CAMERA DEI DEPUTATI N. 2783

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SAIA, NARDINI, VALPIANA

Nuovi criteri per l'accertamento dell'invalidità

Presentata il 28 giugno 1995

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge nasce dall'iniziativa, sviluppatasi 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 i parlamentari sottoscrittori della presente proposta di legge hanno deciso di presentare in Parlamento.

L'attuale legislazione riguardante gli accertamenti di invalidità, sia legata ad un risarcimento (invalidi per cause di lavoro, di guerra, per servizio, eccetera) sia legata ad interventi assistenziali (invalidi civili, sordomuti, eccetera) sia legata ad un accertamento di idoneità (per i lavoratori marittimi, per il rilascio di 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 delle persone colpite da minorazioni fisiche, psichiche e/o sensoriali era stato delegato quasi totalmente ad istituzioni religiose private, le cosiddette IPAB (istituti pubblici di assistenza e beneficenza). Solo dopo la prima guerra mondiale il gran numero di invalidi 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 11 marzo 1926, n. 416, e successive modificazioni; legge 10 agosto 1950, n. 648, e successive modificazioni; testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni; legge 6 ottobre 1986, n. 656, e successive modificazioni, solo per citare alcune normative più significative. Avendo il militare o l'impiegato pubblico (unici titolari del beneficio) subito una minorazione durante un servizio prestato allo Stato o alla Patria, doveva ricevere un risarcimento commisurato alla gravità della lesione anatomica accertata. Furono così elaborate le prime tabelle di valutazioni percentuali del danno anatomico subito, legate a lesioni ed infermità che davano diritto a pensione vitalizia o ad assegno temporaneo: veniva quindi 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 e cancellando il problema delle sue capacità funzionali, dal momento che era presa in considerazione solo la sua « malattia ». Questa visione portò, come conseguenza « scientifica », alla possibilità di definire astrattamente la capacità ottimale del corpo umano come capacità dell'uomo astratto di essere al 100 per cento delle proprie capacità lavorative. Ogni lesione anatomica accertata, dunque, veniva definita in termini percentuali. Quale funzione avesse l'organo colpito in rapporto a 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 di un danno anatomico-funzionale e sulla creazione di una nuova categoria di beneficiari, gli invalidi del lavoro. In seguito l'elenco delle categorie beneficiarie si estese, ma sempre seguendo un criterio di individuazione basato sulla causa che produceva la minorazione. Si dimenticava dunque 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 (ad esempio, l'imbarco per i marittimi) o per particolari abilità (conseguimento della patente di guida: legge 18 marzo 1988, n. 111, che modificava l'allora vigente testo unico delle norme sulla circolazione stradale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, n. 393, e successive modificazioni; del brevetto di volo: regolamento per la navigazione aerea, approvato con regio decreto 11 gennaio 1925, n. 356, e successive modificazioni, e decreto ministeriale del 9 gennaio 1936, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 54 del 5 marzo 1936). 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 e ignorando completamente – anche perché all'epoca inesistente

– il ricorso a soluzioni tecniche (protesi, ortesi, eccetera) che limitassero il danno.

Classico a tale proposito è l'esempio delle patenti di guida il cui conseguimento era limitato dalle minorazioni fisiche codificate nell'articolo 81 del cosiddetto codice della strada del 1959 piuttosto che da accertate disabilità alla guida. In questa legislazione si palesò clamorosamente la confusione esistente tra l'accertamento di una minorazione e l'accertamento di una disabilità.

L'ultimo intervento legislativo si sviluppò sulla base del riconoscimento dell'esistenza di persone minorate che non fossero nè invalidi di guerra, nè per servizio, nè 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 di 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 (pensione, indennità di accompagnamento, eccetera). Anche qui si confuse il danno causato da trauma e/o da malattia (con un ampliamento descrittorio delle patologie a cui veniva fatta corrispondere una percentuale di diminuita capacità lavorativa: legge 30 marzo 1971, n. 118, di conversione del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, legge 11 febbraio 1980, n. 18, e decreto del Ministro della sanità del 25 luglio 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 14 ottobre 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 gli interventi previdenziali e assistenziali.

Il limite di invalidità al 100 per cento – teoricamente impossibile, ma praticamente accertato – rappresentò l'assurdo teorico della percentualizzazione delle patologie, che, con questa definizione estrema e del tutto priva di significato, dette effettivamente i numeri. L'accertamento dell'invalidità così raggiunto sembrava aver conseguito il carattere scientifico di « oggettività », perdendo però per strada la corretta valutazione delle reali disabilità della persona concreta. Questo criterio, basato sulla patologizzazione dell'*handicap* e sulla percentualizzazione delle capacità funzionali, venne purtroppo usato sia per la definizione di prestazioni mediche (riabilitazione, protesi, ricoveri, eccetera) sia per l'erogazione di interventi economici (pensioni, indennità varie, eccetera), sia per l'accertamento di benefici sociali (integrazione lavorativa, barriere architettoniche, eccetera). La confusione così divenne totale. Il criterio della percentualizzazione – apparentemente 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 consentita dall'unico criterio di accertamento basato sulle percentuali di invalidità. L'incremento dei falsi invalidi veniva così causato proprio dalla mancanza di distinzioni tra le valutazioni per il conseguimento del diritto 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 in un primo momento sul tentativo di ripetere a campione le visite di accertamento (legge 12 giugno 1984, n. 222); essendo però le stesse commissioni ad effettuare le visite, e con gli stessi tabellari percentuali, il provvedimento non sortì alcun esito significativo. Successivamente si basarono 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 in-

validità. Il mancato intervento 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, del 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 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge 5 febbraio 1992, n. 104), che ha introdotto criteri valutativi di tipo qualitativo (per esempio, la definizione di persona portatrice di *handicap* in situazione di gravità), in luogo dei tradizionali criteri percentuali.

Questi nuovi criteri di accertamento, da cui scaturiscono diritti e benefici, anche con implicazioni economiche, entrano in contraddizione con la precedente legislazione in materia. Non a caso il decreto-legge 25 giugno 1992, n. 320, poi decaduto e più volte reiterato, in ultimo con il decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 1993, n. 423, era stato emanato d'urgenza per sanare una delle contraddizioni più evidenti relative 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 fino ad allora 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, in quanto « causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione » (articolo 3, comma 1), stabilendo, inoltre, il principio in base al quale « 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 assume connotazione di gravità » (articolo 3, comma 3). Egualmente in altre disposizioni della legge n. 104 del 1992, come nell'articolo 19, relativo al lavoro, che, tra l'altro, recita: « 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 15 ottobre 1990, n. 295, vengono integrate con nuove figure professionali non mediche (vedi gli articoli 4 e 19 della legge n. 104 del 1992).

In questo modo, il legislatore è intervenuto considerando la necessità di introdurre criteri di valutazione basati sulla individuazione di diritti, di bisogni e di capacità e potenzialità funzionali presenti in persone handicappate, ravvisando l'impossibilità a misurare l'*handicap* con parametri esclusivamente clinici e quantitativi. D'altra parte, lo stesso decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 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, 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 Ministri 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 27 agosto 1993, n. 324, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 1993, n. 423).

La proposta di legge qui presentata si basa su una corretta lettura della classificazione più recente dell'Organizzazione mondiale della sanità, 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 anatomo-funzionali del corpo) e una valutazione sociale per l'accertamento dell'*handicap*, cioè di come determinate disabilità interagiscano con l'ambiente fisico e sociale di vita (articoli 1 e 2).

Per esempio, un poliomielitico agli arti *inferiori è affetto da paralisi alle gambe* (minorazione), è impossibilitato, senza ausili, a salire le scale (disabilità) e infine è svantaggiato nell'uso dei mezzi di trasporto, *il cui accesso è possibile solo superando* alcuni gradini *(handicap)*. Le commissioni multidisciplinari che si propone di istituire in 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 tanto sulle cause che hanno prodotto minorazione, superando così le categorie di *invalidi di guerra, per servizio, del lavoro*, eccetera, quanto sulla reale condizione psico-fisica dei soggetti richiedenti, garantendo un uguale trattamento ad 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 risolto con l'accertamento di una determinata patologia. Questo accertamento, però, diventa solo una parte della fotografia della persona disabile, dei suoi problemi di integrazione e delle sue potenzialità funzionali. 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 unificato che raccordi le diverse normative, in modo da ordinare amministrativamente le procedure e le competenze finalmente unificate. È previsto, infine, un articolo che salvaguardi i procedimenti di accertamenti già in istruttoria (articolo 9).

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Finalità).

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

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

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

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

ART. 2.

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

1. È istituita, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso ogni unità sanitaria locale, una commissione pluridisciplinare per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*, come definiti dall'articolo 1.

2. La commissione di cui al comma 1 è composta da:

a) un medico legale specificamente esperto nella materia;

b) un esperto 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, o, in caso di patologie multiple, uno specialista internista o in possesso di titolo equipollente;

h) un tecnico iscritto al registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3, nominato dall'unità sanitaria locale;

i) un medico specialista di fiducia del richiedente.

3. In caso di accertamenti da effettuare in applicazione della disposizione dell'articolo 4, comma 1, lettera *e)*, la commissione è integrata da un esperto nominato dal Ministro dei trasporti e della navigazione.

4. I membri della commissione 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 2 sono reperite mediante convenzioni con personale in possesso dei titoli riconosciuti.

6. La commissione, attraverso un'indagine approfondita da effettuare mediante incontri con il soggetto richiedente, accerta le minorazioni e le conseguenti disabilità ed *handicap* anche ai fini dei trattamenti previdenziali, assistenziali, sanitari, lavorativi e sociali di cui l'avente diritto può beneficiare.

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

8. In presenza 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, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso ogni regione e presso le province autonome di Trento e di Bolzano, il registro degli esperti delle associazioni e dei movimenti che si occupano, con esperienze documentate e da almeno tre anni, della tutela dei diritti e della promozione dell'integrazione sociale di persone disabili nell'ambito dell'integrazione scolastica e dell'inserimento lavorativo, nonché della integrazione sociale in casi di particolare gravità.

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

ART. 4.

(Compiti delle commissioni).

1. La commissione per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap* di cui all'articolo 2 opera sulla base dei criteri indicati nella guida generale di cui al comma 1 dell'articolo 8 e svolge i seguenti compiti:

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

b) descrive, in base a minorazioni riconosciute, la sussistenza di disabilità fisiche e psichiatrico-psichiche, per malat-

tie mentali e per ritardi mentali su base organica o sensoriale, allo scopo di individuare le potenzialità funzionali degli aventi diritto e un percorso terapeutico-riabilitativo che indichi gli ausili tecnici, le terapie e gli interventi necessari per superare tali disabilità e il tipo di *handicap* che l'avente diritto subisce nella sua vita di relazione pubblica e privata, sulla base del profilo dinamico-funzionale così redatto;

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

d) cura la redazione di un censimento analitico delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* in base ad una scheda il cui modello deve essere approvato, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, 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, sentito il parere delle associazioni nazionali rappresentanti i disabili, che da più di tre anni svolgono attività di interesse nazionale in favore dei cittadini disabili, al fine del loro inserimento lavorativo e della loro integrazione sociale in casi di particolare gravità, e dei Ministri competenti. Alla fine di ogni anno la commissione redige una relazione sulla situazione delle minorazioni, delle disabilità e degli impedimenti sociali e strutturali che creano situazioni di *handicap* nel territorio di propria competenza, che invia agli enti pubblici territoriali, alle associazioni che operano nel settore, alla presidenza del consiglio regionale territorialmente competente e alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

e) accerta l'idoneità fisica per il conseguimento di brevetti, patenti e altre ido-

neità che richiedano un accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*, mettendo a disposizione dei richiedenti strumenti tecnici idonei allo scopo;

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

ART. 5.

(Relazioni regionali e nazionali).

1. La presidenza del consiglio regionale competente, 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 viene trasmessa al consiglio regionale, che la discute nel primo consiglio successivo alla trasmissione stessa.

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

3. La relazione annuale di cui al comma 2 è inviata alle associazioni nazionali rappresentanti i disabili.

ART. 6.

(Commissioni d'appello).

1. Presso ogni assessorato regionale alla sanità e presso gli assessorati alla sanità delle province autonome di Trento e

di Bolzano è istituita una commissione regionale di appello per l'accertamento delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*.

2. Alla commissione di cui al comma 1 possono far ricorso coloro che ritengano di non essere stati adeguatamente valutati dalle commissioni di cui all'articolo 2.

3. Le commissioni di appello sono composte da:

a) un medico legale specificamente esperto nella materia;

b) un esperto 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 al registro regionale degli esperti di cui all'articolo 3, nominato dal competente assessorato regionale alla sanità, che abbia acquisito da più di tre anni una specifica competenza nel settore delle minorazioni, delle disabilità e degli *handicap*;

i) un medico specialista di fiducia del richiedente.

4. Le commissioni d'appello hanno competenza sulle materie di cui all'articolo 4, comma 1, lettere *a)*, *b)*, *c)*, *e)* ed *f)*, e sulle richieste di controllo dei requisiti dei beneficiari riconosciuti titolari di diritti presentate dalle istituzioni di cui allo stesso articolo 4, comma 1, lettera *c)*.

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

ART. 7.

(Raccordo tra le competenze).

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in

vigore della presente legge, un testo unico riguardante le seguenti normative :

a) la disciplina per l'accertamento dell'invalidità civile, di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, alla legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e al decreto del Ministro della sanità 25 luglio 1980, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 282 del 14 ottobre 1980;

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

c) l'assicurazione obbligatoria degli 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, e successive modificazioni, e 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 all'articolo 119 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, recante il nuovo codice della strada, e del brevetto di volo, di cui al regolamento per la navigazione aerea, approvato

con regio decreto 11 gennaio 1925, n. 356, e successive modificazioni, e agli elenchi approvati con decreto ministeriale 9 gennaio 1936, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 54 del 5 marzo 1936;

g) ogni altra disposizione connessa con le normative citate nelle lettera da *a)* ad *f)*.

2. La delega di cui al comma 1 comprende, altresì, la facoltà di introdurre modifiche alle leggi e ai decreti citati nel medesimo comma 1, al fine di uniformarli ai principi di cui alla 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, sentiti i Ministri dell'interno, della pubblica istruzione, per la famiglia e la solidarietà sociale, del lavoro e della previdenza sociale, dei trasporti e della navigazione e della difesa.

2. La guida di cui al comma 1 del presente articolo e il modello di scheda di cui all'articolo 4, sono definiti entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge da una Commissione nazionale nominata dal Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti i Ministri dell'interno, della sanità, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale, dei trasporti e della navigazione, della difesa e per la famiglia e la solidarietà sociale.

3. La Commissione nazionale è costituita da dieci membri competenti nel campo dell'*handicap*, con esperienza triennale 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 redatta sulla base dei seguenti elementi:

a) classificazione delle minorazioni;

b) descrizione delle disabilità e degli *handicap*, tenendo conto della compresenza di fattori oggettivi, soggettivi e ambientali;

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

5. Ogni anno, sulla base delle proposte di integrazione e di modifica avanzate dalle commissioni di cui all'articolo 2 e dalle associazioni nazionali rappresentanti i disabili, la Commissione nazionale cura l'aggiornamento periodico della guida di cui al comma 1 del presente articolo e della scheda di cui all'articolo 4.

ART. 9.

(Norme transitorie e finali).

1. Le unità sanitarie locali e gli assessorati regionali alla sanità competenti per territorio, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono alla costituzione delle commissioni di cui all'articolo 6.

2. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanare entro trenta giorni dala data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce le disposizioni per l'esame delle domande pervenute alle unità sanitarie locali adeguandole ai nuovi criteri stabiliti dalla presente legge.

ART. 10.

(Risorse finanziarie).

1. La spesa per il funzionamento delle commissioni previste dalla presente legge, valutata in lire 3 miliardi per ciascuno

degli anni 1996, 1997 e 1998, è iscritta in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità.

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

Stampato su carta riciclata ecologica

DDL12-2783
Lire 500