

**RICHIESTE AL PARLAMENTO IN MERITO ALLA RATIFICA DELLA CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON HANDICAP.**

MAURO PERINO\*

**Premessa**

Il 28 novembre 2008 il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro Maurizio Sacconi e del Ministro Franco Frattini, ha approvato il disegno di legge di ratifica della “Convenzione sui diritti delle persone con disabilità”<sup>1</sup> firmata il 30 marzo 2007 a New York dall’allora Ministro della Solidarietà sociale Paolo Ferrero.

Il disegno di legge – che verrà sottoposto all’approvazione del Senato<sup>2</sup> – si compone di quattro articoli con i quali, oltre ad autorizzare la ratifica della Convenzione da parte del Presidente della Repubblica, si istituisce un “Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità” destinando la somma di 500 mila euro per gli anni dal 2009 al 2014 al finanziamento del nuovo organismo, incaricato di promuovere, tutelare e monitorare l’applicazione del Trattato della Nazioni Unite nel nostro Paese<sup>3</sup>.

Così come è stata colta l’occasione della ratifica per l’istituzione dell’Osservatorio – che è in ogni caso da salutare con favore – sarebbe opportuno che il legislatore, al quale è sottoposto il provvedimento, provvedesse alla contestuale formulazione delle proposte necessarie a migliorare il testo della Convenzione avvalendosi delle facoltà indicate dall’articolo 47 della stessa<sup>4</sup>.

---

\* Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

<sup>1</sup> Il testo in lingua italiana è reperibile sul sito [www.grusol.it](http://www.grusol.it). La traduzione, non ufficiale, è stata curata dal Consiglio nazionale sulla disabilità (Cnd) e dalla Federazione italiana per il superamento dell’handicap (Fish) e riveduta da Maria Rita Saulle, Ordinario di diritto internazionale all’Università La Sapienza di Roma.

<sup>2</sup> Atto del Senato n. 1279, XVI Legislatura, “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”.

<sup>3</sup> L’Osservatorio è presieduto dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali che, entro tre mesi dall’entrata in vigore della legge dovrà, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e l’innovazione, disciplinarne la composizione, l’organizzazione ed il funzionamento con apposito regolamento. E’ previsto che nell’organismo siano rappresentate le Amministrazioni centrali coinvolte nella definizione e nell’attuazione di politiche in favore delle persone con disabilità, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Autonomie locali, gli Istituti di previdenza, l’Istituto nazionale di statistica, le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei lavoratori, dei pensionati e dei datori di lavoro, le Associazioni nazionali maggiormente rappresentative delle persone disabili e le organizzazioni numero massimo di cinque esperti designati dal Ministro incaricato di presiederlo.

<sup>4</sup> «Qualunque Stato Parte può proporre un emendamento alla presente Convenzione e sottmetterlo al Segretario generale dell’Organizzazione delle Nazioni Unite. Il Segretario generale comunicherà le proposte di emendamento agli Stati Parti, chiedendo loro di far sapere se sono favorevoli alla convocazione di una conferenza degli Stati Parti in vista di esaminare tali proposte e di pronunciarsi su di esse. Se, entro quattro mesi dalla data di tale comunicazione, almeno un terzo degli Stati Parti si sono pronunciati a favore della convocazione di tale conferenza, il Segretario generale convocherà la conferenza sotto gli auspici dell’Organizzazione delle Nazioni Unite. Qualsiasi emendamento adottato dalla maggioranza dei due terzi degli Stati Parti presenti e votanti è sottoposto per approvazione all’Assemblea generale dell’Organizzazione delle Nazioni Unite ed a successiva accettazione a tutti gli Stati Parte dal Segretario generale».

In un precedente articolo sul tema, pubblicato da questa rivista<sup>5</sup>, si erano infatti proposti alcuni rilievi con riferimento a due questioni sulle quali è utile tornare: il rapporto tra handicap e malattia e la necessità di prevedere una più efficace tutela delle persone con handicap intellettuale.

## **Handicap e malattia**

In primo luogo sarebbe opportuno che nella definizione di “disabilità”<sup>6</sup> adottata nella Convenzione si facesse puntuale riferimento alla sequenza che – secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità – può portare dalla menomazione all’handicap: la menomazione è il danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di un incidente; la disabilità è l’incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito della menomazione; l’handicap è lo svantaggio sociale che può derivare dall’aver una disabilità (e che insorge o permane se tale svantaggio non viene eliminato).

E’ dunque opportuno che nel testo sottoposto a ratifica venga precisato che handicap e malattia sono due costrutti distinti che vanno considerati indipendentemente: la malattia deve venire precocemente diagnosticata e tempestivamente curata affinché non si determini una menomazione e – nel caso in cui tale menomazione insorga e magari tenda ad aggravarsi a causa del permanere di una condizione di malattia – occorre che le cure vengano assicurate in modo continuativo. Proprio perché l’incapacità di svolgere le normali attività quotidiane genera, in questo caso, uno svantaggio sul quale si deve intervenire agendo sul piano sanitario<sup>7</sup>.

Per queste ragioni non si possono equiparare i malati mentali – che vanno curati e, possibilmente, guariti – alle persone con insufficienza mentale<sup>8</sup> che – se non *anche* malate – richiedono invece interventi finalizzati a superarne la condizione di svantaggio sociale. In modo analogo si deve procedere con riferimento agli anziani non autosufficienti a causa di malattie croniche ed acute che – proprio perché malati – non possono essere semplicisticamente accomunati alle persone con handicap (intellettivi, fisici, sensoriali o plurimi).

## **La specificità dell’handicap intellettuale**

La Convenzione evidenzia il limite di non considerare la specificità dei soggetti con handicap intellettuale, soprattutto di quelli con limitata o nulla autonomia. Posto che *«non è valida una definizione di gravità che non tenga conto anche di tutti quei fattori esterni che possono o*

---

<sup>5</sup>Cfr. Mauro Perino, “La Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con handicap”, *Prospettive assistenziali*, n.159, 2007.

<sup>6</sup> La Convenzione riguarda *« quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri »*. Della disabilità – *« un concetto in evoluzione (...) che (...) è il risultato dell’interazione tra persone con minorazioni e barriere attitudinali ed ambientali, che impedisce la loro piena ed efficace partecipazione nella società su una base di parità con gli altri »* – si parla dunque come di un *effetto* che accomuna, in un’unica condizione, persone con problematiche che derivano da *cause* diverse.

<sup>7</sup> Occorre ricordare – con riferimento ai riflessi istituzionali – che, per il cittadino italiano, non è affatto indifferente se una determinata prestazione compete istituzionalmente al sistema sanitario o a quello socio assistenziale. Nel primo caso si può parlare di diritto soggettivo a beneficiare di prestazioni erogate nell’ambito di livelli essenziali di assistenza definiti, mentre, nel secondo, non sono a tutt’oggi previste prestazioni esigibili su base nazionale: con l’unica eccezione degli articoli 154 e 155 del regio decreto n. 7731931 che individuano nel Comune il soggetto tenuto a disporre il ricovero in istituto (unica prestazione alla quale hanno diritto i cittadini italiani inabili al lavoro e privi di mezzi) per i minori, i soggetti con handicap e gli anziani in gravi difficoltà socio-economiche

<sup>8</sup> Cfr. Giuseppe Oberto, “Invalidità psichiche ed invalidità fisiche ai fini del collocamento obbligatorio”, *Prospettive assistenziali*, n.77, 1987.

*rendere meno urgente o più pressante l'intervento dei servizi*<sup>9</sup> occorre che – nell'emanazione delle disposizioni finalizzate a tutelare i diritti e nella definizione delle misure per favorire l'inclusione – l'insufficienza mentale venga considerata con puntuale riferimento alla sua natura ed alla gravità che esso può assumere. Pena la non applicabilità, a queste persone, di molte delle norme contenute nel testo approvato dalle Nazioni Unite.

### **Lavoro e occupazione**

Con riferimento al tema "lavoro ed occupazione" (articolo 27) non basta un generico riconoscimento del diritto al lavoro delle persone con handicap «*su base di parità con gli altri*» ed in regime di «*eguaglianza delle opportunità*». Per i soggetti con handicap intellettuale, occorre prevedere la predisposizione di metodologie di inserimento lavorativo adeguate alle autonomie possedute: riconoscendo in ogni caso che – a fronte di alcune insuperabili limitazioni personali – è l'ambiente di lavoro e, se del caso, lo stesso sistema produttivo che deve adeguarsi.

### **Tutela giuridica**

In modo altrettanto mirato occorre che si proceda nei confronti delle persone con handicap intellettuale per le quali non sia possibile perseguire un inserimento lavorativo e la cui autonomia sia fortemente limitata o addirittura nulla: ad esse deve essere garantito il diritto ad una tutela giuridica, attraverso idonei istituti che ne assicurino la rappresentanza nei casi di incapacità di provvedere ai propri interessi.

### **Assistenza sociale e mantenimento**

Ed ancora: a tali soggetti occorre garantire – oltre al «*diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute*» sancito dall'articolo 25 – anche quello all'assistenza sociale, non esplicitamente menzionato nella Convenzione. Infatti pur dando atto che l'articolo 19 prevede, per gli Stati Parti, l'obbligatoria attivazione di servizi di assistenza alla persona e di strutture comunitarie, non è realistico pensare che tutte «*le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione abitativa*». Ai soggetti con un handicap intellettuale tale da non consentire loro di «*vivere nella comunità, con la stessa libertà di scelta delle altre persone*» e «*di mantenersi attraverso il lavoro che esse scelgono o accettano liberamente*» andrebbe dunque assicurato il pieno diritto assistenza sociale ed al mantenimento da parte degli Stati aderenti alla Convenzione.

### **Integrazione scolastica**

Analogamente – con riferimento all'accesso all'istruzione da parte delle persone con handicap – non è sufficiente che «*il sistema educativo preveda la loro integrazione scolastica a tutti i livelli e offra, nel corso dell'intera vita, possibilità di istruzione*», ma occorre che esse (handicappati intellettivi inclusi) possano beneficiare di tale diritto nell'ambito della scuola "di tutti". Dunque "insieme agli altri" e non semplicemente "come gli altri"! Ben sapendo che ciò comporta la messa a disposizione di insegnanti di sostegno e di personale di appoggio (in numero adeguato e con una appropriata formazione) e la puntuale fornitura delle prestazioni sanitarie specialistiche e di tutti gli ausili necessari a perseguire efficacemente tale obiettivo.

---

<sup>9</sup>. Maria Grazia Breda, Francesco Santanera, "Handicap e malattia: i nuovi orientamenti dell'Oms", *Prospettive assistenziali*, n.138, 2002.

## **Prevenzione dell'handicap**

Nell'ambito della convenzione sarebbe inoltre utile affrontare il problema della prevenzione, dando adeguato spazio alla necessità di azioni mirate ad evitare gli infortuni in ambiente domestico, sul lavoro e stradali che rappresentano la causa principale dell'insorgere di condizioni di handicap spesso grave. E' ben vero che l'articolo 25 impegna gli Stati a «*fornire alle persone con disabilità la stessa gamma, qualità e standard di servizi e programmi sanitari, gratuiti o a costi sostenibili, forniti alle altre persone, compresi i servizi sanitari nell'area sessuale e di salute riproduttiva e i programmi di salute pubblica inerenti alla popolazione*»<sup>10</sup>, unitamente ai «*servizi sanitari necessari alle persone con disabilità proprio a causa delle loro disabilità, compresi la diagnosi precoce e l'intervento appropriato, e i servizi destinati a ridurre al minimo ed a prevenire ulteriori disabilità*». Ma accanto a questi interventi – che la Convenzione intende estendere a chi è già in condizione di handicap – sarebbe necessaria la formulazione di indirizzi agli Stati in ordine necessità di intraprendere azioni (non solo collegate alla sanità) rivolte al complesso della popolazione e finalizzate ad evitare, per quanto possibile, l'insorgere di tale condizione.

## **Considerazione conclusiva**

Infine un tema (trattato all'articolo 28) che risulta di particolare attualità nel nostro Paese: quello del «*diritto delle persone con disabilità ad un livello di vita adeguato per sé e per le proprie famiglie, incluse adeguate condizioni di alimentazione, vestiario e alloggio, ed il continuo miglioramento delle condizioni di vita* » che gli Stati Parte devono riconoscere, prendendo misure «*appropriate per proteggere e promuovere l'esercizio di questo diritto senza discriminazione fondata sulla disabilità*». Attualmente, in Italia, lo Stato assicura agli invalidi civili un reddito di 255,13 euro mensili<sup>11</sup>. E' dunque auspicabile che – contestualmente alla ratifica della Convenzione – si ponga finalmente rimedio a tale scandalosa situazione, assicurando «*alle persone con disabilità e alle loro famiglie, che vivono in situazioni di povertà, l'accesso all'aiuto pubblico per coprire le spese collegate alle disabilità, includendo una formazione adeguata, il sostegno psicologico, l'assistenza finanziaria e le terapie respiratorie*» ed inoltre, «*pari accesso (...) a programmi e benefici per il pensionamento*».

---

<sup>10</sup> Con riferimento ai «*servizi sanitari nell'area sessuale e di salute riproduttiva*», menzionati all'articolo 25, è da segnalare la posizione, espressa dalla Santa Sede, di rifiuto della firma della Convenzione, con la motivazione che «*ci siamo opposti all'inclusione di tale frase in questo articolo, perché in alcuni Paesi i servizi di salute riproduttiva includono l'aborto, negando così l'innato diritto alla vita di ogni essere umano, affermato dall'articolo 10 della Convenzione. E' sicuramente tragico che, in tutti i casi in cui una malformazione fetale costituisce una precondizione per l'aborto, la stessa Convenzione creata per proteggere le persone con disabilità da ogni discriminazione nell'esercizio dei loro diritti, possa essere usata per negare il diritto basilare alla vita delle persone con disabilità non nate*». Fonte: Luisella Bosisio Fazzi, Pietro Barbieri, Giampiero Griffo, Op. cit.

<sup>11</sup> Cfr. "Presentata una proposta di legge di iniziativa popolare per l'aumento delle pensioni agli invalidi civili", *Prospettive assistenziali*, n.164, 2008.