

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 332}

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato SCALIA

Nuove norme per l'accertamento delle minorazioni,
delle disabilità e degli *handicap*

Presentata il 9 maggio 1996

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

L'attuale legislazione riguardante gli accertamenti di invalidità, sia legata ad un risarcimento (invalidità sul lavoro, di

guerra, per servizio, eccetera) sia legata ad interventi assistenziali (invalidi civili, sordomuti, eccetera) sia legata ad un accertamento di idoneità (marittimi, varie patenti di guida: automobilistica, aerea, eccetera) ha ereditato l'impostazione teorica scaturita dopo la prima guerra mondiale, in Italia e all'estero.

In Italia, dopo l'unità, il problema del trattamento dalle persone colpite da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, era stato delegato quasi totalmente ad istituzioni religiose private, le cosiddette IPAB (istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza). Solo dopo la prima guerra mondiale il gran numero di invalidi colpiti da minorazioni durante la guerra pose il problema di un intervento dello Stato. Una prima risposta affrontò il problema dal punto di vista del risarcimento del danno: legge 10 agosto 1950, n. 648; legge 11 marzo 1926, n. 416; testo unico delle

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

zione basato sulla causa che produceva la minorazione. Si dimenticava così la reale gravità funzionale del danno accertato. Nacquero così gli invalidi civili di guerra, gli equiparati (per esempio le vittime del terrorismo), eccetera. Ogni postulante che voleva essere riconosciuto beneficiario di una provvidenza assegnata ad una determinata categoria veniva sottoposto ad un accertamento di invalidità da parte di commissioni diverse che utilizzavano criteri di valutazione diversi, più o meno rigorosi. Qui nacquero le prime disparità di benefici: a parità di minorazioni venivano erogate provvidenze diverse a seconda della causa che produceva il danno. Va aggiunto che la stessa definizione di invalidità e quindi di invalido colpiva l'avente diritto con un marchio indelebile di incapacità e negatività. Un secondo filone legislativo da cui derivano gli attuali criteri di accertamento dell'invalidità si occupò di accertare l'idoneità allo svolgimento di determinate mansioni lavorative (esempio: l'imbarco per i marittimi) o per particolari abilità (patente di guida), brevetti di volo (decreto ministeriale 9 gennaio 1938). Anche in questo caso era l'elenco « delle infermità e delle imperfezioni » che definiva l'idoneità alla mansione. Veniva ancora utilizzato un elenco di patologie o di deficienze fisiche, scambiando un'eventuale disabilità per gli esiti di una malattia o di un trauma ignorando completamente — anche perché all'epoca inesistente — il ricorso a soluzioni tecniche (protesi, ortesi, eccetera) che limitassero il danno.

L'ultimo intervento legislativo si sviluppò sulla base del riconoscimento dell'esistenza di persone minorate che non fossero né invalidi di guerra, né per servizio, né per lavoro. Si inventò così la categoria degli invalidi civili. L'impostazione teorica di questa normativa, basata sulla necessità di un intervento assistenziale a sostegno per fasce sociali deboli — rafforzato successivamente dalle logiche connesse a un modello di stato assistenziale — individuava attraverso una percentualizzazione della diminuita capacità lavorativa, la gravità del danno anatomico e il conseguente intervento economico (pen-

sione, indennità di accompagnamento, eccetera). Anche qui si confuse il danno causato da trauma o da malattia (con un ampliamento descrittivo delle patologie a cui veniva fatta corrispondere una percentuale di diminuita capacità lavorativa, legge 30 marzo 1971, n. 118, di conversione del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e legge 11 febbraio 1980, n. 18 e decreto ministeriale 25 luglio 1980) con la capacità di svolgimento di funzioni e di attività di lavoro. A questa impostazione sostanzialmente medicalizzante vennero collegate sia le pratiche di internato in istituto, sia interventi previdenziali e assistenziali.

Il limite di invalidità al cento per cento — teoricamente impossibile, ma praticamente accertato — rappresentò l'assurdo teorico della percentualizzazione delle patologie che, con questa definizione estrema e del tutto priva di significato, dette effettivamente i numeri. L'accertamento dell'invalidità così raggiunto sembrava aver conseguito il carattere scientifico di « oggettività », perdendo però per strada la corretta valutazione delle reali disabilità della persona concreta. Questo criterio basato sulla patologizzazione dell'*handicap* e sulla percentualizzazione delle capacità funzionali, venne purtroppo usato sia per la definizione di prestazioni mediche (riabilitazione, protesi, ricoveri eccetera) sia per l'erogazione di interventi economici (pensioni, indennità varie, eccetera), sia per l'accertamento di benefici sociali (integrazione lavorativa, barriere architettoniche, eccetera). La confusione così divenne totale. Il criterio della percentualizzazione — apparentemente oggettivo — si dimostrò invece funesto: l'impostazione assistenzialistica alla base dei motivi per cui venivano richiesti accertamenti di invalidità civile produsse un accrescimento incontrollato degli aventi diritto alle varie prestazioni, favorito sia dalla compiacenza politico-assistenziale delle commissioni mediche e dei padrinati politici, sia dall'unicità di accesso ai benefici della legge consentiti dall'unico criterio di accertamento basato sulle percentuali di invalidità. L'incremento dei falsi invalidi veniva

così causato proprio dalla mancanza di distinzioni tra valutazioni per il conseguimento di diritti a provvidenze sanitarie, economiche e sociali.

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

Pertanto l'attuale legislazione ha prodotto ambiguità nell'accertamento dei diritti (previdenziali, assistenziali e sociali), disparità di trattamento a parità di minorazione (tra invalidi di guerra, per servizio, sul lavoro e invalidi civili), confusione tra accertamento della minorazione e accertamento della disabilità, mancanza di un corretto intervento terapeutico-riabilitativo all'atto dell'emergenza per la prima volta del problema *handicap*.

La necessità di modificare gli attuali criteri di accertamento dell'invalidità è stata evidenziata dalla recente legge-quadro sull'*handicap*, che ha introdotto criteri valutativi di tipo qualitativo (per esempio la definizione handicappato in situazione di gravità), anziché unicamente i tradizionali criteri percentuali.

Questi nuovi criteri di accertamento, da cui scaturiscono diritti e benefici, anche con implicazioni economiche, entrano in contraddizione con la precedente legisla-

zione in materia. Non a caso il decreto-legge n. 320 del 1992, decaduto e più volte reiterato, fino a giungere al decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 1993, n. 423, sono stati emanati d'urgenza per sanare una delle contraddizioni più evidenti relativa alle certificazioni per l'integrazione scolastica degli alunni handicappati.

Ad una analisi attenta, la legge n. 104 del 1992, invece di creare una nuova categoria di disabili — come era avvenuto finora ogni volta che si interveniva nell'ambito degli accertamenti di invalidità — ha recepito l'indicazione più volte sostenuta dalle associazioni di criteri qualitativi di valutazione. Così, invece di valutare gli aventi diritto sulla base delle percentuali di invalidità, le persone handicappate beneficiarie degli interventi della legge-quadro vengono individuate sulla base delle conseguenze che una minorazione produce come « difficoltà di apprendimento, di relazione e di integrazione lavorativa (... in una misura) tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione » (articolo 3, comma 1) e « qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assumo connotazione di gravità » (articolo 3, comma 3). Egualmente in altri punti della legge n. 104 del 1992, come quello sul lavoro (articolo 19: « ai fini dell'avviamento al lavoro, la valutazione della persona handicappata tiene conto della capacità lavorativa e relazionale dell'individuo e non solo della minorazione fisica o psichica »), vengono introdotti criteri di valutazione che vanno ben al di là di quello esclusivamente clinico dei tabellari percentuali.

Non a caso le commissioni delle unità sanitarie locali competenti per gli accertamenti di invalidità, ai sensi della legge n. 295 del 1990, vengono integrate con nuove figure professionali non mediche (vedi articoli 4 e 19 della legge n. 104 del 1992).

In questo modo il legislatore è intervenuto individuando la necessità di introdurre criteri di valutazione basati sulla individuazione di diritti, di bisogni e di capacità e potenzialità funzionali presenti in handicappati, ravvisando l'impossibilità a misurare l'*handicap* con parametri esclusivamente clinici e quantitativi. D'altra parte lo stesso decreto-ministeriale 5 febbraio 1992, che ha emanato la nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità, quando si è posto il problema di accertare le potenzialità lavorative, ha dovuto riferirsi a criteri, per quanto ancora generici e superficiali, certo non percentuali.

In pratica così già sono operanti benefici di legge, anche a carattere economico o che comunque comportano oneri di spesa pubblica, goduti in base ad accertamenti non percentualizzati. In questo modo l'obiezione più volte sollevata dai ministeri competenti per difendere il criterio di valutazione basato sulle percentuali — una soglia certa ed oggettiva per valutare gli aventi diritto — è superata sia per le agevolazioni di cui all'articolo 33 della legge n. 104 del 1992 sia per l'assegnazione degli insegnanti di sostegno per gli alunni handicappati (decreto-legge n. 324 del 1993).

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

Per esempio un poliomelitico agli arti inferiori è affetto da paralisi alle gambe (minorazione), e impossibilitato, senza ausili, a salire le scale (disabilità) ed è svantaggiato nell'uso dei mezzi di trasporto il cui accesso è possibile solo superando alcuni gradini (*handicap*). Le commissioni multidisciplinari, che la proposta prevede

siano create presso ogni unità sanitaria locale, novità che supera le attuali commissioni di accertamento esclusivamente medico, valutano sia le minorazioni sia le disabilità, sia gli impedimenti sociali e strutturali che producono situazioni di *handicap* (articolo 2).

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

Il problema dell'individuazione di una « soglia » oggettivamente definita per individuare gli aventi diritto è risolta con l'ac-

certamento di una determinata patologia. Questo accertamento però diventa solo una parte della fotografia delle persone disabili, dei loro problemi di integrazione e delle loro potenzialità funzionali e possibili. In questo modo viene restituita integralmente, con criteri scientifici, la totalità della persona alla dimensione della sua complessiva vita di società. È evidente che l'impostazione teorica e pratica proposta modifica profondamente i tradizionali metodi di valutazione dei disabili. Molte saranno le resistenze corporative, accademiche e burocratiche che incontrerà la proposta, che è l'unica impostazione corretta che rispetti le esigenze dei disabili e consenta di arrestare il fenomeno delle false invalidità. Data la complessità della materia, è stata prevista una delega al Governo (articolo 7) per l'emanazione di un testo unico che raccordi le diverse normative in modo da ordinare amministrativamente le procedure e le competenze finalmente unificate. È previsto infine un articolo che salvaguardi i procedimenti di accertamenti già in istruttoria (articolo 10).

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge disciplina gli accertamenti pubblici e legali delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* e dei conseguenti stati di gravità.

2. Si intende per minorazione qualsiasi perturbazione della struttura e del funzionamento del corpo, della mente e dei sensi.

3. Si intende per disabilità la riduzione o la perdita della capacità funzionale o dell'attività a seguito di una menomazione. La disabilità è caratterizzata da eccessi o carenze di comportamento o di funzioni che normalmente una persona compia.

4. Si intende per *handicap* lo svantaggio vissuto a causa della menomazione e disabilità. L'*handicap* comporta una dissociazione tra la prestazione e lo *status* dell'individuo e ciò che il gruppo sociale al quale egli appartiene si attende da lui. L'*handicap* rappresenta la conseguenza sociale ed ambientale delle menomazioni in assenza di adeguati interventi preventivi e riabilitativi, medici e sociali.

5. La situazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, può essere riconosciuta dalle commissioni di cui all'articolo 2 della presente legge:

a) in relazione a consolidate e certe conoscenze scientifiche sul carattere e sulla storia evolutiva naturale della patologia diagnosticata;

b) indipendentemente dall'accertamento di una delle fasi evolutive di cui ai commi 2, 3 e 4, in quanto attestante una specifica esigenza legata alla particolare patologia o un naturale e prevedibile progredire della malattia stessa.

ART. 2.

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

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

2. Ogni commissione è composta da:

a) un medico legale specificamente preparato nella materia;

b) un ingegnere in bioingegneria (ingegnere umano);

c) un educatore professionale;

d) un fisioterapista occupazionale;

e) un assistente sociale;

f) uno psicologo riabilitativo;

g) un medico specialista nella specifica patologia del soggetto esaminato, provvisto di specifico attestato di aggiornamento rilasciato da centri regionali per la cura della patologia stessa, ove esistenti;

h) un tecnico iscritto nel registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3, nominato dall'unità sanitaria locale su indicazione delle associazioni e dei movimenti di cui al medesimo articolo 3;

i) uno specialista di fiducia del richiedente.

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

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

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

6. La commissione, in più incontri, attraverso un'indagine approfondita, accerta

le minorazioni e le conseguenti disabilità ed *handicap* anche ai fini dei trattamenti previdenziali, assistenziali, sanitari, lavorativi e sociali di cui l'avente diritto può beneficiare.

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

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

ART. 3.

(*Registro degli esperti*).

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

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

ART. 4.

(*Compiti delle commissioni*).

1. La commissione per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* e dello stato di gravità accertata,

sulla base della guida di cui all'articolo 8, ha i seguenti compiti:

a) accerta la presenza di minorazioni fisiche, psichiche, o sensoriali, anche in forme riflesse o interessanti la sfera fisiologica, derivanti da qualsiasi causa, allo scopo di riconoscere il diritto a provvidenze e benefici economici, lavorativi, sociali e sanitari previsti dalla legislazione vigente;

b) descrive, in base a minorazioni riconosciute, la sussistenza di disabilità fisiche e psichiatrico-psichiche per malattie mentali e per ritardi mentali su base organica o sensoriale, allo scopo di individuare potenzialità funzionali determinate attraverso una lista di disabilità integrate, in base alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), da una scala di gravità che consenta alle commissioni di cui all'articolo 2, comma 1, di operare in confronto con situazioni precedentemente accertate, anche sullo stesso soggetto, in fase di verifica o revisione;

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

d) cura la redazione di un censimento analitico delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* in base ad una scheda definita entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. La scheda può essere modificata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti i Ministri competenti, dopo aver sentito altresì il parere delle associazioni nazionali rappresentanti dei disabili che da più di tre anni svolgono attività di interesse nazionale in favore dei cittadini disabili nell'ambito dell'inserimento scolastico, lavorativo e della integrazione so-

ciale. Tale parere deve tenere conto della integrità della sfera personale nonché delle capacità di eseguire autonomamente specifiche attività terapeutiche o riabilitative, di acquisire un'adeguata preparazione tecnica professionale e conservare un'adeguata mobilità abbinata alla capacità di deambulazione anche attraverso idonei ausili o protesi, anche nei casi gravissimi. Alla fine di ogni anno la commissione redige una relazione sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* nel territorio di propria competenza, ed invia tale relazione agli enti pubblici territoriali, alle associazioni che operano nel territorio, alla presidenza del consiglio regionale e alla Presidenza del Consiglio dei ministri, al fine di individuare sistemi atti ad eliminare le cause che evidenziano o aggravano o l'*handicap*;

e) accerta l'idoneità fisica per il conseguimento di brevetti, patenti e altre idoneità, mettendo a disposizione dei richiedenti strumenti tecnici idonei allo scopo;

f) propone alla commissione nazionale di cui al comma 5 dell'articolo 8 integrazioni e modifiche alla guida generale per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap*, di cui all'articolo 8.

ART. 5.

(Relazioni regionali e nazionali).

1. Il presidente del consiglio regionale, sulla base delle relazioni inviate dalle commissioni ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera d), redige una relazione annuale sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap*. La relazione è discussa dal consiglio regionale nella prima riunione successiva alla trasmissione della relazione stessa.

2. Copia della relazione di cui al comma 1 è inviata altresì alle associazioni regionali rappresentanti dei disabili ed è trasmessa

al Presidente del Consiglio dei ministri. Il Presidente del Consiglio dei ministri, sulla base delle relazioni trasmesse dai presidenti dei consigli regionali e sentito il parere della commissione nazionale permanente di cui all'articolo 8, comma 5, redige una relazione annuale sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap*, che viene trasmessa al Parlamento, nonché alle associazioni nazionali rappresentanti dei disabili.

ART. 6.

(Commissioni d'appello).

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

2. Possono presentare ricorso alla commissione di cui al comma 1 coloro che ritengano di non essere stati adeguatamente valutati dalle commissioni di cui all'articolo 2.

3. Le commissioni d'appello sono composte da:

a) un medico legale specificamente preparato nella materia;

b) un ingegnere in bioingegneria;

c) un educatore professionale;

d) un fisioterapista occupazionale;

e) un assistente sociale;

f) uno psicologo riabilitativo;

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

h) un tecnico iscritto nel registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3 e nominato dall'assessore regionale alla sanità competente, su segnalazione delle associazioni nazionali e dai movimenti, individuati con i criteri di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 4, che abbia acquisito una specifica competenza nel set-

tore delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* ed, in particolare, nell'argomento oggetto del ricorso;

i) uno specialista di fiducia del richiedente.

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

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

6. Trascorsi trenta giorni dalla presentazione del ricorso, ove non sia stato emesso giudizio contrario o siano in atto gli accertamenti di cui alla lettera e) del comma 1 dell'articolo 4, lo stesso si intende tacitamente accolto.

ART. 7.

(*Delega al Governo*).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, un testo unico delle norme che disciplinano le seguenti materie:

a) l'accertamento dell'invalidità civile di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, alla legge 26 maggio 1970, n. 381, alla legge 27 maggio 1970, n. 382, al decreto ministeriale 25 luglio 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 14 ottobre 1980, e successive modificazioni, alla legge 26 luglio 1988, n. 291, al decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, nonché al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992, rettificato con decreto ministeriale 14 giugno 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 152 del 1° luglio 1994. Per tale

materia si tiene altresì conto dei risultati conseguiti dalla commissione nominata con decreto del Ministro della sanità 5 dicembre 1988;

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

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

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

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

f) l'accertamento di idoneità al conseguimento della patente di guida di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 (Nuovo codice della strada) e al conseguimento del brevetto di idoneità al volo di cui al decreto ministeriale 9 gennaio 1938, ed altre norme legislative con esse strettamente connesse. Nel riordinare le norme vigenti per tale materia, ai sensi del comma 2 del presente articolo, in considerazione del principio che l'autoveicolo privato è riconosciuto ausilio fondamentale per la mobilità dei disabili nell'ambito della spazio urbano, le previsioni di cui all'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, e successive modificazioni, si applicano anche ad invalidi con riconosciuta riduzione della capacità di deambulazione attribuibile a forme di menomazione determinate da si-

tuazioni di natura fisico-biologica che non impongono l'acquisizione di patenti speciali. Gli stessi invalidi hanno altresì diritto alla concessione dello « speciale contrassegno » di cui alla circolare del Ministro dei lavori pubblici n. 1030 del 13 giugno 1983.

2. Nell'adozione del testo unico di cui al comma 1 il Governo ha la facoltà di introdurre modifiche alle leggi e ai decreti di cui al medesimo comma 1, onde uniformarli ai principi e alle disposizioni della presente legge.

ART. 8.

(Criteri di valutazione).

1. I criteri di accertamento con cui operano le commissioni di cui agli articoli 2 e 6 sono definiti nella guida generale per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* emanata con decreto del Ministro della sanità, sulla base degli accordi raggiunti in seno al Comitato di cui all'articolo 41 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

2. La guida di cui al comma 1 del presente articolo e la scheda di cui all'articolo 4, comma 1, lettera *d*), sono definite entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge da una commissione nominata dal Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il parere dei Ministri dell'interno, della sanità, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale, dei trasporti e della navigazione, della difesa e per gli affari sociali. La commissione, prima di presentare la guida al Ministro per gli affari sociali, deve acquisire la preventiva e vincolante approvazione da parte delle associazioni e dei movimenti individuati ai sensi del comma 1, lettera *d*), dell'articolo 4.

3. La commissione di cui al comma 2 è formata da dieci membri competenti nel campo dell'*handicap*, con esperienza decennale documentata nel settore della medicina legale, dell'inserimento lavorativo, dell'integrazione scolastica, delle attività terapeutico-riabilitative, dei servizi sociali, della formazione professionale, degli ausili

e delle tecnologie, dell'ergonomia umana, della psicologia e della psichiatria.

4. La guida di cui al comma 1 è formulata sulla base dei seguenti elementi:

a) classificazione delle minorazioni che tenga conto della classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità e della scala di gravità di cui alla lettera b), comma 1, dell'articolo 4;

b) descrizione delle disabilità e degli *handicap* tenendo conto dell'intreccio dei fattori oggettivi, soggettivi e ambientali;

c) indicazione delle abilità e del loro potenziamento con l'uso di ausilii personalizzati o di interventi terapeutici, riabilitativi, lavorativi e sociali;

d) indicazione dei metodi e dei supporti tecnici atti a definire inequivocabilmente il livello di gravità acquisito dal soggetto sotto esame accertato dalle commissioni con i metodi di cui all'articolo 4, la sua funzionalità residua nonché il conseguente più idoneo provvedimento riabilitativo.

5. Ogni anno, sulla base delle segnalazioni di integrazioni e di modifiche proposte dalle commissioni di cui all'articolo 4 e dalle associazioni nazionali rappresentanti dei disabili, una commissione nazionale permanente, composta da tecnici del settore, esperti nelle materie di cui al comma 3 anche in rappresentanza di associazioni nazionali di disabili, e nominata presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, cura l'aggiornamento periodico della guida di cui al comma 1 del presente articolo e della scheda di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d). La commissione nazionale deve, obbligatoriamente, acquisire la preventiva e vincolante approvazione da parte delle associazioni e dei movimenti rappresentanti dei disabili, analogamente a quanto previsto al comma 2.

ART. 9.

(Risorse finanziarie).

1. Per il funzionamento delle commissioni previste dalla presente legge è isti-

tuito, a decorrere dall'esercizio finanziario 1996, nello stato di previsione del Ministero della sanità, un apposito capitolo denominato « Fondo per il funzionamento delle commissioni per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* » nel quale è iscritta la somma di lire 3 miliardi per l'esercizio finanziario 1996. In tale capitolo confluiscono gli stanziamenti previsti da leggi vigenti per le medesime finalità.

2. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 10.

(Norme transitorie e finali).

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

2. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, emana le norme per l'esame delle domande di accertamento della invalidità pervenute alle unità sanitarie locali prima della data di entrata in vigore della presente legge, adeguandole ai nuovi criteri in essa stabiliti.