

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, CODAZZI Alessandra, DE GIUSEPPE, JERVOLINO RUSSO Rosa, MEZZAPESA, DELLA PORTA, de' COCCI, BEVILACQUA, VITALE Antonio, ROMEI, MIROGLIO, BOMBARDIERI, TOROS, BEORCHIA, CENGARLE, MANENTE COMUNALE, COSTA, DEL NERO, FIMOGNARI e RIGGIO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 LUGLIO 1979

Prevenzione delle minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali.
Assistenza e integrazione sociale dei portatori di *handicaps*

ONOREVOLI SENATORI. — Nel momento in cui, in parallelo alla proposta di legge n. 142 presentata dagli onorevoli Belussi, Galloni, Micheli ed altri alla Camera dei deputati, abbiamo assunto l'iniziativa di predisporre il disegno di legge che ora sottoponiamo alla vostra attenzione, ci siamo chiesti se fosse opportuno: 1) impostare un discorso che, pur raccordandosi in linea di prospettiva ed integrandosi con le più ampie riforme della sanità e dell'assistenza, poteva rischiare di mantenere un'ottica ed una angolazione settoriale giustamente rifiutate dalle più mature concezioni e dai più recenti orientamenti tecnico-politici; 2) proporre una codificazione di norme a livello nazionale in presenza di una forte spinta al decentramento regionale recentemente perfezionatosi con i noti decreti delegati in attuazione della legge 22 luglio 1975, n. 382.

Dalla risposta a questi interrogativi — che avremo modo di illustrare e motivare nel corso della presente relazione — è emersa con chiarezza la necessità e l'urgenza di una disciplina legislativa unitaria per la prevenzione degli *handicaps* e la tutela degli handicappati.

1. — A rafforzare tale convincimento hanno concorso una serie di considerazioni, anche di carattere generale, fra le quali:

l'evoluzione dell'intervento assistenziale che, già inteso quale strumento riparatore di un danno, viene sempre più a coincidere con l'insieme delle attrezzature della comunità volte ad assicurare al cittadino il benessere e la sicurezza sociale, con radicali implicazioni per tutto quanto concerne l'organizzazione dei servizi sociali in genere e di quelli più direttamente fruibili dai gruppi di popolazione maggiormente deboli ed emarginati;

l'esigenza di procedere, nell'attuale critica situazione dell'economia del Paese, ad una più ampia destinazione delle risorse allo sviluppo dei servizi sociali, nel quadro di una politica che costituisca, favorendo i cittadini meno abbienti, una reale e decisa forma di redistribuzione del reddito; ristabilisca un corretto rapporto fra consumi individuali e sociali; superi gli squilibri esistenti nel territorio;

il richiamo a valori fondamentali per la dignità e la libertà del cittadino, so-

lennemente evocati dalla Carta costituzionale e che costituiscono per noi tutti un imperativo morale a ricercare e ad attuare le soluzioni più coerenti con questi principi e valori. Intendiamo riferirci a valori umani essenziali, quali il diritto alla vita e all'effettivo sviluppo di tutte le potenzialità dei cittadini. Intendiamo riferirci — in coerenza con il dettato costituzionale — alla necessità di modificare sostanzialmente il rapporto tra cittadino e Stato in base al quale compete a quest'ultimo il dovere di garantire ad ogni cittadino il diritto ad usufruire dei servizi sociali, come strumenti attraverso i quali la comunità contribuisce a realizzare l'eguaglianza dei cittadini ed a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e la effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese;

il dramma tuttora acuto e spesso inscaltato di famiglie che, giustamente, invocano interventi più equi ed incisivi volti a rendere meno oscuro il destino dei propri figli: dramma accompagnato altresì da consapevolezza nuove, se è vero che gruppi sempre più larghi di genitori di fanciulli handicappati sono andati assumendo nuovi atteggiamenti ed iniziative, costituendo associazioni il cui valore umano e civile è di tutta evidenza;

lo sviluppo dello stesso dibattito in campo medico e scientifico sui processi di prevenzione e di riabilitazione, a testimonianza di quanto siano ampie, a condizioni date, le possibilità di recupero dell'handicappato;

la presa di coscienza, infine, da parte della più ampia opinione pubblica, dei temi legati allo sviluppo dei servizi sociali, sanitari e riabilitativi, con particolare riguardo all'esigenza di favorire il massimo di inserimento sociale, scolastico e lavorativo degli handicappati, quale espressione di una più accentuata consapevolezza del valore rappresentato da ogni essere umano, a prescindere dalle sue capacità produttive.

2. — Questi e diversi altri motivi e circostanze, non ultima quella di una diretta

esperienza di molti di noi nel campo specifico che qui interessa, ci hanno determinato ad una scelta precisa e decisa: incidere sul piano legislativo per favorire e far compiere un sostanziale salto di qualità a tutta la gamma degli interventi per la tutela degli handicappati, anche se all'interno ed in correlazione, anzi, con le più ampie riforme dell'assistenza e della sanità e con il più recente consolidamento del decentramento regionale.

Sotto questo profilo il disegno di legge, che viene presentato nei due rami del Parlamento a testimonianza di un impegno politico della Democrazia Cristiana, intende caratterizzarsi in modo preciso per questi vitali collegamenti, non escluso quello della precedente normativa, nella misura in cui essa conservi ancora una validità e attualità.

2.1. — *Collocazione del disegno di legge nel quadro della riforma sanitaria e assistenziale*: è, questa, una impostazione di fondo e per nulla strumentale, nella precisa consapevolezza che la tutela dell'handicappato ed ogni eventuale specificità di intervento richiesta dalla particolarità dei singoli *handicaps*, rientrano nel quadro della organizzazione complessiva dei servizi socio-sanitari sul territorio previsti per la generalità dei cittadini.

Non deve sorprendere, perciò, come i principi informativi immaginati nella predisposizione del presente disegno di legge siano del tutto coerenti con quanto già previsto nelle due proposte di riforma, restando altresì in una linea di continuità con il più vasto impegno della comunità nazionale e regionale per garantire l'occupazione, adeguare strutture fondamentali quali la scuola, la casa e predisporre le altre condizioni necessarie ad un pieno sviluppo della persona umana.

In presenza, peraltro, di una legislazione difforme per i vari gruppi di handicappati, sensibili alle crescenti spinte e sollecitazioni che ci vengono da questi stessi gruppi, convinti della urgenza di operare nel settore con idee precise ed incisive, abbiamo ritenuto non inutile ed anzi doveroso formulare una proposta unitaria di normativa se-

gnalando con questo la necessità che la tutela dell'handicappato — intesa nella sua globalità, senza distinzioni in base all'età, al tipo, alla gravità o al presunto grado di recuperabilità della menomazione — sia definita a livello legislativo nazionale, nei suoi principi e nelle sue linee operative essenziali, rispondenti agli orientamenti e alle esigenze di carattere unitario che — come abbiamo diffusamente detto — trovano nelle norme costituzionali e nella coscienza del Paese il loro fondamento.

Lungi da noi costringere in un circolo chiuso gli interventi per la tutela degli handicappati, lungi da noi ipotizzare una normativa « speciale », lungi da noi frenare la spinta verso tutte le possibili forme di apertura e di integrazione dei servizi socio-sanitari, formativi e riabilitativi: ci è sembrato tuttavia importante — proprio al momento in cui si sta riprendendo il discorso sulle grandi riforme — rienucleare alcuni principi-guida che devono presiedere ad un progetto unitario di tutela degli handicappati da considerare come momento di un più ampio ed articolato sviluppo di servizi a favore della generalità dei cittadini.

Le riforme della sanità e dell'assistenza, a loro volta, affronteranno senz'altro la materia, ciascuna per la sua parte, fornendole il quadro di fondo, a livello di principi generali e di linee strutturali, in cui la tutela dell'handicappato dovrà collocarsi.

2.2. — *Collocazione del disegno di legge nel quadro del decentramento regionale*: l'attuazione della legge 22 luglio 1975, n. 382, avvenuta con il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ha introdotto profonde modificazioni sul piano istituzionale amministrativo, attribuendo ampie competenze in materia alle Regioni e agli enti locali e ponendo urgenti problemi di adeguamento della legislazione nazionale. Più in particolare, oltre a quanto già trasferito alle Regioni con i decreti delegati del 1972, il più recente decreto delegato del 1977 amplia ulteriormente competenze e funzioni regionali in materia assistenziale,

facendo propria l'interpretazione lata della dizione costituzionale di « beneficenza pubblica ». Per quanto si riferisce più specificamente al campo di interventi che interessa il presente disegno di legge, il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 attribuisce espressamente alla competenza regionale e degli enti locali: in materia sanitaria, la prevenzione e la cura delle malattie, qualunque ne sia il tipo e la durata, la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale, compresa l'assistenza sanitaria e protesica agli invalidi civili, ai sordomuti e ai ciechi civili; in materia di assistenza scolastica, gli interventi di assistenza medico-psichica e l'assistenza ai minorati psicofisici.

Gli interventi in tali settori, come in diversi altri, vengono così inseriti in un processo più unitario ed organico sfuggendo ad impostazioni settoriali. Alla Regione viene conferita soprattutto una funzione di programmazione e di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi. A tal fine viene ad essa riconosciuto il potere di determinare gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti territoriali, anche mediante forme obbligatorie di associazione fra di essi.

Il disegno di legge si muove in piena coerenza con questa scelta istituzionale, che intende ovviamente riconfermare ponendosi pertanto rispetto ad essa come disegno di legge-quadro, come momento di sintesi nazionale, come somma di principi ed orientamenti ormai universalmente condivisi e che vengono proposti alle Regioni e agli enti locali per una loro successiva elaborazione a livello legislativo ed operativo.

2.3. — *Collocazione del disegno di legge rispetto alla normativa statale*: se il disegno di legge si pone come schema di riferimento per la legislazione regionale e per l'attività degli enti locali, lo stesso non può non sollecitare profondi adeguamenti nella stessa legislazione di competenza statale, con particolare riferimento a tutto il cam-

po dell'istruzione, del collocamento al lavoro, dei sistemi pensionistici e, comunque, delle prestazioni economiche.

È chiaro così che il nuovo disegno di legge finisce per costituire un superamento della stessa legge 30 marzo 1971, n. 118, già serio tentativo di considerare con ampio respiro il tema degli handicappati ma che non può ritenersi oggi strumento sufficiente ed adeguato per fornire l'indicazione di validi principi generali al legislatore regionale: a parte infatti la concezione centralistica della legge, molte sue lacune e molte sue contraddizioni sono alla base dell'applicazione distorta che se ne è fatta, con conseguente aumento dell'istituzionalizzazione e dell'emarginazione dell'handicappato.

3. — Quanto sopra brevemente delineato conferma dunque in linea conclusiva la necessità che, pur nel quadro delle scelte fondamentali delle citate riforme, le improcrastinabili esigenze di tutela dell'handicappato siano affrontate in modo unitario e specifico con una legge-cornice, che sia di indirizzo e di impulso al legislatore regionale e all'azione amministrativa delle autonomie locali e di riferimento per la legislazione nazionale.

Orientano in questa direzione, oltre ai motivi indicati nei precedenti paragrafi, una serie di altre considerazioni più specifiche che di seguito vengono richiamate.

3.1. — *Profonde difformità manifestate dall'attività delle Regioni*: sia nella produzione legislativa regionale che nell'attività degli enti locali assistiamo ad un comportamento troppo differenziato tra Regione e Regione. E, ciò, in relazione a tutta una serie di circostanze che hanno stimolato una maggiore o minore attenzione al problema della tutela degli handicappati: la presenza o meno di gruppi di pressione, di associazioni di famiglie; scelte politiche più o meno sensibili e attente al problema; tradizioni culturali; presenza, talora, di fenomeni speculativi; stato di avanzamento complessivo della politica dei servizi socio-sani-

tari-formativi; disponibilità di sedi di formazione e di aggiornamento del personale. Fatto si è che alcune Regioni hanno operato delle soluzioni legislative, altre no; che alcune Regioni si sono mosse secondo linee tradizionali e superate; che solo poche Regioni — almeno a nostro parere — hanno adottato iniziative, legislative o meno, adeguate alla complessità del problema. Analogamente può dirsi di tutta l'attività amministrativa degli enti locali minori — province e comuni — che presentano un caleidoscopio di iniziative, talune particolarmente apprezzabili sul piano dell'aderenza ai nuovi principi orientatori che caratterizzano questo campo di interventi, altre decisamente criticabili.

Tutto questo postula la necessità di promuovere un processo di adeguamento delle situazioni meno positive; di uniformare criteri e *standards* di assistenza portandoli quanto meno ai livelli minimi; di colmare distanze ormai non più sopportabili e non più ammissibili. E questo è anche un primo obiettivo che il nostro disegno di legge intende perseguire.

3.2. — *Gravi carenze nelle risposte ai bisogni*: senza voler fare dello scandalismo deterioro è onesto riconoscere la insufficienza, pressochè generalizzata, dei servizi di prevenzione e di diagnosi precoce. Ciò porta, ad esempio, alla ancora preoccupante presenza di relativamente elevati quozienti di mortalità e di morbosità perinatale ed infantile.

La carenza di servizi diagnostico-riabilitativi, particolarmente accentuata in alcune zone del Paese, è all'origine, d'altra parte, dei dolorosi viaggi della speranza, presso i pochi centri italiani attrezzati allo scopo, per non parlare dei più dolorosi viaggi all'estero. La stessa carenza di servizi — domiciliari, diurni, a seminternato, operanti sul territorio — determina gravissimi distacchi familiari con danni irreversibili per lo sviluppo fisico-psichico dei soggetti handicappati e particolarmente per l'infanzia e per l'età evolutiva. E, questo, per non par-

lare di situazioni-limite di convivenze, solo molto eufemisticamente individuate come medico-pedagogiche. Rispetto a tali situazioni, allora, non esiste solamente un problema di denuncia, ma è urgente tutta una azione per determinare una inversione di tendenza, per promuovere iniziative in positivo, per modificare sostanzialmente le risposte ai bisogni.

3.3. — *Persistenza di linee di intervento superate nell'impostazione e attuazione dei servizi*: valgono ovviamente a testimoniare il grado di carenza e di arretratezza le considerazioni esposte più sopra. Ma esiste ed è purtroppo documentata tutta un'altra serie di carenze legate all'impostazione dei servizi. Fra queste: la frammentazione delle situazioni di bisogno senza possibilità di strumenti di coordinamento o di riagggregazione delle diverse prestazioni; le discriminazioni esistenti in rapporto allo status familiare dei soggetti, in relazione al grado e alla natura dell'*handicap* per ragioni pseudotecniche, eccetera. L'aspetto, peraltro, più macroscopicamente evidente è costituito dal persistente fenomeno dell'istituzionalizzazione, tuttora troppo generalizzata e non giustificata dal grado di gravità dei soggetti per i quali dovrebbe comunque esistere una qualche possibilità di rapporto con l'ambiente esterno. Se è vero che, nel decennio 1962-1972, il fenomeno dell'istituzionalizzazione ha subito in un primo momento una stabilizzazione e, successivamente, una vera flessione, si deve contestualmente segnalare che tale fenomeno è stato accompagnato da un parallelo processo di « specializzazione » degli istituti, cioè il passaggio di una notevole parte di istituti dall'area classificata « con più categorie di ricoverati » a quella « con una sola categoria di ricoverati ». È avvenuto, così, che, in questo stesso periodo, gli istituti per handicappati sensoriali sono passati da 92 a 98, gli istituti per handicappati fisici da 17 a 31, gli istituti per handicappati psichici da 63 a 145. L'impressione complessiva, che deriva anche da questi sommari dati, è, dunque, che tutto il settore risente ancora di una logica settoriale e categoriale con la quale sono stati e sono

tuttora affrontati i problemi delle persone in difficoltà; si è ritenuto, in altri termini, troppo spesso necessario, per avviare un trattamento riabilitativo, concentrare i portatori di *handicaps* in istituzioni « specializzate » a carattere chiuso, dando luogo a forme distorte di socializzazione e privando così l'attività di riabilitazione del fondamentale sostegno che deriva ad essa, sul piano psicologico e pedagogico, dal contatto del portatore di un *handicap* con ambienti normali di vita sociale.

3.4. — *Sperequazioni che tuttora sussistono tra le diverse categorie di handicappati*: sebbene la condizione di handicappato o di invalido (fisico, psichico, sensoriale) determini comuni difficoltà di inserimento nella vita sociale, le provvidenze assistenziali a favore di queste categorie sono state sempre disciplinate in modo diverso a seconda dei vari tipi di invalidità.

Dopo la promulgazione della Costituzione repubblicana e nell'impegno di applicazione dei suoi principi generali e specifici (pari dignità sociale di tutti i cittadini, diritto al lavoro, diritto all'assistenza sociale, diritto all'assistenza sanitaria, all'istruzione e all'avviamento professionale, ecc.) così come si configurano negli articoli 3, 4, 32, 35 e 38, il legislatore prese in considerazione anche alcuni problemi concernenti gli handicappati, in periodi tuttavia diversi e sempre, comunque, secondo l'ottica della categorializzazione.

La conseguenza più evidente è stata, e per certi aspetti è tuttora, quella di considerare, nell'ambito del lavoro, in quello assistenziale e pensionistico, alcuni gruppi di minorati come titolari di un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela e altri per i quali si configura soltanto una situazione di mero interesse dello Stato alla riabilitazione ed al recupero sociale.

Il movimento per la difesa dei diritti civili sviluppatosi in questi ultimi anni ha indotto una revisione critica dell'impostazione finora data all'erogazione delle prestazioni assistenziali per gli handicappati, imponendo il superamento del principio

della causalità o dell'appartenenza a categorie specifiche: per godere di una prestazione non è rilevante tanto la causa che ha generato l'invalidità quanto la situazione di minore autonomia in cui la persona handicappata si trova.

3.5. — *Immatura percezione sociale del problema*: non vi è dubbio che il vasto e complesso problema concernente i soggetti in difficoltà di sviluppo, di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo è da qualche anno oggetto di un più partecipato e diffuso interesse. I dibattiti svolti, tanto a livello di stampa di informazione quanto a livello tecnico-scientifico, politico, professionale, eccetera, hanno certamente contribuito alla maturazione della coscienza sociale intorno al grave problema del recupero individuale e sociale dei soggetti in difficoltà, determinando anche la rimessa in discussione non soltanto del qualificante momento del loro inserimento sociale e lavorativo, ma anche di quello, altrettanto importante, della loro vita educativo-scolastica.

Pur con questo quadro di riferimento, non va sottaciuto che esistono tuttora notevoli incrostazioni, rivelatrici di una mentalità, di un atteggiamento sostanzialmente di rifiuto dell'handicappato. Ciò avviene nel mondo del lavoro, dove il collocamento obbligatorio viene percepito come privilegio, come fatto compensativo anziché come dovere o momento di promozione, come ultima e risolutiva fase di un processo di interventi sanitari, scolastici e di addestramento, programmati e realizzati allo scopo di consentire all'handicappato di colmare o limitare il proprio svantaggio e di conseguire l'autonomia economica e sociale. Analogo atteggiamento, talora di sopportazione, spesso di pietismo, si riscontra nel mondo della scuola quando si tratterebbe, piuttosto, di cambiare mentalità, di riscoprire, in ciascuno degli alunni meno fortunati, il valore di persona che ha diritto, come ogni altro, di crescere secondo le proprie capacità, di spendere bene i talenti di cui è fornito, di realizzarsi e di essere accettato alla pari, e non semplicemente sopportato.

4. — Quanto sopra sommariamente illustrato, si enucleano di seguito le caratteristiche fondamentali e, in un certo senso, portanti del disegno di legge.

4.1. — Una prima caratteristica del disegno di legge è di affrontare in modo globale il problema degli handicappati, sia per quanto riguarda i soggetti, sia per quanto riguarda gli ambiti di intervento. Una concezione ancora troppo strettamente legata a condizionamenti giuridico-formali, alle « competenze » settoriali degli enti preposti ai vari comparti dell'intervento (sociale, sanitario, scolastico, ecc.), alle categorie giuridiche di appartenenza dei soggetti handicappati, troppo spesso rigidamente classificati per categorie di *handicaps*, ha fatto sì che il problema sia stato affrontato in modo discontinuo, frammentario, privilegiando alcune categorie di età, alcuni tipi di intervento, taluni gruppi di handicappati rispetto ad altri.

Nell'intento di cancellare una simile concezione, ancora troppo strettamente legata ad una tradizione legislativa ed operativa che non ha più alcuna giustificazione, il disegno di legge intende affrontare il problema in tutta la sua globalità superando distinzioni di età, di categorie di *handicaps*, di gravità degli stessi *handicaps*, eccetera.

4.2. — Una visione globale del problema, qual è quella indicata al punto precedente, porta necessariamente alla logica e parallela conseguenza di una concezione unitaria dell'intervento, qualunque sia la struttura, il servizio, l'operatore singolarmente competente alle prestazioni.

Distinzioni di questa natura, oltre agli inconvenienti descritti al punto precedente, hanno finito per disarticolare e frammentare momenti necessariamente integrati quali i momenti della prevenzione, della diagnosi, della riabilitazione; non hanno fornito la necessaria integrazione tra gli operatori; hanno spesso ignorato alcuni passaggi propri di un programma articolato di interventi, vanificando talora quanto fatto precedentemente.

Il disegno di legge, pur nel rispetto delle competenze proprie dei vari soggetti preposti all'attuazione degli interventi, si muove sostanzialmente in una logica tendente a ricomporre l'attuale settorializzazione dei vari servizi e degli stessi interventi intorno ad alcune funzioni che dovrebbero praticamente concorrere ad una protezione di base dei cittadini in genere e degli handicappati in particolare: funzione di prevenzione, di diagnosi, di riabilitazione, funzione educativa, di promozione e di socializzazione.

4.3. — Un obiettivo, qual è quello indicato al punto precedente, potrà d'altra parte raggiungersi nella misura in cui sarà realizzato un effettivo coordinamento dei diversi settori operativi, con particolare riferimento all'elemento qualificante della comune dimensione territoriale.

È noto, infatti, come uno degli aspetti fondamentali delle prospettive di riforma dei servizi sociali e sanitari sia quello di riferire il bisogno sociale e sanitario ad una precisa comunità, insediata entro un preciso ambito territoriale. Il disegno di legge intende muoversi in questa prospettiva, in analogia a quanto viene previsto parallelamente dai disegni di legge-quadro sulla riforma dell'assistenza e della sanità, nella consapevolezza che, solo riferendo il bisogno sociale al territorio, potranno concretamente favorirsi i contestuali processi di programmazione, di partecipazione dei cittadini, potrà ottenersi una reale coerenza degli interventi ai bisogni, potranno garantirsi quella visione globale del problema degli handicappati, quella unitarietà degli interventi cui più sopra si faceva riferimento, nonché il necessario coordinamento dei diversi settori operativi. Ciò non può prescindere, d'altra parte, da una scelta politica di fondo che veda nei comuni, singoli o associati, i veri protagonisti di questa azione, come risulta evidente dall'articolo riguardante appunto i compiti dei comuni.

4.4. — Altro aspetto qualificante del disegno di legge — quanto meno secondo il nostro punto di vista — è l'affermazione

dell'assoluta priorità della prevenzione e dell'intervento precoce. Rileviamo, in altri termini, l'essenziale valore della profilassi e degli interventi tempestivi ai fini di ridurre l'insorgere di irregolarità o di consentire una efficace azione riabilitativa. In questa prospettiva ribadiamo la necessità che vengano sempre più diffuse iniziative di consulenza prematrimoniale, attività di consultazione materna e pediatrica, incontri per genitori, iniziative di propaganda medico-psico-pedagogica in tutti gli ambienti (scuola, ambienti ricreativi, ambienti di lavoro, ecc.); è ancora necessario superare i molti pregiudizi culturali che gravano su questi problemi e diffondere una conoscenza più scientifica in merito alla normale e alla irregolare evoluzione psico-fisica. Ma, oltre a questa necessaria azione di larga informazione, va ribadito il concetto dell'intervento precoce da attuare previo reperimento di soggetti portatori di *handicaps*. Occorre per questo innanzitutto dare alla famiglia la maggiore consapevolezza ed il maggior senso di responsabilità nei confronti delle particolari esigenze educative dei figli irregolari, interessandola precocemente alla risoluzione dei problemi di adattamento sociale e di normalizzazione che essi incontrano. Occorre inoltre non limitarsi ad assistere solo i soggetti che presentano delle irregolarità o delle minorazioni di grado elevato, trascurando di intervenire a favore dei meno gravi o dei cosiddetti « casi limite ». In questa prospettiva è da ritenere che un controllo periodico dello stato di salute dei neonati e dei bambini potrà consentire il reperimento sistematico delle irregolarità nell'infanzia. Appositi *dépistages* all'ingresso della scuola elementare dovranno costituire inoltre la base per il reperimento sistematico durante il periodo della fanciullezza: successive rilevazioni attuate durante i corsi di insegnamento dovranno costituire altri « filtri » per il reperimento dei casi nell'età dell'adolescenza.

Quanto sopra sottolinea evidentemente la necessità di dare maggiore spazio e considerazione all'età evolutiva, nella ovvia constatazione che è proprio in questa fase — e ancor prima di essa — che si può agire con

gli strumenti della prevenzione e dell'intervento precoci; ma ciò non deve nè diminuire, nè sottovalutare, nè scoraggiare gli interventi a favore delle classi di età più adulte.

4.5. — Altro aspetto sul quale il disegno di legge esprime un preciso orientamento è il rifiuto dell'emarginazione e la scelta della famiglia e delle normali strutture educative, scolastiche, ricreative, come sedi naturali per la riabilitazione e l'integrazione dell'handicappato.

Sono, questi, orientamenti ormai definiti in sedi scientifiche, in sedi politiche, recepiti in linea di massima dalla pubblica opinione, anche se — come sottolineavamo più sopra — non sono infrequenti nè di poco peso opinioni ed iniziative contrastanti che ancora portano a soluzioni emarginanti, sia pure con la speciosa giustificazione di pervenire più sollecitamente a processi di recupero e di riabilitazione o nella troppo facile resa alle obiettive difficoltà che i processi di integrazione debbono superare in rapporto alla gravità dell'handicap.

La società odierna ha ormai definitivamente maturato la convinzione che il soggetto in difficoltà di sviluppo e di apprendimento è assolutamente e primariamente una persona umana ed un cittadino e, come tale, detentore di tutti i diritti inerenti a tali condizioni.

È, questa, la base di riferimento, il punto fondamentale da cui partire per ogni azione tendente a realizzare una effettiva, reale e produttiva integrazione degli handicappati nelle normali strutture.

Ed è anche sulla base di questa visione profondamente etica del concetto di persona, sulla base di questo obiettivo, certamente difficile da perseguire, ma per il cui raggiungimento è necessario impegnarsi ad ogni costo, che saranno poi scelti i tempi, le modalità pratiche per fare dell'inserimento o dell'integrazione una operazione realmente orientata alla valorizzazione dell'uomo e non — come talora avviene — una operazione demagogica che si ritorce a danno degli stessi soggetti handicappati.

Il disegno di legge rinnova a questo proposito una scelta precisa e coraggiosa, pur avvertendo la necessità che i processi di deistituzionalizzazione, di inserimento e di integrazione siano accompagnati da idonei ed adeguati interventi di riabilitazione, in modo da creare le condizioni necessarie perchè l'individuo portatore di *handicap* possa usufruire, al pari degli altri, di tutte le opportunità sociali, formative, lavorative, consentendogli un effettivo inserimento nella scuola, nel lavoro, nella vita sociale. La realtà segnala purtroppo che la presenza di handicappati nella scuola comune — ad esempio — suscita non poche difficoltà (es. barriere architettoniche, numero di alunni per classe, obbligo di svolgere precisi programmi, carenza di personale ausiliario e specialistico, ecc.). Ma, tutto questo, per segnalare non certo di rinunciare ad obiettivi di inserimento quanto, piuttosto, di affrontare i contestuali problemi che questo comporta.

4.6. — Esiste, comunque, un obiettivo finale che vorremmo concludesse ogni necessario e possibile sforzo per liberare l'handicappato dall'isolamento e dalla dipendenza: quello della massima autonomia possibile derivante da un pieno inserimento sociale e lavorativo o, comunque, dalla garanzia del minimo vitale. Ogni intervento di prevenzione, diagnosi ed intervento precoce di riabilitazione deve proporsi di concorrere al raggiungimento di questo traguardo. Questo è anche uno degli obiettivi del disegno di legge, nella consapevolezza, ampiamente dimostrata dai fatti, che, attraverso una idonea attività riabilitativa, è possibile inserire degli invalidi nelle attività lavorative, facendo così cadere molti pregiudizi e stereotipi nei confronti delle loro possibilità.

Consapevoli, d'altra parte, che tale sistematica azione riabilitativa dovrà essere comunque sostenuta da adeguati interventi economici e che, in taluni casi, qualunque sforzo di riabilitazione potrà non avere un compiuto successo, quanto meno nella prospettiva di un pieno inserimento lavorativo, resta per la società l'obbligo morale di assi-

curare al soggetto portatore di *handicap* livelli civili di autosufficienza economica.

È, questo, un aspetto che il disegno di legge non regola in via definitiva, sia per la complessità del problema, sia per i riflessi finanziari che esso comporta, sia perchè esistono in Parlamento altre iniziative legislative. Ma, proprio per questo, abbiamo voluto impegnare il Governo perchè provveda al riordinamento di tutta la materia sulla base di alcuni criteri (vedi art. 9 del disegno di legge) che ci appaiono irrinunciabili.

* * *

Illustrate le linee generali e i punti qualificanti del disegno di legge, si espongono in sintesi i contenuti dei singoli articoli.

L'articolo 1 indica le finalità della legge nella definizione dei principi generali cui l'azione dello Stato, delle Regioni e degli enti locali dovrà ispirarsi per garantire idonei servizi di prevenzione, cura, riabilitazione, tutela economica e integrazione sociale degli handicappati.

L'articolo 2 definisce i destinatari della legge eliminando qualsiasi distinzione e classificazione di soggetti: viene solo confermata la particolare disciplina in vigore per la tutela economica e previdenziale degli invalidi di guerra, di lavoro e di servizio.

L'articolo 3 enuncia i principi generali posti alla base dell'azione legislativa ed operativa volta alla prevenzione degli *handicaps* e alla tutela degli handicappati: la relazione

si è già ampiamente soffermata su tali principi, cui tutto l'insieme delle norme proposte si ispira.

Dall'articolo 4 all'articolo 7 il disegno di legge precisa le linee principali di intervento da realizzare rispettivamente per la prevenzione e la diagnosi precoce (art. 4), la cura, la riabilitazione e l'inserimento sociale (art. 5), l'integrazione prescolastica e scolastica (art. 6), l'inserimento lavorativo (art. 7).

L'articolo 8 ribadisce la necessità di eliminare le barriere architettoniche e tutti gli ostacoli che si frappongono, nella concretezza della vita associata, alla libera partecipazione degli handicappati.

L'articolo 9, come già accennato, prevede la delega al Governo per il riordinamento delle pensioni e degli assegni di carattere continuativo, determinando altresì i principi generali e i criteri direttivi per l'esercizio della delega.

Gli articoli 10, 11 e 12 sono rivolti alla definizione dei compiti spettanti rispettivamente alle Regioni, alle province e ai comuni per l'attuazione delle finalità della legge nell'ambito della programmazione e dell'organizzazione dei servizi sociali, sanitari e formativi rivolti alla generalità dei cittadini.

L'articolo 13 prevede la partecipazione dell'iniziativa privata alla realizzazione dei servizi, anche attraverso la stipulazione di apposite convenzioni con i comuni.

L'articolo 14, infine, estende l'applicazione delle norme alle Regioni a statuto speciale, ove compatibili con il loro ordinamento.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.***(Finalità della legge)*

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

In correlazione con le riforme della sanità e dell'assistenza sociale, la presente legge definisce i principi generali ai quali dovranno ispirarsi nella specifica materia le leggi regionali e l'azione amministrativa delle Regioni e degli enti locali, nonchè la normativa e gli interventi di competenza dello Stato.

Art. 2.*(Definizione dei soggetti tutelati)*

Ai fini della presente legge si considerano handicappati tutti i soggetti, di qualsiasi età, che in seguito ad evento morboso o traumatico, comunque intervenuto, presentano una menomazione delle proprie condizioni fisiche, psichiche e sensoriali che li metta in difficoltà di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo.

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

Art. 3.*(Principi generali
per la tutela degli handicappati)*

La tutela degli handicappati, prevista dall'articolo 1 della presente legge, dovrà essere ispirata ai seguenti principi generali:

privilegiare le fasi della prevenzione e della diagnosi precoce delle menomazioni e delle loro cause;

assicurare l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, in forme che consentano il mantenimento dell'handicappato nel proprio ambiente di vita, familiare e sociale, e la sua integrazione nelle normali strutture educative, scolastiche, ricreative, addestrative e di lavoro;

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

attuare il più ampio decentramento sul territorio e assicurare il massimo coordinamento di tutte le strutture e di tutti gli interventi sanitari, sociali, scolastici e prescolastici, educativi e lavorativi interessati all'azione di prevenzione, di sostegno e di recupero dell'handicappato, affinché tale azione si sviluppi e si completi, senza interruzioni e lacune, fino alla piena valorizzazione delle capacità del soggetto;

assicurare l'autosufficienza economica degli handicappati attraverso provvedimenti atti a favorirne l'inserimento lavorativo in forme adeguate alle capacità di ciascuno, ovvero mediante la garanzia del minimo vitale nel caso di soggetti handicappati di età superiore agli anni 18 inabili al lavoro;

prevedere aiuti di carattere economico alle famiglie bisognose degli handicappati minori degli anni 18, in rapporto alle esigenze di riabilitazione e di inserimento sociale;

rendere consapevole la popolazione dei problemi degli handicappati mediante iniziative sistematiche di informazione e di partecipazione, atte a favorirne l'adesione e la collaborazione a soluzioni che evitino scelte discriminatorie ed emarginanti.

Art. 4.

(Prevenzione e diagnosi precoce)

Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi precoce delle menomazioni riguardano in particolare:

l'educazione sanitaria e sociale della popolazione sulle cause e sulle conseguenze

degli *handicaps* e sui problemi che si pongono, anche in ordine alla prevenzione degli stati invalidanti, prima e durante la gestazione, il parto, il periodo perinatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita;

il controllo periodico della gravidanza e l'assistenza sanitaria e sociale alle gestanti per l'individuazione precoce e la rimozione dei fattori di rischio, comprese le nocività ambientali e di lavoro;

l'assistenza sanitaria intensiva della prima infanzia e i controlli periodici della salute fisio-psichica nell'età dello sviluppo con specifico riferimento agli interventi rivolti a prevenire situazioni invalidanti o di disadattamento;

gli interventi normativi, educativi e di controllo per eliminare le nocività dell'ambiente e prevenire gli infortuni nelle strade, nei luoghi di lavoro, nelle abitazioni, nelle scuole e in ogni altra sede.

Art. 5.

(Cura, riabilitazione e inserimento sociale)

Gli interventi per la cura, la riabilitazione e l'inserimento sociale degli handicappati riguardano in particolare:

gli interventi, da realizzare con la massima precocità, a sostegno della famiglia dell'handicappato, di carattere educativo, infermieristico, di aiuto domestico ed eventualmente di tipo economico;

l'assistenza riabilitativa ambulatoriale ed extra-ambulatoriale, a domicilio dell'handicappato e presso le istituzioni che lo accolgono, per l'educazione psicomotoria, per la fisiochinesiterapia, per la logopedia e per la cura e la riabilitazione in genere di *handicaps* fisici, psichici e sensoriali;

la fornitura o la cessione in uso di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni;

l'adeguamento della dotazione di attrezzature e di personale dei servizi socio-educativi, sportivi e di tempo libero per favo-

rire l'inserimento degli handicappati e facilitarne il processo di socializzazione;

l'istituzione di centri educativi e riabilitativi a carattere diurno, ed eccezionalmente di internato, comunque inseriti nella comunità e in rapporto dinamico con la stessa, destinati a soggetti handicappati che, per la gravità della situazione soggettiva e familiare, richiedano ospitalità per quanto possibile limitata nel tempo;

l'organizzazione di trasporti gratuiti per la frequenza della scuola dell'obbligo, dei corsi di formazione professionale e dei centri educativo-riabilitativi a carattere diurno;

l'organizzazione di comunità-alloggio e di istituzioni similari capaci di favorire processi di deistituzionalizzazione e di assicurare agli handicappati, privi anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato.

Tutti gli interventi sopra ricordati devono essere sottoposti a periodici controlli, per verificarne la rispondenza allo stato di sviluppo e di recupero fisio-psichico raggiunto dai soggetti handicappati.

Gli stessi interventi debbono essere accompagnati da adeguati sostegni socio-psicopedagogici, con particolare riferimento alle famiglie, agli insegnanti, agli operatori socio-sanitari e agli stessi soggetti handicappati.

Art. 6.

(Integrazione prescolastica e scolastica)

Nell'ambito delle competenze dello Stato, delle Regioni e dei comuni, gli interventi per favorire l'integrazione prescolastica e scolastica degli handicappati riguardano:

l'adozione di norme e modalità in materia di organizzazione e funzionamento dei servizi educativi, prescolari, scolastici, parascolastici che favoriscano e accrescano le possibilità di integrazione e partecipazione dei soggetti handicappati;

dotazione degli stessi servizi con attrezzature tecniche, sussidi didattici e personale

adeguato — compreso quello addetto alla assistenza igienica personale degli handicappati — per soddisfarne le esigenze di proficua ed integrata permanenza;

superamento dei limiti d'età di norma previsti per l'accesso e la permanenza nella scuola materna, nei casi e nella misura in cui detto superamento risulti utile ai fini dell'intervento precoce a favore del bambino handicappato e del suo inserimento nella scuola dell'obbligo;

adozione da parte dei suddetti servizi di speciali programmi educativo-formativi per gli handicappati particolarmente gravi, allo scopo di favorirne la socializzazione ed il raggiungimento di un minimo di autonomia mediante le stimolazioni offerte dalla integrazione con i soggetti normali.

Per quanto riguarda la scuola statale elementare e media gli interventi previsti dal presente articolo si attuano in armonia con le disposizioni di cui agli articoli 2, 7 e 10 della legge 4 agosto 1977, n. 517.

Il terzo comma dell'articolo 3 della legge 18 marzo 1968, n. 444, è abrogato.

Art. 7.

(Inserimento lavorativo)

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

Sono finalizzati al raggiungimento del suddetto obiettivo, oltre alle norme sul collocamento obbligatorio previste dalle leggi in vigore, i seguenti interventi:

le attività di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale di competenza delle Regioni, da realizzare secondo il principio dell'inserimento degli handicappati nelle normali strutture e da integrare eventualmente con iniziative prelaborative e socializzanti rivolte all'acquisizione di livelli progressivamente crescenti di autono-

mia prima dell'inserimento diretto dell'handicappato nel mondo del lavoro;

il sostegno di iniziative, quali cooperative di lavoro, in grado di favorire l'integrazione lavorativa di soggetti handicappati con provvedimenti che ne agevolino la competitività sul piano delle commesse di lavoro e della commercializzazione dei prodotti;

agevolazioni alle aziende industriali, agricole, commerciali ed artigiane per l'assunzione di soggetti handicappati e affiancamento delle stesse con servizi che ne favoriscano il processo di socializzazione nell'ambiente di lavoro e l'individuazione di spazi lavorativi idonei alle loro capacità;

il sostegno di iniziative, da realizzare eccezionalmente anche attraverso l'istituzione di laboratori protetti, riservati ai casi più gravi.

Art. 8.

*(Barriere architettoniche
e servizi pubblici di trasporto)*

L'inserimento sociale, scolastico e lavorativo degli handicappati è favorito dalla eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici o aperti al pubblico, dalla accessibilità dei mezzi di trasporto pubblici, dalla rimozione di ostacoli e divieti di accesso degli handicappati a pubbliche manifestazioni e spettacoli.

Si applicano a questo fine le norme previste dall'articolo 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118.

Art. 9.

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

Il Governo è delegato a provvedere, mediante decreto avente valore di legge ordinaria, da emanarsi entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, al riordinamento delle pensioni e degli assegni di carattere continuativo disposti dalla legge

a favore dei mutilati e invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti.

Nell'esercizio della delega di cui al presente articolo il Governo si atterrà ai principi generali stabiliti dalla presente legge in materia di tutela degli handicappati e ai seguenti criteri direttivi:

a) assumere il principio che a pari gravità delle menomazioni corrisponda uguale trattamento, eliminando ogni differenziazione delle prestazioni economiche dipendente dalla natura delle cause invalidanti;

b) confermare il principio della detrazione dei redditi personali dell'handicappato dalle prestazioni economiche riconosciutegli a carico dello Stato;

c) stabilire i limiti di redditi personali e familiari entro i quali è riconosciuto il diritto alle diverse prestazioni economiche, tenendo conto sia delle speciali esigenze dell'handicappato sia del valore morale e giuridico dei rapporti di solidarietà familiare;

d) prevedere l'equiparazione graduale, da realizzare comunque entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, della pensione da corrispondere agli handicappati totalmente inabili al lavoro al trattamento minimo di pensione stabilito dalla legge per i lavoratori dipendenti;

e) prevedere la concessione di un assegno irreversibile di accompagnamento agli handicappati adulti e minori degli anni 18, totalmente inabili al lavoro o totalmente privi di vista, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o che abbisognano di una sorveglianza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;

f) tutelare con la concessione di un assegno temporaneo, limitato al periodo di non collocazione al lavoro, gli handicappati di età superiore ai 18 anni con riduzione di capacità lavorativa superiore a due terzi;

g) adottare il principio della perequazione automatica al costo della vita delle pensioni e degli assegni di cui alle precedenti lettere d), e) ed f).

Art. 10.

(Compiti della Regione)

Nell'ambito delle competenze trasferite con i decreti del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, nn. 3 e 4, 15 gennaio 1978, nn. 9 e 10, e 24 luglio 1977, n. 616, in materia di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e ospedaliera, istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica, le Regioni disciplinano con proprie norme legislative e promuovono la realizzazione degli interventi sanitari, sociali, educativo-formativi e riabilitativi previsti dalla presente legge, nel quadro della programmazione regionale dei servizi sociali e sanitari.

Spetta in particolare alla Regione:

stabilire i criteri di programmazione e di organizzazione dei servizi e definire i livelli qualitativi delle prestazioni;

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

definire — d'intesa con le Università, le sedi formative, i comuni ed i consorzi di comuni e nel quadro dei programmi di formazione degli operatori socio-sanitari — i programmi e le modalità organizzative delle iniziative di qualificazione, riqualificazione ed aggiornamento del personale impiegato o da impiegare nelle attività di cui alla presente legge, ferme restando le competenze stabilite dal decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 419, per il personale ispettivo, direttivo e docente della scuola statale;

definire le modalità di accesso ai servizi a carattere di internato e di seminter-

nato di quegli handicappati che, per obiettive ragioni di carattere soggettivo od oggettivo, non possono essere ospitati in altri centri e richiedono prestazioni differenziate.

Art. 11.

(Compiti delle province)

Le province, ferme restando le attribuzioni previste dagli articoli 2, 26 e 33 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, concorrono per il proprio ambito territoriale all'elaborazione del programma regionale di sviluppo dei servizi previsti dalla presente legge, nel quadro della programmazione generale dei servizi sociali e sanitari.

Art. 12.

(Compiti dei comuni)

L'attuazione degli interventi sociali e sanitari previsti dalla presente legge spetta ai comuni, singoli o associati, che vi provvedono, nel rispetto dei principi generali stabiliti dalla legge medesima e secondo la normativa e la programmazione regionali, nell'ambito dei servizi sociali e sanitari predisposti per la generalità della popolazione e come momenti operativi specifici degli stessi.

Le strutture sanitarie pubbliche non gestite dai comuni concorrono all'attuazione dei suddetti interventi per la parte di competenza e in linea coordinata con l'azione dei comuni.

I comuni, singoli o associati, provvedono alla realizzazione dei suddetti interventi mediante:

la qualificazione ed il potenziamento dei servizi socio-sanitari già funzionanti nel territorio;

la riqualificazione e il riordinamento dei servizi di medicina scolastica e di assistenza socio-psico-pedagogica;

l'eventuale istituzione di specifici servizi territoriali per la riabilitazione e l'inserimento sociale degli handicappati;

il coordinamento dei servizi socio-sanitari, direttamente gestiti, tra loro e con gli altri servizi socio-sanitari, educativi, formativi funzionanti nell'ambito territoriale di competenza.

Art. 13.

(Convenzioni)

Per la gestione dei servizi di cui al precedente articolo 12, i comuni, singoli o associati, possono avvalersi dell'opera di associazioni riconosciute e non riconosciute ed istituzioni private di assistenza non aventi fini di lucro, semprechè siano idonee per i livelli delle prestazioni, per la qualificazione del personale e per l'efficienza organizzativa ed operativa. A questo fine i comuni, singoli o associati, stipulano con i suddetti organismi apposite convenzioni.

Art. 14.

(Regioni a statuto speciale)

Le disposizioni della presente legge si applicano anche alle Regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con il loro ordinamento costituzionale.