

Policy Nazionale Per la Disabilità

Redatta da:

Giulia Pretini

Irene Gubbiotti

Isabella Furina

Ludovica Argentieri

Maja Urukalo

Marco Scattolin

Sofia Giannotti

Per domande rivolgersi a policy@volteuropa.org

Indice

Indice.....	1
Riassunto e Sintesi.....	2
Introduzione.....	11
Obiettivi.....	12
Proposte.....	14
Lavoro.....	14
Salute.....	18
Previdenza, Assistenza e Supporto.....	29
Urbanistica e Mobilità.....	41
Scuola.....	45
Digitalizzazione.....	55

Riassunto e Sintesi

Volt Italia ha sviluppato il progetto di Policy nel 2021 per affrontare la mancanza di rappresentanza politica adeguata per le persone disabili in Italia. L'obiettivo è migliorare l'inclusione sistemica attraverso proposte concrete nei settori dell'economia, del lavoro, dell'istruzione, della sanità, dei servizi sociali e dell'accessibilità. Nonostante i progressi, ci sono ancora sfide da affrontare e leggi da migliorare. Volt si impegna a rappresentare le istanze della comunità disabile e promuovere un approccio di inclusione e integrazione nella società moderna.

Obiettivo

La Policy si impegna a rimuovere le barriere che limitano l'autonomia e la partecipazione politica delle persone con disabilità in Italia. L'obiettivo è garantire una vita dignitosa, inclusa l'integrazione familiare e lavorativa. Il team ha condotto ricerche approfondite, collaborando con esperti, associazioni e attivisti, per comprendere le sfide nei settori chiave per le persone disabili. Si è anche consultato con altre policy a livello nazionale ed europeo per ottenere una visione completa della situazione attuale. Questo lavoro ha permesso di identificare le criticità e proporre soluzioni per un sistema di tutele e servizi efficiente.

Lavoro

In Italia, la Legge n. 68 del 12 marzo 1999 promuove l'inclusione delle persone con disabilità nel lavoro, richiedendo alle aziende con almeno 15 dipendenti di assumere almeno il 7% di lavoratori con disabilità o di compensare tramite acquisti da enti che impiegano soggetti disabili. Tuttavia, i dati mostrano una realtà opposta, con solo il 35,8% delle persone disabili tra i 15 e i 64 anni occupate e il 43,5% inattive. Ci sono carenze informative, supporto e sensibilizzazione da parte delle aziende, oltre alla mancanza di opportunità di lavoro qualificato per le persone con disabilità. L'inclusione lavorativa rimane un obiettivo lontano.

Volt Propone:

- **Riconoscimento ufficiale del ruolo del disability manager** con due specializzazioni: insediamento permanente nei Centri per l'Impiego (CPI) per supervisionare l'efficienza e il collocamento mirato delle persone disabili e supporto alle aziende per garantire l'accessibilità e la formazione del personale.
- **Formazione specifica per gli HR e i responsabili dei Centri per l'Impiego** per evitare discriminazioni e comprendere le esigenze delle persone disabili.
- **Promozione dell'accesso a formazione professionale di qualità** per consentire l'inserimento in settori lavorativi coerenti con le competenze e le aspirazioni delle persone disabili.
- **Agevolazioni fiscali e contributive per le aziende che assumono persone disabili**, senza compromettere i diritti dei lavoratori.
- **Garanzia di un pagamento a tempo pieno per quanto possibile**, anche se l'orario lavorativo può essere part-time a causa della disabilità.
- **Creazione di un servizio di trasporto statale e convenzioni specifiche tra trasporti pubblici/privati e aziende** per garantire la mobilità delle persone disabili e favorire la loro autonomia.
- **Pacchetto di agevolazioni fiscali strutturali specifiche per le persone disabili** che desiderano aprire una partita IVA o avviare un'attività propria, per agevolare l'imprenditorialità e il lavoro autonomo.

Sanità

Le persone con disabilità affrontano discriminazione e disuguaglianze nel sistema sanitario nazionale a causa dell'inaccessibilità delle strutture e della mancanza di formazione del personale sanitario. Questo porta a trattamenti indegni, barriere che peggiorano la cura e un tasso di mortalità più elevato. Inoltre, hanno un rischio maggiore di contrarre altre malattie e affrontare problematiche sanitarie. È necessario promuovere l'inclusione e l'uguaglianza nel sistema sanitario attraverso finanziamenti adeguati, accessibilità delle infrastrutture, formazione del personale sanitario e informazione sui diritti e le esigenze delle persone disabili. Le discriminazioni, come l'istituzionalizzazione e la sterilizzazione forzata, devono essere affrontate e risolte.

Volt Propone:

- **Accessibilità delle strutture.** È urgente rendere gli ospedali e i dispositivi medici accessibili senza barriere architettoniche. Devono essere previsti percorsi pedotattili e personale dedicato per pazienti con disabilità visive. Le informazioni mediche devono essere accessibili anche per pazienti con disabilità fisica e sensoriale, fornendo descrizioni visive e audio.
- **Programma di assistenza personale nazionale.** Parte dei fondi destinati alla disabilità dovrebbero essere reindirizzati a un programma nazionale di assistenza personale e progetti di vita indipendente. Ciò garantirebbe alle persone con disabilità non autosufficienti la possibilità di vivere in modo indipendente e permettendo la socializzazione ed evitando la segregazione.
- **Miglioramento dei centri di igiene mentale.** È necessario incrementare il personale, affrontando lo stigma associato alla disabilità mentale e promuovendo l'interazione con i pazienti disabili. È importante incrementare il personale, garantire la loro sicurezza e migliorare l'implementazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).
- **Istituire un protocollo nazionale** per uniformare il trattamento dei pazienti con disabilità nelle strutture sanitarie, evitando disparità basate sulla regione di origine.
- **Fornire corsi di aggiornamento e formazione al personale sanitario** per affrontare in modo adeguato le esigenze dei pazienti con disabilità.
- **Modificare l'organizzazione delle strutture ospedaliere e dei Pronto Soccorso** per fornire percorsi individualizzati ai pazienti disabili e ridurre i tempi di attesa.
- **Educazione sessuale per le persone con disabilità** per favorire una sana relazione con la sessualità e prevenire insicurezze e vergogne legate alle diversità fisiche. Nello specifico proponiamo di:
 - **Abolire la pratica della sterilizzazione voluta da terzi sulle persone con disabilità e criminalizzare l'aborto forzato** o

coercizzato, garantendo il diritto di scelta autonomo del paziente disabile riguardo alla genitorialità.

- **Riconoscere la figura dell'assistente sessuale e all'affettività** come professionista specializzato nell'aiutare i pazienti disabili a comprendere il proprio corpo, senza necessariamente implicare un rapporto sessuale completo.

Previdenza, assistenza e supporto

Disabilità nelle carceri

Le persone detenute con disabilità in Europa subiscono violazioni dei loro diritti, inclusi problemi di alloggio, cure sanitarie e discriminazione nelle pene. In Italia, mancano dati aggiornati sulla situazione delle persone disabili in carcere. Le carceri italiane sono sovraffollate, poco accessibili e non forniscono adeguati supporti e cure sanitarie alle persone con disabilità. La mancanza di personale sanitario e la mancata formazione dei caregiver interni peggiorano la situazione. È necessario un intervento per migliorare la situazione delle persone con disabilità nelle carceri.

Volt Propone:

1. **Monitoraggio permanente delle persone detenute con disabilità** a livello nazionale, fornendo dati annuali sul numero totale di persone disabili e dati specifici per ogni istituto penitenziario.
2. **Valutazione qualitativa dell'assistenza fornita alle persone disabili**, inclusa la disponibilità di attrezzature, l'accesso a programmi educativi e lavorativi, nonché l'accesso alle cure sanitarie.
3. **Presenza di caregiver esterni adeguatamente formati** per assistere le persone disabili durante la detenzione.
4. **Adeguamento degli ambienti carcerari** per garantire l'accessibilità alle persone con disabilità motoria.
5. **Fornire assistenza e accesso appropriato alle comunicazioni e alle informazioni** per le persone con disabilità.

6. **Creazione di attività formative e lavorative mirate** alle esigenze delle persone con disabilità detenute.

Politiche per l'autonomia

Lo stato fornisce supporto insufficiente alle persone con disabilità. Gli importi dei sussidi sono bassi e molte categorie di disabilità non sono considerate. I servizi sociali presentano lacune e la copertura territoriale è disuguale. La spesa sociale in Italia è inferiore alla media UE, con pochi servizi per le persone disabili. I fondi europei non vengono utilizzati adeguatamente. La legge n. 227 del 2021 è un primo passo verso l'inclusione, ma ostacoli burocratici e disinformazione limitano i suoi effetti.

Le famiglie che assistono le persone disabili affrontano difficoltà economiche e relazionali. Le donne che si prendono cura di familiari disabili sono particolarmente vulnerabili e soggette a discriminazioni. Le donne disabili in Italia subiscono violenze e abusi in misura maggiore. I Centri Antiviolenza non sono accessibili o adeguatamente preparati per le donne disabili. Molte persone con disabilità vivono isolate senza un adeguato supporto sociale, limitando il loro coinvolgimento nella società e nella politica.

Volt Propone:

- **Istituzione e regolamentazione della professione del caregiver**, con riconoscimento e retribuzione da parte del sistema sanitario nazionale. Ciò comprende anche figure collaterali come interpreti LIS e logopedisti.
- **Supporto e formazione per i familiari** che si prendono cura di persone disabili, inclusa la possibilità di affiancamento da parte di caregiver esterni. Devono essere fornite agevolazioni per bilanciare lavoro, cura e tempo libero.
- **Fornire supporto psicologico ai caregiver** per garantire il loro benessere mentale.
- **Rivedere il sistema previdenziale attuale per garantire un sostegno adeguato ai disabili**, senza basarsi su criteri di selezione e offrendo sussidi strutturali e consistenti.

- **Promuovere bandi e agevolazioni per l'acquisto di ausili e presidi**, fornendo sostegno finanziario e consentendo alla persona disabile di scegliere in base alle proprie necessità.
- **Migliorare la formazione del personale medico-sanitario delle commissioni INPS** e intensificare i controlli per prevenire frodi.
- **Potenziare i centri diurni inclusivi** per favorire l'inclusione sociale tra disabili e persone non disabili.
- **Fornire formazione specifica nei centri antiviolenza** per gestire i casi di violenza di genere contro donne disabili.
- **Creare condizioni per la partecipazione sociale e politica delle persone disabili**, garantendo l'accessibilità digitale ai processi democratici e l'accessibilità fisica ai seggi elettorali. Coinvolgere direttamente le persone disabili nella formulazione delle politiche locali e nazionali attraverso Assemblee Cittadine o altre iniziative simili.

Urbanistica e Mobilità

L'accessibilità è essenziale per garantire l'autonomia delle persone disabili. In Italia, l'accessibilità è trascurata nonostante l'aumento delle persone con disabilità. Spesso si limita alla questione del turismo nelle città storiche, ma gli edifici storici sono anche luoghi di attività quotidiane che impediscono la piena partecipazione delle persone disabili alla vita economica, sociale e politica. L'accessibilità agli edifici pubblici, inclusi quelli storici e locali privati, è un problema che limita la mobilità delle persone disabili. Molti spazi e servizi non sono accessibili e ignorano le diverse disabilità. Anche i trasporti moderni in Italia sono spesso inadeguati in termini di accessibilità.

Volt Propone:

- **Utilizzare la "participatory planning" per coinvolgere le persone con disabilità** nella pianificazione e progettazione, garantendo la piena accessibilità.
- **Introdurre corsi di formazione sul "design for all"** e sulle norme sulla disabilità nelle università di architettura, ingegneria e design.

- **Aumentare il controllo sulle strutture pubbliche e private** per assicurare l'aderenza alle norme sull'accessibilità al fine di erogare fondi.
- **Installare rampe e scivoli nei monumenti ed edifici storici** quando possibile per facilitare la mobilità.
- **Assicurare che almeno il 50% dei trasporti pubblici sia accessibile** alle persone disabili in ogni situazione, incluso durante gli scioperi.
- **Rendere le fermate dei trasporti pubblici accessibili** con sintetizzatori vocali, rampe e scivoli.
- **Collaborare all'implementazione di una piattaforma o applicazione** che permetta di informarsi sull'accessibilità degli edifici, dei mezzi di trasporto e dei luoghi pubblici, semplificando l'accesso alle informazioni sulle barriere architettoniche e l'accessibilità.

Scuola

La legge 104 del 1992 garantisce l'inclusione scolastica delle persone disabili, ma l'ultimo rapporto dell'Istat evidenzia la necessità di ulteriori miglioramenti. La percentuale di alunni con disabilità nelle scuole è in aumento, ma il 59% di loro non ha una continuità didattica e il 66% non partecipa alle gite. Esiste un divario tra Nord e Sud, con il Mezzogiorno che presenta carenze di strumenti didattici e assistenti all'autonomia. È fondamentale risolvere problemi come la discontinuità dei rapporti con gli insegnanti di sostegno, la mancanza di formazione specializzata, l'implementazione delle tecnologie e le barriere architettoniche nelle scuole.

Volt propone:

- **Aumento dei posti di lavoro per gli insegnanti di sostegno** e creazione di una **graduatoria specifica** per evitare l'assunzione di personale non adeguatamente formato.
- **Percorsi di formazione periodici per tutti gli insegnanti e il personale ATA** per conoscere le diverse disabilità e intervenire in situazioni di emergenza.

- **Necessità di affiancare all'insegnante figure specializzate** come il docente di sostegno, l'educatore e l'infermiere scolastico per garantire un adeguato percorso formativo e la continuità dell'assistenza agli studenti disabili.
- **Importanza che tutti gli insegnanti siano in grado di intervenire tempestivamente** in casi di urgenze attraverso l'apprendimento di manovre generiche.
- **Maggiore controllo nella gestione dei programmi educativi individualizzati (PEI)** con l'inclusione di un ruolo tecnico ed esterno per aiutare nella loro costruzione.
- **Creazione di maggiori opportunità per coloro che conseguono un diploma differenziato**, non solo nel mondo del lavoro ma anche nell'accesso all'università.
- **Implementazione di percorsi di formazione specializzati per coloro che conseguono un diploma differenziato**, al fine di aumentare le opportunità di lavoro.
- **Accessibilità degli edifici scolastici**, con un approccio che comprende anche un percorso esterno che colleghi la viabilità pubblica all'accesso agli edifici e la presenza di posti auto riservati
- **Istituzionalizzazione dell'infermiere scolastico**, come figura fondamentale per migliorare lo stato di salute, l'empowerment e engagement degli studenti disabili
- **Inserimento dello psicologo scolastico**

Digitalizzazione

La digitalizzazione ha avuto un impatto significativo sulla società odierna, offrendo molteplici opportunità e benefici ad un numero di utenti perennemente in crescita.

Eppure, non tutte le persone possono trarre pienamente vantaggio da queste nuove tecnologie, in particolar modo le persone con disabilità, le quali incontrano difficoltà nell'accedere ai contenuti online e beneficiare dei servizi digitali.

La situazione attuale riguardante l'accessibilità web e, più in generale, la digitalizzazione al servizio delle persone disabili presenta ancora numerose carenze e criticità.

Volt Propone di:

- **Investire nella formazione sulle pratiche di accessibilità e sensibilizzazione** verso le esigenze delle persone disabili.
- **Garantire l'inclusione dell'accessibilità fin dalle fasi iniziali** di progettazione e sviluppo dei siti web e delle app.
- **Promuovere la formazione in materia di accessibilità web** per sviluppatori, designer e altre figure coinvolte nella creazione di siti e app.
- **Fornire linee guida chiare e aggiornate sulle best practice per la progettazione** di siti web e app accessibili.
- **Implementare meccanismi di controllo e test di accessibilità regolari** per verificare la conformità agli standard di accessibilità.
- **Coinvolgere persone disabili nella fase progettuale** e nella ricerca utente per identificare esigenze specifiche e elaborare soluzioni efficaci.
- **Promuovere la collaborazione tra enti pubblici e privati** per condividere conoscenze e risorse nell'ambito dell'accessibilità web e digitalizzazione.

Introduzione

La disabilità può essere interpretata in vari modi. Giuridicamente, è vista come una limitazione nel quotidiano, portando a diritti e protezioni specifici per assicurare uguaglianza. Sanitariamente, si focalizza sulle limitazioni fisiche o mentali, sottolineando l'importanza di cura e supporto per mantenere la qualità di vita. In un contesto più generico, la disabilità rappresenta una variazione dalla norma, enfatizzando la necessità di un approccio inclusivo che riconosca le differenze e promuova pari opportunità per tutti. In ogni caso, la disabilità non è una condizione statica: può mutare nel tempo ed è influenzata da un'ampia varietà di fattori, tra cui la diagnosi, il trattamento, l'ambiente ed il supporto sociale. Il progetto di Policy nasce nel 2021, ed è prodotto di un lavoro di ricerca che ha visto il coinvolgimento di diversi membri del team policy e di Volt Italia così come di persone esperte e professioniste, nonché associazioni che trattano del tema.

In particolare, il team di Equità Sociale si è trovato ad analizzare ed osservare come il contesto partitico italiano non dia alcuna rappresentanza corretta alla comunità disabile, se non per meri fini utilitaristici elettorali. L'indignazione per una situazione tanto indecente, ha portato alla realizzazione non soltanto dell'urgenza non più rinviabile di studiare delle proposte serie per dare una svolta concreta alla condizione di milioni di persone disabili, ma anche l'importanza e rilevanza che una battaglia di tale portata avrebbe avuto per l'identità politica di Volt Italia.

Volt si propone come il partito dell'inclusione sistemica. Il suo motto, "Siamo l'Europa", ha come significato quello di porre una forte attenzione alla necessità di ascoltare le vittime di discriminazione e riconoscere la realtà e l'importanza delle situazioni che vivono. La disabilità è la maggior fonte di discriminazione, riconosciuta dalle istituzioni internazionali, e una fonte di costante mobilitazione della maggior parte delle organizzazioni che rappresentano le persone con disabilità nel mondo.

La situazione non è migliore in Europa che nel resto del mondo, e qualche volta persino peggio. Tentativi di segregazione, inaccessibilità dei luoghi e del mercato del lavoro, abilismo endemico ed interiorizzato, sterilizzazioni coatte, isolamento e scarsità di

servizi alla persona sono soltanto alcuni degli esempi che possiamo indicare, in Italia come in Europa.

Per queste ragioni abbiamo ritenuto doveroso costruire una proposta politica che vada a toccare tutti i principali aspetti in cui una persona disabile - come qualsiasi altra persona - si ritrova a navigare: economia e lavoro, istruzione ed università, sanità e assistenza personale, servizi sociali, trasporti e accessibilità fisica e digitale.

Il nostro paese ha già fatto tanto per tutelare i diritti delle persone disabili, i traguardi raggiunti sono stati molteplici e hanno notevolmente migliorato la vita di questa categoria di persone. Tuttavia, riteniamo che ci sia ancora molto da fare, aspetti che non sono stati toccati o toccati solo in minima parziale, leggi che non vengono applicate nella misura adeguata o leggi obsolete e manchevoli.

Come Volt, riteniamo doveroso impegnarci a raccogliere le istanze della comunità disabile, a fornire loro una rappresentazione adeguata di esse ed a promuovere un approccio di reale inclusione ed integrazione nella società moderna.

Obiettivi

Una policy per una vita realmente autodeterminata ed indipendente.

Il progetto si propone di elaborare delle politiche efficaci in Italia per l'abbattimento delle barriere architettoniche, sociali, economiche e politiche che ancora oggi impediscono alle persone con disabilità di vivere una vita autonoma e indipendente, nonché di prendere parte attivamente alla vita politica del paese in cui vivono.

La Policy mira a trovare delle soluzioni efficaci per far sì che le persone con disabilità possano avere una vita dignitosa, sia in ambito familiare che lavorativo/economico, e che la società si integri con le persone disabili.

Per il raggiungimento dello scopo, il team, oltre ad effettuare un lungo lavoro di raccolta dati e ricerca delle fonti, si è avvalso delle consulenze informali di esperti/e, associazioni ed attivisti/e operanti nei settori che coinvolgono la vita di una persona disabile (lavoro, istruzione, previdenza sociale, sanità, ecc.) e si è interfacciato con i team di altre policy sia nazionali che europee per avere una visione ampia della situazione

attuale e rendere il lavoro quanto più trasversale possibile. Il materiale raccolto, unito alle normative già in vigore, ha permesso di creare un quadro complessivo delle criticità ed una visione di insieme di quali proposte poter avanzare per realizzare un sistema di tutele e servizi efficiente ed efficace.

Proposte

Lavoro

La situazione lavorativa attuale

In Italia, la principale normativa volta a promuovere l'inclusione e la tutela delle persone con disabilità nel mondo del lavoro è rappresentata dalla Legge n. 68 del 12 marzo 1999¹, che stabilisce le disposizioni per favorire l'accesso al lavoro delle persone con disabilità. Tale legge, prevede che aziende con almeno 15 dipendenti siano tenute ad assumere almeno il 7% di lavoratori con disabilità o possano compensare l'obbligo tramite l'acquisto di beni e servizi da enti che impiegano soggetti disabili. La normativa promuove l'accessibilità dei luoghi di lavoro, mediante l'abbattimento di barriere architettoniche e l'installazione di ausili tecnici, include la possibilità di beneficiare di riduzioni contributive e di detrazioni fiscali per le imprese e contempla l'adattamento degli orari di lavoro in base alle necessità specifiche delle persone disabili. La legge 68, trova la sua applicazione tramite il collocamento mirato delle cosiddette "categorie protette", gestito dai Centri per l'impiego territoriali.

A dispetto di norme e leggi, i dati a disposizione, uniti al lavoro delle associazioni di settore ed alle testimonianze dirette di persone disabili mediante canali non istituzionali (social, blog ecc) ci restituiscono una realtà diametralmente opposta a quanto trascritto su carta.

L'Istat, già nella legge di Bilancio del 2019, ha evidenziato come su 100 persone tra i 15 e i 64 anni (le quali nonostante presentino limitazioni a livello motorio, sensoriale oppure disturbi intellettivi e di comportamento, sono comunque in grado di avere un lavoro) solo il 35,8% avesse un'occupazione, il 20,7% fosse in cerca di un'occupazione, mentre il 43,5% risultasse inattivo, anche a causa dello scoraggiamento dovuto ai pregiudizi e dalla generale situazione lavorativa italiana². Pur sussistendo una penuria di dati in merito, le interviste effettuate con le associazioni di riferimento, ci rendono noto come la situazione dal 2019 ad oggi non abbia visto miglioramenti.

¹ <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/99068l.htm>

² <https://www.disabili.com/images/pdf/Dossier-lavoro-disabili.pdf>

Oltre i dati numerici, di criticità e lacune nel collocamento di soggetti disabili nel lavoro sono, purtroppo, varie e numerose. Prima fra tutte è la mancanza di informazioni e supporto per le persone disabili che desiderano accedere al mondo del lavoro: fin troppo spesso, le informazioni sui diritti e le opportunità lavorative disponibili sono frammentate e poco accessibili, e vi sono testimonianze che raccontano come siano addirittura i medici di commissione INPS che scoraggiano l'iscrizione delle categorie protette alle liste di collocamento mirato, poiché considerato inutile data l'assente sollecitudine ed inefficienza degli uffici preposti nei CPI.

A rappresentare una delle lacune più consistenti è il fatto che molte aziende non sono ancora adeguatamente sensibilizzate e preparate ad accogliere e supportare i dipendenti con disabilità, unitamente alla scarsità di opportunità di lavoro qualificato per le persone con disabilità: non è per nulla insolito che i lavori disponibili per le categorie protette siano di natura più precaria o poco stimolanti dal punto di vista professionale. In barba alle leggi vigenti, siamo ben lontani dalla vera inclusione lavorativa e dal rompere il soffitto di cristallo che impedisce alle persone con disabilità (in particolare alle donne con disabilità) di occupare posizioni apicali negli ambienti lavorativi sia pubblici che privati.

Le proposte di Volt Italia

- Riconoscimento della figura del disability manager

La figura professionale è già esistente nel mercato del lavoro, ma la sua funzione non è ancora definita. Proponiamo di attivare ufficialmente tale figura, definendola in due specializzazioni: la prima è l'insediamento permanente nei CPI territoriali, al fine di supervisionare e garantire il corretto funzionamento ed efficienza degli uffici per la L 68/99 nei centri stessi (rendendoli più solleciti ed attivi nel collocare la persona disabile sul lavoro), ed anche al fine di affiancare e seguire la persona disabile iscritta alle liste di collocamento mirato, dall'iscrizione alla post - assunzione, verificando ad intervalli regolari l'andamento

dell'esperienza lavorativa generale, con particolare attenzione all'accessibilità ed alla mancanza di eventuali discriminazioni sul luogo di lavoro. In presenza di un possibile licenziamento, il disability manager deve garantire il proseguimento del percorso con la persona disabile che ha collocato e seguito fino a quel momento; la seconda specializzazione, invece, riguarda il supporto interno alle aziende in materia di accessibilità ed organizzazione degli spazi e degli strumenti di lavoro, nonché in ambito di formazione del personale aziendale;

- **Formazione degli HR e dei responsabili dei centri dell'impiego**

Abbiamo notato come ci sia una scarsa se non addirittura inesistente formazione degli appartenenti alle risorse umane e dei lavoratori dei Centri dell'impiego, in particolare di coloro che si occupano dei lavoratori con disabilità. Questa mancanza di formazione non è presente solo a livello pratico, ma anche a livello di sensibilità e conoscenza di cosa sia una disabilità e di come approcciarsi al meglio ad una persona disabile.

Vogliamo perciò prevedere dei percorsi di formazione degli esperti in ambito HR e dei responsabili dei centri dell'impiego affinché non ci siano forme di discriminazione e abilismo e affinché le necessità del lavoratore disabile siano considerate al meglio senza pregiudizi.

- **Promuovere l'accesso a formazione professionale di qualità**

per favorire l'inserimento delle persone con disabilità in settori lavorativi che rispecchiano le loro competenze e aspirazioni, onde evitare che i soggetti con disabilità si trovino costretti a dover necessariamente accettare impieghi insoddisfacenti e non qualificati;

- **Agevolare le aziende che assumono persone disabili**

superando detrazioni fiscali e riduzioni contributive in favore di un esonero dal pagamento di alcune tasse, senza intaccare il diritto della persona lavoratrice ad aver garantite ferie, malattia, e contributi.

- Garantire il più possibile il pagamento a full-time

A fronte di un orario lavorativo part-time, come già previsto dalla legge 68/99 (datosi che non tutti i soggetti disabili sono in grado di reggere il lavoro full-time e questo non gli permetterebbe di avere la stessa indipendenza economica di una persona che invece può lavorare full-time), ma quasi totalmente disatteso da aziende e datori di lavoro;

- Attivare un servizio statale di trasporto e delle convenzioni specifiche fra trasporti pubblici/privati ed aziende

Alcune persone con disabilità non possono guidare la macchina o prendere la patente e questo li penalizza in quelle località dove il servizio di trasporto pubblico è inesistente o manchevole, costringendoli perciò a dover dipendere dai famigliari a essere accompagnati al lavoro oppure a rinunciare a un'offerta di lavoro. Con un programma di servizi di trasporti pubblici e/o privati e collaborazione con l'azienda che ha in assunzione il dipendente disabile si può ovviare a questo ostacolo e permettere al dipendente disabile la piena autonomia.

- Strutturare un pacchetto di agevolazioni fiscali strutturali specifiche per i disabili che vogliono aprire partita IVA o un'azienda propria

In questo modo si faciliterebbe l'ingresso nell'imprenditoria o nel lavoro autonomo per coloro che hanno una disabilità.

L'articolo 1 della Costituzione italiana sancisce che la nostra Repubblica democratica è fondata sul lavoro, individuando in esso uno strumento di emancipazione e autodeterminazione dell'individuo a cui tutta la cittadinanza ha diritto per poter partecipare attivamente alla vita dello Stato; le proposte in materia di lavoro che proponiamo hanno lo scopo di applicare letteralmente tale principio anche alle persone disabili, la cui inclusione nel mercato del lavoro, ad oggi, viene costantemente applicata con superficialità e scarsità.

Salute

Le persone con disabilità soffrono ancora di discriminazione e ineguaglianza all'interno del nostro sistema sanitario nazionale, sia a livello di inaccessibilità delle strutture e degli strumenti dediti alla cura, sia a livello di pregiudizi e abilismo da parte del personale sanitario poco formato riguardo alle necessità ed alle modalità con cui interagire con una persona con disabilità, che sia fisica, intellettuale o psicosociale, negli ambienti di cura.

Tali disuguaglianze all'interno del sistema sanitario portano ad una serie di disagi per i pazienti con disabilità: la lesione della dignità di trattamento, le barriere architettoniche e/o ambientali e psicologiche che possono causare un livello di cura peggiore e, pertanto, peggiorare lo stato di salute del paziente; non è un caso, infatti, che il tasso di mortalità registrato per le persone con disabilità sia due volte più elevato, avvenendo in media tra i 10 e i 20 anni prima rispetto alle persone non disabili.³

In circa il 40% dei casi la minore aspettativa di vita è causata da malfunzionamenti del sistema sanitario.

Le persone con disabilità, inoltre, corrono un rischio maggiore (circa tre volte maggiore) di contrarre altre malattie e confrontarsi con altri tipi di problematiche sanitarie, come il diabete, la malnutrizione infantile, l'infezione da HIV e AIDS. Senza contare eventuali spese legate alle cure mediche o ad ausili di supporto che possono pesare sulle finanze

³

(<https://www.eesc.europa.eu/it/news-media/news/accesso-alla-salute-negato-le-persone-con-disabilita-h-anno-maggiori-difficolta-ad-accedere-allassistenza-sanitaria>).

delle stesse e delle loro famiglie, rischiando così, in alcuni casi, che il paziente rinunci a tali cure e ausili (portando ad un aggravamento della condizione) o, addirittura, ad altri tipi di bisogni (per esempio: una persona con disabilità che necessita di assistenza personale quotidiana potrebbe rinunciare a questo supporto per difficoltà economiche, vedendosi quindi costretta ad essere ricoverata in un istituto, oppure un familiare potrebbe rinunciare alla sua vita e ad un'eventuale carriera per prendersi cura della persona disabile senza ottenere alcun compenso economico).

Alla luce di tutti questi aspetti, il nostro sistema sanitario necessita di maggior inclusione e uguaglianza, dove si prevedono delle misure ad hoc per coloro che hanno maggiori bisogni o bisogni di diverso tipo rispetto a una persona non disabile. A tale scopo è necessario finanziare maggiormente la sanità, in particolar modo per garantire l'accessibilità delle infrastrutture e degli strumenti sanitari, creare consapevolezza riguardo alla disabilità negli operatori sanitari e informare questi ultimi, insieme ai pazienti disabili stessi, circa i diritti sanitari e le esigenze di chi vive con una disabilità.

Dalla salute e dall'accesso alle cure e agli strumenti di gestione della disabilità dipendono anche la qualità della vita, la mortalità, la resistenza alle emergenze sanitarie e il benessere generale della persone (salute mentale, accesso alle opportunità, possibilità di crearsi una famiglia, ecc.), senza contare che la salute, sia fisica che psicologica, è parte fondamentale della vita di ogni cittadino, qualsiasi sia la sua condizione, e non può rappresentare l'ultima ruota del carro della nostra società.

Nonostante questo, però, il nostro paese porta ancora avanti atti di discriminazione e di violazione dei diritti umani delle persone con disabilità tramite l'istituzionalizzazione, la coercizione, il trattamento forzato, le sofferenze e il ricovero.

Oltretutto, le donne con disabilità intellettiva incorrono nel rischio di vedersi praticare la sterilizzazione forzata per la gestione del ciclo mestruale o per evitare gravidanze indesiderate e, più in generale, il tema dell'abuso e della gravidanza per le persone con disabilità sono altri temi che richiedono di essere risolti il prima possibile.⁴

4

(<https://www.eesc.europa.eu/it/news-media/news/accesso-alla-salute-negato-le-persone-con-disabilita-h-anno-maggiori-difficolta-ad-accedere-allassistenza-sanitaria>).

Lo stato dell'SSN ora

Più di 8 persone su 10, ovvero 84,7%, considera il nostro Sistema Sanitario Nazionale inadeguato nel fornire risposte e servizi alle persone con disabilità e 5 persone su 10, ovvero 49,8% hanno sottolineato che nelle strutture ospedaliere a cui si sono rivolte non erano previsti percorsi prioritari per gestire i bisogni specifici dei pazienti disabili. Più di 1 persona su 3, ovvero 37,6%, ha dichiarato di aver incontrato barriere architettoniche all'interno delle strutture sanitarie.⁵

Molte persone disabili sono, inoltre, costrette a spostarsi fuori regione per ottenere cure e questo va ad aggiungersi alle difficoltà che già hanno quotidianamente, nonché i costi e le spese previste da tale spostamento; infatti, ben 6 persone su 10 si vedono costrette a spostarsi per visite di routine.

Quasi 6 persone su 10, ovvero 57,1%, hanno indicato, come maggior problema riscontrato nella sanità, le lunghe liste d'attesa per la prenotazione di visite e ricoveri e oltre 4 persone su 10, ovvero 45%, hanno evidenziato anche le lunghe ore di attesa per eseguire visite e controlli. A questo si aggiunge l'inadeguata formazione del personale sanitario: 4 persone su 10 hanno infatti lamentato criticità nel comunicare con il personale ospedaliero e quasi 4 persone su 10, ovvero 37,3%, non lo ritengono in grado di gestire i comportamenti problematici delle persone con disabilità, che portano a conseguenti difficoltà anche nella degenza ospedaliera. Il 78,5% del campione intervistato ritiene che il personale sanitario non sia adeguatamente formato per soddisfare i bisogni delle persone più fragili.

Alla luce di tutto ciò, è evidente come sia necessario adottare una serie di politiche affinché il nostro SSN migliori la propria gestione dei pazienti più fragili, ovvero dei pazienti con disabilità, a cominciare da maggiore accessibilità e inclusione, eliminando le barriere architettoniche, introducendo strumenti e materiali per le diagnosi e i controlli

⁵

(<https://www.vita.it/it/article/2021/07/12/accessibilita-alle-cure-un-percorso-ad-ostacoli-per-le-persone-con-dis/159978/>).

accessibili e il più possibile adattabili ai limiti delle persone con disabilità fisica, prevedendo formazione adeguata per il personale sanitario affinché non ci siano rischi di trattamenti discriminatori e abilità, riducendo le liste d'attesa e le ore di attesa per le visite, prevedendo maggiori accorgimenti e migliorando l'offerta sanitaria ai pazienti con disabilità ove possibile.⁶

Le proposte di Volt Italia

Per ovviare a tutte le problematiche di cui sopra, Volt offre una serie di soluzioni per migliorare l'esperienza e la cura delle persone con disabilità negli ospedali appartenenti al Sistema Nazionale.

- **Rendere tutti gli ospedali e i dispositivi medici accessibili:**

È assolutamente urgente che le strutture ospedaliere siano rese accessibili senza eccezioni, ove non lo siano. Gli spazi e gli edifici non devono prevedere barriere architettoniche per i pazienti con mobilità ridotta, così come le attrezzature usate per effettuare i controlli e le visite che devono essere tali da permettere la maggior indipendenza del paziente disabile, mentre per i pazienti ciechi e ipovedenti è ideale prevedere un percorso pedotattile in tutto l'edificio ospedaliero (e gli spazi collegati ad esso) ed, eventualmente, una persona dedicata all'accompagnamento del paziente con disabilità visive.

Allo stesso modo, le informazioni di carattere medico devono essere fornite in maniera accessibile anche a pazienti con disabilità fisica e sensoriale, prevedendo descrizioni visive per i pazienti sordi/non udenti e audio per i pazienti ciechi e ipovedenti.

Lo stesso si applica a chi ha disabilità intellettiva, fornendo una traduzione in linguaggio facilitato dell'informazione di cui necessita.

⁶

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4710&lingua=italiano&menu=socioSanitaria>.

- **Programma di assistenza personale nazionale**

Troppo spesso il nostro Stato, quando decide di indirizzare dei fondi alla disabilità, li destina alle residenze permanenti per coloro che hanno gravi disabilità fisiche e che hanno bisogno di assistenza nelle attività della vita quotidiana. Tuttavia queste residenze finiscono per rappresentare una forma di segregazione perché non permettono a coloro che ci vivono di socializzare anche con l'esterno e, soprattutto, diventano quasi "obbligatorie" in quei casi in cui un individuo disabile non autosufficiente non ha nessuno che possa prendersi cura di lui a casa e non può permettersi di pagare un assistente personale.

Come Volt vogliamo quindi re-indirizzare parte di questi fondi a un programma nazionale di assistenza personale (caregiving) e a progetti di vita indipendente per le persone con disabilità non autosufficienti in modo da garantire anche a loro la possibilità di godere dei propri spazi personali e della propria famiglia e di una vita inserita nella rete socio-economica, senza pesare sulla personale situazione finanziaria, nonché istituire residenze altamente specializzate per soggetti con gravi disabilità cognitive e/o psichiatrica, che consentano libero accesso delle persone, favorendo inclusione e socializzazione.

Inoltre, vogliamo aumentare le attuali ore di assistenza personale e i fondi dove già previsti.

- **Elaborazione di un protocollo nazionale**

Essendo la Sanità di competenza delle Regioni, attualmente si notano delle modalità di trattamento del paziente con disabilità differenti: questo implica un trattamento migliore o peggiore a seconda del luogo di origine. Per evitare questa eterogeneità, sarebbe dunque opportuno istituire un protocollo nazionale che indichi la strumentazione di cui una struttura sanitaria deve obbligatoriamente disporre, e circa gli iter di attesa, diagnosi e cura a cui il paziente deve essere sottoposto.

- **Modificare l'organizzazione delle strutture ospedaliere e Pronto Soccorso**

È giusto trattare il paziente disabile con percorsi individualizzati, che tengano quindi di conto delle sue esigenze specifiche. Basti pensare al paziente con disabilità mentale/intellettuale (es. paziente autistico) che potrebbe risultare intollerante ai tempi di attesa tipici del PS; si potrebbe pensare all'aggiunta di codici che permettano a pazienti intolleranti ai tempi di attesa, di scavalcare gli altri, insieme a sale di attesa aggiuntive per limitare atteggiamenti di intolleranza all'ambiente circostante, con eventuali passatempo/distrazioni.

- Istituzione di corsi di aggiornamento/formazione per tutto il personale socio-sanitario e per i medici di medicina generale.

L'operatore sanitario deve essere pronto ad interfacciarsi con il paziente disabile che, come già detto, presenterà delle esigenze proprie, che devono dunque essere assecondate in maniera specifica, per questo si ritiene essenziale la formazione del personale già durante il percorso di studi. Si pensa all'inserimento di moduli di esame per le facoltà di Medicina e Chirurgia e Professioni Sanitarie, accompagnati da corsi di formazione e aggiornamento per Personale Sanitario già operante, indipendentemente dal ramo di specializzazione; inoltre, anche i medici di medicina generale già in carica, nonché gli studenti di medicina che sceglieranno il percorso di medico di famiglia, dovranno essere adeguatamente formati per poter offrire le migliori cure ai pazienti con disabilità che possono necessitare di maggiori attenzioni o cautele.

- Migliorare i centri di igiene mentale e la legge Basaglia

Questa è quella «norma che ha permesso la restituzione dei diritti costituzionali ad un popolo che ne era privo: i "matti", stabilendo che tutti i cittadini godono di un diritto inalienabile alla cura.» (Peppe Dell'Acqua).

Dopo 40 anni, però, dalla legge in questione, è doveroso mettere a punto delle lacune emerse nel corso del tempo, come la carenza di personale: quello dei Centri di Salute Mentale è di 29.260 unità, sotto lo standard di 1/1500 abitanti

indicato dal Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000, secondo il quale gli operatori dipendenti dovrebbero essere circa 40mila. Inoltre i fondi sono insufficienti. Questo può essere fatto:

1. Incrementando il personale: attualmente il Sistema Sanitario Nazionale, tramite le ASL di zona, mette a disposizione della cittadinanza la possibilità di svolgere 5-8 sedute dallo Psicologo al costo complessivo di un ticket, con la prima consulenza psicologica gratuita. A volte il numero di sedute può variare leggermente da regione a regione mentre il sistema di erogazione rimane invariato. Questo può portare all'instaurazione di un percorso psicologico frammentato che può essere dannoso per la salute psicologica del paziente. Bisognerebbe, dunque, aumentare il personale nelle strutture (psicologi e psichiatri) in modo tale da aumentare la frequenza degli incontri (se ritenuto opportuno, per ovviare alle settimane di attesa) e protrarsi fino a quando necessario. Si può pensare di spingere sempre più giovani ad intraprendere percorsi di studio e di lavoro al fianco di persone con disabilità, in primis combattendo lo stigma che ruota attorno alla disabilità mentale, che li cataloga come pazzi, e dunque persone da tenere lontane. Si possono inoltre introdurre ore di alternanza scuola-lavoro in reparti/strutture specializzati, oppure propagandare progetti di volontariato nelle scuole e nelle università;
2. Incrementando la sicurezza del personale sanitario: sono note moltissime storie di personale medico vittima di violenza fisica da parte di pazienti, molto spesso affetti da patologie psichiatriche. Questo è molto spesso causa di una idealizzazione della figura, dimenticando che si tratta di persone e lavoratori, che devono essere adeguatamente tutelati sul posto di lavoro, ed adeguatamente retribuiti in relazione al carico dello stesso.
3. Migliorare la pratica dei TSO: Il TSO è una parte integrante della Legge Basaglia, ed è un provvedimento che prevede la presa in carico del paziente da parte dello Stato, qualora questo si rifiuti di sottoporsi ad un programma di cura. Sono quasi inesistenti i dati che quantificano i ricoveri

in Italia: sono 9.102 le persone sottoposte a Tso nel 2014, ultimo anno per cui l'Istat ha fornito una rilevazione.

- Istituire programmi di educazione sessuale per le persone con disabilità

Secondo l'OMS:

“la sessualità è fonte di piacere, di salute e benessere, di comprensione, riguarda la soddisfazione dei bisogni umani di contatto, intimità, espressione emozionale, tenerezza e amore e genera nelle persone atteggiamenti positivi verso sé e verso gli altri.

Il concetto di sessualità include l'identità di genere e i ruoli, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione.

Ogni persona, in qualunque momento della sua vita, può trovarsi in una condizione di salute che, in un ambiente negativo, diviene disabilità.

La disabilità non è una caratteristica della persona, ma il risultato dell'interazione tra la situazione personale e un contesto sociale sfavorevole che può limitare o restringere le capacità funzionali e di partecipazione sociale“

(OMS, 2002)

Da ciò si evince che la sessualità è una prerogativa fondamentale per la salute psicofisica dell'individuo, e dunque anche del disabile.

Nonostante ciò, sono ancora diffusi, nella nostra cultura, stereotipi che associano al soggetto disabile una condizione di asessualità. È per questo che, nella maggior parte dei casi, le persone disabili vengono sottoposte, per conto di genitori o tutori, ad interventi chirurgici irreversibili per limitare i normali istinti fisici del soggetto, oppure viene preferita la via della prostituzione, che però non educa e predispone all'affettività. Si pensa ancora che il soggetto con disabilità non possa avere una vita sentimentale (e sessuale) stabile, scegliendo il proprio partner, il matrimonio, ed eventualmente anche di costruire una famiglia.

Ancora oggi queste decisioni non spettano ai dirette interessate, che molto spesso vedono strappare il sogno di un figlio poiché costrette ad abortire obbligatoriamente.

Noi, come Volt, crediamo che nella nostra società ancora il tema della sessualità venga visto come un tabù, ed a maggior ragione se questo è affiancato alla disabilità. Ma la sessualità è un aspetto della vita di ciascuno di noi, ed ognuno di noi ha il diritto di scegliere come coltivarlo. È un tema che non può più essere trascurato, ma è importante parlarne ed educare, sin dall'età dell'infanzia, ad avere una maggiore consapevolezza del proprio corpo ed a sapersi relazionare con l'altro.

Il soggetto disabile è una persona con diversità fisiche o mentali che potrebbero rendere più difficoltoso questo processo, ma non per questo evitabile. È necessario e doveroso che egli abbia una maggiore conoscenza delle sue capacità fisiche, imparando come assecondare i propri istinti fisiologici, senza reprimerli.

“L'intesa emotiva tra due persone consente l'opportunità di riconoscersi come tali e questo ha un grande significato per la persona disabile, che viene identificata come soggetto unico e originale, anziché come deficitario; gli viene, quindi, offerta l'occasione di rappresentarsi come “essere umano” e non come “disabile”. Egli fa esperienza di sé, perché entra in relazione col mondo e sperimenta il proprio modo di essere con quello di un altro.” (Venere, 2020)⁷

Attualmente in Italia non esiste una normativa che disciplini il rispetto e la tutela del tema in questione. Al momento abbiamo solo il disegno di legge n. 1442 della 17esima Legislatura⁸ (aprile 2014), fermo in Senato. Il ddl è noto come “Disposizioni in materia di sessualità assistita per persone con disabilità”.

Tale documento vuole “favorire il pieno sviluppo della persona anche sotto il profilo dell'espressione della sessualità”. Per farlo, quindi, il ddl n. 1442 chiede l'istituzione

7

<https://www.annamariavenere.it/affettivita-e-sessualita-nelle-persone-disabili-limportanza-della-dimensione-sociale/>

⁸ https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/769165/index.html?part=ddlpres_ddlpres1

della “figura dell’assistente per la sana sessualità e il benessere psico-fisico delle persone disabili o assistente sessuale”.

A tal proposito Volt propone di:

1. Introdurre l’Educazione e Assistenza Sessuale e all’affettività: È importante che il soggetto conosca il proprio corpo ed impari ad accogliere le proprie sensazioni fisiche, senza reprimerle; è importante anche che il soggetto abbia una maggiore conoscenza della sua fisicità e delle modalità di relazione con l’altro, non permettendo che eventuali diversità fisiche possano determinare insicurezze, bassa autostima e/o vergogna, che impediscano un sano rapporto con la sessualità.

“Al pari delle altre persone, anche per i disabili l’obiettivo familiare dovrebbe essere l’educazione alla sessualità, ovvero fornire informazioni e conoscenze commisurate alla capacità di comprendere e dare risposte pertinenti e veritiere, cercando al contempo di integrarle nel processo di sviluppo complessivo della persona (Loperfido, 2006). Per consentire ciò, l’interesse si sposta da strategie psicoterapeutiche da indirizzare esclusivamente al disabile, a strategie di intervento verso la famiglia di appartenenza e ad aree sociali più vaste (scuola e comunità), al fine di rimuovere quelle barriere ambientali, sociali e psicologiche che impediscono il percorso creativo ed espressivo, affettivo e sessuale dei diversamente abili (Shakespeare et al.,1996; Casalini, 2013).”⁹

2. Criminalizzare la pratica specifica della sterilizzazione sulle persone con disabilità voluta da terzi (genitori o caregiver); criminalizzare l’aborto forzato o coercizzato delle persone con disabilità: *come in Irlanda e in Slovenia, in Italia la sterilizzazione delle persone con disabilità non è consentita, ma possono esistere delle eccezioni, come nei casi di misure considerate urgenti o terapeutiche. Infatti, può accadere che venga magari mascherata da altri tipi di intervento, come un’asportazione dell’appendicite o una biopsia. A volte si tratta di iniezioni contraccettive*

9

[\(https://www.annamariavenere.it/affettivita-e-sessualita-nelle-persone-disabili-limportanza-della-dimensione-sociale/\)](https://www.annamariavenere.it/affettivita-e-sessualita-nelle-persone-disabili-limportanza-della-dimensione-sociale/)

*somministrate all'insaputa delle donne, specie di quelle con disabilità intellettiva, a cui viene spesso negata la possibilità di scelta rispetto alla maternità: nessuno chiede loro se vogliono avere figli, si dà per scontato che non debbano diventare madri.*¹⁰

Al momento questa pratica è punita solo dal codice penale come aggravante. Volt propone, quindi, la totale abolizione della pratica che prevede l'incapacità di procreare delle persone con disabilità quando decisa da persone che non sono il soggetto disabile in questione¹¹. Il paziente disabile deve avere il diritto di valutare autonomamente la possibilità di diventare genitore, a meno di gravi forme di disabilità psichica, valutate da figure di competenza (giudice, psichiatra, psicologo), non in grado di decisione autonoma.

*Il Comitato ONU per i diritti delle persone con disabilità ha raccomandato di "abolire tutte le leggi che consentono le cure mediche, compresa la sterilizzazione, autorizzate da un terzo (genitore o tutore) senza il consenso libero e informato della persona".*¹²

Non ci sono dati o controlli specifici per proteggere le persone da questa pratica, quindi se avviene anche di nascosto, non si sa.

È doveroso porre maggiore attenzione sull'argomento e fare in modo che il paziente venga tutelato, attraverso ferrei controlli nelle strutture ospedaliere affinché non si presentino casi simili, sanzionando il personale che attua queste pratiche ed i familiari/tutori che le richiedono; bisogna, infine, lavorare in modo che tutte le pratiche vengano opportunamente refertate, riducendo o eliminando al massimo i gap tuttora esistenti in termini di dati.

3. Riconoscere la figura dell'assistente sessuale e all'affettività: si tratta di figure specializzate ad aiutare ed indirizzare il paziente disabile verso una giusta conoscenza del proprio corpo, senza che tra i due vi sia un rapporto sessuale completo. Si tratta di un professionista privato, che può essere contattato

¹⁰

(https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/sterilizzazione_forzata_nella_ue_e_ancora_prassi#:~:text=Come%20in%20Irlanda%20e%20in,misure%20considerate%20urgenti%20o%20terapeutiche.)

¹¹ (<https://www.edf-feph.org/italy-forced-sterilisation/>)

¹² ([http://www.informareunh.it/la-sterilizzazione-forzata-delle-persone-con-disabilita-in-italia/.](http://www.informareunh.it/la-sterilizzazione-forzata-delle-persone-con-disabilita-in-italia/))

privatamente dalle famiglie, oppure si può pensare di introdurre un bonus aggiuntivo, in modo che rientri nelle spese dello stato. Risulta dunque opportuna una adeguata divulgazione sulle caratteristiche di questa figura lavorativa, in modo tale che non ci siano pregiudizi intorno ad essa, ma anzi deve essere considerata come un'opzione aggiuntiva proposta anche dal medico di medicina generale, dalle ASL di competenza, e da tutte le strutture che prendono in carico il paziente.

Previdenza, Assistenza e Supporto

La macroarea della previdenza, assistenza e supporto prevede moltissime misure, essendo parte fondamentale della vita dell'individuo. Malgrado questo, questa policy ha deciso di prioritizzare alcuni argomenti, perché risultati essenziali negli incontri con gli esperti.

Disabilità nelle carceri - Quale è il problema

Europa

I detenuti con disabilità – fisica, sensoriale, intellettiva o psicosociale - incontrano numerose violazioni dei propri diritti negli Stati Membri. A riconoscerlo è stata una risoluzione adottata dal Parlamento Europeo nel 2017¹³, il cui contenuto mette in chiaro il fallimento in termine di protezione dei diritti delle persone detenute con disabilità.

Con un rapporto del 2018¹⁴ l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa si è definita molto preoccupata della condizione delle persone con disabilità nelle carceri europee, mettendo in evidenza una inadeguata capacità degli Stati Membri di provvedere ai loro bisogni in termini di appropriatezza delle celle, accesso a cure sanitarie e personale formato, capacità di contrastare l'isolamento, nonché di provvedere ad un sistema che non discrimini con pene eccessiva le persone con disabilità intellettive o con disordini dell'apprendimento.

Italia

¹³ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0385_EN.html?redirect

¹⁴ <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24756&lang=en>

In Italia viviamo una preoccupante mancanza di dati relativi alle persone con disabilità nelle carceri. L'unica rilevazione che abbiamo a disposizione, almeno per quanto riguarda i numeri, risale al 2015 ed è stata elaborata dall'ufficio IV "Servizi Sanitari" della direzione generale detenuti e trattamento per monitorare l'applicazione dell'accordo *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per gli adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali nazionali"* approvato dalla conferenza unificata Stato regioni del 22 gennaio 2015. La rilevazione ci parla di 628 detenuti e detenute con disabilità, e ad essa è seguita la circolare del Ministero della Giustizia del 10 marzo 2016 *"La condizione di disabilità motoria nell'ambiente penitenziario – Le limitazioni funzionali"*¹⁵, tramite la quale l'Amministrazione - in linea con le previsioni di cui all'art.65 dell'Ordinamento Penitenziario - si fa garante della possibilità delle persone disabili nelle carceri di accedere a servizi in materia di "tutela della salute, di reinserimento sociale e lavorativo, di prestazioni per i ciechi, per i sordi o per i sordociechi o per gli invalidi civili", oltre che dell'applicazione di sistemi di monitoraggio. La circolare prevede anche che siano adeguati gli ambienti, che siano garantiti i trasferimenti verso strutture attrezzate, che siano favoriti dei programmi di trattamento rieducativo individualizzato e l'assistenza sanitaria adeguata.

Ad oggi, tuttavia, le persone disabili vivono in maniera amplificata le molte problematiche delle carceri italiane e i provvedimenti previsti dalla circolare non hanno mai trovato reale applicazione. Le strutture sono sovraffollate, poco accessibili e ve ne sono poche in Italia che siano attrezzate per fornire alle persone disabili celle che siano idonee alle loro necessità o per fornire attrezzatura e personale sanitario che possa supportare nella riabilitazione. Le cure sanitarie non sempre vengono garantite in modo appropriato, a causa anche di un problema ben più ampio, che colpisce il Sistema Sanitario Nazionale, il quale è colpito da una forte carenza di personale sanitario. I cosiddetti "piantoni", ovvero quelle figure - spesso altre persone carcerate - che vengono pagate per assistere le persone disabili, non sono provviste della necessaria

15

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=1_1%282016%29&facetNode_3=0_2_5_7&contentId=SDC1222965&previousPage=mg_1_8

formazione, che potrebbe essere garantita solo da personale medico esterno competente.

Le proposte di Volt Italia

Fatta la doverosa premessa che sia da ritenersi impossibile garantire una condizione dignitosa alle persone disabili carcerate senza innanzitutto elaborare una policy che tratti il problema delle carceri nella sua interezza, Volt propone:

- Monitoraggio permanente, a livello nazionale, dei detenuti con disabilità, affinché siano disponibili ogni anno dei dati che indichino:
 - a. Il numero assoluto delle persone disabili, nonché dati disaggregati relativi al numero di persone disabili in ogni istituto.
 - b. Tramite una serie di indicatori che definiscono da un punto di vista qualitativo, un report che fornisca informazioni relativi all'assistenza riservata alle persone disabili, la disponibilità di attrezzature (protesi, attrezzi per la riabilitazione, etc), la possibilità di accedere a programmi educativi e/o lavorativi, possibilità di accedere a cure sanitarie.
- Presenza di caregiver esterno, affinché ogni persona disabile sia assistita da personale sanitario adeguatamente formato.
- Adeguamento degli ambienti detentivi, al fine di garantire la piena accessibilità per persone con disabilità motoria
- Assistenza e accesso appropriato a comunicazioni ed informazioni
- Creazione di attività (formative e lavorative) che siano adeguate alle necessità delle persone con disabilità

Politiche per l'autonomia

Contesto normativo e legislativo

Il 13 dicembre 2006 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD)¹⁶, trattato internazionale entrato ufficialmente in vigore il 2 maggio 2008 e ratificato da un numero significativo di paesi di tutto il mondo (100 nel 2022)

La CRPD ha avuto un profondo impatto sul modo in cui si discute e si affronta la questione delle disabilità. Per la prima volta, infatti, essa ha spostato l'attenzione da un modello medico o assistenzialista a un approccio basato sui diritti umani. Questo cambiamento di prospettiva è stato significativo, poiché ha riconosciuto che la disabilità non è semplicemente una caratteristica intrinseca della persona, ma è anche il risultato di barriere sociali ed ambientali che impediscono alle persone con disabilità di partecipare pienamente alla società.

Con l'obiettivo di promuovere l'inclusione, la CRPD sottolinea la necessità di rimuovere tali barriere e di creare un ambiente che sia aperto e accogliente per tutti e tutte. Inoltre, la convenzione riconosce il diritto fondamentale delle persone con disabilità di vivere in modo indipendente e di prendere decisioni autonome riguardo alle proprie vite.

Un altro aspetto fondamentale della CRPD è l'importanza data alla partecipazione attiva delle persone con disabilità nel processo decisionale. La convenzione sottolinea che le persone con disabilità devono essere coinvolte nella formulazione e nell'attuazione delle politiche che riguardano i loro diritti e il loro benessere.

In Italia, la CRPD è stata ratificata nel 24 febbraio del 2009 dal Parlamento della Repubblica Italiana, diventando quindi legge dello Stato¹⁷. La legge italiana di ratifica ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità "che ha, tra gli altri, il compito di promuovere l'attuazione della Convenzione ed elaborare il

¹⁶

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>

¹⁷

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Pagine/Convenzione%20Onu.aspx>

rapporto dettagliato sulle misure adottate di cui all'art. 35 della stessa Convenzione". Gli ultimi dati elaborati dall'Osservatorio risalgono al 2019 e, sebbene con miglioramenti rispetto al passato, mostrano una situazione di fragilità delle persone con disabilità.

Peculiarità e criticità del sistema previdenziale ed assistenziale

I supporti economici che ad oggi lo stato offre per le persone con disabilità, risultano inadeguati per garantire un aiuto concreto sia economico, sia assistenziale. L'assegno di invalidità infatti ammonta a soli 313,97 euro per coloro che presentano un reddito pari a 5.025,02 euro mentre l'indennità di accompagnamento è di 527,16 euro.

Da questi vengono escluse categorie di disabilità che non rientrano nella Tabella Invalidità Civile (DM 05/02/1992).

Importi così esigui non tengono conto della necessità di cure continue, che spesso non vengono garantite dal sistema sanitario nazionale.

I pochi ausili concessi per legge, spesso, non risultano utili alla condizione di disabilità della persona.

Il sistema assistenziale presenta altrettante falle, e chi ha problemi economici o manca di una rete familiare si ritrova solo/a, se non per quelle poche associazioni di volontariato che operano a livello locale.

Servizi territoriali tuttavia costituiscono aiuti necessari, non solo per i familiari che durante il giorno non possono garantire assistenza, ma anche per le persone con disabilità stesse, poiché permetterebbe loro di vivere momenti di quotidianità e "indipendenza".

I servizi sociali sono forniti a macchia di leopardo sul territorio nazionale, andando a palesare come problemi e inefficienze nel sistema di welfare vadano a ripercuotersi maggiormente su gruppi di persone che vivono una pre-condizione di vulnerabilità socio-sanitaria.

La responsabilità delle funzioni socio-assistenziali, infatti, è affidata ai Comuni, secondo quanto stabilito dalla Legge quadro n. 328 del 2000¹⁸. I Comuni sono responsabili di fornire interventi e servizi mirati a garantire l'assistenza e il supporto necessari per

¹⁸ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>

favorire l'integrazione sociale. Secondo la suddetta legge, è previsto che l'assistenza alle persone con disabilità sia fornita in modo integrato, includendo sia servizi e interventi di natura sanitaria che prestazioni di natura sociale. Entrambi i settori assicurano l'assistenza per mezzo di accordi con istituzioni private o no-profit, o tramite la gestione diretta di strutture che offrono servizi personalizzati. Fra i servizi di assistenza alle persone disabili riconosciamo (definizioni da Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali; CISIS, 2013¹⁹):

- Servizi di informazione, sostegno e accoglienza alla persona, che forniscono sostegno e orientamento per l'accesso ai servizi sociali e per affrontare rischi sociali (ad esempio, sostegno a soggetti deboli, presa in carico).
- Servizi diurni, che includono strutture e centri di accoglienza diurna per persone con diversi bisogni sociali (ad esempio, ludoteche, centri di aggregazione, asili nido).
- Servizi di integrazione socio-educativa, che offrono supporto alla persona per il pieno recupero sociale (ad esempio, mediazione culturale, sostegno scolastico).
- Servizi residenziali, che comprendono strutture a ciclo continuo per persone con bisogni di assistenza a lungo termine (ad esempio, residenze sanitarie assistite, case famiglia).
- Servizi di emergenza e marginalità sociale, che sono destinati alle persone in situazioni sociali estreme e gravi (ad esempio, pronto soccorso sociale, distribuzione pasti).
- Servizi domiciliari, che forniscono assistenza e cura della persona presso il proprio domicilio (ad esempio, assistenza integrata e socio-assistenziale).
- Servizi e interventi economici e di sostegno al reddito, che offrono supporto economico di vario tipo (ad esempio, sussidi, buoni spesa).

L'Istat ("La spesa dei comuni per i servizi sociali. Anno 2020")²⁰ riporta dati che ci mostrano come la spesa pro-capite per la protezione sociale italiana sia lievemente inferiore alla media UE (9.316 euro contro 9.536 euro nel 2020). Tuttavia, il gap si accentua in termini di risorse destinate alle persone disabili (476 euro annui, contro

¹⁹ <https://www.cisis.it/nomenclatore/nomenclatore13.pdf>

²⁰ <https://www.istat.it/it/archivio/283198>

669), "evidenziando una carenza di servizi, ad esempio di natura socio-assistenziale e socio-educativa". In generale, l'Italia mostra una maggiore preferenza per le prestazioni in denaro rispetto ai servizi di cura nella spesa per la protezione sociale, mentre per le persone anziane - che costituiscono la fetta più rappresentata fra le persone con disabilità - il paese si attesta su livelli di spesa pubblica simili ad altri paesi europei.

Gli stessi dati evidenziano anche che la spesa per abitante nel Mezzogiorno è inferiore alla media nazionale per la maggior parte delle categorie di beneficiari, mettendo in luce la rilevanza dei gap territoriali. Ciò comporta una riduzione media di 917 euro in meno per una persona con disabilità (sia bambino che adulto fino a 64 anni) e una diminuzione di 49 euro per l'assistenza agli anziani.

Ad oggi molte di queste attività potrebbero essere potenziate con i fondi europei, che costituiscono una grande potenzialità, ma vengono disattese per mancanza di capacità progettuale o per completa negligenza.

Il 31 Dicembre 2021 è entrata in vigore la legge n. 227²¹, primo traguardo della "Missione n. 5 INCLUSIONE E COESIONE"

Entro il 30 Giugno 2024 il governo punta ad attuare il secondo traguardo (M5C2.2) costituito da sette decreti legislativi, come riportato sul sito del ministero per le disabilità²².

L'investimento per migliorare l'autonomia delle persone prevede un importo di 500 milioni di euro.

Gli enti attuatori (comuni singoli in associazione negli ambiti sociali territoriali (Ats)) possono richiedere fino a 715 mila euro.

Le prime graduatorie sono state pubblicate a marzo 2022 con il decreto direttoriale (Dd) 98, fino agli ultimi enti aggiunti con il Dd 320, che comprende anche scorrimenti e rinunce. Ad oggi non è stata pubblicata ancora una graduatoria definitiva ma stando a quella attuale non tutti i fondi sono stati destinati ma solo 422,42 milioni di euro e ancora non è chiaro come verranno distribuiti.²³

²¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/30/21G00254/sg>

²² <https://disabilita.governo.it/it/attuazione-misure-pnrr/obiettivi/>

²³ <https://www.openpolis.it/a-quali-enti-andranno-i-fondi-per-le-persone-con-disabilita/>

Gli interventi che invece vengono proposti dagli enti territoriali, risultano inefficaci avendo un periodo limitato e quindi una volta terminato lascia nuovamente da sole le persone, maggiormente provate per la cessazione di questi supporti.

Tutto questo viene gestito da sistema amministrativo burocratico lento e farraginoso, con tempi di attesa estenuanti e riservato a pochi numeri, essendo non garantito equamente in tutti i territori nazionali.

Alla base di queste problematiche risulta esserci una grande disinformazione sulle tipologie di disabilità ed invalidità da parte di quanti operano nel sistema previdenziale, che spesso non sono a conoscenza dei reali bisogni e quindi degli aiuti effettivamente necessari, andando a peggiorare ancora di più, quei pochi strumenti ad oggi disponibili che potrebbero aiutare le persone con disabilità.

La rete di sostegno informale e la partecipazione sociale

Un altro aspetto che è fondamentale tenere in considerazione quando si parla di disabilità, è quella del sostegno informale, costituita da un rete sommersa di persone, per lo più familiari, che si occupa quotidianamente dell'assistenza a persone non autonome.

Le famiglie che includono persone con disabilità presentano, in media, un livello economico di benessere inferiore. Secondo gli ultimi dati disponibili, il reddito annuo equivalente medio di tali famiglie, considerando anche i trasferimenti statali, si attesta a 17.476 euro, registrando una diminuzione del 7,8% rispetto alla media nazionale.

“Le risorse necessarie alla famiglia per svolgere il ruolo di ammortizzatore sociale non sono soltanto economiche, ma anche di tipo relazionale: il 32,4% delle famiglie con almeno un disabile riceve, infatti, sostegno da reti informali (quota quasi doppia rispetto al totale delle famiglie 16,8%). Il ventaglio di aiuti assicurato dalla rete comprende assistenza alla persona, accompagnamento e ospitalità, attività domestiche, espletamento di pratiche burocratiche e prestazioni sanitarie.” (Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità)²⁴

Chi si prende cura di una persona disabile si trova spesso in stato di isolamento, in mancanza di una formazione adeguata e di figure professionali esterne al nucleo

²⁴ https://www.istat.it/it/files/2021/03/Istat-Audizione-Osservatorio-Disabilit%C3%A0_24-marzo-2021.pdf

familiare che possano intervenire in casi di assenza, o di servizi che possano loro garantire un equilibrio fra lavoro, ruolo di cura e tempo libero, e in generale si trovano in uno stato psico-fisico peggiore.

Uno studio pilota dell'istituto Nazionale di Sanità su Stress, salute e differenze di genere nei "caregiver" familiari ²⁵, che ha coinvolto 201 caregivers della Regione Lazio - i cui risultati sono stati presentati ad un convegno il 23 maggio 2023 - ha messo in luce come lo stress dovuto alla cura di un familiare non autosufficiente metta a rischio la salute psicologica - e conseguentemente fisica - dei e delle caregiver familiari, con notevoli differenze di genere. Sono principalmente le donne a farsi carico del ruolo di cura, e il loro livello di benessere percepito è nettamente inferiore rispetto agli uomini che si occupano di una persona non autosufficiente che sia affetta da una malattia cronica o disabilità.

Le discriminazioni di genere non avvengono solo per i/le caregiver, ma per le persone disabili stesse. Le donne disabili subiscono in Italia più discriminazioni e, spesso, abusi. La percentuale di donne che hanno sperimentato violenza fisica o sessuale nel corso della loro vita è del 31,5%. Tuttavia, la situazione è ancora più grave per le donne con problemi di salute o disabilità. Infatti, la percentuale di violenza fisica o sessuale raggiunge il 36% tra coloro che dichiarano di avere una salute precaria e il 36,6% tra coloro che hanno limitazioni gravi. Secondo la Conferenza unificata che ha portato alla stipula di un'Intesa relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, i Centri Antiviolenza (CAV):

sostengono percorsi personalizzati di fuoriuscita dalla violenza, utilizzando la metodologia di accoglienza basata sulla relazione tra donne, senza praticare discriminazioni di età, etnia, provenienza, cittadinanza, religione, classe sociale, livello di istruzione, livello di reddito, **abilità**, o altre discriminazioni²⁶

Tuttavia, ancora adesso molti CAV non sono accessibili per chi ha disabilità motoria, non sempre le informazioni sono distribuite in modo che siano accessibili anche a chi ha

²⁵ <https://www.iss.it/progetti-stress-e-salute-dei-caregiver-familiari>

²⁶ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/25/22A06690/sg>

disabilità sensoriali e/o cognitive. Allo stesso modo, il personale dei CAV è spesso non formato adeguatamente per fornire assistenza di fronte ai bisogni specifici delle donne disabili.

Un altro aspetto che poi viene spesso sacrificato è quello dell'inclusione sociale. Nell'ambito delle relazioni interpersonali, infatti, per ogni persona è di grande importanza avere una rete di supporto composta da persone amiche, parenti o vicini a cui rivolgersi in caso di necessità. I dati raccolti da Istat evidenziano che oltre 600 mila persone con gravi limitazioni vivono in situazioni di isolamento grave senza alcuna rete di sostegno su cui fare affidamento. Di queste, ben 204 mila vivono completamente sole. La gravità del problema è confermata dal fatto che solo il 43,5% delle persone con limitazioni ha una vasta rete di relazioni, un dato molto inferiore rispetto al resto della popolazione, che è del 74,4%. Le persone con disabilità sono meno soddisfatte del proprio tempo libero e sono anche meno propense ad aggiornarsi riguardo alla vita politica italiana.

All'interno di un quadro complesso sotto diversi punti: sanitario, sociale e culturale, le persone con disabilità spesso diventano vittime di crimini d'odio verso i quali presentano maggiori difficoltà nel difendersi. Attualmente, la legge 104/1992 prevede un'aggravante per i reati commessi contro persone con disabilità. Tuttavia, in alcuni casi, questa aggravante non viene applicata poiché la disabilità viene considerata un elemento costitutivo del reato stesso.

I crimini d'odio possono verificarsi in vari contesti e coinvolgere individui di diverse età, tra cui bullismo, cyberbullismo, violenza fisica o sessuale, nonché maltrattamenti all'interno di strutture come RSA e case di riposo.

L'OSCAD (Osservatorio per la Sicurezza Contro gli Atti Discriminatori) è un organismo interforze incaricato di garantire la sicurezza delle persone appartenenti alle "categorie vulnerabili" e coordina gli sforzi della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri nella prevenzione e nel contrasto dei reati basati sulla discriminazione.

L'OSCAD ha condotto un'analisi specifica sulla violenza rivolta alle donne con disabilità, spesso soggetta a duplice discriminazione relativa al genere e alla condizione psicofisica.

Spesso infatti i crimini d'odio vengono alimentati nel caso in cui i soggetti appartengono ad una minoranza che sia etnica, di genere o per orientamento sessuale.

Nel tanto discusso DDL ZAN, l'aggravante in caso di crimini d'odio nei confronti di persone con disabilità era uno dei punti focali.

La non approvazione dello stesso, dimostra ulteriormente, un mancato interesse e una scarsa informazione nei confronti delle condizioni e delle situazioni che devono affrontare le persone affette da disabilità in Italia per le quali risulta ancora più difficile potersi difendere.

Ad oggi risulta ancora necessario rivedere e rafforzare le leggi esistenti per proteggere le vittime dei crimini d'odio. Il primo passo rimane l'educazione e l'istruzione, fondamentali per sensibilizzare e combattere la stigmatizzazione associata alle disabilità.

Le proposte di Volt Italia

Consapevoli della notevole complessità della materia, della situazione attuale e delle leggi vigenti, Volt propone soluzioni basate sulle istanze di attivisti disabili, delle associazioni di settore (intervistate e non), ed in linea con i valori del partito e le soluzioni proposte nelle altre aree tematiche:

1. Istituzione e regolamentazione della **professione sanitaria del Caregiver**, riconosciuta e retribuita dal SSN, non soltanto come professione autonoma, ma anche come macroarea professionale, all'interno della quale comprendere anche figure collaterali quali interpreti LIS, logopedisti e qualsiasi altra figura professionale indispensabile alla vita quotidiana di un soggetto disabile. La professione autonoma di caregiving deve essere adattabile alle necessità di ogni singola persona beneficiante, contemplando anche la possibilità di scegliere l'opzione della figura del **caregiver personale**, ossia una persona formata e competente nell'assistenza personale a soggetti disabili, ma che viva nel

medesimo spazio abitativo dell'assistito/a, e possa instaurare un legame umano con lo/a stesso/a.

2. **Supporto a chi, per scelta e/o per necessità, si prende cura di familiari disabili**, affinché possano ricevere una formazione adeguata sulla disabilità, valutando un periodo di affiancamento con caregiver esterno. Ai/alle familiari devono essere concesse delle agevolazioni che possano sostenerli/e nella creazione di un sano equilibrio fra la vita lavorativa, il lavoro di cura e tempo libero, tramite l'accesso all'orario flessibile lavorativo, e/o allo smart working.
3. **Supporto psicologico per caregiver**. Come Volt abbiamo a più riprese manifestato la nostra attenzione al benessere mentale di ogni individuo (si pensi, ad esempio alla nostra proposta circa la figura dello psicologo di base); riteniamo, pertanto, che tale attenzione debba necessariamente essere rivolta anche ai/alle caregiver di ogni livello, non soltanto perché assistere una persona con disabilità potrebbe costituire un carico mentale importante, ma anche per accertare una effettiva idoneità a svolgere la professione di caregiver.
4. **Ripensamento dell'attuale sistema previdenziale**. Adottate le dovute precauzioni (di cui al punto n. 5), riteniamo che il welfare di un paese civile e democratico non possa essere assegnato per meriti del/la cittadino/a, e che ogni sussidio, nella fattispecie rispetto ad una materia complessa e delicata come quella della disabilità, debba essere svincolato da qualsiasi altro criterio di selezione. Un esempio su tutti è quello dell'assegno di mensile di invalidità civile: lo scopo primario di tale assegno è quello di sostenere la persona beneficiante in tutte le spese che possano riguardare la propria disabilità od invalidità, indipendentemente dalle garanzie del SSN. L'assegno viene riconosciuto sulla base del reddito annuo personale e/o del reddito annuo del nucleo familiare di appartenenza, ed ammonta a 527,16€ per l'indennità di accompagnamento ai disabili gravi e 313,91€ per tutte le altre categorie beneficiati. Tuttavia, fin troppo spesso le persone che percepiscono tale sussidio si vedono costrette ad investirlo nella propria quotidianità (complici anche le difficoltà che queste persone riscontrano nel trovare un'occupazione), e trattandosi di una cifra particolarmente bassa, non garantisce la sopravvivenza indipendente del

soggetto . Data la previsione di un aumento notevole delle persone disabili, riteniamo che i sussidi destinati alla disabilità debbano essere strutturali e molto più consistenti rispetto allo stato attuale, offrendo piuttosto la possibilità, da parte delle persone disabili, di scegliere se richiedere o meno l'assegno mensile, sulla base delle necessità individuali della singola persona.

5. **Bandi ed agevolazioni per presidi ed ausili.** In moltissimi casi, l'acquisto di ausili e presidi specifici (extra catalogo ed extra budget per quasi tutti gli uffici protesici territoriali) è a carico della persona disabile, la quale può contare unicamente su delle detrazioni fiscali, dichiarando di aver acquistato tali presidi ed ausili nella propria dichiarazione dei redditi. In altrettanti casi, i dispositivi sopracitati vengono assegnati alla persona, senza tener conto dell'effettiva necessità di utilizzo da parte della stessa. Come Volt crediamo che debba essere data possibilità alla persona disabile di scegliere il presidio da utilizzare sulla base delle proprie effettive necessità individuali, e che sia necessario ed imprescindibile un supporto statale strutturale nell'acquisto di presidi costosi per mezzo di bandi e fondi dedicati, al fine di sollevare completamente la persona dal dover sostenere delle spese eccessivamente elevate.
6. **Formazione approfondita del personale medico-sanitario delle commissioni INPS.** Osserviamo dalle testimonianze raccolte da associazioni ed attivisti/e che la preparazione del personale operante nelle commissioni mediche INPS risulta clamorosamente scadente e lacunosa. Partendo da questo triste dato, chiediamo con fermezza di aggiornare e potenziare la formazione del personale medico-sanitario destinato alle sedi territoriali dell'istituto nazionale di previdenza sociale, istituendo dei corsi di specializzazione presso le facoltà di medicina e dei corsi di aggiornamento regolari dal momento dell'insediamento fino al pensionamento. Inoltre, chiediamo con forza un potenziamento dei controlli da parte degli organi competenti per prevenire e contrastare l'accreditamento di eventuali falsi invalidi.
7. **Promozione e potenziamento di centri diurni per persone disabili** aperti anche a persone non - disabili, al fine di favorire uno scambio inclusivo bilaterale mediante attività condivise e workshop dedicati.

8. **Formazione nei centri antiviolenza**, per poter trattare con i dovuti mezzi i casi di violenza di genere ai danni di donne disabili, che nella maggioranza dei casi viene perpetrata da persone a loro vicine o da chi dà loro assistenza personale.
9. Creare le adeguate condizioni per poter definitivamente **incoraggiare e garantire la partecipazione alla vita sociale e politica** delle persone con disabilità, operando interventi di accessibilità digitale ai processi democratici (referendum, raccolte firme ecc) ed accessibilità fisica ai seggi elettorali, monitorando che le amministrazioni locali adempiano agli obblighi di legge, insieme al coinvolgimento diretto di persone disabili nell'elaborazione di politiche locali - ad esempio tramite Assemblee Cittadine - o nazionali a loro dedicate.

Urbanistica e Mobilità

La legge

In Italia, la principale legge che disciplina l'accessibilità e la mobilità per le persone con disabilità in campo urbanistico è la Legge 9 gennaio 1989²⁷, n. 13, intitolata "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati". Tuttavia, oltre a questa legge, esistono anche altre norme e regolamenti che affrontano la tematica dell'accessibilità e della mobilità per le persone disabili. Ecco un breve riepilogo dei principali provvedimenti

1. **Legge 9 gennaio 1989, n. 13**: Questa legge promuove l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e stabilisce requisiti tecnici per garantire l'accessibilità. Si occupa principalmente dell'accessibilità degli edifici privati, ma fornisce anche alcune indicazioni sulle soluzioni tecniche da adottare
2. **Decreto Ministeriale 14 giugno 1989**: Questo decreto fornisce ulteriori prescrizioni tecniche per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, in conformità alla Legge 13/1989
3. **Decreto Ministeriale 1 dicembre 2016**: Questo decreto stabilisce i "Criteri generali e le modalità tecniche per l'eliminazione delle barriere architettoniche, l'abbattimento degli ostacoli e la realizzazione di interventi a favore delle

²⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1989/06/23/089G2547/sg>

persone con disabilità". Si occupa delle disposizioni tecniche per l'eliminazione delle barriere architettoniche non solo negli edifici privati, ma anche negli spazi pubblici, come strade, parchi, aree pedonali, ecc.

4. **Legge 13 maggio 1999, n. 170:** Questa legge riguarda gli "Interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici e privati aperti al pubblico". Si concentra principalmente sull'accessibilità degli edifici pubblici, come uffici pubblici, ospedali, scuole, musei, ecc., e stabilisce obblighi specifici per l'eliminazione delle barriere architettoniche.
5. **Norme regionali e locali:** Oltre alle leggi nazionali, le diverse regioni e gli enti locali in Italia possono adottare normative specifiche sull'accessibilità e la mobilità per le persone con disabilità. Queste norme possono differire leggermente da regione a regione, quindi è importante fare riferimento alle leggi regionali e locali applicabili.

In generale, in Italia, la disciplina urbanistica è solitamente di competenza regionale, dal nazionale arrivano infatti solo linee guida.

Allo stesso modo, molti impianti come per esempio le barriere architettoniche o i locali privati e pubblici agibili, sono invece di competenza comunale o municipale, perché legate a lavori pubblici. Lo stesso avviene con i trasporti, i quali sono spesso di competenza comunale ma possono rientrare anche tra le competenze regionali.

È chiaro quindi che il livello di competenza in termini di urbanistica e mobilità a livello istituzionale è molto frammentato e inoltre non prende in considerazione i diversi gradi di disabilità e il tipo di disabilità, rendendo quindi i servizi poco accessibili o addirittura impraticabili.

Tra i temi principali che coinvolgono l'urbanistica e l'accessibilità sono: le barriere architettoniche, l'agibilità nei locali privati (come bar o ristoranti); l'accessibilità negli edifici storici; l'accessibilità ai servizi e ai trasporti pubblici.

Le proposte di Volt Italia

- Abolizione delle Barriere Architettoniche

L'accessibilità è cruciale ed essenziale perché genera autonomia.

In Italia, il tema dell'accessibilità per le persone disabili è un tema trascurato, malgrado secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il numero delle persone disabili sia in aumento. E malgrado il tema sia particolarmente sentito nelle città storiche, di cui l'Italia è ricca, si pensa sia limitato a questioni di turismo.

In realtà in un paese come l'Italia, che vanta un patrimonio storico importantissimo, gli edifici storici sono anche edifici dove si svolgono attività giornaliere e quando questi sono inaccessibili impediscono alle persone con disabilità una piena partecipazione alla vita economica, sociale e politica. Pur riconoscendo l'importanza di questo patrimonio storico, è chiaro come quest'ultimo limiti l'accessibilità e la mobilità.

Tra i problemi principali sono stati identificati i seguenti:

- La pavimentazione: Il problema della pavimentazione storica italiana, quindi a cubetti, è quello di limitare la mobilità soprattutto in caso di disabilità fisica e motoria. È stato sottolineato dagli esperti, come non sia necessario distruggere la pavimentazione, ma in realtà basterebbe una manutenzione costante che evita il rischio di buche e rendere di conseguenza le strade più accessibili
- Il problema delle luci: Un altro problema che si pone nei centri storici è quello legato all'illuminazione. Malgrado i vecchi lampioni rendano l'ambiente più suggestivo, spesso risulta insufficiente per persone con disabilità.
- Le rampe ed i marciapiedi

In relazione alle suddette questioni, Volt Italia Propone:

1. L'uso della "participatory planning" nella pianificazione e nella progettazione; Quindi un maggiore coinvolgimento delle persone con disabilità nel supporto tecnico in modo da poter capire i bisogni così come

costruire un intervento che sia non soltanto in norma con le leggi sopra indicate, ma che assicuri piena accessibilità;

2. Introdurre all'interno delle università di architettura, ingegneria e design dei corsi di formazione o di aggiornamento sul "design for all" e sulle norme relative alla disabilità in modo da informare sulla tutela dei diritti delle persone con disabilità.

- Miglioramento dei servizi pubblici e Trasporti

Uno dei problemi sollevati in precedenza è proprio quello dell'accessibilità in edifici pubblici, di carattere storico o non, in locali privati, si pensi anche a bar in centri storici, così come la mancata accessibilità dei mezzi pubblici che quindi pone un limite alla mobilità delle persone disabili.

Per quanto riguarda gli edifici storici, molto spesso il problema si rifà alla soprintendenza, e quindi ad una gestione nazionale, o ad un'impossibilità di eseguire interventi perché patrimonio storico.

Per quanto riguarda spazi pubblici e servizi commerciali, molti di questi non sono accessibili alle persone con disabilità, non prendono in considerazione diversi gradi di disabilità, si pensi per esempio alle segnaletiche per non vedenti nelle piazze o rampe e scivoli nei locali. Anche questo aspetto spesso è legato al carattere storico delle città, ma anche a un mancato controllo da parte delle autorità.

I trasporti più moderni in Italia sono tutti accessibili e a norma, malgrado questi però siano ancora la minoranza, e molti dei trasporti risultano ancora privi di rampe o segnaletica per non vedenti, rendendo quindi la mobilità complessa per le persone disabili. Per questo vogliamo:

1. Aumentare il controllo nelle strutture pubbliche e private per l'erogazione dei fondi qualora non siano in linea con le norme per l'accessibilità
2. Inserire rampe e scivoli a monumenti storici o edifici storici dove possibile per facilitare la mobilità

3. Garantire che almeno il 50% dei trasporti pubblici sia accessibile alle persone disabili in ogni condizione, anche in caso di sciopero.
4. Garantire che le fermate dei trasporti pubblici siano accessibili anche alle persone disabili integrando sintetizzatori vocali per le fermate così come rampe e scivoli.
5. Collaborare all'implementazione di una piattaforma o un' applicazione da far adottare ai comuni, come quella portata avanti da privati, che permetta di informarsi sull'accessibilità degli edifici, dei mezzi di trasporto e dei luoghi pubblici, in modo da facilitare l'informazione. Questa piattaforma permette quindi di essere informati su eventuali barriere architettoniche, sul mezzo di trasporto che sta arrivando alla fermata e su luoghi pubblici accessibili.

Scuola

La "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"²⁸, è il punto di riferimento normativo per l'inclusione scolastica delle persone disabili. In sintesi, il principio caratterizzante della legge 104 del 1992 consiste nell'obbligo da parte dello Stato di rimuovere qualsiasi tipo di impedimento che possa limitare il potenziale di sviluppo della persona con disabilità.

Nonostante ciò, l'ultimo report sull'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, pubblicato dall'Istat a febbraio 2023, fotografa una situazione in cui ci sono ancora molti passi in avanti da compiere.

Gli alunni con disabilità che frequentano le scuole sono ancora in crescita (poco più del 3% rispetto al totale, secondo ai dati recentemente rilasciati dall'Istituto di Statistica), questo soprattutto a causa di un accesso più facile alle certificazioni e di una maggiore riconoscibilità rispetto al passato.

²⁸ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg>

I dati degli ultimi anni mostrano una crescita dei disturbi dello sviluppo (dal 17% degli studenti con disabilità nel 2013/14 a 26,4% del 2018/19) e di quelli dell'attenzione e comportamentali (vicini al 20%).²⁹

Al 59% di loro ancora non viene garantita una continuità didattica, mentre il 66% non partecipa alle gite con pernottamento.

Esiste ancora un forte divario tra Nord e Sud del paese: mentre nelle regioni settentrionali la media di assistenza settimanale è pari a circa 12 ore, al Sud scende di ben due ore. In generale, nel Mezzogiorno gli strumenti didattici a supporto degli alunni sono ancora insufficienti e ci sono pochi assistenti all'autonomia.

A livello nazionale, lo studio conferma l'importanza della relazione con il gruppo classe: i rapporti con i coetanei e i compagni di scuola sono infatti una risorsa decisiva per l'inclusione. Per questo, è fondamentale risolvere i problemi legati alla partecipazione degli alunni con disabilità ad attività didattiche extra-scolastiche.

Altri punti critici sono:

- la discontinuità del rapporto tra alunno e insegnante di sostegno, a causa dei troppi cambi di insegnante che avvengono durante il ciclo scolastico;
- la loro insufficienza e scarsa formazione specializzata;
- la carenza dal punto di vista dell'implementazione delle tecnologie informatiche;
- le troppe barriere architettoniche ancora presenti nelle scuole italiane.³⁰
- La scarsa sensibilizzazione ai crimini d'odio e la mancata educazione sessoaffettiva nelle scuole anche per le persone con disabilità³¹

Le proposte di Volt Italia

- Più insegnanti di sostegno e più formati

²⁹ <https://www.openpolis.it/lesigenza-di-scuole-inclusive-per-gli-alunni-con-disabilita/>

³⁰ <https://asnor.it/it-schede-484-l-inclusione-scolastica-degli-alunni-con-disabilita>
<https://www.miur.gov.it/alunni-con-disabilita>

³¹ Per maggiori informazioni sulle proposte di educazione sessoaffettiva - Policy IVG 2023

La legge 244/2007 stabilisce un numero minimo di insegnanti di sostegno nelle scuole: *«il numero dei posti degli insegnanti di sostegno (...) in modo da non superare un rapporto medio nazionale di un insegnante ogni due alunni diversamente abili.»*

La soglia limite dei 2 alunni per insegnante è rispettata in tutto il paese, con un rapporto medio di 1,4 alunni per docente.

Gli insegnanti di sostegno sono 191 mila, un dato in crescita di circa 8mila docenti rispetto all'anno scolastico 2019/20.

Si evidenzia quindi una crescita doppia rispetto all'aumento di alunni disabili, che porta il rapporto attuale a essere migliore rispetto a quanto prescritto dalla legge.

Nonostante la positività di questi dati, è opportuno sottolineare che oltre un terzo degli insegnanti di sostegno sono stati selezionati per l'anno in esame attraverso le liste curricolari. Si tratta perciò di docenti non specializzati che non dispongono di una formazione specifica, ma che vengono selezionati per sopperire alla mancanza di figure. La carenza di figure specializzate riguarda soprattutto le regioni settentrionali, dove la quota media sale fino al 44,3%. Con punte superiori al 45% in Toscana, Lombardia e Piemonte.

Altro aspetto di rilievo è la percentuale di insegnanti assegnati in ritardo: in media il 20,4% dei docenti di sostegno non era stato ancora assegnato al 10 ottobre 2020. Una quota che supera un insegnante su 4 in Liguria (33,6%), Lombardia (28,9%), Lazio (27,6%), Veneto (25,7%), Umbria (25,6%) e Sardegna (25,4%). Volt Italia propone:

1. Aumento dei posti di lavoro e stipulazione di una graduatoria unica e specifica per gli insegnanti di sostegno: in questo modo si impedisce che personale non adeguatamente formato e specializzato nel trattamento delle disabilità finisca per accettare un'offerta di lavoro come ripiego alla cattedra, permettendo dunque solo a docenti adeguatamente formati di vincere il concorso, evitando il ricorso alle graduatorie curricolari. Questo risulterebbe fondamentale per garantire un adeguato percorso formativo

allo studente disabile, che altrimenti si vedrebbe affiancato ad un insegnante non idoneo alle sue richieste, per giunta precario, inficiando così sulla continuità del suo percorso.

2. Percorsi di formazione periodici per tutti gli insegnanti ed il personale ATA: nonostante queste figure non debbano e non possano avere l'intera responsabilità dell'alunno disabile (che deve invece essere equamente distribuita anche tra educatore ed infermiere scolastico) per evitare che questo influisca sul controllo dell'intera classe, è importante però che tutti conoscano le disabilità, e che siano in grado di intervenire in casi di emergenza.

Ad esempio, un bambino diabetico deve essere costantemente monitorato per evitare oscillazioni glicemiche importanti, somministrando insulina quando necessario, o invitandolo a consumare un leggero pasto. È impensabile, però, che un/a docente possa, nel corso della lezione, presentare l'argomento e contemporaneamente monitorare lo studente, senza trascurare la restante componente della classe. È per questo che riteniamo necessario che l'insegnante venga affiancato da figure specializzate, come il docente di sostegno, l'educatore, l'infermiere scolastico ed il personale ATA. Senza togliere che egli (come tutti gli altri) sia in grado di intervenire tempestivamente in casi di urgenze, attraverso l'apprendimento di manovre facili e generiche.

- *Rivedere il diploma sostitutivo*

La questione del diploma sostitutivo si rifà alla legge 122 del 2009³². Secondo la legge, il consiglio di classe, in presenza di uno studente o una studentessa con disabilità compie delle valutazioni per applicare un programma educativo individualizzato. Questo programma può essere

32

<https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2009-08-19&task=dettaglio&numgu=191&redaz=009G0130&tmstp=1251275907525>

- *curriculare*: si fa un piano per un ragazzo con difficoltà però si riconosce che è in grado di raggiungere gli obiettivi dei compagni con il programma identico dei compagni ma ha comunque misure compensative, come maggiore tempo, interrogazioni più piccole, recuperare se una verifica va male
- *Per obiettivi minimi (semplificato)*: i loro programmi non sono come quelli dei compagni ma semplificati. A inizio anno i docenti caricano sul canale della scuola il programma che intendono affrontare. Ed è il piano visibile a tutti. Partendo da questo piano, per i ragazzi che hanno bisogno di un piano per obiettivi minimi si crea un programma ad hoc dove si selezionano solo parti di programma oppure tutto il programma ma con un livello di competenze in meno. Questi ragazzi ottengono comunque un diploma equivalente a quello di tutti. Nessuno sa se abbiano seguito un programma diverso.
- *differenziato*: per ragazzi che oggettivamente non hanno le capacità di svolgere il programma come gli altri. Escono con un diploma diverso che non ha lo stesso valore legale ma è comunque un diploma. Si sconsiglia di solito il differenziato perché ha dei limiti a livello lavorativo.

Quindi se nel primo e secondo caso il consiglio di classe stabilisce un percorso più semplice e con tempi differenziati che permette in ogni caso di portare a termine il percorso formativo e arrivare alla fine dei cinque anni ad ottenere un diploma, nel secondo caso l'alunno con disabilità si troverà ad acquisire un bagaglio di competenze che risultano però insufficienti per sostenere l'esame di stato ed ottenere quindi il diploma di maturità.

Il problema frequente che si riscontra è quello che il diploma sostitutivo non ha lo stesso valore nel mondo lavorativo, mettendo quindi in estrema difficoltà le persone con disabilità, e sottolineando ancora una volta un ostacolo alle pari opportunità.

È importante sottolineare, che anche solo una materia può fare la differenza. Infatti, se anche si ha una materia con obiettivi minimi all'interno di un percorso curricolare, il PEI viene comunque definito per obiettivi minimi. Mentre questo non ha un impatto nei primi due percorsi, nel percorso differenziato vuol dire perdere l'occasione di laurearsi anche solo per 1-2 materie. Volt Italia in merito propone:

1. Maggiore controllo nella gestione dei programmi educativi individualizzati, inserendo oltre al consiglio docenti anche un ruolo tecnico ed esterno che possa aiutare nella costruzione del PEI.
2. Inserire maggiori opportunità per chi esce con un diploma differenziato: nello specifico questo si applica non soltanto al mondo del lavoro ma anche al mondo universitario. Non tutti gli atenei infatti accettano il diploma differenziato, lasciando quindi un'importante differenza di crescita ed opportunità che ancora una volta si sente nelle minoranze della società civile.
3. Affiancare al programma di diploma differenziato dei percorsi di formazione specializzati per aumentare le opportunità di lavoro anche per chi esce dal sistema scolastico con un diploma differenziato

Tutte queste iniziative hanno come obiettivo quello di minimizzare e nel lungo termine azzerare le differenze di opportunità, sottolineare come sia essenziale che dal percorso scolastico tutti escano con le stesse opportunità di crescita accademica e lavorativa. Inoltre, troviamo sia essenziale affiancare delle figure tecniche e formate nella decisione dei PEI in modo da non lasciare la costruzione del percorso solo a discrezione del consiglio dei docenti, ma poter costruire un percorso più completo e che abbia anche la visione futura del ragazzo o della ragazza.

- *Istituzionalizzazione dell'assistente all'autonomia*

Il ruolo dell'assistente all'autonomia è coadiuvare l'attività dell'insegnante di sostegno, in particolare nelle relazioni tra il bambino e i compagni di classe e nella partecipazione alle attività della scuola.

Questo è un compito essenziale per lo sviluppo del minore, della sua socialità e del diritto all'autonomia, la cui erogazione, come previsto dalla legge 104/1992, è in capo agli enti locali: *«nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando (...) l'obbligo per gli enti*

locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati.»

Per questa ragione, la loro presenza varia fortemente sul territorio nazionale. Rispetto a una media italiana di 4,6 alunni disabili per assistente, nel mezzogiorno il rapporto sale a 5,4.

I dati sono migliori nell'Italia centrale (4,1) e settentrionale (4,3).

Nella classifica spiccano due regioni del sud continentale, Campania e Molise, dove il rapporto tra alunni e assistenti raggiunge rispettivamente la quota di 15,7 e di 9,9 studenti per assistente. Poco sotto soglia 10 tuttavia si trovano anche regioni del nord, come Veneto (8) e Liguria (7,2).

L'offerta più ampia invece si registra nelle Marche (2,9) e in Lombardia (3,2). Si attestano poco sopra anche Sicilia, Abruzzo e le due province autonome di Bolzano e Trento, tutte con 3,4 alunni per assistente all'autonomia e alla comunicazione.³³ Volt Italia in merito propone:

1. L'Istituzionalizzazione e la definizione del ruolo di assistente all'autonomia. Che venga considerata una figura presente e prioritaria nel percorso di formazione degli studenti con disabilità.

- *Accessibilità negli edifici scolastici*

Il diritto ad una piena accessibilità degli edifici scolastici per alunni con disabilità motoria e sensoriale è un diritto tutelato principalmente dalla disciplina normativa ³⁴ che stabilisce nel complesso che “tutti gli edifici esistenti, pubblici o aperti al pubblico e residenziali, sono soggetti all'applicazione di precise direttive in materia di abbattimento barriere architettoniche. “

³³<https://www.conibambini.org/osservatorio/disabilita-oltre-1-3-degli-insegnanti-di-sostegno-non-e-specializza-to/>

³⁴ DM 236/1989, L. 13/1989, L. 104/1992 e DPR 503/1996, fino al D.P.R. 380/2001)

Nello specifico la Legge 118\1971 e l'Art 28 della stessa legge, pone l'obbligo di rendere accessibile l'edificio scolastico, in modo da poter così garantire la frequenza scolastica a tutti. Questo si applica anche ad Atenei universitari ed altre istituzioni di interesse sociale nella scuola.

Le barriere architettoniche nelle scuole sono di due tipi: fisiche e percettive.

Attualmente, l'istituto nazionale di statistica rileva che 55.209 istituti scolastici italiani, pubblici e privati, quindi soltanto il 34% degli istituti, risulti completamente accessibile per i disabili motori.

Questo dato scende fino al 18%, se si prendono in considerazione le barriere senso-percettive. La Valle d'Aosta è l'unica regione italiana in cui più della metà delle scuole sono accessibili, seguita da Lombardia (41,8%) e Friuli Venezia Giulia (41%). In particolare invece Campania, Calabria e Liguria si trovano sotto la media nazionale, superando di poco il 20%. Volt Italia propone:

1. L'abbattimento delle barriere architettoniche in tutte le regioni italiane, soprattutto nelle regioni che non raggiungono la media nazionale, prevedendo almeno:
 - un percorso esterno che colleghi la viabilità pubblica all'accesso all'edificio
 - posti auto riservati,
 - la piena utilizzazione di ogni spazio nell'istituto, incluso arredi ed attrezzature didattiche con caratteristiche particolari per ogni caso di invalidità
 - L'installazione di un montascale per disabili qualora sia sprovvisto di ascensore³⁵
 - L'inserimento di ausili informatici che facilitano la mobilità autonoma delle persone con difficoltà sensoriali, includendo quindi segnali acustici per non vedenti, segnalazioni visive per non udenti, mappe a rilievo e percorsi tattili

- **Inserimento dell'infermiere scolastico**

Nel febbraio 2017 il Consiglio di amministrazione della National Association of School Nurses⁷ (NASN) ha adottato la seguente definizione:

³⁵ Secondo il Ministero dell'Istruzione nel 2018, solo una scala su tre in Italia è pienamente accessibile ai disabili

“L’infermiere scolastico prevede una pratica di infermieristica avanzata, protegge e promuove la salute degli studenti, facilita lo sviluppo ottimale e promuove il successo accademico. Gli infermieri scolastici, fondano il loro agire su di una pratica etica e basata sull’evidenza, collegano l’assistenza sanitaria e l’istruzione, forniscono il coordinamento dell’assistenza, sostengono un’assistenza di qualità centrata sullo studente e collaborano per progettare sistemi che consentano agli individui e alle comunità di sviluppare il loro pieno potenziale.”³⁶

L’infermiere scolastico quindi fornisce assistenza diretta agli studenti in caso d’infortuni e malattie, valuta il sistema generale di assistenza, svolge attività di screening, provvede alla sicurezza della comunità scolastica monitorando il rispetto del piano vaccinale, eroga interventi di educazione sanitaria, partecipa allo sviluppo e alla valutazione delle politiche sanitarie scolastiche, svolge attività di collegamento tra il personale scolastico, la famiglia, gli operatori sanitari e la comunità.³⁷

L’infermiere scolastico è attivo in molti paesi europei ed extraeuropei, è una figura di raccordo con il pediatra di libera scelta e il medico di assistenza primaria, gli specialisti, i distretti socio sanitari, la scuola e la famiglia.

Molti degli studi scientifici analizzati dimostrano che nei Paesi nei quali è stata introdotta ed implementata questa figura hanno ottenuto degli importanti risultati di salute sulla popolazione scolastica (e non solo) in termini principalmente di empowerment (inteso come il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute) e di engagement (le persone esercitano un ruolo molto più attivo nel loro percorso di promozione alla salute e di cura).

Attualmente questa figura è stata adottata in via sperimentale solo in poche regioni italiane, tra cui Lombardia e Toscana.

³⁶ https://www.nurse24.it/images/allegati/Infermiere_comunita_scolastica_Bologna.pdf

³⁷ https://www.nurse24.it/images/allegati/Infermiere_comunita_scolastica_Bologna.pdf

1. Volt riconosce l'importanza della figura dell'infermiere all'interno di una scuola, per questo ritiene necessaria la sua istituzionalizzazione su tutto il territorio italiano.

- Inserimento dello psicologo scolastico

L'Italia è rimasta il solo Paese europeo a non essere dotato della figura professionale dello psicologo scolastico quale componente strutturale del servizio scolastico. La presenza dello psicologo nella scuola italiana non è definita da una norma che ne renda l'inserimento stabile.

Le scuole possono avvalersi o meno di tale servizio, attraverso accordi con le aziende sanitarie locali, con gli uffici scolastici regionali, con gli studenti e le loro famiglie su delibera degli organi collegiali, con il contributo di enti, istituti bancari, associazioni, genitori o attraverso l'impiego del fondo d'istituto, ma questa possibilità appartiene, appunto, alla sfera delle possibilità, delle scelte.³⁸

Lo psicologo scolastico non può operare solo come uno specialista esterno, non implicato nelle problematiche prettamente scolastiche. Al contrario, è fondamentale che conosca a fondo il mondo della scuola, le sue dinamiche e i diversi rapporti trasversali che lo caratterizzano.

L'inserimento di questa figura è fondamentale per il benessere generale di alunni, insegnanti, e di tutto il personale scolastico.

Nello specifico, può essere indispensabile per gli studenti disabili, che potrebbero riportare delle insicurezze legate alla propria disabilità, e non solo. Dunque è fondamentale per la crescita personale dell'individuo, per avere una maggiore consapevolezza di sé, soprattutto in un contesto sociale come la scuola, in cui è importante relazionarsi con gli altri.

³⁸ https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111010

Digitalizzazione

Digitalizzazione ed accessibilità web

La digitalizzazione ha avuto un impatto significativo sulla società odierna, offrendo molteplici opportunità e benefici ad un numero di utenti perennemente in crescita.

Eppure, non tutte le persone possono trarre pienamente vantaggio da queste nuove tecnologie, in particolar modo le persone con disabilità, le quali incontrano difficoltà nell'accedere ai contenuti online e beneficiare dei servizi digitali.

La situazione attuale riguardante l'accessibilità web e, più in generale, la digitalizzazione al servizio delle persone disabili presenta ancora numerose carenze e criticità.

Accessibilità del web: problematiche per disabilità

Semanticamente, l'accessibilità web si riferisce alla pratica di rendere i siti web e le applicazioni mobile utilizzabili da tutti/e, indipendentemente dalle singole capacità o dalla presenza di disabilità.

Ciò significa che le informazioni, le funzionalità e le risorse online devono essere accessibili anche per le persone con disabilità visive, uditive, motorie o cognitive. Secondo il rapporto pubblicato a dicembre 2022 da AGID - Agenzia per l'Italia digitale, ad oggi, purtroppo, molti sono i siti web ed applicazioni che non soddisfano ancora gli standard di accessibilità stabiliti dalla Direttiva UE 2016/2102. Tale direttiva richiede agli Stati membri di adeguare tutti i siti web ed applicazioni agli standard di accessibilità web entro il 2025.

Esistono, inoltre, linee guida internazionali, come le Web Content Accessibility Guidelines ³⁹- in continua evoluzione già dal 1999 - che definiscono criteri e best practice per rendere i contenuti web accessibili; eppure, a distanza di 24 anni, ancora troppi sviluppatori e web designer ignorano queste linee guida o non le comprendono appieno, creando, di conseguenza, numerose barriere e difficoltà di accesso al web per le persone disabili.

³⁹ (WCAG 2.1 <https://www.w3.org/Translations/WCAG21-it/#requirements-for-wcag-2-1>)

Ogni tipologia di disabilità può riscontrare delle specifiche problematiche di accessibilità web.

Per le persone cieche ed ipovedenti la barriera più alta è rappresentata dall'assenza di testo alternativo per le immagini, come anche da una sitemap poco chiara o la presenza di colori contrastanti che rendono difficile la lettura del testo. I lettori di schermo utilizzati dalle persone cieche o ipovedenti per accedere ai contenuti online, faticano nel corretto funzionamento se le informazioni non sono strutturate correttamente o non sono etichettate in modo appropriato.

Anche le persone con disabilità uditiva sono costrette ad affrontare consistenti sfide nell'accesso ai contenuti web. La mancanza di sottotitoli o trascrizioni per i video, ad esempio, rende impossibile per le persone sorde e ipoudenti comprendere appieno il contenuto multimediale.

Le persone con disabilità motorie, invece, possono non riuscire a navigare un sito a causa di elementi interattivi che richiedono una precisa abilità motoria (condizionale, coordinativa o strutturale elastica), o che non sono ottimizzati per la navigazione tramite tastiera.

Chi ha una disabilità cognitiva potrebbe incappare in limitazioni di comprensione ed interazione con i contenuti online a causa della complessità eccessiva del linguaggio, della presenza di informazioni troppo dense o l'assenza di un supporto per la semplificazione del testo. Inoltre, i tempi di risposta troppo brevi o l'assenza di feedback chiaro possono complicare ulteriormente l'utilizzo delle funzionalità interattive.

Accessibilità delle applicazioni mobili

Non immune da criticità è l'accessibilità delle applicazioni mobili. Se negli ultimi anni sempre più persone si sono quasi totalmente convertite all'uso di smartphone e tablet per accedere all'ampia varietà di servizi digitali, l'accessibilità delle applicazioni mobile per le persone disabili rimane un problema di notevole spessore: molte app non sono progettate tenendo conto delle esigenze di accessibilità e presentano barriere che rendono difficile, se non addirittura impossibile, l'utilizzo da parte di persone disabili.

Ad esempio, le persone con disabilità visiva possono trovare difficoltà nell'utilizzo di app mobili a causa della mancanza di supporto per i lettori di schermo o di una mappa di navigazione intuitiva, e le app che si basano pesantemente su elementi visivi (come icone o colori), possono rendere ulteriormente complesso per le persone cieche o ipovedenti comprendere le informazioni presentate.

Le persone con disabilità uditiva si trovano, verosimilmente, nella medesima situazione: la mancanza di sottotitoli o di supporto per la traduzione del linguaggio dei segni limita l'accessibilità digitale per queste persone; le notifiche o gli avvisi audio che non vengono accompagnati da una componente visiva possono risultare del tutto inutili per le persone sorde o ipoudenti.

Anche chi ha una disabilità motoria può trovare molto difficile utilizzare le app mobili in presenza di elementi interattivi che richiedono precise abilità motorie o di un'interfaccia non ottimizzata per l'utilizzo tramite dispositivi di assistenza (come joystick o tastiere alternative). Inoltre, la mancanza di opzioni di personalizzazione dell'interfaccia, come dimensioni dei pulsanti regolabili o tempi di risposta adattabili, limita l'accessibilità per questa tipologia di utenti.

Infine, ai soggetti con disabilità cognitive può essere precluso l'uso delle app mobili a causa della complessità del linguaggio, della mancanza di supporto per la semplificazione del testo o dell'eccessiva quantità di informazioni presentate contemporaneamente; come per i siti, anche in questo caso la mancanza di indicazioni chiare, istruzioni intuitive o gerarchie visive comprensibili può aggravare la possibilità di comprendere ed interagire con le funzionalità di un'app.

Importante è sottolineare che l'accessibilità web e delle app mobili non riguarda solo le persone disabili, ma è vantaggiosa per tutti gli utenti. Un design accessibile e inclusivo può migliorare l'usabilità per le persone anziane, per chi ha connessioni internet lente o per coloro che si trovano in ambienti rumorosi o con luminosità ridotta.

Accessibilità degli strumenti digitali nella Pubblica Amministrazione

La digitalizzazione e l'accessibilità web nella Pubblica Amministrazione per le persone disabili presentano un quadro complessivo variegato, con esempi virtuosi ma anche lacune eclatanti.

Da un lato, vi sono alcuni enti pubblici che hanno compiuto importanti progressi nell'accessibilità digitale, come ad esempio, l'adozione di politiche che richiedono agli enti stessi di conformarsi agli standard di accessibilità e di garantire l'accesso alle informazioni ed ai servizi digitali per le persone disabili, in ottemperanza alle specifiche linee guida per la progettazione e lo sviluppo di siti web e applicazioni accessibili.

Sono stati, altresì, implementati strumenti e tecnologie che migliorano l'accessibilità: alcuni portali della PA offrono funzionalità di adattamento dell'interfaccia, come la possibilità di regolare la dimensione del testo o il contrasto dei colori. Sono stati sviluppati anche servizi di traduzione automatica in lingua dei segni o sottotitolazione per i video istituzionali.

Tuttavia, a dispetto degli esempi virtuosi, nella PA persistono tuttora delle carenze significative nell'accessibilità del web e delle applicazioni mobile.

Le principali lacune riguardano la mancanza di consapevolezza e formazione sulle pratiche di accessibilità, la penuria di risorse dedicate e l'assenza di una cultura inclusiva all'interno delle organizzazioni pubbliche. Tanti sviluppatori e designer, inoltre, non hanno familiarità con le linee guida di accessibilità, oppure non hanno la competenza necessaria per poterle implementare correttamente.

Ad ingrandire drammaticamente le sopraindicate lacune troviamo un monitoraggio ed un controllo inadeguati sull'accessibilità dei siti web e delle app mobili della PA: non vengono effettuati test di accessibilità o verifiche periodiche per assicurarsi che i contenuti siano accessibili e che eventuali problemi siano risolti tempestivamente.

Da queste problematiche ne consegue che le persone con disabilità si ritrovino escluse dalla partecipazione alla vita pubblica, dalle attività politiche e dalla fruizione dei diritti e dei servizi offerti dalla PA. L'accesso limitato o negato ad informazioni, documenti e servizi online può ostacolare gravemente l'inclusione sociale ed economica delle persone disabili, fino a creare una condizione di quasi totale segregazione.

Le proposte di Volt Italia

Per affrontare queste lacune, è necessario un impegno congiunto tra le istituzioni pubbliche, gli sviluppatori e i fornitori di servizi digitali, investendo nella formazione sulle pratiche di accessibilità e nella sensibilizzazione verso le esigenze delle persone disabili, nonché garantendo l'inclusione dell'accessibilità fin dalle fasi iniziali di progettazione e sviluppo dei siti e delle app.

Per migliorare l'accessibilità web e la digitalizzazione per le persone disabili, Volt intende promuovere queste proposte politiche:

1. Promuovere la formazione in materia di accessibilità web per sviluppatori, designer e altre figure coinvolte nella creazione di siti web e applicazioni mobile. Questo include anche la sensibilizzazione riguardo le esigenze specifiche di ciascuna disabilità e l'importanza dell'accessibilità per una società più inclusiva;
2. Fornire linee guida chiare e pedissequamente aggiornate sulle best practice per la progettazione e lo sviluppo di siti web e app accessibili. Queste linee guida devono essere facilmente accessibili e comprensibili a chiunque, fornendo indicazioni specifiche su come progettare superando le barriere di accesso;
3. Monitoraggio efficiente e usability test. Implementare meccanismi di controllo e test di accessibilità regolari per verificare la conformità degli standard di accessibilità, al fine di assicurare che i siti web e le app mobili siano effettivamente accessibili, che eventuali problemi vengano individuati e risolti nel minor tempo possibile (la procedura è sovrapponibile ai test di usabilità già praticati per testare, un qualunque sito od applicazione mobile), e per garantire che le politiche di accessibilità web siano effettivamente attuate con massimo rigore e che vengano intraprese azioni correttive in caso di violazioni o mancati adempimenti;

4. User research con persone disabili. Coinvolgere attivamente le persone con disabilità nel processo decisionale riguardo alle politiche di accessibilità web e digitalizzazione, sfruttando i metodi di user research già esistenti ed applicati nei procedimenti analitici dello User Experience design: le esperienze e prospettive delle persone disabili sono fondamentali per identificare le esigenze specifiche e per elaborare soluzioni efficaci e inclusive.
5. Cooperazione pubblico - privato. Promuovere la collaborazione tra enti pubblici e privati per condividere conoscenze, risorse e best practice nell'ambito dell'accessibilità web e della digitalizzazione. Ciò favorisce lo sviluppo di soluzioni innovative e consente di affrontare in modo più efficace le sfide attuali e future.

Queste proposte politiche mirano a promuovere una maggiore inclusione digitale per le persone disabili, garantendo che possano accedere e beneficiare appieno dei servizi e delle opportunità offerte dalla digitalizzazione.