Camera dei deputati, depositato il 2 febbraio 1967: « Istituzioni di classi e scuole speciali statali, di istituti speciali e laboratori protetti e di scuole di specializzazione per il personale addetto »;

e) sempre nella quarta legislatura, il Ministero della sanità aveva redatto lo schema di disegno di legge: « Assistenza e riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva e l'igiene mentale infantile », non presentato al Parlamento.

Esame critico dei disegni di legge presentati nella IV e V legislatura.

I disegni di legge presentati nella quarta legislatura decaddero senza essere stati discussi.

Tutti i disegni di legge presentati nella IV e V legislatura difettano a nostro avviso per i seguenti principali motivi:

a) affrontano il problema in modo settoriale senza una visione generale dell'assistenza e partono dall'astratto presupposto di poter includere in ben definite e prefissate categorie gli insufficienti mentali o gli handicappati della vista o i disadattati sociali e non tengono conto del fatto che molte sono le persone che presentano contemporaneamente *handicaps* psichici, fisici, sensoriali e disadattamenti.

Inoltre i suddetti disegni di legge non tengono conto del numero (imponente) dei casi limite;

b) il problema dell'assistenza « nella » e « alla » famiglia non è neppure preso in considerazione, nonostante che la scienza e la esperienza insegnino che i disadattati e gli handicappati (gravi o lievi, minori o adulti) devono, per quanto possibile, essere assistiti in famiglia (d'origine, adottive o affidatarie). Naturalmente occorre predisporre gli opportuni interventi affinché l'inserimento familiare possa essere attuato;

c) secondo alcuni disegni di legge (Ministero della sanità, Dal Canton, Picardo) ogni prestazione verrebbe a cessare al ventesimo anno di età e cioè proprio quando maggiore è il bisogno dei soggetti sia per il loro inserimento socio-lavorativo; sia per le diminuite possibilità di sostegno della famiglia (anzianità di genitori, maggiori probabilità di diventare orfani, eccetera);

d) alcuni disegni di legge (Ministero della sanità, Balconi, Picardo) prendono in esame quasi esclusivamente l'aspetto sanitario, mentre, com'è noto, tale aspetto, anche se di particolare importanza, non esaurisce le prestazioni necessarie per l'inserimento familiare, sociale e lavorativo degli handicappati e disadattati;

e) tutti i disegni di legge prevedono in prevalenza la creazione di istituzioni speciali autonome, come se il contatto fra handicappati e non handicappati fosse pregiudizievole.

vole, mentre invece riteniamo questi contatti formativi, non solo per i minori handicappati, ma anche, se non soprattutto, per i minori non handicappati che potranno conseguire una piena formazione civile e morale;

f) i disegni di legge presentati nella quarta e nella quinta legislatura non tengono conto della possibilità di inserimento nel lavoro normale, con normale rendimento, degli insufficienti dell'intelligenza.

Nessuna misura è inoltre prevista per attuare l'inserimento degli handicappati fisici, psichici e sensoriali nel lavoro con salario integrato dallo Stato;

g) inoltre, e questo ci pare l'aspetto più preoccupante, i disegni di legge sopra indicati non hanno previsto una organizzazione dell'assistenza sociale che sia in grado non solo di soddisfare, in un primo tempo, le esigenze di inserimento di tutte le categorie di handicappati e di disadattati di qualsiasi età essi siano, ma che sia idonea ad essere inserita, in un secondo momento, nella ormai urgente riforma generale del settore assistenziale.

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

Vi è anche da osservare che uno sviluppo delle istituzioni di assistenza agli insufficienti dell'intelligenza non accompagnata da un analogo sviluppo dei servizi per normo-intellettivi, indurrebbe l'operatore sociale ad abbassare il livello del quoziente intellettivo, come avviene purtroppo già oggi, per fare

beneficiare al minore del *solo servizio esistente* (1).

PUNTI BASE DEL DISEGNO DI LEGGE

Impossibilità di delimitare la insufficienza mentale e il disadattamento.

Come ha magistralmente rilevato il professor Lafon in un suo recente articolo (la traduzione è riportata nell'allegato n. 4) non solo è impossibile tracciare una linea di demarcazione fra insufficienza mentale e normalità intellettiva (lo stesso dicasi per il limite fra disadattamento e non disadattamento) ma l'area degli handicappati psichici (e dei disadattati in genere) si è ampliata e si amplia in conseguenza della maggiore scolarizzazione richiesta dalla società attuale.

Sono note altresì le influenze dell'ambiente sia sullo sviluppo e sul ritardo intellettuale sia sulle maggiori o minori possibilità di inserimento familiare, sociale e lavorativo.

Ad esempio è ovvio che la società agricola non industrializzata respinge un numero ben minore di insufficienti mentali in confronto della società tecnicamente evoluta ma impreparata sul piano dei rapporti umani.

Si aggiunga il fatto che, secondo dati riferiti da Wall (2), gli insufficienti dell'intelligenza gravi, medi e lievi sono complessivamente circa il 2,56 per cento sull'insieme della popolazione scolastica, mentre i casi limite sono circa il 10 per cento.

Appare pertanto insoluto ed insolubile il problema di attribuire la competenza per questi ultimi soggetti, molti dei quali hanno bisogno di interventi specializzati, o al set-

(1) Presso gli ospedali psichiatrici di Torino sono ricoverate 1.800 persone (su un totale di 4.600) che « non sono malate di mente » che non vengono dimesse per mancanza di altre strutture (gerontocomi, ecc.). Dichiarazione dell'avv. Gianni Oberto, Presidente della Provincia di Torino, in « La Stampa » del 30 gennaio 1969.

(2) Vedasi pag. 2.

tore preposto all'assistenza dei normo-intellettivi o a quello degli handicappati psichici.

Il problema si complica ulteriormente considerando che vi sono moltissimi insufficienti dell'intelligenza con *handicaps* fisici, sensoriali e con disadattamenti, per cui non è possibile includere questi soggetti in una definita categoria.

A queste difficoltà aggiungiamo quelle dovute alla caotica ripartizione (vigente nel nostro Paese) delle competenze assistenziali attribuite in base ad astratte categorie (nati fuori del matrimonio, legittimi, trenta categorie di orfani, ecc.).

Per cui abbiamo tratto il convincimento che la creazione di un settore a sè stante preposto all'assistenza degli insufficienti dell'intelligenza porterebbe un vantaggio (iniziale ma non a lungo termine) agli insufficienti mentali gravi, medi e lievi, ma danneggerebbe i casi limite il cui numero è quattro volte superiore ai soggetti sopra indicati.

Urgenza degli interventi.

Ciò considerato, riteniamo che il problema dell'inserimento familiare, sociale e lavorativo degli handicappati e disadattati non possa essere ulteriormente dilazionato. Le gravissime conseguenze per migliaia di persone, dovute al ritardo finora accumulato senza alcuna ragione valida, non permette ulteriori indugi.

Inquadramento degli interventi per handicappati e disadattati nella ristrutturazione generale del settore assistenziale.

Occorre a nostro avviso che gli interventi per gli handicappati e per i disadattati siano diretti effettivamente al loro inserimento sociale. L'esperienza infatti ci insegna tra l'altro che chi trascorre tutto il suo periodo formativo in una falsa realtà quali sono gli istituti, pur lussuosi e di recente costruzione e con personale altamente specializzato, avrà enormi difficoltà — il più sovente insupe-

rabili — a reinserirsi nella comunità dalla quale è stato allontanato.

Al fine di raggiungere un effettivo inserimento degli handicappati e dei disadattati e di superare obiettive difficoltà di individuare gli handicappati e i non handicappati, i disadattati e i non disadattati, proponiamo una struttura organizzativa che provveda, in un primo tempo, agli handicappati ed ai disadattati, ma che possa essere estesa, in un secondo tempo, senza subire modifiche, a tutti gli aventi diritto all'assistenza (anziani, minori privi di assistenza, eccetera).

Ristrutturazione generale dell'assistenza.

L'organizzazione generale dell'assistenza sociale dovrebbe a nostro avviso essere la seguente (1):

a) le competenze centrali dell'assistenza sociale dovrebbero essere concentrate in un unico Ministero, tramite l'assorbimento di tutte le competenze facenti capo attualmente alla Presidenza del Consiglio dei ministri, ai vari Ministeri e agli enti pubblici a carattere nazionale.

Al Ministero dell'assistenza sociale non dovrebbero essere affidate competenze operative, salvo gli interventi concernenti l'assistenza agli italiani all'estero. Il Ministero dell'assistenza sociale dovrebbe essere soltanto l'organo programmatico e direttivo dell'assistenza sociale, e gli interventi operativi dovrebbero essere affidati ai comuni ed ai consorzi fra comuni. Al Ministero dell'assistenza sociale dovrebbero essere attribuite le seguenti competenze generali:

assicurare l'indirizzo unitario dell'assistenza sociale;

promuovere inchieste e ricerche per accertare i bisogni e le cause relative;

(1) Vedasi gli atti del convegno sulla riforma dell'Assistenza, tenutosi a Torino il 21 novembre 1968, organizzato dal Centro Studi e Documentazione di Torino e dall'Unione Italiana per la promozione dei diritti del minore.

amministrare i fondi stanziati nel bilancio dello Stato per l'assistenza sociale e curarne l'assegnazione, fino alla riforma della finanza locale, ai comuni;

esercitare il controllo sugli enti gestori dell'assistenza sociale;

definire gli *standards* assistenziali minimi ai quali devono attenersi gli enti gestori;

provvedere all'assistenza sociale dei cittadini italiani emigrati all'estero;

b) alle Regioni dovrebbe essere attribuita la competenza a legiferare in materia di assistenza sociale nell'ambito della legge-quadro dello Stato, ad emanare il regolamento di attuazione della legge-quadro, a stabilire *standards* assistenziali minimi più favorevoli per i cittadini.

Dovrebbe essere vietata alle Regioni la facoltà di creare enti assistenziali.

Non dovrebbe essere attribuita alle Regioni la potestà di esercitare funzioni operative.

Alle Regioni dovrebbero essere infine affidati compiti di ricerca dei bisogni e delle cause relative, di formazione ed aggiornamento del personale;

c) alle Provincie dovrebbero essere affidati compiti di assistenza tecnica ai comuni ed ai consorzi fra comuni. Nel caso di soppressione delle Provincie, questi compiti potrebbero essere affidati alle Regioni;

d) i Comuni, in quanto organi a più diretto contatto con i cittadini, dovrebbero provvedere in via esclusiva alle prestazioni economiche temporanee; dovrebbero inoltre gestire i servizi di assistenza con propri mezzi finanziari e con quelli forniti dal Ministero dell'assistenza sociale e dalle Regioni.

Poichè l'ampiezza demografica dei comuni presenta una gamma estremamente variabile (ad esempio, secondo il censimento generale del 1961, su 8035 comuni, 4598 avevano meno di 3.000 abitanti), si ritiene necessario che i Comuni piccoli consorzino i loro servizi. Si ritiene altresì necessaria la ripartizione territoriale dei servizi dei grandi Comuni;

e) le prestazioni, escluse quelle economiche di spettanza esclusiva dei Comuni, dovrebbero poter essere erogate sia direttamente dai Comuni o dai consorzi fra Comuni, sia tramite istituzioni di iniziativa privata;

f) si ritiene inoltre necessaria una netta separazione fra le attività di assistenza sociale (a cui le persone hanno diritto) e le attività di beneficenza (volontarie). Queste ultime dovrebbero essere libere e dovrebbe essere vietata l'erogazione da parte dello Stato e degli organi della pubblica amministrazione di qualsiasi somma agli enti o persone che svolgono attività benefiche.

Struttura dei servizi sociali.

I servizi sociali di cui all'articolo 31 sono stati concepiti come l'organo tecnico con cui i comuni e i consorzi fra comuni provvedono a tutte le erogazioni assistenziali di competenza.

Mentre in altre leggi si prende tale e quale la struttura attuale dei centri medico-psicopedagogici e si fa di questi l'organo non solo di diagnosi e di trattamento, ma anche l'organo propulsore dell'assistenza agli handicappati ed ai disadattati, noi invece riteniamo che la struttura attuale dei centri medico-psicopedagogici non sia idonea a rispondere a tutti i bisogni.

I centri medico-psicopedagogici devono essere pertanto inseriti nel contesto più ampio dei servizi sociali che, come risulta dal presente disegno di legge, devono provvedere alla prevenzione, diagnosi e trattamenti ai vari livelli.

Funzioni operative ai comuni ed ai consorzi fra comuni.

Le funzioni operative sono state affidate ai servizi comunali o consortili, piuttosto che alle province come altri propongono, per i seguenti principali motivi:

a) il legislatore ha conferito recentemente ai comuni ed ai consorzi fra comuni

(decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, « Regolamento dei servizi di medicina scolastica ») rilevanti compiti in merito al reperimento, diagnosi e trattamento degli handicappati e dei disadattati;

b) i comuni devono provvedere in base alle norme vigenti all'assistenza degli inabili e degli anziani;

c) su base comunale agiscono attualmente gli enti comunali di assistenza, i patronati scolastici, i comitati comunali dell'ONMI;

d) alcuni comuni provvedono da tempo all'assistenza degli handicappati e dei disadattati;

e) le provincie che provvedono all'assistenza degli handicappati stanno decentrando i servizi su basi comprensoriali.

Si rileva inoltre che su base comunale o consortile l'assistenza tiene conto della situazione ambientale, è più vicina ai soggetti, offre maggiori possibilità di azione preventiva e di reperimento, e di interventi tempestivi. Può essere meglio controllata dai cittadini che possono far valere le loro istanze in modo più diretto ed immediato.

Infine, solo su base comunale o consortile si possono attuare interventi che co-

prano tutta l'area dei bisogni superando, fra l'altro, ogni conflitto di competenza.

APPELLO AI PARLAMENTARI E AL GOVERNO

La presentazione di questa proposta con iniziativa popolare rappresenta un notevole sforzo per la raccolta delle 50.000 firme, sforzo tanto più gravoso in quanto l'iniziativa non è l'espressione di un gruppo politicamente o sindacalmente organizzato, ma manifestazione volontaristica.

Confidiamo che il Parlamento e il Governo terranno conto della volontà popolare che esprime non soltanto un'esigenza di giustizia nei riguardi degli handicappati e dei disadattati, ma si fa portavoce di quelle categorie (ad esempio circa un milione di insufficienti mentali) che non sono in grado di richiedere direttamente il riconoscimento dei loro diritti.

Confidiamo soprattutto che le esigenze vitali di centinaia di migliaia di persone e delle loro famiglie non continuino ad essere trascurate con il pretesto della carenza di mezzi finanziari; come abbiamo indicato, le spese per gli interventi proposti risultano essere investimenti anche economicamente produttivi.

ALLEGATO 1

UFFICIO INTERNAZIONALE CATTOLICO PER L'INFANZIA
CONGRESSO MONDIALE SUI DIRITTI DEL FANCIULLO

Beiruth, 16-23 aprile 1963

Conclusioni dei lavori della Commissione medico-pedagogica e psico-sociale

DIRITTI DEI MINORI HANDICAPPATI FISICI E PSICHICI, E DELINQUENTI

I lavori della Commissione erano stati preparati da un'inchiesta internazionale. La sintesi delle risposte ricevute e le relazioni hanno costituito il punto di partenza delle discussioni. La Commissione, composta da 107 partecipanti (medici, giuristi, educatori specializzati, assistenti sociali, insegnanti, infermiere, psicologi, teologi, genitori, ecc.) ha adottato le conclusioni ed i voti seguenti.

I

PRINCIPI GENERALI

Il fanciullo handicappato, come tutti gli altri fanciulli, ha un diritto incondizionato alla vita qualunque sia il grado del suo *handicap*. La famiglia deve essere preparata ed aiutata ad accoglierlo.

Il fanciullo handicappato ha diritto al rispetto; pertanto non dovrebbe mai essere indicato con termini peggiorativi.

Il fanciullo handicappato ha diritto ad una certa priorità di cure e di educazione qualunque sia il grado di sviluppo del Paese al quale egli appartiene e l'eventuale apporto che può dare alla società a seguito della sua rieducazione. (In effetti, il principio della eguaglianza dei diritti esige che il fanciullo handicappato sia oggetto di una sollecitudine ancora più attenta che per un minore normale. Senza questa sollecitudine sarebbe compromessa non soltanto la sua istruzione ma tutta la sua personalità).

Il fanciullo handicappato ha diritto ad essere riconosciuto come tale appena possibile, dato che il successo della terapia e della rieducazione sono in funzione della precocità del reperimento.

I genitori dovrebbero quindi essere incoraggiati a facilitare l'individuazione dei soggetti; l'individuazione non dovrebbe comportare alcun obbligo di indirizzare il ragazzo verso un servizio o centro.

Di conseguenza occorrerebbe:

a) prevedere in ogni regione un ufficio di consulenza per i genitori sui problemi sanitari e psico-pedagogici, tenendo però presente l'esigenza di rispettare le convinzioni religiose delle famiglie;

b) informare e sensibilizzare gli insegnanti e gli educatori affinché orientino i ragazzi che presentano dei disturbi, anche lievi, verso consultori specializzati.

Il fanciullo handicappato ha diritto alla sua famiglia. L'aiuto che lo Stato deve dare ad essa non dovrà arrivare a farle perdere il senso delle sue responsabilità ed a toglierle la sua autorità naturale. Si dovranno sviluppare invece le soluzioni di assistenza educativa e di rieducazione a domicilio o in esternato. Per quanto concerne gli internati si ricercheranno quelli organizzati a nuclei familiari e con un numero limitato di assistiti.

Il fanciullo ha diritto a tutta l'educazione ed a tutto quel miglioramento che è in gra-

do di ricevere. Al concetto di « educabilità » si dovrebbe aggiungere pertanto quello di « perfettibilità ».

Per avere piena efficacia, la rieducazione del fanciullo handicappato deve:

a) costituire una catena concepita secondo i criteri della scienza moderna e della quale non manchi nessun anello: dal trattamento clinico e pedagogico al collocamento al lavoro;

b) essere oggetto di un lavoro di *équipe*;

c) appoggiarsi su gruppi di laici o di religiosi preparati e qualificati, ivi compreso un cappellano integrato nell'*équipe*.

Il fanciullo handicappato ha diritto che la società lo consideri come un suo membro effettivo. Bisognerà dunque tener conto dell'esistenza dei ragazzi handicappati sul piano sociale, sanitario ed educativo. In mancanza di un programma completo, ogni Paese dovrebbe avere almeno qualche istituzione pilota e per questo gli dovrebbe esser dato un aiuto tecnico da parte dei Paesi più sviluppati e delle istituzioni internazionali.

Il fanciullo handicappato ha diritto al lavoro, sia che questo rappresenti l'apporto che ogni essere deve fornire normalmente alla società sia che si tratti di una « attività occupazionale ».

In nessun caso, il minore handicappato dovrà essere vittima di sfruttamento o protezione degradanti.

Il fanciullo handicappato, qualunque sia il grado e la natura del suo *handicap*, acquista attraverso il battesimo una personalità soprannaturale con tutti i diritti ed obblighi corrispondenti. La Chiesa deve assicurare a questo ragazzo sia tutta l'educazione religiosa di cui è capace sia l'amministrazione dei sacramenti a quelle condizioni minime stabilite dal Codice di diritto canonico. Con il dovuto rispetto ci si augura che possa essere studiato, a questo riguardo, un certo allargamento della disciplina.

ALCUNE PROPOSTE

Non potendo considerare tutte le categorie di fanciulli handicappati, la Commissione

ne ha inoltre espresso i seguenti voti che riguardano più particolarmente:

- gli handicappati fisici;
- gli handicappati psichici;
- i delinquenti.

A) HANDICAPPATI FISICI.

L'individuazione delle infermità fisiche, sensoriali e psicomotorie — d'abitudine troppo trascurate (quali l'ambliopia, la sordastria, le malformazioni dell'apparato genitale-urinario) — deve essere assicurata prima dell'età scolare.

I fanciulli handicappati fisici devono essere inseriti il più spesso e il più perfettamente possibile nella società cosiddetta normale.

A questo riguardo, la Commissione preconizza per questi fanciulli, invece della moltiplicazione di classi speciali, il loro inserimento (in particolare degli ambliopici, degli epilettici curati, ecc.) nelle classi normali. Gli insegnanti dovrebbero adottare nei loro riguardi un atteggiamento di accettazione e adattare l'ambiente e il materiale scolastico agli *handicaps* degli allievi.

Gli handicappati fisici hanno diritto di inserirsi pienamente nella comunità umana per quanto concerne la loro cultura, il tempo libero e il lavoro professionale.

Per quanto concerne quest'ultimo settore, sembra dunque preferibile riservare agli handicappati fisici posti nei diversi settori dell'industria e del commercio, piuttosto che creare dei laboratori protetti. Parallelamente occorrerà consentire all'handicappato fisico di acquisire una competenza almeno eguale a quella del non handicappato.

Per quanto concerne le strutture architettoniche bisognerà concepirle tenendo conto delle esigenze degli handicappati in modo che essi abbiano la possibilità di accedere alle diverse costruzioni e ai monumenti pubblici (per esempio a mezzo di piani inclinati o di ascensori).

B) FANCIULLI HANDICAPPATI PSICHICI.

Il fanciullo handicappato psichico ha diritto ad un'educazione e ad un insegnamento specializzato. Bisogna dunque auspicare:

a) che uno sforzo considerevole sia fatto immediatamente in tutti i Paesi per creare delle istituzioni e delle scuole speciali, soprattutto in esternato e in semi-internato, al fine di rispondere agli immensi bisogni che esistono in questo campo. La Commissione a questo riguardo, lancia un appello particolarmente pressante all'insegnamento cattolico;

b) che questa educazione e questo insegnamento possano essere prolungati molto al di là dell'età scolare del ragazzo normale; in questi casi i metodi dovranno tener conto degli interessi degli adolescenti.

Il diritto al lavoro del fanciullo gravemente handicappato esige in particolare la creazione di laboratori di tutela e l'organizzazione dei servizi complementari. Nell'avvicinamento al lavoro occorre tener conto delle capacità di scelta del soggetto. Bisogna nello stesso tempo preparare il minore alla realtà della vita lavorativa.

Il fanciullo handicappato psichico ha diritto alla maturazione della sua vita affettiva e ad un'educazione sessuale appropriata alla sua situazione.

Gli sforzi fatti per studiare i problemi posti dall'educazione religiosa del fanciullo handicappato psichico devono continuare:

a) con una larga informazione del clero e dei fedeli sulla educabilità religiosa dell'insufficiente dell'intelligenza e sulla pedagogia catechistica specializzata;

b) con studi fatti in *équipe* da sacerdoti, medici, psicologi, educatori e genitori per individuare i criteri da adottare nei casi più gravi.

C) MINORI DELINQUENTI.

Il minore delinquente o in pericolo morale ha diritto ad una legislazione adeguata e distinta da quella per gli adulti.

Il minore delinquente ha diritto che la Comunità che lo circonda adotti in base alle prime manifestazioni della sua condotta provvedimenti aventi il duplice carattere di autorità preventiva e di competenza curativa.

La detenzione e l'interrogatorio devono evitare ogni aspetto traumatizzante. Il minore ha diritto di trovarsi, sempre e in ogni caso, in presenza di persone preparate sotto il profilo psicologico e pedagogico.

Il termine di « detenzione » dovrebbe essere soppresso quando si tratta di internamento a carattere preventivo. Quando l'osservazione del minore deve essere prolungata, questo « internamento » dovrebbe essere ridotto. D'altra parte esso dovrebbe aver luogo in centri che non abbiano alcuna caratteristica del carcere.

La funzione di giudice minorile deve poter godere di alta considerazione. Durante il giudizio non dovrà essere dimenticato il riferimento ai valori spirituali. Il minore dovrà essere giudicato in locali separati da quelli destinati agli adulti.

Nel corso della rieducazione, i diritti del minore devono essere considerati come primordiali e nello stesso tempo la famiglia non deve essere scaricata delle proprie responsabilità. In funzione dell'evoluzione del minore e della famiglia, deve essere resa possibile in ogni momento una revisione della sentenza.

La Comunità in generale e le istituzioni scolastiche in particolare devono essere accoglienti nei riguardi dei minori che hanno avuto a che fare con il Tribunale.

COMMISSIONE MEDICO-PEDAGOGICA E PSICO-SOCIALE DELL'UFFICIO
INTERNAZIONALE CATTOLICO PER L'INFANZIA

Conclusione e voti della Conferenza di esperti su

**« L'INTEGRAZIONE SOCIALE, PROFESSIONALE ED ECCLESIALE
DELL'INSUFFICIENTE MENTALE »**

(Roma, 30 gennaio - 1° febbraio 1965)

CONCLUSIONI GENERALI

Il fatto di disporre di capacità mentali più o meno estese non aumenta nè diminuisce il valore e la dignità fondamentali della persona umana. Gli insufficienti mentali fanno parte integrante della comunità. Essi sono gli eguali degli altri uomini. Essi non hanno solamente da ricevere. Essi apportano il loro contributo specifico sia per il loro proprio valore sia per gli atteggiamenti positivi che essi suscitano.

Di conseguenza, la comunità organizzata in società deve:

a) astenersi in tutto ciò che potrebbe essere manifestazione di rifiuto, di disprezzo e di segregazione;

b) permettere ai suoi membri handicappati una partecipazione autentica;

c) mettere a loro disposizione, qualunque sia lo sforzo che ciò comporta da parte sua, tutti i mezzi che la loro situazione richiede per la loro piena maturazione.

La prima vocazione della famiglia è quella di essere l'educatrice naturale di tutti i suoi figli. Questa vocazione deriva da un diritto naturale che deve essere riconosciuto e rispettato dalla comunità. Senza essere quindi sollevata dalle sue responsabilità, la famiglia deve poter trovare un sostegno nella comunità per la presa di coscienza dei pro-

blemi che pone la presenza nel suo seno di un insufficiente mentale ed essere aiutata a risolverli, sviluppando in particolare degli atteggiamenti validi nei riguardi del figlio.

È nella tradizione evangelica della Chiesa e nello spirito della sua missione che l'insufficiente mentale sia oggetto di predilezione, come ha ricordato Sua Santità Paolo VI nel discorso indirizzato ai membri della conferenza. Per l'adempimento di questa missione « l'empirismo oggi non è più sufficiente, ma una vera formazione psicopedagogica è divenuta indispensabile in questo settore in cui molti progressi sono stati realizzati da specialisti ».

In conseguenza, bisogna auspicare che i cristiani in genere e gli organismi della Chiesa in particolare, e specialmente le congregazioni religiose maschili e femminili, rivolgano sempre più i loro sforzi e predispongano le misure necessarie all'educazione speciale e al trattamento degli insufficienti mentali.

Di fronte al grave problema sociale costituito, nel mondo odierno, dalla presenza di milioni di insufficienti mentali, nessuno può rimanere indifferente e ciò non solo in nome della carità ma in nome della giustizia. Ognuno deve sentirsi partecipe ed operare, nel settore preventivo o curativo, per una soluzione veramente umana di questo problema.

COMMISSIONE I

VITA PROFESSIONALE

1. - *Diritto dell'insufficiente mentale a una vita professionale.*

a) Il diritto al lavoro dell'insufficiente mentale è consacrato dalla Carta dei diritti dell'uomo.

Questo diritto fondamentale deve essere ricordato poichè non sembra che sia ancora riconosciuto sia a livello di principio, sia in pratica; e ciò in tutti i Paesi.

Nella fase di applicazione, le modalità devono tuttavia tener conto sia del tipo e del livello di civiltà sia delle strutture economico-sociali.

b) Nell'azione di integrazione dell'insufficiente mentale al mondo del lavoro, occorre proteggerlo contro possibili sfruttamenti; non bisognerà mai accettare che, a parità di rendimento, l'insufficiente mentale guadagni meno del suo collega normo-intellettivo. A parità di lavoro, parità di diritti.

2. - *Orientamento e selezione professionali.*

a) L'orientamento professionale deve avvenire in funzione delle capacità del soggetto e dei suoi eventuali altri *handicaps*, delle condizioni sociali e, naturalmente, delle esigenze del mondo del lavoro.

b) Esso non può essere assicurato da una sola persona. Esso è un lavoro in *équipe* di tutte le persone competenti che si interessano al soggetto. Esso deve tener conto in particolare delle preferenze e delle scelte del soggetto.

c) Esso dovrà essere assicurato senza soluzione di continuità, grazie a una lunga osservazione durante il corso di formazione. Le informazioni raccolte guideranno l'educatore e l'orientatore ad aiutare l'insufficiente mentale a conoscere le sue qualità personali ed i suoi limiti, e a scegliere un mestiere rispondente ai suoi interessi. Questa

impostazione richiede un orientamento professionale progressivo del soggetto.

3. - *Preparazione ed insegnamento professionali.*

a) L'acquisizione di tecniche professionali (formazione tecnico-professionale) costituisce solo un aspetto della preparazione alla vita professionale, preparazione che implica una formazione sociale (formazione socio-professionale).

b) A causa della rapida evoluzione del mondo del lavoro bisogna orientarsi, quando ciò sia possibile, di preferenza verso la formazione polivalente piuttosto che verso un solo mestiere specifico.

Nei riguardi dell'insufficiente mentale lieve, questa polivalenza, pur preparando alla acquisizione di un mestiere, dovrà dare possibilità di impiego in lavori diversi. Per quanto concerne gli insufficienti mentali medi e gravi, si tratterà piuttosto di prepararli ad una funzione, per mezzo dell'acquisizione di una educazione dei gesti che dovrà dare, anch'essa, possibilità di impiego in lavori diversi.

c) Poichè l'esperienza mostra che molti insufficienti mentali incontrano difficoltà a passare con successo dal laboratorio scolastico alla vita reale, la formula del lavoro professionale a mezza giornata o l'inserimento professionale progressivo possono costituire una risposta a questa particolare difficoltà.

d) La nozione di un'età limite per la frequenza scolastica obbligatoria non si addice per nulla all'insufficiente mentale.

È invece necessario dargli il tempo necessario alla sua formazione e tenerlo nell'ambiente scolastico fin quando egli ne beneficerà realmente.

4. - *Collocamento al lavoro.*

a) Bisogna mettere a disposizione dei servizi di formazione e di collocamento al lavoro

ro una gamma di situazioni socio-amministrative professionali (laboratori protetti, laboratori di aiuto o di assistenza, laboratori di ergoterapia). Per le categorie più colpite, lo Stato dovrebbe partecipare al finanziamento del lavoro protetto.

b) Vi deve essere una perfetta continuità fra la preparazione e il collocamento al lavoro.

c) La collaborazione dei datori di lavoro e la comprensione dei sindacati si sono dimostrate indispensabili all'integrazione nel mondo del lavoro dell'operaio handicappato.

d) Se l'*handicap* non consente l'assunzione di un posto nel mondo normale del lavoro, i pubblici poteri hanno il compito di assicurare un'assistenza complementare agli operai handicappati.

e) L'operaio insufficiente mentale ha diritto al rispetto da parte sia dei suoi colleghi come dei datori di lavoro.

COMMISSIONE II

VITA SOCIALE E TEMPO LIBERO

1. - *Diritto dell'insufficiente mentale ad una vita sociale.*

Il diritto dell'insufficiente mentale ad una vita sociale è fondato sul diritto naturale che lo riguarda allo stesso titolo di tutte le persone umane. Il diritto positivo deve riconoscere pienamente questo diritto naturale, solo l'applicazione può essere adattata per tenere conto degli interessi rispettivi dell'insufficiente mentale e della società.

2. - *La famiglia.*

Essendo la famiglia il primo ambiente di inserimento sociale dell'insufficiente mentale, è necessario che essa possa beneficiare di un aiuto precoce e continuo, nel rispetto dei suoi diritti fondamentali e delle sue responsabilità.

Quando avvengono conflitti nell'interno della famiglia, si terrà conto, nelle adozioni delle soluzioni, dell'importanza dell'unità della famiglia e delle necessità della maturazione personale di ciascuno dei suoi membri.

Tenendo presente che l'insufficiente mentale, qualunque sia la soluzione adottata, ha diritto alla sua famiglia, occorrerà, in ciascun caso particolare, chiarire alla famiglia stessa vari problemi al fine che essa possa prendere le necessarie decisioni.

Per prendere queste decisioni e anche quando l'insufficiente mentale è affidato alle cure di un idoneo centro terapeutico o educativo, è auspicabile che fra i genitori e le *équipes* medico-pedagogiche si instauri un dialogo reale.

È parimenti auspicabile che la famiglia in senso lato (fratelli, sorelle, nonni, collaterali) sia, per quanto possibile, informata sul problema dell'insufficienza mentale e, se possibile, « formata » a svolgere il suo ruolo.

I fratelli e le sorelle, in particolare, pur non potendosi esigere che essi assumano interamente la tutela materiale dell'insufficiente mentale, devono tuttavia essere preparati a sostenerlo affettivamente e moralmente prendendo parte alle preoccupazioni dei genitori.

Infine, anche se l'insufficiente mentale si trova, per motivi di gravissima necessità, a condurre una vita in un internato, il legame familiare deve essere conservato il più strettamente possibile con contatti regolari e prolungati (visite, vacanze, ecc.).

3. - *Preparazione al matrimonio e al celibato.*

Di fronte all'importanza del problema sollevato dalla preparazione al matrimonio e al celibato, è auspicabile che le questioni concernenti l'educazione affettiva e sessuale, la vocazione, la scelta del celibato, la preparazione eventuale al matrimonio o l'entrata in una idonea vita religiosa siano oggetto di uno studio approfondito da compiere in occasione di una prossima conferenza.

4. - *Diritti e doveri civici.*

Per quanto concerne i problemi della partecipazione dell'insufficiente mentale alla vita civica (servizio civile o militare, diritto di voto...) e alla gestione dei suoi beni, è auspicabile:

a) che si realizzi una vera protezione della persona e dei beni dell'insufficiente mentale, modificando eventualmente l'attuale legislazione;

b) che iniziative istituzionali o volontarie, quali la « rendita-vita » o la « rendita-invalidità », siano estese, e che siano incoraggiate altre iniziative quali la creazione di un servizio di tutela dell'insufficiente mentale che vive relativamente autonomo;

c) che sia istituita una formula di « minorazione prolungata » in sostituzione della « interdizione »;

d) che la giurisprudenza tenga conto di questi elementi in occasione della comparazione di insufficienti mentali davanti al tribunale.

Questa legislazione speciale non deve giungere a far dimenticare i doveri e le responsabilità dell'insufficiente mentale che pur essendo limitati sono tuttavia reali, e che non devono essere in alcun modo misconosciuti se non si vuole nuocere alla sua dignità.

5. - *Condizioni di vita.*

L'apprendimento dell'organizzazione e utilizzazione del bilancio familiare deve essere intrapresa fin dalla giovane età, dando al denaro un significato sia come salario sia come mezzo di vita sociale (sussistenza, doni...), senza dimenticare il valore degli atti gratuiti.

Tutta l'organizzazione della vita (vestiti, alloggi, relazioni quotidiane con commercianti e vicini, eccetera) merita di essere preparata non soltanto instaurando un dialogo con l'insufficiente mentale, ma inte-

ressando le persone che lo incontrano concretamente, di modo che esse, tenendo conto del suo condizionamento particolare, svolgano il loro ruolo in senso educativo.

Nel caso in cui l'insufficiente mentale dovesse vivere in un internato specializzato, occorrerà evitargli le condizioni di vita spersonalizzanti (alloggi, vestiti, eccetera) ed assicurargli la presenza di educatori specificamente preparati a prendere parte alla vita degli adulti insufficienti mentali.

Poichè a ogni tipo di ambiente sociale corrisponde un genere di adattamento sociale diverso, è auspicabile:

a) che, fin dall'inizio, si tenga conto nell'educazione del tipo di ambiente sociale nel quale il giovane dovrà realmente integrarsi nell'età adulta e ciò al fine di evitargli una rottura nella sua vita;

b) che si tenga parimenti conto dei modi di vita del suo ambiente di provenienza;

c) che non si rendano uniformi oltre il necessario i diversi tipi di istituzioni e servizi.

6. - *Tempo libero.*

Considerando:

a) che il tempo libero prende un posto sempre più grande nell'attuale vita sociale;

b) che esso rappresenta non solo un elemento di distensione ma anche un'occasione di arricchimento personale;

c) che l'insufficiente mentale ha diritto di mantenere per mezzo delle attività del tempo libero il suo equilibrio fisico e psichico,

è necessario:

a) assicurare ed orientare fin dalla sua più tenera età il tempo libero dell'insufficiente mentale;

b) regolare le diverse forme di tempo libero (distensione, divertimenti, cultura, sport...) seguendo un ritmo adatto alle

possibilità dell'insufficiente mentale (gusti, attitudini, età, resistenza alla fatica);

c) insegnare all'insufficiente mentale ad organizzare il suo tempo libero e, senza escludere *a priori* alcuna forma, ad orientarsi verso quelle che possono essergli particolarmente utili (come il nuoto, gli sports di gruppo, eccetera) evitando quelle che presenterebbero pericoli o che favoriscono una troppo grande passività;

d) incoraggiare le organizzazioni giovanili ad accogliere gli insufficienti mentali ricercando soluzioni di integrazione nelle forme ordinarie e creando delle unità chiamate « di estensione » senza cadere tuttavia nell'incasellamento in categorie.

È stato auspicato che una conferenza ulteriore possa studiare il problema del tempo libero dell'insufficiente mentale in modo più approfondito.

CONFERENZA INTERNAZIONALE DEL LAVORO

**RACCOMANDAZIONE N. 99 CONCERNENTE L'ADATTAMENTO
E IL RIADATTAMENTO PROFESSIONALI DEGLI INVALIDI**

La Conferenza generale dell'Organizzazione internazionale del lavoro, convocata a Ginevra dal Consiglio di amministrazione dell'ufficio internazionale del lavoro, ivi riunitasi il 1° giugno 1955, nella sua 38ª sessione;

dopo aver deciso di adottare alcune proposte concernenti l'adattamento e il riadattamento professionali degli invalidi, problema che costituisce il quarto punto dell'ordine del giorno della sessione;

dopo aver deciso che la proposta avrebbe assunto il carattere di una raccomandazione,

adotta, in questo ventiduesimo giorno del mese di giugno 1955 la seguente raccomandazione, che sarà denominata Raccomandazione sull'adattamento e il riadattamento professionali degli invalidi, 1955.

Considerati i numerosi e diversi problemi che si riferiscono alle persone colpite da invalidità;

considerato che, l'adattamento e il riadattamento di queste persone sono essenziali per loro permettere di sviluppare e riacquistare al massimo le loro capacità fisiche e psichiche e per inserirle o reinserirle nel ruolo sociale, professionale ed economico che esse possono svolgere;

considerato che, per soddisfare i bisogni di impiego lavorativo di ogni invalido e per assicurare la migliore utilizzazione delle risorse di mano d'opera, è necessario sviluppare e ristabilire le capacità di lavoro degli invalidi unendo in un'azione continua e coordinata i servizi medici, psicosociali, educativi, d'orientamento professionale, di forma-

zione professionale e di collocamento, ed anche i servizi di controllo.

La Conferenza adotta le raccomandazioni seguenti:

I

DEFINIZIONI

Ai fini della presente raccomandazione:

a) i termini « adattamento e riadattamento professionale » indicano la fase della azione continua e coordinata di adattamento o riadattamento che richiede la messa a disposizione degli invalidi di servizi atti a loro consentire di ottenere e di conservare un impiego idoneo. Questi servizi comprendono in particolare l'orientamento professionale, la formazione professionale e il collocamento selettivo;

b) il termine « invalido » indica le persone le cui possibilità di ottenere o di conservare un impiego idoneo sono effettivamente ridotte a seguito di una diminuzione delle sue capacità fisiche o mentali.

II

CAMPO DI APPLICAZIONE DELL'ADATTAMENTO E DEL RIADATTAMENTO PROFESSIONALI

Mezzi per l'adattamento e per il riadattamento professionali dovranno essere messi a disposizione di ciascun invalido, qualsiasi siano le origini e la natura della sua invali-

dità e qualsiasi sia la sua età, a condizione che egli possa essere preparato ad un impiego idoneo e che egli possa ragionevolmente sperare di ottenere e conservare quell'impiego.

III

PRINCIPII E METODI CONCERNENTI L'ORIENTAMENTO PROFESSIONALE, LA FORMAZIONE PROFESSIONALE E IL COLLOCAMENTO AL LAVORO DEGLI INVALIDI

Tutte le misure necessarie e possibili dovranno essere prese al fine di creare o di sviluppare i servizi specializzati di orientamento professionale destinati agli invalidi che hanno bisogno di un aiuto per scegliere una professione o per cambiare professione.

I metodi utilizzati in materia di orientamento professionale dovrebbero comprendere, nella misura in cui le condizioni nazionali lo permettono e secondo i casi particolari:

- a) un colloquio con un esperto in orientamento professionale;
- b) un esame degli antecedenti professionali;
- c) un esame dei risultati scolastici e di ogni altro documento comprovante la formazione generale o professionale ricevuta;
- d) un esame medico condotto ai fini dell'orientamento professionale;
- e) l'applicazione di appropriati *tests* di capacità e di attitudine e, se necessario, di altri *tests* psicologici;
- f) l'esame della situazione personale e familiare dell'interessato;
- g) l'individuazione delle attitudini e dello sviluppo delle capacità per mezzo di prove teoriche o pratiche appropriate, o con l'ausilio di mezzi similari;
- h) un esame professionale tecnico, orale o di altro genere, tutte le volte che ciò apparirà necessario;
- i) l'individuazione delle capacità fisiche dell'interessato in rapporto alle esigenze

delle diverse professioni e l'apprezzamento delle possibilità di miglioramento di queste capacità;

l) la comunicazione agli interessati di informazioni relative alle possibilità di impiego e di formazione, tenendo conto sia della qualificazione professionale, delle capacità fisiche, delle attitudini, delle preferenze e dell'esperienza di ogni singolo soggetto sia delle esigenze del mercato del lavoro.

I principi, le misure ed i metodi di formazione professionale applicati in modo generale per la formazione delle persone valide dovrebbero essere applicati agli invalidi nella misura in cui le condizioni mediche e pedagogiche lo permettono.

La formazione professionale degli invalidi dovrebbe, in tutta la misura del possibile, mettere gli interessati in grado di esercitare un'attività economica che loro permetta di utilizzare le loro conoscenze o attitudini professionali, tenuto conto delle prospettive di lavoro.

A questo riguardo, la formazione dovrebbe essere:

- a) coordinata con un collocamento selettivo al lavoro da effettuarsi, dopo parere medico, in impieghi in cui l'invalidità rallenti in nessun modo o il meno possibile l'esecuzione del lavoro;
- b) data, ogni volta che ciò è possibile e opportuno, nella professione precedentemente esercitata dall'invalido o in una professione analoga;
- c) proseguire fino a quando l'invalido sia in grado di lavorare normalmente in condizioni di eguaglianza con i lavoratori validi, quando è capace di raggiungere questo livello.

Gli invalidi dovrebbero, in tutta la misura del possibile, ricevere una formazione professionale nelle stesse condizioni dei lavoratori validi e insieme ad essi.

Mezzi speciali dovrebbero essere creati e sviluppati per la formazione professionale

degli invalidi che, particolarmente a seguito della natura o della gravità della loro invalidità, non possono ricevere questa formazione insieme ai lavoratori validi.

In tutti i casi in cui ciò è possibile e opportuno, questi mezzi dovrebbero comprendere fra gli altri:

- a) scuole e centri di formazione, ivi compresi gli internati;
- b) corsi speciali di corta e lunga durata in vista della formazione per mestieri determinati;
- c) corsi di perfezionamento per invalidi.

Dovrebbero essere prese delle misure per incoraggiare i datori di lavoro ad assumere i compiti relativi alla formazione professionale degli invalidi: queste misure dovrebbero comprendere, secondo le circostanze, un'assistenza finanziaria, tecnica, medica o professionale.

Dovrebbero essere prese delle misure in vista dell'applicazione di specifiche disposizioni per il collocamento al lavoro degli invalidi.

Queste disposizioni dovrebbero assicurare un collocamento soddisfacente in base alle seguenti misure:

- a) registrazione di coloro che richiedono un impiego;
- b) registrazione della loro qualificazione e dei loro antecedenti professionali, nonché delle loro preferenze;
- c) colloqui in merito all'impiego;
- d) individuazione, se del caso, delle loro attitudini fisiche e professionali;
- e) sollecitazione dei datori di lavoro a segnalare all'autorità competente gli impieghi vacanti;
- f) se necessario, presa di contatto con i datori di lavoro al fine di loro illustrare le capacità professionali degli invalidi e di procurare a questi ultimi un impiego;
- g) assistenza, per permettere agli invalidi di beneficiare dei servizi di orientamento e di formazione professionali e di tutti

gli altri servizi medici o sociali che potrebbero essere necessari.

Dovrebbero essere prese misure in materia di controlli al fine di:

- a) verificare se il collocamento in un impiego o il ricorso alle agevolazioni riguardanti la formazione o il riadattamento professionali si sono dimostrati soddisfacenti e di valutare la validità dei principi e dei metodi sui quali si fondano gli interventi professionali;
- b) di sopprimere, in tutta la misura del possibile, gli ostacoli che potrebbero impedire all'invalido di adattarsi in modo soddisfacente al suo lavoro.

IV

ORGANIZZAZIONE AMMINISTRATIVA

Servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbero essere organizzati e sviluppati dalla o dalle autorità competenti in base ad un programma continuo e coordinato e, nella misura del possibile, si dovrebbero utilizzare i servizi esistenti di orientamento professionale, di formazione professionale e di collocamento al lavoro.

La o le autorità competenti dovrebbero vigilare al fine che personale sufficiente e veramente qualificato sia disponibile per occuparsi dell'adattamento e del riadattamento professionali degli invalidi e per controllare i risultati.

Lo sviluppo dei servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbero in ogni caso procedere di pari passo con lo sviluppo dei servizi generali di orientamento professionale e di collocamento al lavoro.

I servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbero essere organizzati e sviluppati in modo da fornire agli invalidi la possibilità sia di prepararsi all'esercizio di una professione indipendente in una qualsiasi attività sia di accedere a questa professione e di conservarla.

La responsabilità amministrativa in materia di organizzazione generale e di svilup-

po dei servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbe essere:

- a) sia affidata a una sola autorità;
- b) sia assunta in comune dalle autorità incaricate dell'adempimento e delle diverse funzioni previste dal programma; una di queste autorità dovrebbe essere appositamente incaricata di assicurare il coordinamento.

La o le autorità dovrebbe prendere tutte le disposizioni necessarie ed opportune per assicurare la collaborazione e il coordinamento necessari tra le istituzioni pubbliche e private che si occupano dell'adattamento e del riadattamento professionali.

Queste misure dovrebbero comprendere, secondo le circostanze:

- a) la definizione delle competenze e degli obblighi delle istituzioni pubbliche e private;
- b) la corresponsione di un aiuto finanziario alle istituzioni private che si occupano effettivamente dell'adattamento e del riadattamento professionali;
- c) la prestazione di consulenza tecnica alle istituzioni private.

I servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbero essere creati o sviluppati con il concorso di commissioni consultive e rappresentative, istituite sul piano regionale o locale.

Queste commissioni dovrebbero, a seconda dei casi, comprendere:

- a) rappresentanti delle autorità e istituzioni direttamente interessate all'adattamento e al riadattamento professionali;
- b) rappresentanti delle organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori;
- c) persone particolarmente qualificate in ragione delle loro conoscenze sull'adattamento e sul riadattamento professionali degli invalidi e del loro interesse a questo problema;
- d) rappresentanti di organizzazioni di invalidi.

Le suddette commissioni dovrebbero essere incaricate di fornire pareri:

- a) sul piano nazionale, sullo sviluppo della politica e dei programmi di adattamento e di riadattamento professionali;
- b) sul piano nazionale o locale, sull'applicazione delle misure a livello nazionale, sulla loro idoneità in rapporto alle condizioni regionali e locali, e sul coordinamento delle attività regionali e locali.

Le ricerche dirette ad esaminare i risultati ottenuti dai servizi di adattamento e di riadattamento professionali degli invalidi e a migliorare i suddetti servizi dovrebbero essere favorite e incoraggiate, in particolare dalle autorità competenti.

Queste ricerche dovrebbero comprendere studi generali e specifici sul collocamento al lavoro degli invalidi.

Queste ricerche dovrebbero comprendere altresì lavori scientifici sui differenti metodi e tecniche che sono chiamati a svolgere un ruolo nell'adattamento e riadattamento professionali.

V

MISURE ATTE A FAVORIRE L'UTILIZZAZIONE DA PARTE DEGLI INVALIDI DEI SERVIZI DI ADATTAMENTO E DI RIADATTAMENTO PROFESSIONALI

Dovrebbero essere prese delle misure per permettere agli invalidi di utilizzare in pieno i mezzi di adattamento e di riadattamento professionali messi a loro disposizione e occorrerebbe fare in modo che una autorità avesse l'incarico di aiutare personalmente ciascun invalido ad adattarsi o riadattarsi professionalmente in tutta la misura del possibile.

Queste misure dovrebbero comprendere:

- a) la raccolta e la diffusione di informazioni sia sulle possibilità di utilizzare i servizi di adattamento o di riadattamento professionali sia sulle prospettive che questi servizi offrono agli interessati;

b) la corresponsione agli invalidi di un aiuto finanziario appropriato e sufficiente.

Questo aiuto finanziario dovrebbe essere accordato in qualsiasi stadio del processo di adattamento e di riadattamento professionali; esso dovrebbe essere concepito in modo da aiutare gli invalidi a prepararsi all'esercizio di una professione di loro convenienza, ivi comprese le professioni indipendenti, e a esercitare effettivamente la professione scelta.

L'aiuto finanziario dovrebbe comprendere la messa a disposizione degli invalidi, a titolo gratuito, di servizi di adattamento e di riadattamento professionali, la corresponsione di assegni per il mantenimento e, se necessario, di indennità per le spese di trasporto durante tutto il periodo della preparazione professionale necessario per accedere a un impiego, la corresponsione di prestiti o di doni in denaro o la fornitura di attrezzi o di apparecchiatura e altresì la fornitura di protesi e di quant'altro sia necessario.

Gli invalidi dovrebbero avere la possibilità di utilizzare tutti i mezzi di adattamento e di riadattamento professionali senza perdere peraltro il beneficio di tutte le prestazioni della sicurezza sociale maturate sotto qualsiasi altra forma.

Gli invalidi che abitano nelle regioni ove le prospettive di impiego sono scarse o i mezzi per la preparazione all'esercizio di una professione sono limitati, dovrebbero beneficiare di tutte le facilitazioni, ivi compresa la fornitura dell'alloggio e del nutrimento, per loro permettere di prepararsi a un impiego, e dovrebbero, se lo desiderano, poter essere trasferiti nelle regioni ove vi sono le maggiori possibilità di lavoro.

Nessuna discriminazione fondata sulla loro invalidità dovrebbe essere esercitata contro gli invalidi, ivi compresi coloro che ricevono una indennità di invalidità, in materia di salario e condizioni se il loro lavoro è uguale a quello dei lavoratori non invalidi.

VI

COLLABORAZIONE FRA LE ISTITUZIONI INCARICATE DELLE CURE MEDICHE E DELL'ADATTAMENTO E DEL RIADATTAMENTO PROFESSIONALI

Dovrebbe essere instaurata la più stretta collaborazione fra le istituzioni incaricate del trattamento medico degli invalidi e quelle preposte al loro adattamento e riadattamento professionali; le attività di queste istituzioni dovrebbero essere coordinate al massimo.

Questa collaborazione e questo coordinamento dovrebbero avere lo scopo di:

a) curare che il trattamento medico e, se del caso, la fornitura di idonei apparecchi di protesi tendano a facilitare l'ulteriore accesso al lavoro degli invalidi interessati e ad accrescere le loro possibilità di trovare e conservare l'impiego;

b) di aiutare a individuare gli invalidi che hanno bisogno di un adattamento o di un riadattamento professionali e che sono in grado di beneficiare dei relativi servizi;

c) di curare che l'adattamento e il riadattamento professionali siano intrapresi il più presto possibile e nel momento più opportuno;

d) di fornire, se del caso, pareri medici a tutti gli stadi dell'adattamento o del riadattamento professionali;

e) di determinare le capacità di lavoro degli invalidi.

Ogni volta che è possibile, e salvo parere medico contrario, l'adattamento e il riadattamento professionali dovrebbero incominciare durante il trattamento medico.

VII

MISURE AVENTI LO SCOPO DI ACCRESCERE LE POSSIBILITÀ DI IMPIEGO DEGLI INVALIDI

Misure dovrebbero essere prese, in stretta collaborazione con le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, in vista di

accrescere al massimo le possibilità di impiego degli invalidi e al fine di loro permettere di ottenere e conservare l'impiego.

Queste misure dovrebbero essere fondate sui seguenti principi:

a) gli invalidi dovrebbero avere, allo stesso titolo delle persone valide, la facoltà di accedere agli impieghi per i quali sono qualificati;

b) gli invalidi dovrebbero avere piena facoltà di accettare un impiego;

c) l'accento dovrebbe essere messo sulle attitudini e sulle capacità lavorative degli interessati e non sulla loro invalidità.

Queste misure dovrebbero comprendere:

a) ricerche tendenti ad analizzare e a dimostrare le capacità lavorative degli invalidi;

b) la diffusione ampia e continua dei dati di fatto che si riferiscono in particolare ai seguenti punti:

raffronto fra gli invalidi e le persone valide che effettuano lo stesso lavoro per quanto concerne la produzione, il rendimento, la frequenza degli infortuni e delle assenze, e la stabilità nell'impiego;

metodi di selezione del personale basati sulle esigenze specifiche dell'impiego;

metodi tendenti a migliorare le condizioni nelle quali può essere effettuato il lavoro per facilitare l'inserimento di invalidi, ivi compresi gli adattamenti e le modifiche delle attrezzature;

c) le disposizioni atte ad evitare ai datori di lavoro oneri maggiori nei confronti dei premi assicurativi per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

d) le disposizioni atte ad invogliare i datori di lavoro a trasferire nell'interno della loro azienda a lavori convenienti i lavoratori la cui capacità di lavoro si è modificata a seguito di una diminuzione delle loro capacità fisiche.

Quando le condizioni prevalenti in un paese ed i metodi impiegati lo consentono, la utilizzazione di invalidi dovrebbe essere favorita da misure quali:

a) l'assunzione da parte dei datori di lavoro di una percentuale di invalidi nelle

situazioni in cui sia possibile evitare il licenziamento di lavoratori validi;

b) la messa a disposizione degli invalidi di taluni impieghi ad essi riservati;

c) l'attuazione di disposizioni che permettano alle persone colpite da invalidità grave di beneficiare di facilitazioni per la assunzione o di una priorità in quelle professioni considerate come corrispondenti alle loro capacità;

d) l'incoraggiamento alla creazione e la corresponsione di facilitazioni per la gestione di cooperative di invalidi e di ogni altro organismo similare gestito dagli stessi invalidi o in loro nome.

VIII

IMPIEGHI PROTETTI

Misure dovrebbero essere prese dalla o dalle autorità competenti in collaborazione, se del caso, con le organizzazioni private interessate, al fine di creare o sviluppare le facilitazioni per la formazione e l'impiego protetto degli invalidi che non possono essere posti in grado di affrontare le condizioni concorrenziali normali esistenti nel mercato del lavoro.

Queste facilitazioni dovrebbero comprendere la creazione di laboratori protetti e la applicazione di disposizioni speciali in favore degli invalidi che, per ragioni fisiche o psicologiche o a causa di difficoltà geografiche, non possono trasferirsi regolarmente per raggiungere il luogo di lavoro o per ritornare a casa.

I laboratori protetti dovrebbero assicurare agli invalidi, per mezzo di una efficace sorveglianza medica e professionale, non solo un lavoro utile e remunerativo, ma anche possibilità di adattamento professionale e, ogni volta che ciò sia possibile, di trasferimento ad un lavoro normale.

Nei riguardi degli invalidi che non possono lasciare la loro abitazione converrebbe prendere speciali disposizioni concepite ed applicate in modo da loro assicurare, tramite una efficace sorveglianza medica e professionale, un lavoro a domicilio utile e remunerativo.

Nella misura in cui i salari e le condizioni generali di impiego dei lavoratori sono fissati da norme legislative, questi salari e queste condizioni dovrebbero essere applicati agli invalidi che lavorano in un laboratorio protetto.

IX

DISPOSIZIONI SPECIALI A FAVORE DEI FANCIULLI E DEGLI ADOLESCENTI INVALIDI

Servizi di adattamento e di riadattamento professionali destinati ai fanciulli e agli adolescenti in età scolare dovrebbero essere organizzati e sviluppati in stretta cooperazione fra le autorità preposte all'insegnamento e la o le autorità incaricate dell'adattamento e del riadattamento professionali.

I programmi di insegnamento dovrebbero tener conto dei problemi particolari dei fanciulli e degli adolescenti invalidi e della necessità di loro accordare le stesse possibilità dei fanciulli e adolescenti validi di ricevere la formazione generale e professionale più adatta alla loro età, alle loro capacità, alle loro attitudini e alle loro preferenze.

I servizi destinati ai fanciulli e agli adolescenti invalidi dovrebbero avere lo scopo essenziale di ridurre, in tutta la misura del possibile, le difficoltà di prepararsi all'impiego il più possibilmente appropriato alle loro capacità: l'utilizzazione di questi mezzi dovrebbe rendere necessaria una cooperazione fra, da una parte, i servizi medici, sociali e pedagogici e, dall'altra, i genitori o le persone che esercitano i poteri tutelari sui fanciulli o adolescenti invalidi.

L'istruzione, l'orientamento professionale, la formazione professionale e il collocamento al lavoro dei fanciulli e degli adolescenti invalidi dovrebbero essere assicurati dall'organizzazione destinata ai fanciulli e adolescenti validi, e dovrebbe effettuarsi, ogni volta che sia possibile e opportuno, alle stesse condizioni di quelle che beneficiano questi ultimi e in loro compagnia.

Disposizioni speciali dovrebbero essere prese in favore dei fanciulli e adolescenti invalidi che non sono in grado, a causa della loro invalidità, di beneficiare, nelle stesse condizioni dei fanciulli e adolescenti validi e in loro compagnia, delle facilitazioni previste per questi ultimi.

Queste disposizioni dovrebbero comprendere in particolare la formazione pedagogica specializzata degli educatori.

Dovrebbero essere prese delle misure per assicurare che, quando un esame medico avrà rilevato infermità o *handicaps* o una inattitudine qualsiasi al lavoro, i fanciulli e gli adolescenti:

a) ricevano, appena possibile, il trattamento medico ad essi necessario per eliminare o ridurre l'infermità o l'*handicap* di cui soffrono;

b) siano incoraggiati a frequentare la scuola oppure siano orientati verso occupazioni suscettibili di rispondere ai loro desideri e alle loro attitudini, mettendo a loro disposizione possibilità di formazione per il raggiungimento di questo fine;

c) beneficino, se del caso, di un aiuto finanziario durante il periodo di trattamento medico, di istruzione e di formazione professionale.

X

APPLICAZIONE DEI PRINCIPI SULLO ADATTAMENTO E SUL RIADATTAMENTO PROFESSIONALI

I servizi di adattamento e di riadattamento professionali dovrebbero essere rispondenti alle esigenze e condizioni particolari di ciascun paese ed essere progressivamente sviluppati, conformemente alle suddette esigenze e condizioni e secondo i principi enunciati nella presente raccomandazione.

Questo sviluppo progressivo dovrebbe avere come obiettivi principali:

a) di dimostrare e di sviluppare le qualità professionali degli invalidi;

b) di fornire loro, in tutta la misura consentita dalle circostanze, delle convenienti possibilità di impiego;

c) di eliminare, in materia di formazione professionale o di impiego, ogni discriminazione basata sull'invalidità.

L'applicazione progressiva delle misure per l'adattamento e il riadattamento professionali dovrebbe essere favorita, con l'aiuto, se richiesto, dell'Ufficio internazionale del lavoro:

a) con la prestazione, quando ciò sia possibile, di assistenza tecnica consultiva;

b) con l'organizzazione di un vasto scambio internazionale delle esperienze acquisite in ciascun paese;

c) con tutte le altre forme di collaborazione internazionale atte a facilitare l'istituzione e l'applicazione di misure conformi alle esigenze e alle condizioni dei diversi paesi, ivi comprese la formazione del personale necessario.

ALLEGATO 4

LE NOSTRE CONCEZIONI ED I NOSTRI ATTEGGIAMENTI DI FRONTE ALL'INSUFFICIENZA MENTALE NON CONTRIBUISCONO IN QUALCHE MODO A STRUTTURARE L'INSUFFICIENTE MENTALE? (1)

di R. LAFON, professore della facoltà di medicina di Montpellier

In questo studio (2) sui fattori neuro-psichiatrici dello sviluppo dell'insufficiente mentale, vorrei invitarvi ad una certa riflessione sui nostri modi di agire che influiscono se non come elementi determinanti, quanto meno come elementi di consolidamento di certe forme o di aggravamento dell'insufficienza. Dobbiamo cominciare a rivedere le nostre concezioni, le nostre classificazioni, le nostre organizzazioni ed i nostri atteggiamenti di fronte a questo problema.

Personalmente lavoro da venticinque anni nel mio Paese, per dare una certa impostazione alla lotta da condurre contro questa vera calamità medico-socio-economica, ma mi chiedo se non facciamo correre agli insufficienti mentali il rischio di « aggravare » la loro situazione, così come i nostri predecessori hanno fatto per il malato mentale adulto, creando degli istituti per alienati e aggravando la loro malattia mentale sulla base di norme vecchie e troppo rigide che risalgono agli inizi del XIX secolo, e sono tuttora in vigore.

Medici, psicologi, educatori, pedagogisti, assistenti sociali, se non hanno adottato la regola di lavorare insieme in una *équipe* pluriprofessionale, rischiano per questo fatto di dare un'impostazione settoriale ai loro diversi interventi e di costruire una imma-

gine tipo, un modello formale, dipendente dalla loro concezione particolare e non dalla realtà che dovrebbero affrontare e, invece di accostarsi all'oggetto in un certo modo, essi danno all'oggetto, credendo di comprenderlo meglio, una certa forma e lo modellano in base alle loro idee preconcepite e non lo scoprono così come è.

Certo la serie di immagini tipo (sarebbe forse meglio dire di immagini *digest*) è necessaria per la classificazione nosologica e per la comprensione. La generalizzazione è necessaria al progresso della scienza, ma deve rappresentare solo un momento ed un mezzo nelle scienze umane. Infatti il dinamismo della persona umana è così complesso e così unitario nella sua realtà bio-psico-sociale che non può essere ridotto ad una somma di cause, di meccanismi, di funzioni o di livelli elementari, per cui occorre continuamente fare riferimento al principio della globalità.

Le concezioni sull'idiozia, sull'imbecillità e sulla deficienza mentale lieve che ci hanno fornito i medici del XIX secolo e gli psicologi dell'inizio del XX secolo sono veramente cambiate?

Sì, per quanto concerne l'analisi e la scoperta di aspetti molto particolari; no, nella maggioranza dei casi, se si considera la globalità dell'insufficienza mentale.

Abbiamo ancora conservato gli stereotipi di medici diagnostici tradizionalisti e, per questo motivo, atteggiamenti tradizionalisti da cui è difficile sbarazzarci.

Siamo ancora portati a lasciare al settore medico, tuttora predominante in questo campo, i soggetti che, secondo il modello del-

(1) Primo simposio internazionale sull'insufficienza mentale, Roma 19-24 marzo 1968. L'articolo del prof. Lafon è apparso su « *Sauvegarde de l'enfance* » n. 2-3 del 1968.

(2) Nel corso della lettura dell'allegato è opportuno far riferimento ai grafici riportati a fine allegato.

l'idiota o dell'imbecille, hanno caratteristiche patologiche accentuate ed a pensare che gli altri, cioè gli insufficienti mentali lievi non hanno nulla da guadagnare dall'intervento dello psichiatra, dello psicoterapeuta o dello stesso assistente sociale, e hanno solo bisogno di metodi e di interventi esclusivamente pedagogici. Questa prassi ha provocato una separazione degli interventi e non l'adozione unitaria dei mezzi disponibili, per cui si privano gli insufficienti mentali lievi dell'azione medico-socio-educativa e non si fanno sempre beneficiare gli insufficienti mentali medi e gravi delle scoperte e dei metodi della pedagogia speciale.

Tutto ciò ci fa correre il rischio, per i casi intermedi, di inserire a caso i soggetti nell'una o nell'altra categoria; essi rischiano pertanto di essere trattati e formati secondo i criteri applicati all'una o all'altra categoria e con obiettivi diversi dalle esigenze dei soggetti stessi.

L'alfabetizzazione e la generalizzazione dell'obbligo scolastico hanno fatto scoprire la categoria degli insufficienti mentali lievi; il perfezionamento e il prolungamento dell'insegnamento obbligatorio dai 14 ai 16 anni richiede maggiori capacità scolastiche, per cui l'insegnamento normale, che era seguito un tempo da allievi con quoziente intellettuale fino a 70, oggi non può più essere seguito che a partire da un quoziente intellettuale di 80. Viene pertanto ad essere ampliata l'area degli insufficienti mentali; ciò avviene in relazione ai nuovi criteri della scolarizzazione e non in base a criteri inerenti al livello d'intelligenza.

Diventano dunque degli insufficienti mentali. Non vi sono motivi per non ritenere che nei prossimi decenni, in conseguenza del progresso delle scienze e delle esigenze dei programmi di insegnamento, il limite della insufficienza mentale non si elevi progressivamente.

Partendo da questo criterio di livello mobile, determinato in funzione di ciò che si ritiene necessario per la scuola affinché i giovani possano essere preparati alla competitività della società degli adulti, possiamo dire che i soggetti inclusi nell'area della insufficienza mentale siano davvero degli in-

sufficienti mentali? La risposta può essere affermativa in senso assoluto, tanto più che al modello competitivo pressochè unico della scolarizzazione si accompagna la molteplicità delle forme di competizione della socializzazione e dell'accesso al mondo del lavoro dell'adulto.

Noi classifichiamo, e questo a tutti i livelli, in funzione della nozione di educabilità, in una prospettiva rivolta al futuro e non in base alla potenzialità intellettuale esistente e parliamo pertanto di educabili, di semi-educabili e di non educabili. Questa nuova formulazione ha il vantaggio di sostituire a modelli rigidi nozioni più dinamiche, ma ancora (ahimè quanto!) elementari e pericolose.

Le definizioni dell'insufficienza mentale saranno soddisfacenti solo se si sostituirà al modello della scala, per segnare i diversi gradi, quello della pendenza, della curva ascendente, se si prenderà coscienza della fragilità dei nostri attuali criteri di classificazione e del fatto che ciascun caso non deve essere definito o catalogato unicamente in base a schemi precostituiti, ma sulla base di una analisi e di una descrizione dei livelli di sviluppo e delle potenzialità, delle attitudini e degli *handicaps* e delle condizioni socio-familiari della vita di ogni insufficiente mentale.

L'insufficienza mentale non potrà essere definita basandosi unicamente su una teoria dell'intelligenza, dei suoi meccanismi, dei suoi livelli, ma in funzione della globalità bio-psico-sociale; tenendo conto non soltanto della nozione di *hétérochimie* sviluppata da Piaget e da Zazzo, ma anche delle incidenze psico-sociali e affettive che causano o aggravano la disarmonia dell'organizzazione della persona.

Gli insufficienti mentali di qualsiasi livello non possono essere valutati senza l'aiuto di ciò che oggi viene chiamata la *neuro-psichiatria dello sviluppo*, alla quale dovrebbero collaborare, in posizione di parità, gli altri specialisti dell'*équipe* psico-pedagogica medico-sociale, come viene denominata in Francia.

Giungeremo in questo modo a definire nuovi tipi, più descrittivi e dinamici, ma

questa volta fondati su fattori e cause, su livelli di sviluppo e di potenzialità, su capacità strumentali, su interrelazioni e sul dinamismo esistente in ciascun individuo.

Questo modo di procedere ci permetterà di offrire una valutazione veramente « su misura » e non una classificazione « di serie ».

Allo stato attuale delle nostre conoscenze siamo indubbiamente obbligati a dare una forma a questa classificazione « di serie ». A questo punto intervengono sia i nostri sistemi di organizzazioni mediche, sociali e pedagogiche, sia le nostre concezioni economiche, filosofiche o anche politiche: segregazione o apertura al mondo, grandi o piccoli istituti, rifiuto o accettazione, tranquillità nella passività e nella rinuncia, o incertezza nell'azione e nella promozione, allontanamento dalle famiglie o partecipazione di esse.

Gli insufficienti mentali che sono nella stessa condizione non avranno la stessa vita e uguale soddisfacimento dei loro bisogni. Avranno allora un miglior futuro?

Anche se, per coloro che vengono considerati normali, le possibilità non sono uguali, noi dovremo avere cura di evitare di metterci la coscienza a posto con la creazione di sistemi protettivi ed educativi legati ad un'organizzazione e ad una legislazione troppo rigide.

Al confronto ed alla complementarità delle nostre concezioni e delle nostre scienze dobbiamo aggiungere il principio di una costante revisione dei nostri sistemi.

Per questo motivo noi pensiamo che, per evitare di strutturare gli insufficienti mentali, secondo misure e modelli superati, gli economisti e gli amministratori, e aggiungo gli stessi genitori, devono conoscere la ricerca scientifica, aiutarla ed ispirarsi costantemente ad essa.

Accanto a questi principi generali di ordine professionale e scientifico e a questi sistemi di organizzazione economica, politica o amministrativa che strutturano l'insufficiente mentale, vi sono altre forme che lo strutturano: atteggiamenti personali degli specialisti e dei genitori che hanno rapporti con l'insufficiente mentale.

Tutti conosciamo l'apporto che, oltre la psicomètria, la psicologia del comportamento e la statistica, possono darci la psicogenesi, la psicologia del profondo e la psicanalisi; pertanto è superfluo sottolineare la importanza delle relazioni dell'insufficiente mentale con la madre, l'educatore, l'insegnante, lo specialista.

Possiamo servire da specchio all'altro, solo nella misura in cui siamo capaci di ricevere e rinviargli un'immagine secondo i criteri o secondo i filtri di normalità, o di riferimento alla normalità, che ci hanno fornito le nostre acquisizioni, le nostre proprie tendenze e la nostra originalità dinamica.

Quando percepiamo l'immagine deformata o quando essa non ci interessa o nei casi cui non apportiamo nulla all'altro, che tuttavia ci chiama, o quando essa, pur interessandoci, ci ferisce o quando ci lascia indifferenti, noi rischiamo, a causa dei nostri criteri personali, di rinviare un'immagine falsa che distrugge la personalità dell'altro o la struttura male.

Il soggetto originario diventa allora « soggetto alienato », « soggetto da compatire », « soggetto da curare », « soggetto da rifiutare », « soggetto che ferisce », « soggetto che scandalizza », eccetera; donde tutta una serie di reazioni a catena che possono provocare gravi tensioni e disarmonie nello sviluppo del soggetto.

Ho cercato di analizzare queste molteplici deviazioni di relazioni in una comunicazione che avevo presentato a Bordeaux nel 1958 su « La psico-sociologia differenziale dei disadattamenti minorili » e in una conferenza tenuta a Bruxelles nel 1966 su « Alcune concezioni relative all'insufficienza mentale ». Ci sarebbe molto da dire. Ma ricordo un semplice punto che dimostra che noi facciamo del soggetto un « assoggettato » e che è necessario non soltanto riconoscere un *deficit*, ma anche, in una disposizione di analisi del profondo, sbarazzarlo di tutto ciò che lo avviluppa e cercare di delimitare tutto ciò che, nella situazione dell'insufficiente mentale, gli viene imposto dalla madre, dai genitori, dal medico, dalla società, dall'espe-

rienza dell'istituto medico-pedagogico, o dalla classe speciale, per ritornare, come ha detto Rémy Lafon, « dall'assoggettato al soggetto ».

Con i nostri attuali principi, i nostri sistemi ed i nostri atteggiamenti, rischiano di entrare a far parte del problema, fattori che, se non provocano l'insufficienza mentale, per lo meno la aggravano

Per la molteplicità delle sue componenti, delle manifestazioni associate e delle sue forme, l'insufficienza mentale, nella sua nosologia, ci appare come una continuità, come una curva i cui estremi e i cui punti di flessione sono difficili da precisare.

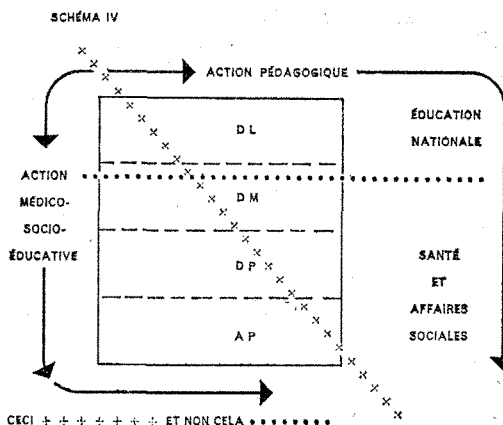
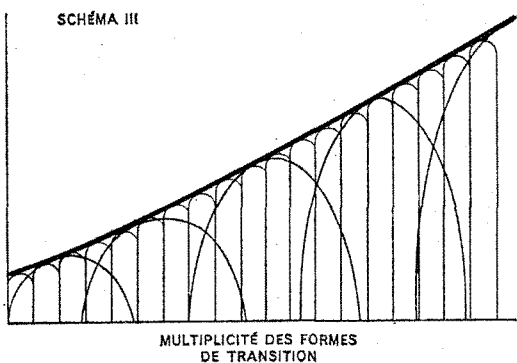
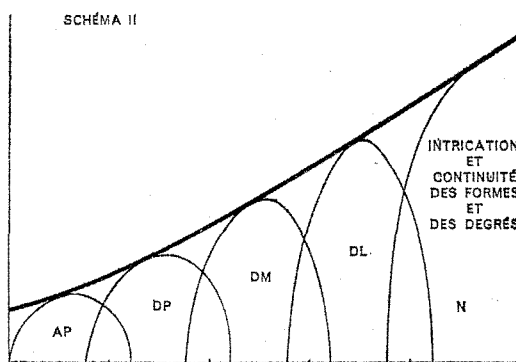
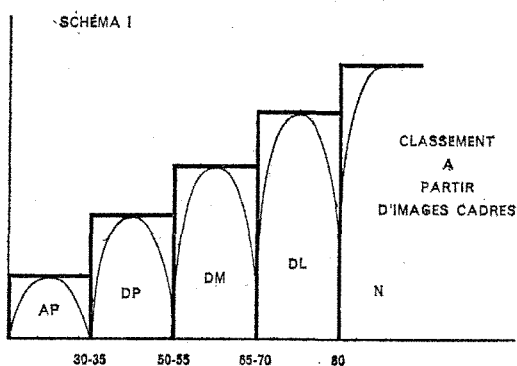
Gli schemi sindromici sono preziosi, ma comportano molteplici forme di transizione e ci fanno correre il rischio di adottare terapie stereotipate e inadatte.

Non dovrebbero esistere criteri assoluti. Evitiamo in particolare di fare ricorso, quando l'insufficiente mentale è un bambino, a criteri sociali di adattamento alla

vita degli adulti e, quando si tratta di un adulto, come troppo spesso siamo soliti fare, a criteri psicologici dei bambini o dei minori.

I contatti e l'azione pluridisciplinare, in *équipe* a tutti i livelli e di fronte a tutte le forme dell'insufficienza mentale, ci permetteranno di evitare le segregazioni, l'aggravamento dell'insufficienza mentale e le disarmonie evolutive. Pertanto i settori competenti non dovrebbero spartirsi le varie categorie di insufficienti mentali, ma al contrario, dovrebbero unire i loro mezzi, occupandosi sia dei più lievi sia dei più gravi, semplicemente nelle proporzioni diverse che è facile schematizzare.

Concludendo, solo con l'integrazione delle nostre conoscenze e delle nostre azioni, eviteremo agli insufficienti mentali lievi e gravi gli sbagli e le trappole delle nostre posizioni, dei nostri atteggiamenti, dei nostri sistemi, delle nostre concezioni, dei nostri dogmi e delle nostre scienze.



- AP = Débiles profonds = Insufficients mentali gravissimi
- DP = Arriérés profonds = Insufficients mentali gravi
- DM = Arriérés moyens = Insufficients mentali medi
- DL = Arriérés légers = Insufficients mentali lievi
- N = Normaux = Normodotati

DISEGNO DI LEGGE
—

Art. 1.

(Aventi diritto)

Hanno diritto alle prestazioni di cui alla presente legge le persone psichicamente o fisicamente o sensorialmente non integre, denominate, ai fini della presente legge, **handicappati** psichici, fisici, sensoriali.

Hanno altresì diritto alle prestazioni di cui alla presente legge le persone con disturbi comportamentali o caratteriali che non sono in grado di inserirsi nella vita familiare, scolastica, sociale, lavorativa. Ai fini della presente legge, dette persone sono denominate **disadattati sociali**.

Art. 2.

(Obblighi)

Gli organi indicati nella presente legge sono obbligati a fornire agli aventi diritto le prestazioni di cui agli articoli seguenti.

Le relative spese sono obbligatorie.

Art. 3.

(Prestazioni)

Gli interventi comprendono:

- a) la prevenzione;
- b) il reperimento e la diagnosi;
- c) il trattamento, ivi comprese le attività volte al mantenimento dei risultati raggiunti.

Gli interventi sono attuati in collaborazione con il soggetto, il suo nucleo familiare, le istituzioni prescolastiche, scolastiche e professionali, gli istituti, l'ambiente di lavoro ed i laboratori protetti e ogni altra istituzione chiamata a intervenire.

Essi non possono essere coercitivi nei riguardi degli aventi diritto, salvo provvedimento motivato dell'autorità giudiziaria.

L'autorità giudiziaria affida la diagnosi e il trattamento dei minori disadattati sociali di sua competenza ai servizi comunali e consortili previsti dalla presente legge.

Art. 4.

(Prevenzione)

L'azione di prevenzione è attuata dagli organi previsti dalla presente legge sia direttamente sia sollecitando l'intervento di altri organi, enti ed uffici.

Sul piano generale, familiare ed individuale essa è diretta:

a) ad assicurare ad ogni persona le condizioni necessarie per il proprio sviluppo e inserimento familiare e sociale;

b) a rimuovere le cause socio-ambientali disadattanti;

c) ad aggiornare periodicamente le norme sulla prevenzione degli infortuni nelle abitazioni, nelle scuole, nel lavoro e in ogni altra sede;

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

e) a favorire le migliori condizioni sanitarie e ambientali alle gestanti, alle partorienti, ai neonati ed alla prima infanzia;

f) ad informare i giovani e gli adulti sui problemi relativi agli handicappati ed ai disadattati.

Art. 5.

(Segnalazione)

Provvedono alla segnalazione degli handicappati e dei disadattati sociali:

i genitori e gli esercenti la patria potestà;

il personale sanitario pubblico e privato;

il personale delle istituzioni pubbliche o private di protezione o assistenza;

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

il personale di pubblica sicurezza;
i magistrati.

La segnalazione deve essere fatta al sindaco del comune ove il soggetto si trova, entro dieci giorni dal momento in cui le persone sopra indicate ne vengono comunque a conoscenza.

Agli inadempienti, che non siano pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, per i quali vigono inoltre le norme dell'articolo 328 del codice penale, si applica la multa di lire 100.000.

Art. 6.

(Servizi di medicina scolastica)

I servizi di medicina scolastica di cui ai decreti del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, e 22 dicembre 1967, n. 1518, svolgono, per quanto concerne gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali, esclusivamente attività di segnalazione.

Art. 7.

(Reperimento organizzato)

Il reperimento organizzato si attua con la ricerca sistematica e periodica su tutta la popolazione per l'individuazione dei soggetti handicappati e disadattati e delle condizioni ambientali disadattanti.

Le modalità, l'estensione e la periodicità minime degli interventi sono stabiliti con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro dell'assistenza sociale.

Le regioni possono stabilire modalità, estensione e periodicità più favorevoli.

Il sindaco, ricevuta la segnalazione di cui all'articolo 5, ne informa, entro i dieci giorni successivi, il servizio incaricato del reperimento organizzato il quale dispone i necessari accertamenti.

Le generalità della persona che ha effettuato la segnalazione non possono essere comunicate a terzi per nessun motivo.

Art. 8.

(Diagnosi e indicazioni di trattamento)

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

Le indicazioni di diagnosi e di trattamento formulate dai servizi di cui all'articolo 30 hanno valore vincolante per gli organi chiamati ad intervenire.

Le indicazioni di cui al comma precedente possono essere in qualsiasi momento impugnate dal soggetto o, per i minori, dall'esercente la patria potestà o i poteri tutelari o, per le persone inabilite, dal curatore, con ricorso al servizio che ha emesso le indicazioni di diagnosi e di trattamento e, in successiva istanza, alla giunta regionale.

Art. 9.

(Trattamenti)

I trattamenti comprendono:

- a) prestazioni abilitative e riabilitative;
- b) assistenza familiare;
- c) affidamenti adottivi e educativi;
- d) accoglimento in istituto o in colonie;
- e) frequenza di istituzioni prescolastiche, scolastiche e di preparazione professionale;
- f) inserimento nel lavoro o nel lavoro protetto;
- g) assistenza economica permanente;
- h) assistenza economica temporanea.

Art. 10.

(Trattamenti abilitativi e riabilitativi)

I trattamenti abilitativi e riabilitativi comprendono:

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

- b) l'educazione o la rieducazione psicomotoria, gestuale e sensoriale;
- c) ogni altra idonea prestazione;
- d) la fornitura di apparecchi individuali.

I trattamenti di cui sopra hanno inizio, qualunque sia l'età del soggetto, appena il servizio diagnostico e di trattamento ne ha accertata la necessità.

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

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

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

Nel caso di accoglimento in istituto e di impossibilità di attuare le prestazioni in esternato, i trattamenti sono effettuati dall'istituto stesso.

Art. 11.

(Assistenza familiare)

L'assistenza familiare deve:

- a) favorire l'accettazione dell'handicappato o del disadattato da parte del suo nucleo familiare e la sua permanenza in famiglia, responsabilizzandola al suo compito;
- b) svolgere opera di sostegno nei confronti dell'handicappato o del disadattato al fine di favorire la sua maturazione personale;
- c) svolgere ogni attività, anche sollecitando l'intervento di organi ed uffici di altri settori, al fine di favorire, a seconda dei casi, l'inserimento scolastico, sociale e lavorativo dei soggetti handicappati e disadattati;

d) provvedere alla tutela sociale e giuridica dell'handicappato e del disadattato promuovendo gli opportuni interventi;

e) esercitare ogni altra attività sull'ambiente al fine di assicurare l'inserimento familiare, scolastico, sociale e lavorativo dei soggetti di cui sopra.

Nei casi di temporanea impossibilità da parte del nucleo familiare di provvedere all'handicappato o al disadattato, devono essere previste prestazioni a domicilio da parte di personale idoneo.

Art. 12.

(Affidamenti adottivi ed educativi)

Nel caso in cui il minore handicappato o disadattato sia privo di assistenza da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, deve essere ricercata una idonea famiglia adottiva o affiliante.

Nei casi in cui la permanenza del soggetto nel nucleo familiare d'origine non sia consigliabile per accertata inidoneità dei genitori, deve essere ricercata la sistemazione familiare presso famiglie educative di parenti o non parenti.

L'affidamento familiare educativo deve essere ricercato anche nei casi di temporanea incapacità o impossibilità del nucleo familiare.

L'accertamento della idoneità dei nuclei familiari d'origine e delle famiglie adottive, affilianti ed educative è operata con le tecniche pedagogiche, psicologiche, mediche e di servizio sociale, da parte dei servizi di cui all'articolo 30, i quali devono provvedere a periodici controlli sul buon andamento dell'inserimento familiare. Agli effetti delle prestazioni mutualistiche e previdenziali, l'affidato è equiparato al figlio legittimo.

Art. 13.

(Accoglimento in istituto)

Quando non siano attuabili o consigliabili le soluzioni di cui agli articoli 11 e 12, si provvede alla destinazione degli handicap-

pati e dei disadattati in istituti, preferibilmente e sempre che non sia sconsigliabile, di non handicappati.

Saranno preferiti in ogni caso:

a) in primo luogo i focolari. I focolari sono istituzioni ad indirizzo familiare con sistematica partecipazione alla vita sociale esterna e con un numero massimo di otto soggetti;

b) in secondo luogo gli istituti a carattere di esternato. Gli istituti a carattere di esternato sono quelli i cui ospiti rientrano in famiglia ogni giorno;

c) in terzo luogo gli istituti a carattere di semi-internato. Gli istituti a carattere di semi-internato sono quelli i cui ospiti rientrano in famiglia ogni fine settimana;

d) in quarto luogo gli istituti aperti a carattere di internato. Gli istituti aperti a carattere di internato sono quelli i cui ospiti vivono nell'istituto e frequentano in esternato la scuola o il lavoro o il lavoro protetto e le attività del tempo libero presso istituzioni o aziende esterne e inserite nel contesto sociale;

e) in quinto luogo gli istituti chiusi a carattere di internato. Gli istituti chiusi a carattere di internato sono quelli i cui ospiti vivono in istituto e svolgono tutte o gran parte delle attività scolastiche o lavorative e di tempo libero nell'interno dell'istituto stesso.

I focolari e gli istituti devono essere situati nel contesto sociale da cui provengono i soggetti.

Quando possibile, i focolari e gli istituti devono prendere le idonee misure per conservare e favorire il più stretto legame dei soggetti con il loro nucleo familiare; devono altresì collaborare per il loro reinserimento in famiglia o l'affidamento a famiglie adottive o affidatarie o l'autonoma sistemazione.

Gli istituti di cui alle lettere *b)*, *c)*, *d)* ed *e)* devono avere una capienza massima di sessanta posti ed i soggetti devono essere ripartiti in gruppi non superiori a otto.

Art. 14.

(Istituzioni prescolastiche e scolastiche normali)

Agli handicappati ed ai disadattati sociali che ne siano in grado è assicurata la frequenza, insieme ai soggetti non handicappati, delle scuole materna, elementare, media inferiore e superiore, dell'università e di ogni altra scuola di qualsiasi ordine e grado.

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

Le domande di ammissione alle scuole materne pubbliche e private devono essere accolte in via prioritaria.

La frequenza delle istituzioni prescolastiche è facoltativa.

L'istituzione delle sezioni o classi speciali presso le istituzioni prescolastiche e scolastiche normali, di cui agli articoli seguenti, deve favorire attività comuni e l'educazione morale e sociale reciproca dei due gruppi di allievi.

Art. 15.

(Istituzioni prescolastiche speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, gli handicappati di età inferiore ai sei anni, per i quali la frequenza di cui all'articolo precedente sia dannosa, sono inseriti in sezioni speciali istituite presso le scuole materne normali, pubbliche o private.

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

Possono essere istituite al massimo 50 per cento di sezioni speciali in rapporto alle sezioni normali; inoltre il numero massimo di bambini handicappati in ciascuna scuola materna normale non deve superare i trenta.

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

Ad ogni sezione di dette scuole non possono essere iscritti più di otto bambini.

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

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

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

Art. 16.

(Classi e scuole elementari speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, gli handicappati ed i disadattati dai sei anni di età e per la durata massima di sei anni, per i quali non è proficua la frequenza di cui all'articolo 14, sono inseriti in classi speciali presso le scuole elementari normali.

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

Ad ogni classe non possono essere iscritti più di dieci allievi.

Possono essere istituite al massimo 50 per cento di classi speciali in rapporto alle classi normali; inoltre il numero massimo di allievi handicappati in ciascuna scuola elementare normale non deve superare gli 80.

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

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

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

I soggetti dovranno essere sottoposti ad attenta e continua osservazione anche da parte del personale scolastico al fine di inserire, appena possibile, i soggetti delle classi

speciali in quelle normali ed i soggetti delle scuole elementari speciali autonome nelle classi speciali.

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

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

Art. 17.

(Programma e attrezzature delle classi e scuole elementari speciali)

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

I programmi dovranno essere indicativi e prevedere:

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

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

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

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

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

Art. 18.

(Scuola media inferiore)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, gli handicappati ed i disadattati per i quali non è proficua la frequenza della scuola media inferiore normale, sono inseriti in classi speciali presso le scuole medie normali.

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

Ad ogni classe non possono essere iscritti più di 12 allievi.

Possono essere istituite al massimo 50 per cento di classi speciali in rapporto a quelle normali, inoltre il numero massimo di allievi handicappati e disadattati in ciascuna scuola media normale non deve superare i settantadue.

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

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

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

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

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

Art. 19.

(Scuole pre-professionali speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, per gli insufficienti mentali per i quali non sono proficue le solu-

zioni di cui all'articolo 18, sono istituiti, quale prosecuzione della scuola dell'obbligo, corsi pre-professionali della durata di due anni.

A detti corsi pre-professionali accedono gli allievi che hanno terminato con qualsiasi esito il ciclo elementare di cui all'articolo 16.

Il calendario e l'orario scolastico sono uguali a quelli previsti all'articolo 18.

Art. 20.

(Scuole professionali speciali)

Previo accertamento dei servizi diagnostici e di trattamento, per gli handicappati ed i disadattati che non sono in grado di proseguire gli studi superiori o di accedere ai normali istituti professionali, sono istituite sezioni speciali presso i normali istituti professionali e, quando non consigliabile, scuole professionali speciali. La durata minima è di due anni e quella massima è di sei.

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

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

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

Le scuole professionali speciali assicurano inoltre i servizi seguenti:

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

Il calendario e l'orario scolastico sono uguali a quelli previsti all'articolo 18.

Art. 21.

(Programmi e attrezzature dei corsi pre-professionali e della scuola professionale speciale)

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

Il programma dovrà essere conforme ai seguenti requisiti:

a) garantire la continuità del programma di cui all'articolo 17 sia negli scopi educativi con una maggiore accentuazione degli aspetti sociali, sia nel consolidamento della cultura di base;

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

c) consentire la preparazione per l'inserimento nel lavoro normale, integrato o meno dalle prestazioni di sicurezza sociale di cui all'articolo 23, e, ove ciò non sia possibile, per l'avviamento ai laboratori protetti.

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

Art. 22.

(Scuole presso istituzioni ospedaliere o a domicilio)

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

Per i minori impediti dalle loro condizioni personali alla frequenza della scuola ordinaria o speciale dell'obbligo, il provveditore agli studi, d'intesa con il nucleo fami-

liare, provvede a che sia loro impartito l'insegnamento a domicilio da parte di insegnanti statali.

Art. 23.

(Inserimento nel lavoro normale)

L'inserimento nel lavoro viene ricercato dalle scuole professionali di cui all'articolo 20 in collaborazione con gli uffici di collocamento al lavoro ed i servizi sociali.

I servizi sociali, anche sollecitando la collaborazione delle scuole professionali speciali, dei sindacati dei lavoratori e degli imprenditori, svolgono azione di sostegno degli handicappati e dei disadattati inseriti nel lavoro normale.

Nei casi in cui il rendimento lavorativo dell'handicappato o del disadattato sia inferiore a quello medio degli altri lavoratori, questi ha diritto ad una integrazione salariale a carico dello Stato. In questi casi il datore di lavoro versa il salario corrispondente a quello dei lavoratori con uguali mansioni e trattiene, sui versamenti previdenziali, mutualistici e infortunistici, le quote di retribuzione e gli oneri sociali corrispondenti al minor rendimento.

L'integrazione salariale varia in rapporto al rendimento lavorativo del soggetto; viene abrogata quando il rendimento è pari a quello medio dei lavoratori addetti alle stesse funzioni.

I lavoratori usufruiscono dei servizi riabilitativi di cui all'articolo 10, nei casi in cui ciò sia loro necessario.

Il rendimento minimo per l'inserimento nel lavoro normale deve essere almeno uguale al 60 per cento di quello medio dei lavoratori che svolgono uguali funzioni.

È fatto obbligo agli imprenditori con oltre 50 dipendenti di assumere almeno il 3 per cento dei lavoratori handicappati o disadattati con rendimento normale e almeno il 2 per cento di quelli con salario integrato. Lo Stato contribuisce alle spese per gli adattamenti delle attrezzature che devono essere modificate per poter essere utilizzate dagli handicappati.

Art. 24.

(Laboratori protetti)

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

I laboratori protetti esplicano attività lavorativa adatta alle possibilità dei soggetti e provvedono, ogni qual volta ciò sia possibile, all'inserimento dei loro lavoratori nel lavoro normale, con salario integrato o meno dallo Stato.

I laboratori protetti sono sottoposti alla vigilanza della commissione di cui all'articolo 28.

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

Per assicurare la necessaria quantità di lavoro, è consentito, a richiesta dei laboratori protetti, che le gare degli enti pubblici vengano bandite per il 50 per cento del fabbisogno; il rimanente 50 per cento sarà assegnato ai laboratori protetti alle medesime condizioni dell'appalto riuscito vincitore della gara.

I laboratori protetti godono, a parità delle altre condizioni, di un diritto di priorità nei lavori affidati dagli enti pubblici a trattativa privata.

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

Lo Stato è tenuto a corrispondere al datore di lavoro la differenza fra il salario versato e quello corrispondente al rendimento.

La quota di salario versato dallo Stato è integrata dai relativi contributi previdenziali, mutualistici ed infortunistici.

Presso i laboratori protetti sono istituite sezioni per gli handicappati gravissimi; potranno essere svolte anche attività solo occupazionali.

Agli handicappati impediti dalle loro condizioni a lasciare il domicilio, i laboratori

protetti provvedono a fornire il lavoro e la attrezzatura a domicilio.

Ai lavoratori di cui ai due commi precedenti spetta l'assistenza economica di cui all'articolo 26.

Per i laboratori protetti si applica l'ultimo comma dell'articolo 23.

Art. 25.

(Assistenza economica temporanea)

Ai nuclei familiari degli handicappati e dei disadattati di età inferiore ai ventuno anni che sono privi di redditi sufficienti a coprire le normali necessità di vita e di educazione speciale del minore, viene corrisposta l'assistenza economica. L'assistenza economica decorre dal momento della richiesta e viene corrisposta previo accertamento dei servizi sociali di cui alla presente legge.

L'assistenza economica viene corrisposta anche nei casi in cui le persone tenute agli alimenti o comunque obbligate e in grado di provvedervi non adempiano ai loro obblighi. È salvo in questo caso il diritto di rivalsa dell'ente erogatore.

L'assistenza economica è corrisposta in denaro e, in casi eccezionali, in tutto o in parte in natura.

L'assistenza economica deve sempre essere integrata da prestazioni di assistenza sociale al fine di rendere in tutta la misura del possibile e al più presto il nucleo familiare autosufficiente.

L'ammontare dell'assistenza economica temporanea dovrà essere tale da permettere al nucleo familiare il raggiungimento del minimo vitale funzionale che sarà fissato ogni anno con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della assistenza sociale.

Art. 26.

(Assistenza economica permanente)

Agli handicappati ed ai disadattati che hanno superato il ventunesimo anno di età e che sono in situazione di incapacità totale

e permanente di lavoro viene corrisposta la prestazione di invalidità il cui ammontare non può essere inferiore al salario minimo corrisposto ai lavoratori dell'industria.

Ove sia riconosciuta la necessità di un accompagnatore o di un assistente permanente, questi può essere fornito dai servizi di assistenza sociale oppure viene corrisposta all'handicappato una maggiorazione.

Art. 27.

(Barriere architettoniche)

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

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

In nessun luogo pubblico o aperto al pubblico può essere vietato l'accesso agli handicappati.

Le norme di attuazione sono emanate entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge dai Ministeri interessati.

Art. 28.

(Organi per l'erogazione dell'assistenza economica permanente e relativa vigilanza)

Provvede alle erogazioni di assistenza economica permanente di cui agli articoli 23, 24 e 26 il Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Gli accertamenti sono eseguiti da commissioni provinciali permanenti la cui composizione sarà definita dalle norme regolamentari della presente legge.

Di ciascuna commissione dovrà far parte un rappresentante del servizio sociale del luogo in cui il soggetto risiede e un rappre-

sentante di ciascuna delle seguenti categorie: associazioni degli handicappati fisici, associazioni degli handicappati sensoriali, associazioni delle famiglie degli handicappati psichici.

I soggetti, gli esercenti la patria potestà, i tutori, i curatori possono ricorrere contro le decisioni delle commissioni provinciali adendo alle commissioni regionali permanenti la cui composizione sarà definita dalle norme regolamentari della presente legge con la rappresentanza di cui al comma precedente.

Inoltre le commissioni provinciali di cui al presente articolo:

a) esercitano la vigilanza sulle scuole pre-professionali e professionali speciali e sull'inserimento dei lavoratori handicappati e disadattati nel lavoro normale e nei laboratori protetti;

b) provvedono a segnalare al Ministero del lavoro e della previdenza sociale le variazioni del maggiore o minore rendimento lavorativo al fine della riduzione o dell'aumento dell'integrazione salariale;

c) esercitano il controllo sull'adempimento delle disposizioni di cui agli ultimi tre commi dell'articolo 23.

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

Art. 29.

(Organi per l'erogazione dell'assistenza economica temporanea)

L'assistenza economica temporanea di cui all'articolo 25 è erogata in esclusiva dai comuni tramite i servizi sociali propri o consorziati con altri comuni.

Art. 30.

(Competenze dei comuni e dei consorzi fra comuni)

I comuni o i consorzi fra comuni provvedono, con propri mezzi finanziari e con quelli forniti dal Ministero dell'assistenza sociale

e dalle regioni, alle prestazioni economiche temporanee e alla gestione dei servizi sociali.

Ciascun servizio comunale proprio o consortile ha competenza su una zona comprendente da 50.000 a 100.000 abitanti.

Con decreto del Ministro dell'assistenza sociale, detti limiti possono essere ridotti su tutto o parte del territorio nazionale.

Con legge della regione, detti limiti possono essere ridotti su tutto o parte del territorio regionale.

Presso ogni comune o consorzio di comuni è istituito l'ufficio di assistenza sociale.

I comuni con popolazione inferiore ai 50.000 abitanti devono consorziarsi fra loro onde istituire l'ufficio di cui al comma precedente, che avrà sede nel comune con maggior numero di abitanti.

I servizi consortili sono approvati dalle regioni.

Nel caso di inadempimento, la regione provvede alla nomina di un commissario provvisorio che istituisce e gestisce il servizio comunale o consortile.

L'ufficio è diretto dall'assessore all'assistenza sociale e, nel caso di consorzio di comuni, dalla persona designata dall'assemblea dei sindaci.

L'ufficio si compone di un capo divisione, la cui qualifica professionale sarà precisata con decreto dal Ministro dell'assistenza sociale, e di operatori sociali scelti fra il personale di cui all'articolo 36.

I comuni con popolazione superiore a 100 mila abitanti sono ripartiti in zone territoriali avente ciascuna meno di centomila abitanti.

I comuni con popolazione superiore a 100 mila abitanti devono avere un'*équipe* tecnica con funzioni di coordinamento.

I servizi sociali comunali o consortili provvedono, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, alla prevenzione di cui all'articolo 4, al reperimento organizzato di cui all'articolo 7, all'istituzione e al funzionamento dei servizi diagnostici e di trattamento di cui all'articolo 8 ed ai trattamenti di cui alle lettere *a*) (prestazioni abilitative e riabilitative), *b*) (assistenza familiare), *c*)

(affidamenti adottivi ed educativi) previsti dall'articolo 9.

I servizi sociali comunali o consortili provvedono altresì alle destinazioni di cui agli articoli 13 (accoglimento in istituto), 15, 16, 18, 19 e 20 (istituzioni prescolastiche, scolastiche e professionali), 24 (laboratori protetti) e collaborano agli inserimenti di cui agli articoli 14, 22 e 23.

Per le prestazioni, escluse quelle economiche, i comuni ed i consorzi fra comuni possono ricorrere alle istituzioni private che rispondono agli *standards* assistenziali.

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

Il reperimento di tutti i soggetti inadempienti all'obbligo scolastico, compreso quello della scuola professionale, è affidato ai servizi sociali comunali o consortili.

Rispondono dell'obbligo scolastico gli esercenti la patria potestà o i poteri tutelari e i dirigenti degli istituti pubblici o privati di assistenza relativamente ai minori accolti.

I servizi sociali, rilevato l'inadempimento all'obbligo scolastico, sollecitano all'adempimento le persone di cui al comma precedente.

Trascorsi otto giorni senza che il minore sia avviato alla frequenza scolastica, il responsabile dei servizi sociali deferisce il caso al giudice tutelare del luogo ove il minore si trova.

Questi provvede, nei cinque giorni successivi, ad ordinare ai genitori o alle persone obbligate di avviare il minore alla scuola e loro impartisce l'ammenda di cui all'articolo 731 del codice penale.

In caso di ulteriore inadempimento, si applica l'articolo 650 del codice penale.

Le stesse disposizioni si applicano in caso di frequenza irregolare non giustificata.

Il servizio comunale o consortile competente è quello del luogo in cui risiede l'handicappato o il disadattato.

Gli interventi urgenti sono prestati dal servizio del luogo in cui l'avente diritto si trova; le spese relative sono addebitate al servizio comunale o consortile competente ai sensi del comma precedente.

Art. 31.

(Struttura dei servizi sociali)

I servizi sociali sono l'organo tecnico con cui il Comune provvede all'assistenza dei casi di sua competenza in base alle leggi vigenti e, in particolare, all'assistenza medico-psico-pedagogica e sociale degli handicappati e dei disadattati di cui alla presente legge.

I servizi sociali comunali o consortili sono strutturati in modo da poter trattare tutti i casi assistenziali di competenza.

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

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

Per ciascun gruppo di lavoro viene designato un responsabile sul piano amministrativo.

Art. 32.

(Creazione e funzionamento delle istituzioni e degli istituti)

I Comuni assicurano che nel loro territorio operino le istituzioni prescolastiche, scolastiche, professionali, i laboratori protetti e gli istituti previsti dal piano approvato dalla Regione e conformi alle disposizioni della presente legge e agli *standards* che saranno emanati dal Ministro dell'assistenza sociale e dalle Regioni.

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

Le scuole pre-professionali e professionali speciali ed i laboratori protetti possono essere costruiti e gestiti dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, dai Comuni, da consorzi fra Comuni, da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da privati.

Gli istituti possono essere costruiti e gestiti dai Comuni, da consorzi fra Comuni,

da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da privati.

Gli istituti devono fornire almeno trimestralmente al servizio sociale del Comune o del consorzio notizie sui soggetti accolti, sui trattamenti effettuati e su ogni altro elemento richiesto.

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

L'utilizzazione delle istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza avviene previa stipulazione di convenzioni.

I servizi comunali o consortili provvedono al controllo delle istituzioni convenzionate con visite almeno bimestrali.

Art. 33.

(*Compiti del Ministero dell'assistenza sociale*)

Il Ministero dell'assistenza sociale provvede:

a) ad assicurare l'indirizzo unitario dell'assistenza sociale agli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed ai disadattati sociali;

b) a promuovere ricerche ed inchieste tendenti ad accertare le cause degli *handicaps* e dei disadattamenti e le misure di prevenzione e di trattamento, nonchè a predisporre le necessarie iniziative;

c) a stabilire ed aggiornare gli *standards* assistenziali a cui devono attenersi i servizi comunali o consortili, gli istituti ed i laboratori protetti;

d) a predisporre, sentite le Regioni, il programma nazionale relativo all'assistenza sociale degli handicappati e dei disadattati;

e) a determinare d'intesa con i Ministeri del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, gli interventi finanziari dello Stato, e ad integrare gli stanziamenti dei Comuni;

f) ad autorizzare l'erezione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza per gli handicappati ed i disadattati operanti sul piano nazionale;

g) ad esercitare l'alta vigilanza sull'assistenza sociale agli handicappati ed ai disadattati.

Art. 34.

(*Compiti delle Regioni*)

Le Regioni emanano norme legislative nell'ambito della presente legge.

Alle Regioni sono attribuiti inoltre gli stessi compiti di competenza del Ministero dell'assistenza sociale, limitatamente al territorio regionale.

Le Regioni non possono svolgere funzioni operative, nè istituire enti assistenziali.

Le Regioni possono emanare *standards* assistenziali più favorevoli per i cittadini assistiti.

Ad apposite commissioni istituite dalle Regioni compete il controllo sull'adempimento delle norme previste dalla presente legge.

Di ciascuna commissione dovrà far parte un rappresentante di ciascuna delle seguenti categorie: associazioni degli handicappati fisici, associazioni degli handicappati sensoriali, associazioni delle famiglie degli handicappati psichici.

Le Regioni provvedono altresì agli altri compiti previsti dalla presente legge.

Art. 35.

(*Compiti delle Province*)

Alle Province sono affidati compiti di assistenza tecnica ai servizi comunali o consortili.

Le Province non possono svolgere funzioni operative, nè istituire enti assistenziali.

Art. 36.

(*Personale*)

Il personale da destinare alle istituzioni ed istituti pubblici e privati previsti dalla presente legge, in rapporto al tipo, alle esi-

genze e alle finalità di ciascuno di essi, è così costituito:

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

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

Art. 37.

(Scuole di preparazione del personale)

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge con decreto del Presidente della Repubblica su proposta dei Ministri dell'istruzione, dell'assistenza sociale, del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, sarà emanato il decreto per l'istituzione in ogni capoluogo di regione delle scuole e dei corsi per la formazione del personale di cui all'articolo 36 e per il riconoscimento delle qualifiche non ancora riconosciute.

Art. 38.

(Competenze del Ministero della pubblica istruzione)

Nulla è innovato circa la competenza del Ministero della pubblica istruzione per quanto concerne le istituzioni prescolastiche e scolastiche.

L'obbligo scolastico deve essere assicurato nelle forme previste dalla presente legge a tutti i soggetti indipendentemente dall'entità o natura dell'*handicap* o del disadattamento.

Art. 39.

(*Compiti dell'AAI*)

Fino a quando non sia istituito il Ministero dell'assistenza sociale, le competenze relative sono svolte dall'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali.

Fino a quando non saranno istituite le Regioni, i relativi compiti di controllo sono svolti dagli uffici periferici dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali, tramite le commissioni di cui all'articolo 34.

Con l'entrata in vigore della presente legge, l'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali passa alle dipendenze del Presidente del Consiglio dei ministri.

Art. 40.

(*Finanziamenti*)

Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge provvedono:

le Regioni e le Province con mezzi propri;

i Comuni con mezzi propri e con quelli che verranno loro erogati dal Ministero dell'assistenza sociale e dalle Regioni;

i Ministeri dell'assistenza sociale, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale con i fondi che saranno stanziati negli stati di previsione delle spese dei suddetti Ministeri per gli esercizi finanziari successivi a quello dell'approvazione della presente legge.

Al Ministero dell'assistenza sociale sono inoltre attribuiti in esclusiva:

a) le somme stanziare nei bilanci di previsione dello Stato, esclusi gli stanziamenti per il pagamento di rette assistenziali, non impegnate all'entrata in vigore della presen-

te legge e destinate ad erogazioni a favore di istituzioni o associazioni di assistenza e beneficenza, sempre che le erogazioni stesse non siano previste da specifiche disposizioni legislative;

b) le somme stanziare nei bilanci di previsione dello Stato, escluse quelle degli stati di previsione della spesa dei Ministeri della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale, non impegnate all'entrata in vigore della presente legge e destinate alla assistenza degli handicappati e dei disadattati;

c) gli utili delle lotterie nazionali.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Al Ministero dell'assistenza sociale, alle Regioni, alle Province è fatto divieto di erogare a qualsiasi titolo fondi alle istituzioni o associazioni di assistenza e beneficenza.

Ai Comuni è fatto divieto d'erogare a qualsiasi titolo fondi alle istituzioni o associazioni di assistenza e beneficenza, salvo il pagamento delle rette assistenziali.

Art. 41.

(Soppressione di competenze)

Le competenze svolte attualmente dagli enti ed organi dello Stato e della pubblica amministrazione in merito agli interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e per i disadattati sociali sono trasferite agli organi previsti dalla presente legge.

Sono soppressi gli enti ed organi che svolgono attualmente esclusivamente le attività trasferite ai sensi del comma precedente.

Art. 42.

(Regolamento d'attuazione)

Il Presidente della Repubblica, su proposta dei Ministri dell'assistenza sociale, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, è delegato ad emanare il regolamento di attuazione della presente legge, entro un anno dalla sua entrata in vigore.