

La disabilità appare correlata all'età: tra le persone sopra i 65 anni la quota di popolazione con disabilità è del 18,7%, e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più.

I tassi di disabilità evidenziano una differenza di genere a svantaggio di quello femminile: in rapporto al totale della popolazione, le donne hanno un tasso di disabilità del 6,1%, mentre gli uomini del 3,3%. Tale fenomeno è determinato in buona parte dall'evoluzione demografica, che ha causato un forte invecchiamento della popolazione, caratterizzato da una crescita della speranza di vita alla nascita per tutta la popolazione, ma in misura maggiore per le donne.

Nell'analisi della distribuzione territoriale, emerge un differenziale tra l'Italia settentrionale e quella meridionale e insulare. In particolare, si osserva un tasso di disabilità del 5,7% nelle Isole e del 5,2% nel Meridione, mentre tale tasso scende al 4,3% nel Nord-Ovest e al 4,2% nel Nord-Est. Infine, nel Centro si registra un tasso di disabilità del 4,9%. La stessa struttura geografica si osserva sia per gli uomini che per le donne.

Tab. 1 Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per regione. Valori assoluti, tassi grezzi e standardizzati per 100 persone⁴⁸. Anno 2004-2005

Regione	Valori assoluti (in migliaia)	Tassi grezzi	Tassi standardizzati
Piemonte	190	4,7	4,3
Valle D'Aosta	5	4,1	4,0
Lombardia	337	3,8	4,0
Prov. Aut. Bolzano	11	2,5	2,9
Prov. Aut. Trento	13	2,9	3,0
Veneto	182	4,2	4,3
Friuli Venezia Giulia	52	4,6	4,0
Liguria	86	5,7	4,3

⁴⁸ Il tasso standardizzato consente di confrontare popolazioni aventi una struttura per età diversa. Il valore del tasso grezzo, infatti, dipende anche dalla struttura per età della popolazione, e non solo dal fenomeno in analisi. Per esempio, il tasso grezzo di disabilità (numero di persone disabili diviso popolazione) potrebbe essere più alto in alcune regioni a causa di una maggiore presenza di persone anziane. Il tasso standardizzato, invece, riconduce tutta la popolazione a una stessa struttura per età, cosicché le differenze che si osservano fra le regioni non sono dovute al fattore età.

Emilia Romagna	171	4,4	3,8
Toscana	179	5,3	4,5
Umbria	48	6,0	5,0
Marche	75	5,2	4,5
Lazio	217	4,4	4,6
Abruzzo	66	5,4	4,9
Molise	18	5,8	5,2
Campania	252	4,7	5,6
Puglia	212	5,6	6,2
Basilicata	33	5,8	5,8
Calabria	105	5,5	6,0
Sicilia	285	6,1	6,6
Sardegna	72	4,6	5,2
ITALIA	2.609	4,8	4,8

Fonte: ISTAT, *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005*

2.1.7 ISTRUZIONE⁴⁹

Tradizionalmente, i bambini con disabilità venivano istruiti in scuole speciali e segreganti o in classi separate all'interno delle scuole ordinarie e la loro istruzione risultava significativamente inferiore se confrontata con quella regolare ricevuta dagli altri bambini. Oggi, nonostante esista una legislazione che garantisce l'integrazione scolastica nella scuola di tutti, permangono comunque molti ostacoli nell'accesso all'istruzione.

Tra le persone con disabilità, il 20,9% non ha alcun titolo di studio. Tale quota è maggiore tra le donne, per le quali si registra un valore pari al 25,1%, mentre tra gli uomini esso ammonta al 12,6%. Notevole è lo svantaggio rispetto al resto della popolazione di 15 anni e più, all'interno della quale coloro che sono senza titolo di studio rappresentano il 4,3% del totale. Il divario permane anche

⁴⁹ Le informazioni sui livelli di istruzione delle persone con disabilità sono tratte dall'indagine ISTAT *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005* (dati disponibili sul sito web: www.disabilitaincifre.it).

considerando le fasce di popolazione più giovani, per esempio nella classe di età 15-44 anni il 16,0% degli individui con disabilità non ha conseguito alcun titolo di studio, quota che scende significativamente all'1,8% nel resto della popolazione della stessa classe di età.

L'accesso all'istruzione risente non soltanto della presenza della disabilità e delle differenze di genere, ma anche dell'età più matura. Per l'assenza di un titolo di studio e per i titoli di studio più elevati (diploma superiore e laurea), le generazioni più mature scontano i pochi interventi di politica di integrazione scolastica di cui, invece, hanno potuto giovare le generazioni più giovani. Per cui, le persone con disabilità tra i 15 e i 44 anni con un diploma superiore o una laurea rappresentano il 25,2%, contro il 7,8% di quelle di 65 anni e più (tra le persone senza disabilità delle stesse fasce di età tali valori sono rispettivamente del 54,6% e del 15,7%).

Negli ultimi anni, le iscrizioni degli studenti con disabilità all'Università statale hanno conosciuto una crescita significativa. Dall'anno accademico 2000-2001 all'anno accademico 2006-2007 gli studenti con disabilità sono più che raddoppiati: da 4.813 a 11.407 iscritti. In proposito, il MIUR parla di un "incremento relativo" del 137%⁵⁰.

Nell'anno scolastico 2007-2008 gli alunni con disabilità nelle scuole ordinarie (statali e non statali) erano 188.713, pari al 2,1% di tutti gli alunni, di questi 174.404 (pari al 92,4% di tutti gli alunni con disabilità) frequentavano le scuole statali⁵¹.

2.1.8 LAVORO

In Italia, la percentuale di persone con disabilità disoccupate è maggiore di quella degli altri lavoratori. E le donne con disabilità, in particolare, vivono condizioni di discriminazione multipla. I dati ISFOL⁵² confermano tale tendenza: non solo le donne con disabilità hanno più difficoltà a entrare nel mondo del lavoro, ma anche quando riescono ad accedervi risultano penalizzate nei percorsi di carriera o nel ricoprire ruoli professionali di responsabilità. Inoltre, poiché l'ingresso nel mercato del lavoro è strettamente connesso al soddisfacimento di bisogni specifici determinati dalla condizione di disabilità, è ancora più difficile accedere ai servizi pubblici e alle nuove tecnologie.

Secondo i dati dell'indagine ISTAT sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005*, meno del 18% delle persone con disabilità in età

⁵⁰ Fonte: MUR-CINECA, 2007.

⁵¹ Fonte: SIMPI, 2007-2008.

⁵² Cfr. Indagine PLUS.

lavorativa (15-64 anni) risulta occupato, contro poco più del 54% del resto della popolazione. Analizzando i dati per classi di età, si osserva che, nella fascia 15-44 anni, la percentuale delle persone con disabilità occupate è complessivamente del 18,4%, raggiungendo il valore del 22,3% tra gli uomini contro il 13,9% delle donne di pari età. Di poco più bassa la percentuale (17,0%) di coloro che dichiarano di essere occupati tra i 45 e i 64 anni, ma ancora più significativa la forbice tra i sessi (24,6% tra i maschi e 10,4% tra le femmine).

La differenza di genere, considerevole nel caso delle persone occupate in età lavorativa, sembra essere meno rilevante per quanto riguarda invece la ricerca del lavoro, se si considera che lo 0,4% delle donne con disabilità è in cerca di occupazione contro l'1,9% degli uomini (tra le persone senza disabilità tali valori sono rispettivamente del 5,6% e del 6,1%).

La quota degli inabili al lavoro è del 21,8% sul totale delle persone con disabilità, tra i giovani-adulti (15-44 anni) tale percentuale risulta molto elevata, pari al 50,9%, mentre tra coloro che hanno 45-64 anni il valore scende al 39,0%.

Dalla IV Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"⁵³, emerge che in Italia le persone con disabilità iscritte agli elenchi unici provinciali del collocamento obbligatorio, al 31 dicembre 2007, sono 712.424, di cui il 47,8% composto da donne con disabilità. Osservando la distribuzione geografica degli iscritti, il dato più significativo è la preponderanza dei beneficiari della legge 68/99 nelle Regioni meridionali e insulari, dove il volume degli iscritti con disabilità supera il 60%. Da rilevare, inoltre, la composizione di genere delle iscrizioni, che solamente nel Sud e nelle Isole evidenzia una percentuale inferiore alla media nazionale di donne con disabilità iscritte al collocamento obbligatorio (45,1% vs 47,8%), mentre nel Centro e nel Nord Est le iscrizioni di donne disabili superano addirittura il 50% e quindi la componente maschile degli iscritti (rispettivamente 54,2% e 51,8%).

Nel 2007, sono stati registrati 31.535 avviamenti al lavoro (pari al 4,4% delle iscrizioni), che nel 36,7% dei casi hanno riguardato donne con disabilità, valore che scende al 27,6% nelle Regioni meridionali e insulari. Rispetto alla precedente annualità, è possibile evidenziare un incremento complessivo degli avviamenti, che ha investito soprattutto il Nord Est e, a seguire, il Sud e le Isole. Viceversa, nello stesso anno, si sono avute 7.353 risoluzioni dei rapporti di lavoro (nel 32,7% dei casi a svantaggio di donne disabili), che hanno interessato in modo preponderante il Nord Italia.

⁵³ Disponibile on-line al seguente indirizzo internet <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/EBEFFDC5-52FD-4E39-874E-E94C7698B595/0/IVRelazionealParlamento.pdf>

I posti scoperti nelle imprese pubbliche e private soggette all'obbligo di assunzione di persone con disabilità sono stati calcolati in 65.346, rispettivamente 10.837 nelle imprese pubbliche e 54.509 nelle imprese private. Disaggregando i dati per ripartizione geografica e analizzando le relative quote di riserva, si può osservare che la percentuale più alta di posti riservati alle persone con disabilità è rintracciabile nel Sud e nelle Isole (36,9%) e, a seguire, nel Nord Ovest (33,8%), ma al contrario il maggior tasso di scopertura⁵⁴ si registra nel Nord Est e nel Centro (entrambe le ripartizioni con un valore pari al 32,2%).

2.1.9 VITA SOCIALE

Per comprendere meglio la vita sociale delle persone con disabilità, in Italia, è necessario partire dal paradigma secondo il quale intercorre una stretta relazione tra le persone, la loro autonomia e indipendenza, la necessità di autodeterminarsi e la società all'interno della quale esse vivono, che dovrebbe garantire a tutti la possibilità di essere indipendenti in una rete di relazioni. Le persone con disabilità italiane vivono questa possibilità con molti ostacoli e limitazioni, poiché l'atteggiamento culturale e sociale, nonostante una legislazione paradossalmente all'avanguardia, è ancora quello di fornire risposte separate, che costituiscono una violazione dei diritti umani e civili e che determinano una grave condizione di discriminazione.

Ancora oggi, l'Italia, se escludiamo alcune isole felici nelle Regione del Nord e del Centro, si caratterizza per la carenza di servizi specifici per le persone con disabilità, quali quelli per la vita indipendente, e per l'inadeguata accessibilità delle nostre città, dei trasporti pubblici e di tutti i contesti culturali. Tale disattenzione verso i bisogni delle persone con disabilità da parte delle istituzioni pubbliche viene spesso sopperita dalle reti familiari e amicali, come dimostrano molte delle ricerche realizzate sul nostro sistema di welfare.

Dai dati dell'indagine ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, risulta che, in Italia, la spesa per le prestazioni territoriali rivolte all'area di utenza disabilità si attesta, nel 2006, a 1.231.716.291 euro, pari al 20,7% dell'intera spesa sociale nazionale. Tra le diverse ripartizioni geografiche, è il Sud⁵⁵ a evidenziare la più bassa percentuale di spesa rivolta alle persone con disabilità sul totale della spesa sociale della ripartizione, con un valore del 14,3%. E sono sempre le Regioni meridionali a dichiarare la più bassa spesa pro-capite⁵⁶,

⁵⁴ Dato dal rapporto percentuale tra i posti scoperti in una ripartizione geografica e la relativa quota di riserva.

⁵⁵ Nell'indagine citata, il Sud e le Isole sono considerati separatamente.

⁵⁶ Tale valore è dato dal rapporto tra la spesa sostenuta nell'area disabilità e la popolazione disabile di riferimento come risulta dalle stime dell'ISTAT.

con 500,22 euro in confronto ai 2.184,32 euro della media nazionale; viceversa è al Nord Est che si registra la spesa pro-capite più elevata con 4.924,61 euro.

Concentrandoci solo su alcune tipologie di prestazioni (tabella 2), possiamo constatare che a livello nazionale la spesa per l'assistenza domiciliare rivolta alle persone con disabilità (167.938.964 euro) risulta inferiore a quella destinata alle strutture residenziali (214.333.720 euro). Tuttavia, osservando i dati disaggregati per ripartizione geografica, emergono modelli di intervento significativamente diversi, laddove al Nord la spesa in residenzialità risulta molto più elevata di quella per gli interventi domiciliari; al Centro e al Sud si registra una distribuzione diametralmente opposta, a vantaggio della domiciliarità; e, infine, nelle Isole abbiamo una suddivisione abbastanza simile tra le due tipologie di prestazioni, seppur con il prevalere della spesa in strutture residenziali.

Tab. 2 Spesa dei Comuni singoli e associati per assistenza domiciliare e strutture residenziali rivolte all'area di utenza disabilità per ripartizione geografica. Valori assoluti. Anno 2006

Ripartizione geografica	Assistenza domiciliare ⁵⁷	Strutture residenziali ⁵⁸
Nord Ovest	29.566.178	56.904.464
Nord Est	23.071.516	96.593.645
Centro	60.336.748	24.309.543
Sud	22.912.203	2.592.610
Isole	32.052.319	33.933.458
ITALIA	167.938.964	214.333.720

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati 2006*

Partecipare alla vita sociale vuol dire anche poter partecipare alle attività culturali e sportive, come ogni altro cittadino. Se facciamo riferimento allo sport, possiamo osservare che il 15,5% delle persone con disabilità di 6 anni e più svolge una qualche attività fisica o sportiva, a fronte del 52,9% delle persone non

⁵⁷ Rientrano in questa voce i seguenti servizi e interventi: Assistenza domiciliare socio-assistenziale; Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari; Servizi di prossimità (buonvicinato); Telesoccorso e teleassistenza; Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario; Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio; Altro.

⁵⁸ Tale voce comprende sia le strutture che le rette per le prestazioni residenziali. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

disabili⁵⁹. Sul versante delle attività culturali, l'11,3% delle persone con disabilità sopra i 14 anni è andato al cinema, a teatro o a vedere qualche spettacolo nei 12 mesi che hanno preceduto l'intervista, rispetto al 24,2% delle persone senza disabilità⁶⁰.

2.1.10 SALUTE⁶¹

Il modello medico considera la disabilità come un problema della persona, causato da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica, sotto forma di trattamento individuale da parte di professionisti. L'azione è mirata alla cura della disabilità e, dove ciò non è possibile, al cambiamento del comportamento dell'individuo, in modo che si adatti all'ambiente circostante. L'assistenza medica è vista come una questione prioritaria, piuttosto che la creazione di servizi capaci di rispondere ai bisogni sociali e culturali delle persone. Al contrario, secondo il modello bio-psico-sociale, è la società a produrre handicap. E la salute umana deve essere considerata nelle sue diverse dimensioni: biologica, psicologica e sociale.

Nonostante ormai da anni si parli di un approccio sociale alla disabilità, la percezione che le persone con disabilità hanno del proprio stato di salute appare, ancora oggi, fortemente influenzata dal modello medico. Soltanto il 9,3% delle persone con disabilità dichiara di stare bene o molto bene, contro il 66,8% delle persone senza disabilità.

Non si registrano differenze sostanziali tra i sessi: l'8% delle donne con disabilità si sente bene o molto bene, contro il 11,8% degli uomini (tra le persone senza disabilità tali valori sono rispettivamente del 62,7% e del 71,0%).

L'aumento della percezione negativa del proprio stato di salute è correlato al crescere dell'età: le persone con disabilità tra i 6 e i 24 anni che dichiarano di sentirsi male o molto male sono il 10,0%. Tale valore sale al 35,5% tra i 25 e i 44 anni, arriva al 54,9% tra i 45 e i 64 anni e tocca la soglia del 65,5% tra i 65 e i 74 anni, per poi scendere al 58,1% dopo i 75 anni. Andamento, questo, che può essere associato sia a fattori soggettivi (maggiore vulnerabilità, solitudine, ecc.) che ad aspetti oggettivi (invecchiamento, insorgere di patologie croniche, ecc.).

⁵⁹ Fonte: ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005* (dati disponibili sul sito web: www.disabilitaincifre.it).

⁶⁰ Fonte: ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana 2008* (dati disponibili sul sito web: www.disabilitaincifre.it).

⁶¹ I dati contenuti in questo paragrafo sono tratti dall'indagine ISTAT *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005* (dati disponibili sul sito web: www.disabilitaincifre.it).

2.1.11 ACCESSIBILITÀ DI SERVIZI E TRASPORTI

La legislazione italiana in materia di superamento delle barriere architettoniche e sensoriali (art. 27 L. 118/71, art. 32 L. 41/86, L. 13/89, D.M. 236/89, L. 104/92, D.P.R. 503/96) è vasta e articolata, arrivando a definire leggi di seconda generazione. Purtroppo, la sua applicazione è disomogenea sul territorio nazionale e nelle singole aree di intervento. Per cui, il diritto alla mobilità delle persone con disabilità risulta ancora molto limitato: sono numerosi, infatti, gli edifici pubblici e quelli privati aperti al pubblico che presentano barriere architettoniche e sensoriali. Tale situazione produce una seria limitazione dei diritti costituzionali e umani dei cittadini con disabilità (diritto allo studio, al lavoro, alla salute, all'assistenza, ecc.) e crea condizioni di discriminazione ed emarginazione sociale di cui le persone disabili subiscono le pesanti conseguenze.

Questo stato di cose penalizza soprattutto i cittadini con disabilità molto gravi, che sono assistiti esclusivamente dai genitori o dai parenti più prossimi, laddove la possibilità di garantire loro l'autonomia personale potrebbe invece rappresentare, oltre che una garanzia del rispetto dei diritti umani e civili, anche un investimento sociale ed economico. Un tale intervento consentirebbe, infatti, di prevenire le situazioni di abbandono e l'impossibilità di gestire autonomamente la vita quotidiana, contrastando in questo modo la "segregazione" in istituti speciali, dove non solo vengono limitati, se non cancellati, i diritti essenziali, ma vengono anche pagate dai Comuni o dalle ASL rette giornaliere molto elevate.

La prima legislazione italiana sull'argomento risale al 1971, e da allora molti sono stati gli interventi normativi che l'hanno seguita. Non sempre però costruire senza barriere ha significato riformulare i criteri di progettazione dell'architettura, arricchendone il linguaggio, bensì l'intervento si è ridotto a una semplice riproposizione di schemi di soluzione, non riuscendo sovente nemmeno a garantire la reale fruibilità del manufatto da parte dei cittadini con disabilità (per es. scivoli troppo ripidi, pavimentazioni sdrucciolevoli, rampe davanti a ostacoli, ecc.). Per di più, la mancanza di sanzioni per gli inadempienti, introdotte dalla legge 104/92 ma scarsamente utilizzate, non ha certo favorito la corretta applicazione della legislazione in materia.

Un bilancio sull'implementazione della normativa in questi anni fa emergere che, se qualche passo avanti è stato fatto in termini di vincoli e standard costruttivi nell'ambito delle nuove edificazioni (soprattutto per quelle private, di servizi aperti al pubblico di interesse economico, come gli alberghi), per quanto riguarda gli edifici pubblici la normativa è stata applicata con estrema difficoltà.

Ai Comuni sono demandati molti compiti di controllo e di indirizzo in materia urbanistica e di lavori pubblici, ma spesso nell'attuazione di tale competenze non ci si attiene al rispetto della normativa in materia di barriere architettoniche.

Per quanto riguarda i servizi di trasporto, in particolare, si possono distinguere varie aree di intervento, che vengono di seguito elencate.

2.1.12. VIAGGIATORI IN AEREO

Il regolamento CEE 1107/2006 (del 5 luglio 2006) “relativo ai diritti delle persone con disabilità e delle persone a mobilità ridotta nel trasporto aereo” obbliga gli aeroporti italiani a garantire l’accompagnamento dei passeggeri con disabilità e a mobilità ridotta sugli aeroplani. Gli enti gestori degli aeroporti devono, infatti, offrire a questi passeggeri adeguati standard di accessibilità e comfort, anche attraverso gestori privati competenti. Il sistema di retribuzione del servizio erogato viene spalmato su tutti i passeggeri, attraverso una quota parte delle tasse aeroportuali, definita sulla base del numero dei viaggiatori annui. Coloro che vogliono usufruire del servizio devono prenotarlo, con almeno 48 ore di anticipo sul volo, alle compagnie aeree, che hanno il compito di informare con un sistema automatizzato i servizi degli aeroporti di partenza e di arrivo (compresi gli scali), i quali poi si occuperanno di accompagnare i passeggeri a bordo o di assisterli nello sbarco.

A livello nazionale, l’ente pubblico responsabile dell’attuazione e del controllo del regolamento europeo è l’ENAC, che ha il quadro nazionale della situazione degli oltre 40 aeroporti italiani. Nella fase di attuazione, è stato attivato un tavolo di confronto tra l’ENAC stesso, gli aeroporti italiani e le associazioni di promozione e di tutela dei cittadini.

Certamente, l’applicazione del regolamento europeo in Italia ha posto ai nostri aeroporti l’esigenza di qualificare il servizio di accompagnamento, cosa che è avvenuta nei principali aeroporti nazionali, dove si è provveduto alla formazione del personale, alla definizione di standard di funzionamento, alla regolamentazione del servizio. Particolarmente significativa è stata l’applicazione del regolamento europeo all’aeroporto di Napoli, riconosciuto come una buona prassi dalla Commissione Europea in occasione della Giornata Europea sulla disabilità del 2008. Tuttavia, purtroppo, manca ancora oggi un monitoraggio sistematico e periodicamente aggiornato in grado di fornire elementi e dati statistici sullo stato di applicazione del regolamento comunitario negli aeroporti italiani.

2.1.13. VIAGGIATORI IN TRENO

Il regolamento europeo 1371/2007 (del 23 ottobre 2007) “relativo ai diritti e agli obblighi dei passeggeri nel trasporto ferroviario”, entrato in vigore in Italia alla fine dello scorso anno, prevede misure di progressiva equiparazione del servizio di trasporto su rotaia ai passeggeri con disabilità e ridotta mobilità.

Per quanto riguarda il nostro Paese, Trenitalia già dal 1990 ha attivato un servizio di accompagnamento per i viaggiatori con disabilità. Il viaggiatore, munito

di un'apposita tessera ferroviaria identificativa e rinnovata periodicamente, prenota il servizio in anticipo (i cui tempi variano a seconda della tipologia delle stazioni) e si presenta al treno, dove gli addetti, dotati di attrezzature appropriate, lo "incarizzano" nei vagoni accessibili (sui convogli provvisti di tale attrezzatura, il cui numero viene progressivamente incrementato, coprendo sia i treni veloci, che quelli locali). Tale servizio dal 2007 viene svolto in maniera elettronica, attraverso un sistema centralizzato di Trenitalia che dà conferma al passeggero direttamente sul suo cellulare dell'avvenuta prenotazione e nel contempo informa i servizi delle stazioni di partenza e di arrivo. Da quest'anno, inoltre, il servizio è stato esteso anche ai biglietti corrispondenti alla tratta ferroviaria da effettuare, il cui numero di codice viene inviato al passeggero con la conferma della prenotazione del servizio. Tuttavia, le stazioni in cui esiste il servizio di accompagnamento sono ancora circa 240 su 2.400 (anche se vengono continuamente aumentate), penalizzando fortemente le stazioni dei piccoli centri.

2.1.14. TRASPORTO URBANO ED EXTRAURBANO

In base alla direttiva europea 85/2001 (del 20 novembre 2001) "relativa alle disposizioni speciali da applicare ai veicoli adibiti al trasporto passeggeri aventi più di otto posti a sedere oltre al sedile del conducente e recante modifica delle direttive 70/156/CEE e 97/27/CE", recepita in Italia con D.M. 20 giugno 2003⁶², tutti i servizi urbani di trasporto pubblico su gomma devono dotarsi di autobus corrispondenti a una tipologia standard europea, tra le cui caratteristiche vi è il criterio dell'accessibilità per i passeggeri con disabilità. Ciò significa che, con il recepimento della direttiva, gli enti locali competenti (Comuni, Province, Regioni), al momento del rinnovo del parco macchine dei servizi di trasporto urbano, devono dotarsi di autobus rispondenti agli standard europei.

Purtroppo, non vi è alcuna rilevazione statistica sull'applicazione di questa normativa in Italia.

Eguale sono assenti ricerche sul complesso del trasporto pubblico (su gomma, su fune, su ferro) urbano ed extraurbano. Eppure, negli ultimi decenni, sulla spinta di una maggiore sensibilità e di regolamentazioni e normative più stringenti, tram, metropolitane e funicolari sono state costruite o ristrutturate tenendo conto del vincolo dell'accessibilità a tutti i passeggeri.

⁶² Recante "Recepimento della direttiva 2001/85/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 20 novembre 2001, e della relativa rettifica, concernente le disposizioni speciali da applicare ai veicoli adibiti al trasporto passeggeri aventi più di otto posti a sedere oltre al sedile del conducente e recante modifica delle direttive 70/156/CEE e 97/27/CE".

2.1.15 LA DISCRIMINAZIONE MULTIPLA DELLE DONNE CON DISABILITÀ

Essere donne con disabilità vuol dire subire una doppia discriminazione: in quanto donne e in quanto persone con disabilità. Come donne si condivide con le altre donne la mancanza di pari opportunità che contraddistingue le nostre società; come persone con disabilità si condivide l'esclusione sociale, la discriminazione, la difficoltà di partecipazione.

Tuttavia, essere donne con disabilità non produce solo una somma di discriminazioni, quanto piuttosto una loro moltiplicazione. Le donne con disabilità, infatti, non godono di pari opportunità né rispetto alle altre donne, né rispetto agli uomini con disabilità. Nel primo caso, in ogni legge emanata per favorire le donne e in ogni servizio realizzato per migliorarne la qualità della vita, non c'è quasi mai un riferimento particolare alle donne con disabilità. Nel secondo caso, la società e gli stessi uomini con disabilità le ostacolano nel ricoprire posti e ruoli di responsabilità.

Per molto tempo, anche nell'ambito del movimento delle persone con disabilità la dimensione di genere è stata considerata irrilevante e la disabilità è stata intesa come un concetto unitario che eclissa tutte le altre dimensioni. Ciò significa che anche nell'ambito delle associazioni che hanno l'obiettivo di tutelare i diritti delle persone con disabilità si riproduce esattamente quello che di solito avviene in tutte le altre organizzazioni, ossia si tende a riproporre gli stessi "ruoli di genere".

Ogni donna, nel contesto sociale in cui vive, per cultura e tradizione, è ingessata in un ruolo che condiziona la percezione che ha di se stessa. E, in particolare, la donna con disabilità vive una realtà ancora più difficile poiché, spesso, non le viene riconosciuto alcun ruolo e non viene considerata come donna. Tale percezione sociale è talmente forte da condizionare il suo vissuto e da far sì che le donne con disabilità, rispetto alle loro pari non disabili, si ritengano perdenti in partenza⁶³.

Oggi, grazie agli sforzi compiuti dalle stesse donne con disabilità impegnate nelle associazioni di tutela dei diritti delle persone disabili e al fatto che la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità solleciti ad adottare una prospettiva di genere, aumenta la probabilità che i governi prendano misure in grado di combattere le discriminazioni multiple e di favorire il rispetto dei diritti umani di tutte le persone.

⁶³ Un approfondimento sul tema Donne, Disabilità e Lavoro, realizzato a partire dal racconto autobiografico di un campione di donne con disabilità intervistate, lo si trova in Bucci D., Bassetti Z., Regnicoli M., *Percorsi, Risorse e Ostacoli per le Pari Opportunità. Il percorso lavorativo delle donne con disabilità*, Consorzio di Cooperative Sociali Integra, 2009.

In Italia, le donne con disabilità spesso hanno meno opportunità degli uomini con disabilità di partecipare alla vita della comunità, e ciò principalmente a causa di ragioni culturali. La mobilità limitata e l'assenza di interventi per rendere l'ambiente accessibile costituiscono un ulteriore fattore di discriminazione. Ma anche l'iperprotezione delle famiglie d'origine, che nasce il più delle volte da buone intenzioni, limita la piena partecipazione alla vita sociale. Molte famiglie, è vero, sostengono le donne con disabilità in termini di assistenza fisica, ma a volte falliscono nell'offrire sostegno emotivo e psicologico e possibilità di accrescere l'empowerment. Spesso si ignorano i sentimenti e le emozioni delle bambine e delle ragazze con disabilità, e nello stesso tempo non si forniscono loro strumenti, in termini d'istruzione e di formazione, che potrebbero favorire una piena inclusione sociale. Di conseguenza, molte rimangono confinate nelle proprie case, incapaci di assumere sia i ruoli che tradizionalmente sono loro attribuiti, sia quelli che le donne, oggi, si sono conquistate. Ciò produce sentimenti di isolamento, solitudine e scarsa autostima.

Le donne con disabilità tendono a essere più vulnerabili, e quindi maggiormente esposte a molestie sessuali, violenze domestiche e sfruttamento di vario genere, quale quello sul posto di lavoro. Sono due volte più a rischio, rispetto alle altre donne, di divorzio e separazione. Sono obiettivi più facili di sfruttamento sessuale, in particolare se hanno una disabilità intellettiva. Tendono a essere in uno stato di dipendenza fisica, sociale ed economica.

Si valuta che la condizione di disabilità in un individuo raddoppia la possibilità di essere aggredito, ma per le donne con disabilità la situazione è ancora più grave: l'isolamento e l'anonimato in cui spesso vivono aumentano il rischio di abuso fisico ed emotivo e impediscono loro di chiedere aiuto.

2.1.16 IL RISCHIO DI POVERTÀ

In Italia, esistono poche statistiche comparative sulla situazione delle persone con disabilità che permettono di far emergere la differenza di accesso a diritti, beni e servizi rispetto agli altri cittadini (per esempio, il tasso di disoccupazione ufficiale in Italia è dell'8,3%, mentre per le persone con disabilità è del 75%; le persone che si spostano in carrozzina possono usufruire del 10% circa del servizio ferroviario: solo 240 stazioni su 2.400 sono fornite di servizi di accompagnamento e soltanto alcuni treni hanno una carrozza accessibile per i viaggiatori in carrozzina).

Un tentativo di indagine che va in questa direzione è stato realizzato con il *paper* "La Povertà nelle Persone con Disabilità: Indicatori dal Capability

Approach”⁶⁴, che affronta le questioni inerenti il maggiore rischio di povertà delle persone con disabilità.

L’obiettivo di questo studio è quello di stimare una scala di equivalenza, valida per l’Italia, che permetta di quantificare il reddito addizionale necessario per una famiglia con uno o più membri con disabilità per ottenere lo stesso livello di soddisfazione in relazione alle risorse economiche di una famiglia che non ha al suo interno membri disabili.

L’approccio utilizzato in questa indagine è quello suggerito da Amartya Sen⁶⁵, che risulta particolarmente significativo poiché supera i metodi tradizionali di analisi della povertà, nei quali lo svantaggio è misurato unicamente sulla base del reddito ed è quantificato attraverso l’identificazione di una soglia al di sotto della quale una persona viene definita povera. Secondo Sen, un approccio dove la povertà viene individuata solo in base al reddito non è in grado di coglierne la vera natura, poiché l’importanza derivante dai beni primari o dalle risorse economiche dipende dalle opportunità che ogni persona ha di convertirli nel raggiungimento dei propri obiettivi, o nella libertà di perseguirli⁶⁶. Sen propone, quindi, un approccio alternativo, che considera centrale l’abilità/possibilità (*capability*) di un individuo di condurre il tipo di vita che desidera. Ciò richiede di considerare, nella stima della povertà, anche le caratteristiche personali (inclusa qualsiasi disabilità), insieme al reddito e alle risorse materiali disponibili. Il focus non è su ciò che gli individui possiedono effettivamente, ma sullo status che possono raggiungere con i mezzi materiali e immateriali che possiedono. La povertà, come effetto principale dello svantaggio sociale, è concepita da Sen come l’incapacità di ottenere una serie fondamentali di “stati dell’esistenza” (*states of being*), intesi in termini di ciò che si desidera essere e fare (*functionings*). Le varie combinazioni dei funzionamenti (ossia degli stati dell’essere e del fare) che una persona può acquisire costituiscono la capacità, che rappresenta la libertà di un individuo di condurre la vita che desidera.

Secondo questo punto di vista, la povertà assume un aspetto più complesso, andando oltre la definizione tradizionale basata sull’utilità o sul reddito. Possedere risorse non garantisce di per sé la possibilità di raggiungere un minimo livello di benessere accettabile, poiché esistono molti ostacoli (incluso lo stato di salute) che impediscono alle persone di realizzare i propri obiettivi.

⁶⁴ Autori: Aldo Rosano, Federica Mancini, Alessandro Solipaca.

⁶⁵ Sen A. (1993), *Capability and well-being*, in Nussbaum M., Sen A., *The quality of life*, Oxford, Clarendon Press. Traduzione parziale in Italiano, *Capacità e benessere*, in Sen A., *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*, Venezia, Marsilio, 1993, pp. 91-132.

⁶⁶ Sen A. (1992), *Inequality re-examined*, Cambridge, Harvard University Press.

L'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie mette in evidenza come le spese per la cura e i servizi per le persone con disabilità incidano notevolmente sulla spesa totale delle famiglie, pesando a livello nazionale per il 18,2%. Tale percentuale scende nelle Regioni del Sud al 17,4%, mentre arriva al 21,2% nel Nord-Est del Paese⁶⁷.

Passando ai risultati dell'indagine pubblicata nel *paper*, vediamo che, delle 52.322 famiglie esaminate, l'11,4% ha all'interno almeno una persona con disabilità e che il numero medio di membri per famiglia è pari a 2,7 individui. La soddisfazione media relativa al reddito è di 2.72 per le famiglie senza membri disabili e di 2.54 per quelle con almeno una persona con disabilità. Il reddito mediano delle famiglie con all'interno almeno una persona con disabilità è del 20% inferiore rispetto a quello delle famiglie senza membri disabili. Circa il 26,7% delle famiglie senza componenti con disabilità si dichiara insoddisfatta o non molto soddisfatta del proprio reddito, contro il 41,7% di quelle con almeno una persona con disabilità. Nel Sud d'Italia si registra una prevalenza di famiglie insoddisfatte, che nelle Isole raggiungono il 46,2% per le famiglie che hanno al loro interno uno o più membri disabili.

Il risultato di questo studio rivela che, per raggiungere un equivalente soddisfazione, una famiglia con all'interno almeno una persona con disabilità ha bisogno di un reddito 2.16 volte più alto di quello di una famiglia senza membri disabili. Valore che aumenta (3.07) per le famiglie composte da 2 sole persone di cui una disabile.

L'indagine realizzata ha usato un approccio originale per studiare il problema dell'equità sociale delle persone con disabilità, basato sulla soddisfazione in relazione alle risorse economiche delle famiglie in cui esse vivono. Tale approccio riguarda soltanto uno dei possibili fattori che costituiscono il concetto di *capability* proposto da Amartya Sen: un costrutto teorico che consiste in numerose dimensioni, la maggior parte delle quali non può essere misurata direttamente. Nello specifico, l'indagine proposta utilizza un metodo, già sperimentato nel Regno Unito, che si focalizza sulla parte finanziaria del problema. Tale scelta permette di rimanere ancorati ai metodi più tradizionali di analisi dell'ineguaglianza sociale e anche di sviluppare alcune riflessioni sull'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), che è lo strumento adottato in Italia per confrontare la situazione economica di famiglie con caratteristiche simili, finalizzato principalmente all'accesso ai benefici sociali statali. Sulla base dell'ISEE (calcolato con una formula matematica che considera il reddito, i beni personali e le proprietà), viene creata una scala di equivalenza che

⁶⁷ Solipaca A. (2007), *Spesa mensile sostenuta dalle famiglie per l'assistenza a persone con disabili e anziani non autosufficienti*, in *Rapporto Osservasalute 2007* (pp. 192–193), Milano, Prex.

stabilisce un aumento dei benefici per le famiglie con all'interno persone con disabilità. In particolare, viene previsto un parametro addizionale di 0.50 per ogni membro con disabilità della famiglia, purché sia certificato il suo stato di gravità o abbia un livello di invalidità superiore al 66%. Secondo tale scala, il reddito equivalente di una persona con disabilità corrisponderebbe, quindi, a 1.50 volte quello di una persona senza disabilità. Al contrario, i risultati di questo studio dimostrano che le persone con disabilità necessitano di un reddito 2.16 volte superiore a quello di chi non è disabile per godere dello stesso livello di soddisfazione economica. Ciò suggerisce che le valutazioni tradizionali basate sui consumi portano a sottostimare i bisogni delle famiglie con all'interno membri disabili. Da cui ne consegue che i benefici finanziari previsti grazie a strumenti come l'ISEE potrebbero non essere completamente efficaci.

In Italia, considerando i redditi equivalenti stimati in base a questo studio, il numero di famiglia con almeno una persona disabile al di sotto della soglia di povertà arriverebbe al 68%. Alla disuguaglianza dovuta alla disabilità deve poi essere aggiunta quella dovuta alla localizzazione geografica. Nell'Italia Meridionale le famiglie con membri disabili hanno un reddito pari appena alla metà di quello delle famiglie del Nord, e oltre il 40% di loro è insoddisfatta della propria condizione economica, contro il 27% della media nazionale.

Riassumendo, le persone con disabilità hanno un insieme di opportunità di consumo significativamente più basso se confrontato con quello delle persone non disabili. E tale situazione resta invariata nonostante le misure di compensazione contemplate dalle politiche nazionali e locali in favore delle persone con disabilità.

Le valutazioni prodotte in questa indagine devono essere considerate come un primo passo verso la reale valutazione dell'insieme delle *capability* delle persone con disabilità. Ulteriori analisi dovrebbero prendere in esame i diversi livelli di disabilità e utilizzare, possibilmente, le serie storiche, piuttosto che le indagini trasversali.

2.1.17 CONCLUSIONI

Come più volte finora richiamato, l'assetto normativo italiano in materia di disabilità è molto dettagliato e riguarda tutti gli ambiti della vita. Ciononostante, le persone con disabilità sono ancora fortemente discriminate: cosa che emerge con evidenza dai pochi dati statistici esistenti e dalle pur limitate indagini comparative (la stessa mancanza di dati è espressione della scarsa attenzione che viene data alle persone con disabilità e alla loro condizione di vita). Le norme, infatti, non sono sufficienti a garantire il rispetto dei diritti, in quanto la discriminazione si annida all'interno delle dinamiche e delle prassi sociali, che non consentono a tutti gli individui di accedere alle risorse e alle opportunità presenti nella società.

Ancora oggi, in Italia, non è stata realizzata la piena inclusione scolastica dei bambini e dei giovani con disabilità. E il diritto allo studio è ostacolato da gravi forme di discriminazione, quali: la mancanza di servizi per la mobilità accessibili per raggiungere la scuola; la presenza di barriere architettoniche e culturali; la mancanza di assistenza personale; il numero insufficiente degli insegnanti di sostegno.

Più faticoso e complesso l'ingresso e la permanenza nel mondo del lavoro. Le persone con disabilità difficilmente trovano un'occupazione, o perché non raggiungono le competenze richieste o, più spesso, a causa di pregiudizi da parte dei datori di lavoro che non riconoscono le potenzialità e le capacità dell'individuo, accanto alle sue limitazioni. Analogamente, se assunte, le persone con disabilità sono relegate a ruoli e mansioni marginali e poco gratificanti, e vedono ridotta, se non addirittura annullata, ogni possibilità di carriera. A ciò bisogna aggiungere ulteriori forme di discriminazione, quali: i mezzi di trasporto pubblici in larga parte inaccessibili, la presenza di barriere architettoniche, la mancanza di percorsi e figure che possano accompagnare la persona con disabilità verso una piena e soddisfacente inclusione nel mondo del lavoro.

Nel campo della salute le discriminazioni cui sono sottoposte le persone con disabilità attengono sia all'ambito strutturale e strumentale, che a quello organizzativo. L'ambito strutturale si riferisce a tutto ciò che riguarda il luogo di cura, che può essere caratterizzato o meno dalla presenza di barriere architettoniche. L'ambito strumentale è, invece, quello delle attrezzature diagnostiche e sanitarie, che sono ideate e costruite per le persone cosiddette "normali". Tali strumenti risultano spesso inaccessibili e inutilizzabili per le persone con disabilità, e soprattutto per quelle in carrozzina. Un esempio è il lettino per le visite, in particolare quello ginecologico o quello per la fisiochinesiterapia. Ma si possono fare anche altri esempi, come la strumentazione per l'esame della mammografia o quella per l'esame oculistico. L'ambito organizzativo attiene, infine, alle procedure e alle norme che regolano e caratterizzano una determinata istituzione o struttura sanitaria, alle quali gli operatori devono attenersi nell'espletamento del proprio lavoro. Il più delle volte tali norme e procedure sono ispirate dalla logica economica del servizio erogato, piuttosto che dai reali bisogni e dall'esigenze degli utenti.

In Italia, tuttora, stenta ad affermarsi il principio della costruzione di servizi centrati sulla persona, i suoi bisogni e i suoi diritti. Servizi che possano garantire una piena inclusione sociale delle persone con disabilità, e quindi l'eliminazione di ogni forma di discriminazione. Se guardiamo attentamente, nonostante le intenzioni del legislatore, ancora oggi in Italia esistono istituzioni totali, ma anche interventi assistenziali standardizzati, come per esempio l'assegnazione di una mera percentuale di invalidità e del relativo beneficio economico uguale per tutti. Interventi che rispondono a una visione della persona