

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Scienze politiche,
relazioni internazionali, diritti umani



EMPOWERMENT E INCLUSIONE DELLE
DONNE CON DISABILITÀ:
IL RUOLO DELLO SPORT NEL CONTESTO ITALIANO

Relatrice: Prof.ssa Lorenza Perini

Laureanda: Marini Anna
matricola n.1173960

A.A. 2021/2022

INDICE

Introduzione	1
CAPITOLO I: I diritti delle persone con disabilità	3
1.1 La disabilità: cenni storici	3
1.2 Definire la disabilità: la classificazione ICF	12
1.3 La disabilità nel diritto internazionale: la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.....	15
CAPITOLO II: Le donne con disabilità	21
2.1 Il concetto di “discriminazioni multiple”	21
2.2 Cosa significa essere una donna con disabilità?.....	25
2.3 Parità di genere ed <i>empowerment</i> nell’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile	33
CAPITOLO III: Lo sport come strumento di <i>empowerment</i> e inclusione per le persone con disabilità	36
3.1 Il ruolo dello sport tra disabilità e parità di genere.....	36
3.2. La realtà paralimpica	41
3.3 Esempi di azioni concrete sul territorio italiano: il Progetto Filippide	46
Conclusioni	55
Bibliografia	57

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi si propone di approfondire il tema dei diritti delle persone con disabilità in un'ottica intersezionale, legata sia alla condizione di salute sia al genere. Sono molteplici gli ambiti in cui è possibile analizzare gli stereotipi e gli stigmi annessi a queste tematiche, ma anche le modalità per cercare di raggiungere parità nella cornice dei diritti umani. Dovendo tuttavia limitare il campo d'indagine, si è deciso di concentrarsi su come il ruolo dello sport possa contribuire a favorire una prospettiva inclusiva e di *empowerment* per le persone con disabilità, in particolare le donne, spesso definite "invisibili".

La tesi è articolata di seguito in tre capitoli. Il primo intende tracciare un'analisi generale dei diritti delle persone con disabilità, partendo da un percorso storico ed evolutivo del mondo della disabilità: da atteggiamenti e azioni fortemente discriminatorie fino ad arrivare alle lotte per l'affermazione dei diritti. Si prosegue con la disamina della Classificazione ICF, che prende le distanze da un modello prettamente medico, concentrandosi sull'importanza della salute e della disabilità dal punto di vista sociale, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Cambia così il modo di definire la disabilità, vengono superati termini come "handicap" o "diversamente abile" e la persona è al centro. Secondo il *People-first Approach* infatti, viene posta l'attenzione sulla persona che vive un coinvolgimento all'interno della società grazie al dialogo e alle azioni quotidiane; la disabilità non viene vista come un limite bensì come una caratteristica dell'individuo che può portare cambiamento nell'ambiente in cui vive.

Infine è stato necessario approfondire l'aspetto normativo e di tutela dei diritti umani, evidenziando l'importante cambiamento apportato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, quale strumento fondamentale e vincolante per le legislazioni degli Stati Parti.

Nel secondo capitolo, l'attenzione viene poi rivolta ad un'analisi della condizione delle donne con disabilità partendo dalla definizione di "discriminazione multipla", dove viene sottolineato il concetto di intersezionalità. Viene posto l'accento sulle barriere fisiche, sociali e sanitarie che una donna con disabilità deve affrontare ogni giorno, ma anche sulle politiche attuate e sui documenti più significativi che hanno

portato ad un cambio di prospettiva inclusiva come il Secondo Manifesto europeo sui diritti delle donne e delle ragazze con disabilità. Si conclude con le prospettive future legate all'impegno degli Stati, delle associazioni e della società civile, per favorire progressi legati alla parità di genere, ovvero il quinto obiettivo dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

Infine, nel terzo capitolo viene affrontato il tema dello sport come strumento fondamentale per il miglioramento delle potenzialità residue in tutti i gradi di disabilità e come inclusione sociale, evitando censure, limitazioni e generalizzazioni. Partendo da un'analisi dei limiti e dei benefici della pratica sportiva legata al genere e alla disabilità, si prosegue con un approfondimento della realtà paralimpica e del ruolo emblematico che atlete e atleti rivestono sia in ambito sportivo che nella società civile.

Si vuole concludere con un'intervista all'Associazione "Sport e Società" che svolge attività di allenamento e preparazione a competizioni sportive con persone con persone che presentano diverse patologie. In particolare l'associazione, attraverso il Progetto Filippide, intende promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di atlete e atleti con disabilità, in modo che possano sentirsi parte di una comunità, in un contesto relazionale dove poter agire, scegliere, e vedere riconosciuto il proprio ruolo.

CAPITOLO I

I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Secondo L'Organizzazione Mondiale della Sanità la disabilità è considerata «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo»¹.

Ancora oggi per motivi politici, economici, sociali e culturali in numerosi Paesi le persone con disabilità sono oggetto di violazione dei diritti umani e continuano ad incontrare ostacoli per una piena ed effettiva partecipazione all'interno della società.

L'analisi storica e giuridica che segue parte dal presupposto che il concetto di disabilità debba tener conto del bagaglio di immagini che ha plasmato nel bene e nel male la cultura contemporanea, dando vita a stereotipi e stigmi che ancora oggi condizionano, anche in maniera inconsapevole, le nostre interazioni sociali.

È importante, dunque, tracciare un percorso che inquadri il concetto di disabilità e di persona con disabilità, con le sue modificazioni nel corso della storia, fino alla tutela dei diritti, con la nascita delle Classificazioni internazionali e delle Convenzioni internazionali.

1.1 La disabilità: cenni storici

Nel corso della storia occidentale la ricerca dell'ideale di normalità e perfezione, ha portato gli individui a respingere le categorie di diversità fisica e mentale.

È necessario precisare che il concetto di disabilità e di persona con disabilità nasce in tempi piuttosto recenti e che, nelle diverse epoche, il suo significato non è stato sempre univoco.

La ricostruzione storica in tema di disabilità risulta complessa, sia per la difficoltà nel reperire documentazione specifica, sia perché vengono prese in esame epoche molto lontane, con modalità di ricerca storiografica differenti da quelle attuali.

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF.

Da quando gli studiosi hanno deciso di affrontare il mondo delle marginalità con uno sguardo diverso, nonostante le difficoltà documentarie, le conoscenze storiche e le modalità di ricerca sono profondamente cambiate².

Risalendo alle civiltà antiche emerge che la disabilità non era dovuta a incidenti o punizioni, ma veniva associata alla possessione di uno spirito maligno, quindi motivata secondo un modello causale di tipo magico.

Nella civiltà egizia, grazie all' iconografia è possibile osservare numerosi casi di disabilità fisica; un esempio è la *Stele di Rem* (Glyptoteck, Copenaghen), "la prima immagine raffigurante una persona con disabilità. Si tratta di un servo il cui corpo mostra i segni evidenti della poliomielite che lo ha colpito"³. Infatti, eccetto alcuni casi eccezionali o relativi a persone disabili appartenenti all'élite, da alcuni studi emerge che i trattamenti e l'approccio culturale alla disabilità erano collocati sul registro della stigmatizzazione⁴.

Risulta importante soffermarsi sul concetto di *stigma*, poichè ancora oggi è facile assumere un atteggiamento basato sul pregiudizio quando l' "estraneo" presenta caratteristiche diverse da ciò che viene considerato "normale". Erving Goffman nel suo libro "*Stigma. L'identità negata*" fornisce un'attenta analisi del tema. Lo stigma può riguardare deformazioni fisiche, aspetti particolari del carattere, o simboli considerati negativi relativi all'etnia e alla religione di appartenenza. Tali caratteristiche possono portare a definire in anticipo la categoria a cui un individuo appartiene, definita da Goffman *identità sociale*. La persona con uno stigma viene percepita come "non proprio umana" e nell'individuo stigmatizzato si introietta la visione di coloro che lo giudicano, percependo che gli altri non lo accettino come persona e non siano disposti ad interagire su un piano di parità. Furono i greci i primi ad utilizzare una terminologia specifica, riferendosi a persone "segnate" moralmente, da evitare soprattutto nei luoghi pubblici⁵. Durante l'epoca classica,

² Schianchi M., *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Carocci, Roma, 2012, p.13.

³ Canevaro A., Goussot A. (a cura di), *La difficile storia degli handicappati*, Carocci, Roma, 2000, p.191.

⁴ Schianchi M., *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Carocci, Roma, 2012, p.24.

⁵ Goffman E., *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003, (ed. or. 1963), pp.14-17.

infatti, prevalevano gli ideali di forza e di bellezza, da raggiungere facendo riferimento ai valori *kalos kai agathos*, ovvero bello e buono. Dall'altro lato, deformità e "malattia" venivano associate alla colpa e alla volontà delle divinità e, di conseguenza, non tollerate. Il concetto di handicap aveva un'accezione diversa rispetto a quella sviluppatasi nei secoli a seguire e faceva riferimento a una deviazione dell'integrità della figura umana come ad esempio la mancanza o l'eccesso di arti.

I regimi dell'eliminazione e quello dell'abbandono di neonati "malformati" rappresentavano una consuetudine della cultura greca e questo non riguardava esclusivamente la famiglia del bambino in questione, ma si trattava di un *affare pubblico* e questa concezione viene approfondita nella letteratura dell'epoca. Come cita Aristotele "Quanto all'esposizione e all'allevamento dei piccoli nati sia legge di non allevare nessun bimbo deforme [...]"⁶. E già Platone nella *Repubblica* scrisse «Così tra i tuoi cittadini esse (Giustizia e Medicina) cureranno quelli che siano naturalmente sani di corpo e anima. Quanto a quelli che non lo siano, i medici lasceranno morire chi è fisicamente malato»⁷. Solo le persone cieche e sorde avevano una sorte differente, tant'è che nella letteratura e nella mitologia venivano addirittura celebrate; ne è esempio il mito greco di *Tiresia*. Le persone con forme di disabilità intellettiva venivano invece considerate "pazze" e generalmente emarginate in quanto ritenute poco gestibili.

Solo coloro che avevano acquisito una forma di disabilità in seguito a guerre, malattie o incidenti erano sottoposti a cure e forme di assistenza pubbliche, ma nonostante questo non si può ancora parlare di integrazione della persona con disabilità, la quale continuava a rimanere in condizioni di marginalità.

Con l'affermarsi del Cristianesimo si assiste ad un cambiamento culturale testimoniato sia dall'Antico che dal Nuovo Testamento. La condizione di disabilità è socialmente e culturalmente stigmatizzata in quanto collegata al peccato e

⁶ Aristotele, *Politica*, VII, 16, 2336b.

⁷ Platone, *La Repubblica*, III 409,410.

sinonimo di “debolezza”, ma allo stesso tempo è considerata superabile solo grazie alla fede e alla carità, come oggetto della misericordia di Dio⁸. Come cita Le Goff:

«Tra le classi inferiori [...] la malattia determinava l'emarginazione. I malati allora diventavano oggetto di carità: erano mendicanti, dovevano vivere di elemosina e cercarsi un letto nei ricoveri. Agli storpi e ai malati la dottrina cristiana sulla carità accordava il diritto di vivere di elemosina»⁹.

È proprio nella società medievale che la carità e l'accoglienza diventano la base della morale ecclesiastica; da qui nascono numerose istituzioni religiose che nel tempo si sono occupate di disabilità.

Durante il XII secolo, con la diffusione della lebbra, iniziano a svilupparsi i lebbrosari e l'ospedalizzazione e il confinamento in questi luoghi rappresentano il primo stadio di istituzionalizzazione.

Dal XIII secolo in poi, le persone disabili vengono relegate nelle primordiali strutture ospedaliere, gestite dalle comunità e monastiche e dalla Chiesa. Chi è affetto da patologie gravi o incurabili viene emarginato dal mondo considerato “normale” e recluso in strutture specifiche che testimoniano il perfezionamento del sistema di controllo sociale che sta prendendo piede in quegli anni. La Francia costituisce il modello di questo sistema, infatti nel 1656 viene fondato l'Ospedale generale per trattenere tutte le persone considerate “miserabili”, tra cui quelle invalide.

Queste strutture sono quelle che Goffman considera *istituzioni totali* definite come

«luoghi di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un periodo considerevole di tempo - si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato»¹⁰.

Tra la fine del Settecento e nel corso dell'Ottocento, si assiste ad un cambio di prospettiva nella rappresentazione della disabilità. Nasce la scissione tra disabilità

⁸ Schianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009, p.93.

⁹ Le Goff J., *L'uomo medievale*, Roma-Bari, Laterza, 1987, p.417.

¹⁰ Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 2003. (ed. or. 1961)

intellettiva e malattia psichica e la percezione delle persone con disabilità fisica inizia a distaccarsi dalla qualifica di “mostri”. Disabilità, malattia e disagio psichico trovano distinzione in ambiti diversi come quello medico, pedagogico, politico-sociale e anche all’interno dei sistemi di assistenza, carità e beneficenza assumendo codificazioni che a livello concettuale aprono lo scenario della contemporaneità¹¹. Con il testo “*Lettera sui ciechi per quelli che ci vedono*” (1749) il filosofo Diderot ritiene necessario che le disabilità fisiche e sensoriali debbano essere sottoposte ad interventi educativi. In seguito all’esclusione dal resto della società con l’internamento in strutture specifiche, i soggetti con disabilità fisiche vivono l’epoca della “correzione” e della *rieducazione*; vengono sviluppati diversi strumenti per la correzione del corpo come busti, tutori e corsetti¹². Inoltre inizia ad acquisire una nuova dignità la scienza pedagogica, fino ad allora considerata esclusivamente come scienza degli scolari. Si assiste in particolar modo alla diffusione della *pedagogia speciale* ed è importante sottolineare il suo “mito fondatore”, l’*Enfant sauvage de l’Aveyron*. La vicenda tratta del ritrovamento di un ragazzino di undici anni, nell’estate nel 1798, nella foresta dell’Aveyron in Francia. Incapace di parlare e di comprendere, il giovane presentava numerose cicatrici su tutto il corpo, camminava a quattro zampe e dimostrava una particolare attitudine per arrampicarsi sugli alberi. Particolare interesse al caso fu manifestato da Philippe Pinel, direttore dell’ospedale parigino Salpêtrière, che rinchiusa al suo interno persone con malattie e patologie di ogni tipo. Egli osservò che il *sauvage* presentava dei segni clinici comparabili a quelli dei suoi pazienti, affetti da «idiozia congenita», ma il deficit era così grave che ogni tipologia di pratica educativa venne esclusa a priori.

Un ruolo importante fu rivestito da uno degli allievi di Pinel, Jean Marc Gaspard Itard, che prese in cura il ragazzino affidandogli il nome Victor; si tratta di un punto di partenza per l’acquisizione di un’identità civile e sociale. Itard esclude la diagnosi di Pinel, valutando che il grave ritardo, legato all’area sia cognitiva che affettiva, del *sauvage* fosse causato dalla sua prolungata condizione di isolamento

¹¹ Schianchi M., *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Carocci, Roma, 2012, p.124.

¹² Schianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009, p.99.

sociale e dallo stato di abbandono vissuto durante la sua crescita. Itard fu il primo a sostenere l'importanza dell'azione sociale, sottolineando che la mancanza di stimoli e interazioni possano causare l'“handicap”. L'intervento educativo dello studioso portò all'inserimento di Victor nella vita sociale e all'insegnamento dell'uso della parola. Con questa nuova tipologia di approccio viene così introdotta una nuova immagine della persona con disabilità: il “selvaggio” da educare. Con la presa in carico di Victor emerge il tentativo di normalizzazione dell'anormalità, attraverso l'educazione¹³.

Come cita Canevaro la pedagogia speciale non riguarda però un unico individuo, ma viene definita come una «continua composizione di rapporti, di azioni, di progetti, di punti di vista»¹⁴; è possibile andare oltre la chiusura in se stessi grazie ad un progetto partecipato ed evolutivo, facendo in modo che la persona con disabilità riesca ad essere attiva nell'organizzarsi.

Nel XVIII secolo, con la Rivoluzione Industriale si assiste ad un aumento degli infortuni sul lavoro e la conseguente crescita di persone invalide e con disabilità. Viene riformulato il concetto di disabilità e il corpo di queste persone viene definito come «l'esito di un destino avverso o di una “catastrofe” naturale, di una colpa, o di una deviazione dal normale nel corso della vita, ma diventa un corpo danneggiato da specifici meccanismi sociali»¹⁵.

Anche il primo conflitto Mondiale segna uno sconvolgimento rispetto alla visione della disabilità; la tecnologia manifesta per la prima volta il suo potere attraverso l'uso dell'artiglieria pesante, gas tossici e nuove forme di comunicazione e nel novembre del 1918 si contano in Europa 10 milioni di persone morte, mutilate, invalide, cieche e sorde. Le tracce del conflitto devastante sono visibili oltre che sul piano fisico anche su quello mentale. Le persone con disabilità si inseriscono nel

¹³ Canevaro A., Gaudreau J., *L'educazione degli handicappati: dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, NIS, Roma, 1998.

¹⁴ Canevaro A., *Lessico - Pedagogia speciale*, Italian Journal of Special Education for Inclusion, anno I, n.1, 2013, pp. 181-184.

¹⁵ Stiker H.J., *Le corps infirme au XIX^e siècle*, in “Handicap. Revue de sciences humaines et sociales”, n.90, 2001, p.65.

tessuto sociale, nell'immaginario collettivo e nell'agenda delle politiche sociali e sanitarie¹⁶.

La Grande Guerra porta ad un'accelerazione nella realizzazione di nuovi ausili per le persone disabili come carrozzelle, "macchine ortopediche", grucce, arti artificiali, ma anche l'accelerazione di misure previdenziali più funzionali rispetto a quelle già avviate. La più importante fu quella sancita nel 1919 riguardante l'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia.

La Germania nazista, a partire dagli anni trenta del XX secolo, a differenza del resto dell'Europa, non si attiva per attuare misure previdenziali, ma la sua politica si caratterizza di misure e provvedimenti brutali nei confronti delle persone con disabilità.

La principale disciplina su cui si basa l'eliminazione di certe categorie dalla società è l'*eugenetica*¹⁷, influenzata in particolar modo dall'applicazione sociale di alcune teorie scientifiche come quelle legate all'evoluzione della specie e al razzismo che, nel corso dell'Ottocento, furono oggetto di dibattito in tutto l'Occidente. Si faceva particolare riferimento all'opera di Charles Darwin "*L'Origine della specie*" (1859) che introdusse il criterio di "selezione naturale"; si trattava di un meccanismo che agiva sulla *variabilità dei caratteri*, conservando le variazioni più vantaggiose per l'individuo nelle sue particolari condizioni di vita ed eliminando quelle più svantaggiose.

L'ostracismo imposto dal cancelliere tedesco Adolf Hitler si rifà agli ideali legati all'idea di "purezza della razza", approfonditi nel suo libro *Mein Kampf* e la sua politica viene sostenuta non solo a livello governativo, ma anche dal resto della società, grazie all'importanza della propaganda diffusa in quel periodo. Erano fondamentali la difesa della razza e della cultura nazionale, legate strettamente alla salvaguardia del popolo tedesco e all'esclusione delle cosiddette "vite indegne di essere vissute". Era dunque evidente l'intenzione, da parte del regime, di procedere con una vera e propria eliminazione delle persone con disabilità.

¹⁶ Schianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009, p.101.

¹⁷ Il termine "eugenetica" è stato introdotto nel 1883 dall'antropologo inglese Francis Galton per indicare la «cultura della razza», cioè lo studio delle «condizioni nelle quali vengono prodotti uomini di tipo elevato». L'obiettivo era quello di elevare la razza (La Vergata A., *Colpa di Darwin? Razzismo eugenetica, guerra e altri mali*, UTET, Torino, 2009, pp.137-138)

Tra le misure brutali assunte durante il regime viene emanata la legge sulla sterilizzazione di individui considerati “biologicamente inferiori” con malattie ereditarie, emanata nel luglio del 1933 per migliorare la salute della popolazione tedesca, con la conseguente istituzione di “tribunali per salute genetica”. Un altro provvedimento riguardava l’“operazione eutanasia”, programma segreto avviato sotto la direzione della cancelleria di Hitler che prevedeva la soppressione di persone con “malattie incurabili”. Il programma era diviso in due fasi: la prima, avviata nel 1939 aveva come obiettivo l’eliminazione di bambini e bambine con disabilità e con un ampio coinvolgimento di medici e operatori sanitari; la seconda del 1941 portò invece all’uccisione di adulti disabili nei campi di concentramento e prese il nome di “Aktion T4”¹⁸. Numerosi abitanti e comunità religiose si mostrarono contrari a questi provvedimenti e il programma venne definitivamente sospeso; lo sterminio però proseguì in altre modalità cosicché tra il 1939 e il 1947, solo in Germania, si contano 275 mila vittime¹⁹.

Le forme di assistenza e reinserimento delle persone con disabilità si sviluppano subito dopo la Seconda guerra mondiale; infatti la *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo*²⁰ delle Nazioni unite del 1948 pone già una base per l’affermazione di principi relativi anche alle persone disabili. In particolare quando sottolinea che «tutti gli individui nascono liberi e uguali in dignità e diritti» e che ognuno ha «diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità». Bisognerà però attendere la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2008 per assistere ad una vera e propria tutela dal punto di vista giuridico.

Un notevole cambio di prospettiva avviene negli anni Ottanta del XX secolo quando le nuove lotte per la conquista dei diritti civili portano alla rappresentazione della disabilità da un punto di vista sociale. Si assiste al fenomeno della deistituzionalizzazione e alla comparsa di nuovi attori che contribuiscono a una

¹⁸ Acronimo di Tiergartenstrasse 4, indirizzo di una villa di Berlino confiscata ad una famiglia di origine ebraica

¹⁹ Tarditi R., *L’olocausto delle diversità*, in *Psichiatria/Informazione. Associazione per la lotta contro le malattie mentali*, 1/2007, n. 32, pp. 57-63.

²⁰ https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/eng.pdf

nuova posizione e partecipazione del soggetto disabile all'interno della società. I servizi non vengono più garantiti solo dal mondo ecclesiastico e dalla beneficenza, ma nascono nuove realtà associative e di volontariato, il cosiddetto "Terzo settore". Il principale fattore di cambiamento e innovazione fu il *Modello sociale della disabilità*²¹ ideato nel 1981 da Mike Oliver, attivista per i diritti delle persone con disabilità. In quel periodo la società distingue due modelli di disabilità: quello individuale e quello sociale. Nel primo caso l'approccio è di tipo medico e viene condiviso dalle istituzioni; la disabilità viene vista come «problema» da affrontare a livello individuale, concentrandosi così sui limiti e sulle perdite. Oliver definisce questa situazione come «dramma individuale» della persona disabile, come se la disabilità fosse un evento terribile che si verifica casualmente nella vita dell'individuo. In contrapposizione propone un modello di tipo sociale che rifiuta questi presupposti sostenendo che non sono le limitazioni individuali a generare il "problema", bensì l'incapacità della società nel provvedere con servizi appropriati alle necessità delle persone con disabilità. La disabilità viene intesa come uno *stato sociale* e non più come una condizione medica.

Negli stessi anni l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) pubblica un nuovo documento chiamato *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (la Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap, ICIDIH), che ha l'obiettivo di porre l'attenzione sulle conseguenze e non solo sulla causa delle patologie. L'ICIDIH costituisce una tappa importante nello sviluppo dei sistemi di classificazione, poiché si tratta del primo strumento, nell'ambito della disabilità, in grado di studiare l'impatto della condizione di salute di un individuo visto come "essere sociale". Tale documento presentava però ancora diversi limiti: mancavano informazioni sull'impatto che la malattia ha sulla persona come soggetto sociale; di conseguenza non era possibile inquadrare il suo funzionamento e la sua condizione di salute dal punto di vista individuale e sociale. In seguito a numerose critiche, l'OMS promuove un processo di revisione dell'ICIDIH che porterà alla pubblicazione dell'ICIDIH-2 nel 1999. Quest'ultimo pone le basi per il modello concettuale approfondito nell'ultima classificazione dell'OMS, *l'International Classification of Functioning, Disability and Health*

²¹ Oliver M., *The individual and social model of disability*, 1990.

(Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) nota con l'acronimo ICF. Questa, insieme alla Convenzione delle Nazioni Unite rappresenta, come vedremo nei paragrafi successivi, un importante cambiamento in termini di riconoscimento della disabilità come condizione di salute e di tutela dei diritti umani delle persone con disabilità.

1.2 Definire la disabilità: la classificazione ICF

Se durante il Novecento venivano utilizzate terminologie fortemente discriminatorie come “handicappati”, “minorati”, “incapaci” per far riferimento alle persone con disabilità, solo con i primi anni Ottanta si inizia ad introdurre una terminologia e un approccio più adeguato per definire la condizione delle persone con disabilità grazie alla “Famiglia delle Classificazioni Internazionali” (FIC). Queste, messe a punto dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono strumenti adottati per promuovere lo sviluppo e la diffusione di un linguaggio *standard* sulle tematiche della salute, condiviso e riconosciuto a livello internazionale. Vengono inoltre facilitate la registrazione, la ricerca, l'analisi e l'interpretazione dei dati relativi ai temi della salute.

In sintesi, queste classificazioni permettono di ottenere le informazioni necessarie per

«migliorare la gestione generale del “sistema salute” grazie ad una programmazione più mirata ed efficiente dei servizi sanitari, ad una gestione più efficace dei finanziamenti previsti per la salute, e ad una distribuzione più equa delle risorse umane ed economiche collegate alla salute»²².

Oggi la FIC annovera tre classificazioni:

- Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, dalla definizione inglese International Classification of Diseases);
- Classificazione Internazionale degli Interventi Sanitari (ICHI)
- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), dall’inglese “International Classification of Functioning, Disability and Health”, messa a punto nel 2001.

²² Osservatorio Handicap, *ICF - Per lo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità*, Veneto Sociale – pdf.

È importante soffermarsi e analizzare quest'ultima classificazione per comprendere meglio la definizione di disabilità, in quanto la presenza di malattie croniche e la transizione epidemiologica hanno portato ad una trasformazione radicale delle politiche di *welfare* nei Paesi occidentali²³.

Per lungo tempo è prevalso un modello di stampo medico-organicista in cui il concetto di salute veniva associato ad assenza di malattia e

che vedeva la disabilità come un insieme di menomazioni psicofisiche; il cambio di direzione verso nuove componenti è la conseguenza di un preciso lavoro di ricerca messo in atto dall'OMS.

Il modello su cui si basa l'ICF è quello *bio-psico-sociale* in cui emerge il concetto di salute intesa come “*condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e dunque non soltanto come assenza di malattia o di infermità*”²⁴. L'aspetto innovativo riguarda la classificazione dello stato di salute con un *focus* sulla vita delle persone «rispetto al loro contesto ambientale, psicologico, storico e culturale, su come questo agisca e su come tali condizioni possano essere migliorate o ostacolate allo scopo di rendere concretamente possibile una vita soddisfacente a livello sociale e produttivo»²⁵. Si assiste così ad un distacco dal termine “menomazione” per favorire una prospettiva nuova che si riflette nei principi dell'universalismo e nella promozione di un modello integrato e multidimensionale. L'ICF stabilisce alcuni criteri in modo tale da utilizzare una definizione condivisa applicabile a tutte le persone, evitando di creare minoranze attraverso una diagnosi e descrivendo la disabilità come «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo»²⁶.

Viene utilizzato il concetto di «funzionamento» per indicare gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo con una condizione di salute e i suoi fattori contestuali, ambientali o personali; esso è descritto sia dalla condizione di salute di

²³ Iezzoni L.I. e Freedman V.A., *Turning the disability tide. The importance of definitions*, «Jama», vol.299, n.3, 2008, pp.332-334.

²⁴ OMS: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

²⁵ Leonardi M., *Definire la disabilità e ridefinire le politiche alla luce della Classificazione ICF*, in Borgnolo G., De Camillis R., Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Bassi G., Tubaro E., *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione*, Erickson, Trento, 2009, p.49.

²⁶ OMS, 2002.

una persona sia dall'ambiente in cui vive ²⁷. L'introduzione dell'*ambiente* è fondamentale in quanto la salute di una persona riguarda strettamente il contesto in cui vive con conseguenti cambiamenti legati alle abitudini, agli ambiti relazionali e lavorativi.

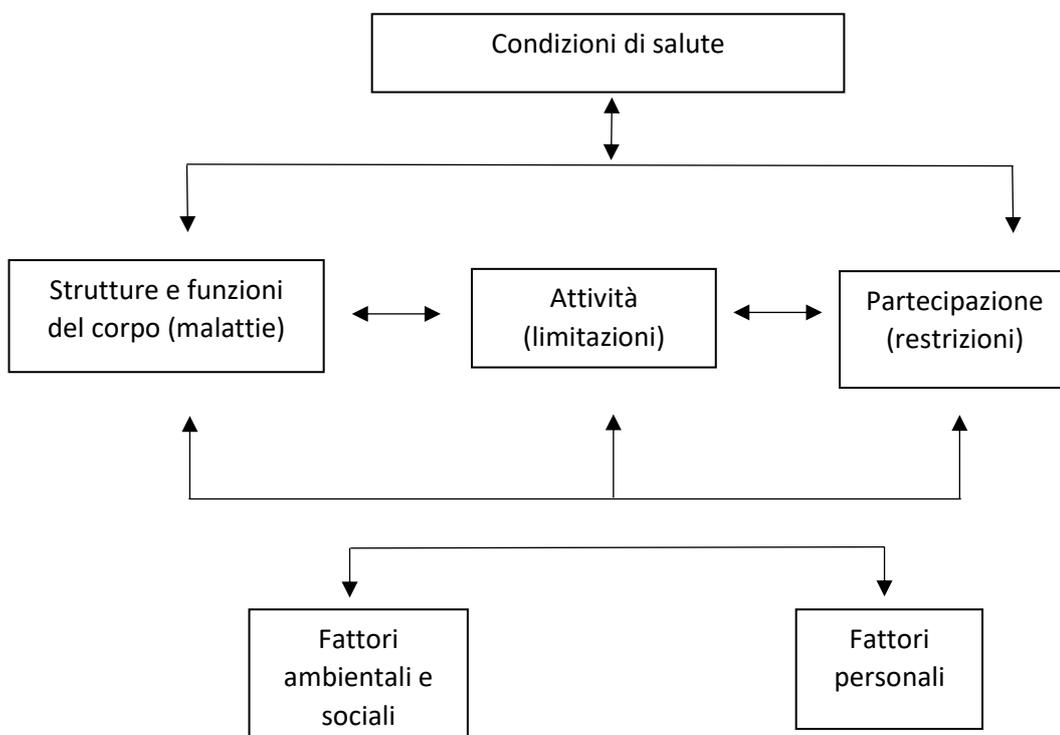


Fig.1. *Struttura Classificazione ICF*

L'importanza di un linguaggio inclusivo rappresenta uno dei tanti tasselli per dare valore all'essere umano secondo l'approccio *People-first language* e non identificare l'individuo esclusivamente con la sua condizione di salute. Per tale motivo oggi il termine "handicap" risulta inadeguato e superato; infatti in Italia e in quasi tutti i Paesi, così come raccomandato dall'OMS dopo la pubblicazione di ICF, lo sforzo culturale e non soltanto tematico è quello di condividere un linguaggio comune ed evitare altre definizioni, errate dal punto di vista metodologico e concettuale, come quella di "diversamente abile"²⁸. Con l'espressione "persone con

²⁷ Leonardi M., *Definire la disabilità e ridefinire le politiche alla luce della Classificazione ICF*, in Borgnolo G., De Camillis R., Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Bassi G., Tubaro E., *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione*, Erickson, Trento, 2009, p.48.

²⁸ *Ivi*, p.47.

disabilità” si assiste, per la prima volta, ad un cambiamento terminologico, diventato successivamente anche concetto giuridico.

È fondamentale che il contesto e le circostanze tengano conto delle caratteristiche e delle esigenze della persona con disabilità e le adattino all’ambiente; in caso contrario, la sua partecipazione alla vita sociale risulterebbe limitata, poiché verrebbero a crearsi barriere ed ostacoli difficilmente superabili. Per fare in modo che questo meccanismo si interrompa è funzionale la creazione di programmi di ricerca e l’attuazione di politiche inclusive riguardanti tutti gli aspetti della vita dell’individuo. A tal proposito, nonostante si tratti di una classificazione di tipo sanitario, la trasposizione su un piano multidimensionale e sociale ha permesso all’ICF di indirizzare gli interventi in materia, per favorire la partecipazione e l’integrazione dell’individuo.²⁹

Il percorso per definire con fermezza chi siano le *persone con disabilità* si è intensificato negli ultimi anni con nuovi provvedimenti, fino alla ratifica della *Convenzione delle Nazioni Unite (CRPD)*, come vedremo nel paragrafo seguente.

1.3 La disabilità nel diritto internazionale: la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità

Secondo uno studio dell’Organizzazione mondiale della Sanità oltre un miliardo di persone, circa il 15% della popolazione mondiale, vive con qualche forma di disabilità. Il numero è in crescita in particolare a causa dell’invecchiamento della popolazione e dell’aumento delle condizioni di salute croniche³⁰.

Solo a partire dagli anni Sessanta le problematiche relative alla disabilità hanno iniziato a diventare oggetto di interesse per le Nazioni Unite con l’adozione di *atti non vincolanti* da parte dell’Assemblea Generale. Tra questi figurano: la *Dichiarazione sul progresso e lo sviluppo sociale* del 1969, la *Dichiarazione sui diritti delle persone mentalmente ritardate* del 1971, la *Dichiarazione sui diritti delle persone disabili* del 1975; il *Programma mondiale di azione per le persone disabili* del 1982; la *Dichiarazione sui diritti delle persone colpite da malattie mentali e per il miglioramento dell’assistenza nell’ambito della salute mentale* del

²⁹ Schianchi, M., *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Carocci Editore, Roma, 2012, p.232.

³⁰ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

1991 ed infine le *Regole standard per le pari opportunità delle persone con disabilità del 1993*.

Gli atti sopracitati hanno iniziato a cambiare la concezione, distaccandosi dal “modello medico” per favorire lo sviluppo del “modello sociale”. È emersa la necessità di politiche mirate all’inclusione per promuovere la consapevolezza che ogni impegno per le persone con disabilità è un impegno per tutti i cittadini e tutte le cittadine, in quanto la disabilità è vista come una possibilità della condizione umana³¹. A tal proposito il 13 dicembre 2006 a New York viene approvata dall’Assemblea Generale della Nazioni Unite la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità³² e il relativo Protocollo opzionale, entrati ufficialmente in vigore il 3 maggio 2008. Si tratta di un trattato fondamentale e soprattutto evolutivo per la tutela dei diritti umani, in quanto costituisce uno strumento di diritto internazionale, quindi vincolante per l’indirizzo delle politiche nazionali dei Paesi che lo approvano. Ad oggi la Convenzione ha ottenuto 182 ratifiche mentre sono 96 gli Stati che hanno riconosciuto il Protocollo Opzionale. Ciò rappresenta un primo passo per garantire alle persone con disabilità il riconoscimento e la tutela dei loro diritti, oltre che tentare di rimuovere gli ostacoli che impediscono l’effettiva partecipazione e integrazione sociale.

I lavori preparatori al testo hanno preso avvio nel 2001 e il negoziato è stato effettuato da un Comitato *ad hoc* dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite che vede tra i partecipanti diverse associazioni internazionali, singoli cittadini e cittadine con disabilità e le loro famiglie. Si tratta di una svolta radicale in quanto si instaura una vera e propria collaborazione tra i governi e le associazioni; il testo definitivo rappresenta il punto di convergenza di orientamenti differenti a volte persino in contrasto tra loro.

La Convenzione si compone di cinquanta articoli: i primi trenta riguardano i *diritti fondamentali*, mentre i restanti venti fanno riferimento alle *strategie operative* da adottare.

³¹Leonardi M., *Definire la disabilità e ridefinire le politiche alla luce della Classificazione ICF*, in Borgnolo G., De Camillis R., Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Bassi G., Tubaro E., *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l’inclusione*, Erickson, Trento, 2009, p.52.

³² <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Come anticipato nel paragrafo precedente, con la presente Convenzione il termine “persona con disabilità” assume valenza giuridica per cui:

«per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri»³³.

A differenza della Classificazione ICF, riportata nel paragrafo cui sopra, la Convenzione delle Nazioni Unite ha introdotto un quadro di riferimento basato sui *diritti umani*; il suo obiettivo è infatti

«proteggere garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità»³⁴.

e, in particolare

«contribuire in modo significativo a riequilibrare i profondi svantaggi sociali delle persone con disabilità e promuovere la loro partecipazione nella sfera civile, politica, economica, sociale e culturale, con pari opportunità, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo»³⁵.

Nel testo non vengono introdotti nuovi diritti, ma a partire dai diritti dell’uomo e sulla base dei patti internazionali, si afferma che la discriminazione costituisce una violazione della dignità della persona umana³⁶; si può dire che la Convenzione «integra il quadro giuridico esistente per l’effettiva attuazione del principio di uguaglianza»³⁷.

³³ Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, art.1 punto 2.

³⁴ Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, art.1.

³⁵ *Ivi*, *Preambolo*, lettera (y).

³⁶ Schianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009, pp.107-108.

³⁷ Cera R., Della Fina V., Marchisio S. (a cura di), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Commentario*, Aracne, 2010, p.XIX.

Emerge anche in questo caso il distacco dal concetto di “menomazione” favorendo la realizzazione di una *prospettiva inclusiva* che ponga al centro le dinamiche relazionali vedendo le persone con disabilità come soggetti attivi e non più passivi, come accade nella logica sanitaria legata alle cure e ai sussidi da parte dello Stato. Le persone con disabilità quindi non vengono più viste come una “categoria sociale”, in quanto i loro diritti sono gli stessi di tutti gli esseri umani anche se per essere affermati richiedono di essere “tradotti” nella condizione di disabilità, intesa come possibilità sempre presente nella condizione umana³⁸.

Alcuni articoli riguardano nello specifico la tutela dei diritti di individui con disabilità che rischiano in determinate circostanze di essere oggetto di “molteplici o più gravi forme di discriminazione”. In particolare le donne che oltre alla questione “disabilità” vengono discriminate sulla base del sesso. Il concetto di “discriminazione multipla” viene sottolineato nell’art.6 della Convenzione che verrà approfondito nel capitolo II del seguente elaborato.

Per quanto riguarda la realtà italiana con la *Legge 3 marzo 2009, n. 18* il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e questo implica l’adeguarsi dell’ordinamento interno agli obblighi della Convenzione.

Con la stessa legge viene inoltre istituito l’*Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità* con l’obiettivo di introdurre elementi innovativi nell’intervento e nelle politiche che riguardano la disabilità e l’inclusione. Numerose associazioni hanno promosso la diffusione della Convenzione prendendo parte all’Osservatorio e questo costituisce uno dei primi tasselli per la sua applicazione.

Al suo interno è presente un Comitato tecnico-scientifico costituito da un rappresentante del Ministero del Lavoro e del Ministero della Salute, un rappresentante delle Regioni e uno delle autonomie locali, due rappresentanti delle

³⁸ Leonardi M., *Definire la disabilità e ridefinire le politiche alla luce della Classificazione ICF*, in Borgnolo, G., De Camillis R., Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Bassi, G., Tubaro E., *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l’inclusione*, Erickson, Trento, 2009, p.52.

associazioni nazionali maggiormente rappresentative delle persone con disabilità e tre esperti facenti parte dell'Osservatorio.

L'Osservatorio ha una funzione consultiva e di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità, predispone un programma biennale con l'obiettivo di promuovere l'eguaglianza di opportunità e la non discriminazione delle persone con disabilità e raccogliere dati statistici grazie alla ricerca sul tema.

Nel 2019 l'Osservatorio ha svolto tre riunioni, adottando, nel mese di luglio, il programma di attività per i successivi tre anni, articolato in tredici gruppi di lavoro operanti su nove aree tematiche tra cui i diritti delle donne, il contrasto alla segregazione, diritto alla vita adulta, libertà, diritti civili e partecipazione, cooperazione internazionale oltre alle tematiche tradizionali quali l'accessibilità, la salute, l'educazione, le politiche sociali e il lavoro.

Questi provvedimenti sono da considerarsi un passo avanti per il sistema di *welfare* moderno, sicuramente più inclusivo, ma il lavoro di monitoraggio e l'attuazione di politiche per rispondere a specifiche necessità e alla totale rimozione di ostacoli per un'effettiva partecipazione è ancora lungo e intricato. Un esempio recente riguarda la condizione delle persone con disabilità nella pandemia di Covid-19 che ha dimostrato un arresto delle politiche di inclusione. Durante il primo periodo di emergenza sanitaria welfare regionali che dovrebbero essere basati su un approccio di protezione e sicurezza sociale, hanno operato senza seguire i principi della Convenzione delle Nazioni Unite, senza tutelare le persone con disabilità e le loro famiglie. Essendo il welfare costruito in gran parte sui luoghi in cui offrire i servizi, una volta chiusi i centri diurni, i centri di riabilitazione e altre strutture analoghe, il sistema non si è dimostrato in grado di riorganizzarsi con servizi domiciliari³⁹.

È opportuno quindi affermare che i diritti delle persone con disabilità debbano trovare piena attuazione attraverso l'azione strategica e pratica degli organismi preposti, in modo tale da poter gestire le necessità anche in situazioni di emergenza economica, sociale e sanitaria.

³⁹https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisti/pdfs/000/005/218/Osservatorio_nazionale_sulla_condizione_delle_persone_con_disabilit%C3%A0_31.3.2021_.pdf

CAPITOLO II

LE DONNE CON DISABILITÀ

Come citato in precedenza, tra le persone con disabilità ci sono individui che vivono situazioni di discriminazione in forme più accentuate rispetto ad altri, tra questi i minori e le donne. Nel seguente capitolo verrà approfondita la condizione sociale delle seconde, influenzata da circostanze che le portano a vivere discriminazioni legate sia alla disabilità che al genere.

Partendo dalla definizione di “discriminazione multipla”, verrà approfondita la situazione in cui le donne con disabilità si trovano a fronteggiare la realtà, sia nei contesti privati che sociali, rimarcando i limiti e la necessità di politiche e spazi di dialogo.

Il capitolo si concluderà con un approfondimento dell’Agenda 2030, con un *focus* sulla parità di genere e l’ *empowerment*, caratterizzanti il quinto obiettivo per il raggiungimento dello sviluppo sostenibile.

2.1 Il concetto di “discriminazioni multiple”

Quando si parla di “discriminazioni multiple” si fa riferimento ad una situazione in cui un individuo è vittima di discriminazioni in diversi contesti, poiché appartiene a gruppi sociali svantaggiati o vive condizioni di vulnerabilità. È solo con la Dichiarazione adottata dalla Conferenza mondiale contro razzismo, discriminazione razziale, xenofobia e intolleranza ad esse connessa, svoltasi nel 2001 a Durban, che la definizione di “discriminazione multipla” viene formalizzata in un atto internazionale, anche se di carattere non vincolante.

Sul piano legislativo, l’obiettivo degli ordinamenti sarebbe quello di riconoscere il c.d. *intersectional approach* per il raggiungimento dell’eguaglianza sostanziale tra gli individui; è da precisare però che quasi tutti tendono ad applicare tipologie distinte di diritto senza considerare la prospettiva intersezionale; la conseguenza è una mancata analisi del fenomeno in un’ottica multi-fattoriale⁴⁰. Tra le discriminazioni multiple figurano appunto quelle “intersezionali” che fanno

⁴⁰ Carnovali S., *Il corpo delle donne con disabilità. Analisi giuridica intersezionale su violenza, sessualità e diritti riproduttivi*, Aracne, 2018, p.24.

riferimento ad un'interazione di più fattori che agiscono in maniera contemporanea, cosicché le conseguenze che ne derivano risultino inseparabili; per questo motivo non è possibile considerare un elemento alla volta, in quanto la tendenza a valutarli separatamente impedisce di identificare l'intreccio variabili differenti che possono portare ad un aumento delle discriminazioni.

Il termine *intersezionalità* viene utilizzato per la prima volta nel 1989 da Kimberlé W. Crenshaw, studiosa e attivista afroamericana, nel suo articolo *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. L'obiettivo di Crenshaw era quello di trovare un'immagine che trasmettesse in maniera rapida e intuitiva il modo in cui le donne nere subivano discriminazioni e violenze utilizzando la metafora dell'incrocio stradale.

Così

«la discriminazione, come il traffico attraverso un incrocio, può fluire in una direzione e può fluire in un'altra. Se si verifica un incidente ad un incrocio, esso può essere causato da automobili che arrivano da un certo numero di direzioni, e talvolta, da tutte le direzioni. Allo stesso modo, se una donna nera è ferita perché è nell'incrocio, il suo infortunio può derivare da discriminazioni di genere o discriminazioni razziali»⁴¹.

Nei trent'anni successivi dopo essere stato coniato, il termine si è adattato a nuovi contesti, al di fuori di quello americano e dell'ambito giuridico, venendo reinterpretato in modi differenti nelle varie discipline. In Europa e in altre parti del mondo sono stati condotti studi con un approccio intersezionale, ponendo un focus sulle violazioni dei diritti di numerose "minoranze nelle minoranze", tra cui donne, persone LGBTIQ+, persone con disabilità, che possono estendersi in futuro ad altri individui. In merito a ciò Barbara G. Bello propone una definizione generale così sintetizzata:

⁴¹ Crenshaw K., *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in *University of Chicago Legal Forum*, 1989, p.145. Traduzione a cura di Carnovali S. in *Il corpo delle donne con disabilità. Analisi giuridica intersezionale su violenza, sessualità e diritti riproduttivi*, Aracne, 2018, p.24.

«l'intersezionalità esamina criticamente la particolare situazione, qualitativamente diversa, vissuta da una persona a causa dell'interazione simultanea tra più categorie dell'identità (non più separabili), rispetto a soggetti che si autodefiniscono o che sono marginalizzati con riferimento solo a una di queste categorie. A livello strutturale, esamina come l'interazione tra le strutture riproduca tale condizione. Infine, le categorie dell'identità e le strutture vanno intese in continua interazione tra loro»⁴².

Come sottolinea l'articolo 6 della *Convenzione ONU*, le donne con disabilità vivono ogni giorno *discriminazioni multiple* legate sia al genere sia alla loro condizione di salute.

Si tratta del primo testo giuridicamente vincolante che prende in considerazione la prospettiva di genere e che ha come obiettivo la predisposizione di forme di tutela rafforzate nei confronti delle donne, ma anche delle minori con disabilità in quanto anche l'età può costituire un fattore di rischio. Nello specifico nel par.1:

«Gli stati Parti riconoscono che le donne e le minori con disabilità sono soggette a discriminazioni multiple e, a questo riguardo, adottano misure per garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle donne e delle minori con disabilità»⁴³.

Gli Stati contraenti sono quindi liberi di introdurre nuove norme nei propri ordinamenti nazionali, ma anche di abrogare disposizioni interne che risultino incompatibili con gli obiettivi stabiliti dall'art.6 par.1. Inoltre, la *prospettiva di genere* deve essere presa in considerazione nell'impegno costante per promuovere il pieno godimento dei diritti umani, come affermato nel preambolo della *Convenzione*⁴⁴.

⁴² Bello B.G., *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, FrancoAngeli, Milano, 2020, p.29.

⁴³ *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, art.6, par 1.

⁴⁴ Della Fina V., *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Commentario*, Istituto di Studi Giuridici internazionali, Aracne 2010, p.112.

Il par. 2 cita che:

«Gli stati Parti adottano ogni misura idonea ad assicurare il pieno sviluppo, progresso ed emancipazione delle donne, allo scopo di garantire loro l'esercizio ed il godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali enunciati nella presente Convenzione»⁴⁵.

Viene richiesto alle Parti di garantire lo sviluppo dell'indipendenza e dell'autonomia delle donne per poter esercitare libertà fondamentali e diritti espressi dalla Convenzione. Nella disposizione l'obbligo di risultato è quello di garantire l'*empowerment* delle donne con disabilità che si traduce in: partecipazione ai processi decisionali, promozione di associazioni di donne, creazione di adeguate strutture socio-sanitarie di sostegno e una rete di supporto dedicata all'inserimento lavorativo.

A tal proposito gli Stati contraenti devono impegnarsi nel fornire gli strumenti necessari che portino le donne a maturare consapevolezza, compiere libere scelte⁴⁶.

Si evince che l'articolo 6 sia particolarmente rilevante in quanto colma il vuoto normativo della *Convenzione per l'eliminazione tutte le forme di discriminazione contro le donne* (CEDAW) del 1979, la quale non prende in considerazione altre caratteristiche della donna quali l'età, la condizione sociale, l'etnia, la condizione di salute.

L'articolo 1 della CEDAW cita infatti che:

«ogni distinzione, esclusione o limitazione, basata sul sesso, che abbia l'effetto o lo scopo di compromettere o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato matrimoniale e in condizioni di uguaglianza fra uomini e donne, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile, o in qualsiasi altro campo»⁴⁷.

⁴⁵ *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, art.6, par 2.

⁴⁶ Della Fina V., *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Commentario*, Istituto di Studi Giuridici internazionali, Aracne 2010, p.112-113.

⁴⁷ CEDAW, art.1.

In Italia il 15 ottobre del 2019 sono state discusse e approvate all'unanimità quattro diverse Mozioni⁴⁸, introdotte da premesse che richiamano la Convenzione ONU, con l'obiettivo di contrastare la discriminazione multipla che colpisce le donne con disabilità. Vengono toccati i seguenti temi: impegno di carattere generale di contrasto alla discriminazione multipla, diritti sessuali e riproduttivi, diritto alla salute, violenza di genere, studio, lavoro, sensibilizzazione, accessibilità, sport, raccolta dati.

Pur essendo un fatto politicamente rilevante, l'approvazione delle Mozioni ha una semplice valenza simbolica poiché non sono giuridicamente vincolanti e non prevedono alcun finanziamento delle misure prospettate.

La mancanza di un'approfondita educazione al genere e soprattutto a quest'ultimo connesso alla disabilità, porta a sottovalutare la combinazione di queste due variabili.

2.2 Cosa significa essere una donna con disabilità?

Sono circa 300 milioni le donne nel mondo con una disabilità fisica o mentale, ovvero una donna su cinque⁴⁹. In Italia, secondo un'indagine Istat del 2019, sono 12,8 milioni le persone con disabilità in Italia e il 60% è donna⁵⁰.

Come approfondito nel capitolo precedente il concetto di disabilità è ampio e in costante evoluzione e riguarda numerose condizioni di salute; quando si parla di donne e ragazze con disabilità si fa riferimento a coloro che presentano una disabilità fisica, intellettiva, psicosociale, sensoriale e i vari livelli di gravità, ma anche soggette a malattie croniche. Nel corso della vita, le donne tendono a sviluppare una forma di disabilità in misura maggiore rispetto agli uomini e la prevalenza è più alta nelle popolazioni in condizione di emarginazione e nelle aree rurali⁵¹.

⁴⁸ Mozione 1-0024346, Mozione 1-0026247, Mozione 1-0026348, Mozione 1-0026449.

⁴⁹ WHO/World Bank 2011.

⁵⁰ <https://www.istat.it/it/files//2019/12/Disabilit%C3%A0-1.pdf>

⁵¹ UN women.

Nonostante il passaggio dal modello medico a quello sociale per definire la disabilità, è ancora interiorizzata la visione di “malattia” e questo porta a vedere la persona in una condizione da curare.

Come evidenziato in precedenza, il contesto ambientale, secondo la Classificazione ICF, dovrebbe risultare fondamentale per il raggiungimento dell'autonomia e dell'autodeterminazione delle persone con disabilità. Per le donne con disabilità invece questo risulta particolarmente limitante, sia a causa dello stigma sociale che porta a manifestare compassione, pietà, paura e intolleranza nei loro confronti, sia per le barriere fisiche, percettive e comunicative. Questi fattori portano la donna a vivere una situazione di debolezza e impotenza politica in cui vede sottovalutate le sue potenzialità sia fisiche, sia intellettive; di conseguenza fatica a sentirsi riconosciuta anche nella dimensione più intima della propria identità.

Anche i movimenti femministi, tesi alla libertà della donna da vincoli culturali e sociali, faticavano a considerare le donne con disabilità, come pure le istituzioni che ancora non rispondono ai loro bisogni principali e alla garanzia dei loro diritti. Così, le possibilità di autodeterminazione e di protagonismo nella società risultano un cammino intricato che porta queste donne a vedere negato un senso di appartenenza, un “noi” in cui possano sentirsi incluse.

Infatti, prendendo in esame alcuni risultati del report finale del Progetto “Voci di Donne”⁵², promosso da AIAS Bologna Onlus nel 2017, si riscontra che il 54% delle partecipanti al sondaggio sostiene di aver vissuto una situazione di discriminazione in ambito sociale, lavorativo, affettivo e nell'accesso ai servizi pubblici. Emerge, in particolare, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari, precisamente quelli ginecologici, di ostetricia, di screening del cancro al seno, i servizi di pianificazione familiari e quelli di interruzione volontaria di gravidanza; di frequente mancano gli ambulatori correttamente attrezzati e i dispositivi di supporto tecnico risultano inaccessibili, in particolare per donne con disabilità fisica e motoria.

Risulta evidente che le ragazze e le donne con disabilità devono invece poter godere del diritto di accesso ad informazioni e luoghi che siano provvisti di forme adeguate di sostegno e di accomodamento ragionevole, che includano dispositivi di supporto

⁵² <https://www.aiasbo.it/voci-di-donne/>

tecnico e di assistenza personale. Emerge l'impellente necessità di implementare percorsi educativi e di sensibilizzazione rivolti alle famiglie e a professionisti operanti in ambito sanitario, sociale ed educativo.

Inoltre, partendo da un'impostazione legata prevalentemente al modello medico, difficilmente si tende a ragionare sul piano dei diritti soprattutto quando si parla di salute sessuale delle donne con disabilità, per le quali sono diffusi pregiudizi e stereotipi. Da un lato, chi ha una disabilità fisica, motoria o sensoriale viene vista come "asessuata", mentre le donne con una disabilità intellettiva e/o psichica vengono definite "ipersessuali", dalla sessualità fuori controllo⁵³. Le soluzioni a riguardo implicano trattamenti che impediscono di vivere liberamente queste situazioni che talvolta portano a rigidi controlli e repressione dei diritti sessuali e riproduttivi tra cui: sterilizzazione, contraccezione e aborto forzati. Questa negazione dei diritti avviene il più delle volte senza il consenso delle stesse e senza comprenderne pienamente le motivazioni.

La convinzione dell'impossibilità di creare legami affettivi e sessuali è legata al "non-sexuality myth" così «Negando la validità sessuale e la desiderabilità di una donna si nega il raggiungimento dell'"adulità": la capacità di autodeterminarsi, l'autorevolezza, l'autonomia nelle scelte della propria vita»⁵⁴.

Come scrive Elizabeth V. Spelman i corpi delle donne con disabilità vengono considerati "inessential"⁵⁵ ovvero "invisibili", sia dal modello sociale della disabilità, ma anche da alcune teorie femministe; si è assistito sempre ad una discriminazione di fondo che prendeva in considerazione solo la donna "abile". La percezione di essere "donne mancate" e non desiderabili può, a sua volta, portare ad una negazione della propria identità sessuale e alla difficoltà ad uscire da relazioni caratterizzate da abusi e violenze. Con riferimento alla violenza di genere, infatti, la condizione di disabilità può portare ad una maggiore vulnerabilità

⁵³ Carnovali S., *Il corpo delle donne con disabilità. Analisi giuridica intersezionale su violenza, sessualità e diritti riproduttivi*, Aracne, 2018, p.319.

⁵⁴ Cuollo M., Righetti S., *Abilismo*, in Furci B., Vescio A. (a cura di), *Anche questo è femminismo*, Tlon, 2021, p.19.

⁵⁵ Spelman E.V., *Inessential woman: Problem of Exclusion in Feminist Thought*, Beacon Press, Boston, 1988.

rispetto alle donne in uno stato di salute e, di conseguenza, ad un rischio più alto di subire violenza psicologica, sessuale ed economica.

Secondo un'indagine del Parlamento Europeo almeno l'80% delle donne con disabilità ha subito abusi, molestie e stupri⁵⁶ mentre in Italia, secondo uno studio del FISH⁵⁷ del 2019, il 65,3% delle donne intervistate (519 in totale), ha subito una violenza. La maggior parte degli episodi si verifica in contesti affettivi che vedono coinvolti partner o familiari, ma anche in contesti di cura, per mano di operatori. Nei contesti sociali e familiari il partner viene visto come una sorta di "eroe" che si è reso disponibile al sostegno di una compagna "speciale", così questo stigma viene introiettato dalla donna che tende a giustificare e a non riconoscere tali comportamenti⁵⁸. Da qui emerge che solo il 33% riconosce effettivamente una violenza che ha subito o che continua a subire; questo indica la difficoltà a percepire come "violenza" un atto che le danneggia, se non è di natura strettamente fisica o sessuale. I Centri Antiviolenza attuato percorsi, utilizzando una metodologia costruita a seguito di una lunga formazione, supervisione clinica e tecnica, costruzione di gruppi tematici di lavoro⁵⁹. Con un ascolto attivo da parte delle operatrici, le donne vengono accompagnate verso una consapevolezza che le porti a riconoscer le e proprie potenzialità, ad affrontare i traumi subiti e dotarla di uno sguardo critico sul mondo che la circonda.

Per quanto riguarda l'ambito dell'istruzione, l'Art.24 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità riconosce il diritto all'istruzione come uno strumento per sviluppare le proprie potenzialità come garanzia della dignità umana che porti ad un'autonomia individuale e alla capacità di compiere scelte. Ciò rappresenta le basi per la socializzazione e l'inclusione sociale. L'obiettivo è quello di realizzare interventi che portino ad una maggiore efficacia della formazione scolastica e di accesso alle strutture.

⁵⁶ Carnovali S., *Il corpo delle donne con disabilità. Analisi giuridica intersezionale su violenza, sessualità e diritti riproduttivi*, Aracne, 2018.

⁵⁷ Federazione Italiana per il superamento dell'Handicap.

⁵⁸ Gargano O., *Violenza contro le donne con disabilità in La multidiscriminazione delle donne con disabilità. Kit informativo rivolto a donne con disabilità, famiglie, associazioni, operatrici e operatori di settore*, Federazione Italiana per il superamento dell'handicap (FISH), p. 11.

⁵⁹ *Ibidem*

Nel corso degli anni, in Italia si è assistito ad un'evoluzione in ambito educativo. In primo luogo, è stata potenziata la formazione degli insegnanti con un focus sul valore della continuità didattica, inoltre sono state varate diverse norme, come quelle legate alla partecipazione e la collaborazione delle famiglie e delle associazioni nei processi di inclusione. Malgrado ciò, l'obiettivo delle pari opportunità in ambito educativo è ancora lontano dall'essere raggiunto. Infatti, da un'indagine Istat del 2019 emerge che la quota di persone con disabilità che hanno raggiunto i titoli di studio più elevati, ovvero il diploma di scuola superiore e titoli accademici, è pari al 30,1% tra gli uomini e al 19,3% tra le donne, a fronte del 55,1% e 56,5% per il resto della popolazione⁶⁰.

Come già detto, il contesto ambientale e i pregiudizi condizionano fortemente le scelte delle donne con disabilità. È stato riscontrato infatti che vengono intrapresi determinati percorsi formativi piuttosto che altri e questa spinta proviene spesso dalle famiglie.

Anche in ambito lavorativo sono numerose le barriere che rendono difficoltoso l'accesso ad un'occupazione.

Il primo comma dell'Art.27 della Convenzione ONU riconosce il diritto al lavoro per le persone con disabilità e sancisce l'importanza di adottare misure adeguate per garantire l'accesso indiscriminato al lavoro anche da parte delle persone con disabilità, maggiormente a rischio di esclusione dalla possibilità di accedere a posti di lavoro accessibili ed adeguati alle proprie capacità e necessità personali.

In Italia, nel corso degli anni, sono state varate diverse norme per favorire l'inserimento lavorativo, considerato un'opportunità di autorealizzazione e uno strumento di inclusione sociale. Malgrado ciò, osservando gli ultimi dati Istat disponibili, relativi all'anno 2019, è infatti evidente che lo svantaggio occupazionale risulta rilevante. Considerando la popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni, risulta occupato solo il 31,3% di coloro che soffrono di gravi limitazioni gravi (26,7% tra le donne, 36,3% tra gli uomini) contro il 57,8% delle persone senza limitazioni⁶¹.

⁶⁰ ISTAT, "Anno 2019: Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni, istituzioni", www.istat.it.

⁶¹ *Ivi*

Ancora, osservando nuovamente le risposte al questionario proposto dal progetto “Voci di donne” il 44% delle partecipanti si dichiara occupata e sottolinea due elementi particolarmente critici: le retribuzioni, spesso inadeguate alle esigenze delle donne con disabilità e, la gratificazione personale. Considerando una mancata preparazione, a causa della discriminazione negli apprendimenti, le donne vengono considerate deboli e, di conseguenza, poco produttive⁶².

Nel *Secondo Manifesto sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità nell’Unione Europea*, che verrà approfondito in seguito, viene sottolineata la necessità di garantire anche alle donne con disabilità l’inclusione nel mercato del lavoro, promuovendo azioni trasversali e positive mirate, ma anche al fine di promuovere la formazione, l’inserimento, la parità di retribuzione, gli adattamenti dei luoghi di lavoro e l’equilibrio tra lavoro e vita privata.

Il raggiungimento delle pari opportunità per considerarsi tale deve avvenire quindi su livelli e in ambiti differenti.

«Ciò che oggi le donne con disabilità chiedono, ed esse stesse vogliono realizzare, è il passaggio da un’etica della cura, in cui l’altro è solo “oggetto di cura”, ad un’etica più attenta alle relazioni, basata sull’interdipendenza reciproca in cui ognuno, nella consapevolezza della comune vulnerabilità si faccia carico dei bisogni e delle domande dell’altro»⁶³.

La disabilità di una donna non deve essere né demonizzata né minimizzata; è fondamentale favorire il dialogo e l’ascolto nei confronti di chi vive in una condizione di salute accogliendo interamente le caratteristiche della sua persona, per tentare di comprendere a pieno le sue emozioni, visioni, progetti e prospettive all’interno della società. Solo attraverso un’analisi che veda coinvolte in prima linea donne con disabilità è possibile giungere a soluzioni concrete che rispettino la dignità di ciascuna, senza ledere quella altrui. Un agire etico infatti deve considerare

⁶³ Galati M., Barbuto R. (a cura di), *Genere e disabilità in una prospettiva etica in Donne, disabilità e salute. Questioni etiche, strategie e strumenti di tutela nelle politiche per la salute e le pari opportunità*, Lamezia Terme, Comunità Edizioni, 2006, p.26.

le differenze come qualcosa di arricchente, che porti ad una condivisione, costruzione di legami e senso di un'appartenenza comune con altre donne e individui.

Per le persone con disabilità risulta spesso complicato esprimere e sperimentare tutte le dimensioni del sé e di conseguenza manca anche la riflessione legata al genere; tende a venire meno l'“intersezione” di variabili differenti, così le caratteristiche della persona vengono scisse senza maturare una consapevolezza della loro inseparabilità. A tal proposito è stato stilato un ulteriore documento, non giuridicamente vincolante, che prende in considerazione la prospettiva di genere ovvero “*Secondo Manifesto sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità nell'Unione Europea. Uno strumento per attivisti e politici*”⁶⁴.

Messo a punto nel 2011 dall'Assemblea Generale del Forum Europeo sulla Disabilità (EDF), in seguito ad una proposta del Comitato delle Donne dell'EDF, il Manifesto si pone l'obiettivo di contrastare le discriminazioni multiple.

Già nel 1997 era stato stilato il *Manifesto delle donne con disabilità* per garantire la presenza delle donne e della loro partecipazione nell'ambito della società civile per poter porre le basi affinché le loro esigenze e bisogni fondamentali venissero presi in considerazione per promuovere la parità e la non discriminazione all'interno dell'Unione Europea e dei suoi Stati Membri. A seguito dell'introduzione di nuovi strumenti internazionali, come la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con Disabilità*, la *Strategia europea sulla disabilità 2010-2020* ed il *Patto per la parità di genere dell'Unione Europea 2011-2020*, emerge la necessità di creare uno strumento che favorisca il processo di inclusione della variabile del genere nelle politiche sulla disabilità e della disabilità nelle politiche di genere. Si giunge così alla redazione del *Secondo Manifesto*.

Il documento è suddiviso in *18 aree tematiche*, ognuna delle quali è focalizzata su uno degli articoli della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Esse sono:

- uguaglianza e non discriminazione;
- sensibilizzazione, mass media ed immagine sociale;
- accessibilità;

⁶⁴ <https://www.uildm.org/wp-content/uploads/2011/11/2ndmanifestoEN.pdf>

- situazioni di rischio ed emergenze umanitarie;
- pari riconoscimento davanti alla legge ed accesso effettivo alla giustizia;
- violenza contro le donne;
- vivere nella comunità;
- diritti sessuali e riproduttivi;
- istruzione;
- salute;
- abilitazione e riabilitazione;
- lavoro ed occupazione;
- standard adeguati di vita e di protezione sociale;
- emancipazione e ruolo di guida;
- accesso alla cultura allo sport e al tempo libero;
- intersezionalità, genere e disabilità;
- raccolta di dati e statistiche;
- cooperazione internazionale

Vengono, nello specifico delineati cinque obiettivi:

1. Delineare la situazione attuale nella quale versano le donne e le ragazze con disabilità nel settore in questione
2. Esporre le loro richieste in termini di attenzione diretta
3. Suggerire aree di miglioramento nelle singole comunità
4. Proporre aree in cui sono richiesti studi e ricerche di settore per ottenere una chiara comprensione della situazione in cui si trovano donne e ragazze con disabilità
5. Presentare, brevemente, un'analisi degli elementi chiave della legislazione nel settore in questione⁶⁵.

Il *Secondo Manifesto* rappresenta dunque uno dei segnali per promuovere l'emancipazione e la parità di genere, per favorire maggior consapevolezza da parte delle donne con disabilità, ma anche dalla società stessa. Esso dovrebbe costituire

⁶⁵ *Secondo Manifesto sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità nell'Unione Europea. Uno strumento per attivisti e politici*, p.8. Traduzione a cura di Lancioni, S., Ruele ,M.

una delle basi per sottolineare l'urgenza ad intervenire concretamente in ambiti differenti.

Ana Peláez Narváez, la presidente del Comitato delle Donne del *Forum Europeo sulla Disabilità*, ha concluso la sua introduzione al Secondo Manifesto dicendo «Nulla sulle donne con disabilità senza le donne con disabilità».

Per fronteggiare la discriminazione è sicuramente necessario un intervento dal punto di vista normativo, come approfondito nel paragrafo precedente, ma ciò non risulta sufficiente. Questo deve essere infatti accompagnato sia dalla diffusione di una cultura inclusiva, ma anche da percorsi di *empowerment* che portino ad un cambio di prospettiva da parte della donna e alla riappropriazione del potere personale.

Il raggiungimento della consapevolezza e del valore della propria persona come punto di partenza per il superamento della percezione di “vittima”, fino alla partecipazione e al riconoscimento. Azioni e proposte su questo piano emergono dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile che verrà approfondita nel paragrafo successivo.

2.3 Parità di genere ed empowerment nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile è un programma d'azione, sottoscritto nel 2015, che pone al centro le persone, il pianeta e la prosperità, sottoscritto nel 2015 dai Governi dei 193 Paesi membri dell'ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite). Al suo interno sono inglobati 17 Obiettivi per lo Sviluppo sostenibile – *Sustainable Development Goals* (SDGs) – e per il raggiungimento di 169 traguardi. Il Programma ha preso avvio all'inizio del 2016 indirizzando i diversi Stati verso il percorso che devono intraprendere nell'arco di 15 anni, entro appunto il 2030. Si tratta di obiettivi comuni, che danno seguito ai risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, riguardanti questioni importanti legate allo sviluppo, che includano tutti gli individui dei Paesi coinvolti⁶⁶.

⁶⁶ <https://unric.org/it/agenda-2030>



Fig. 2. I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030

Il quinto obiettivo riguarda il raggiungimento dell'*uguaglianza di genere e l'emancipazione di tutte le donne e le ragazze*. Nonostante alcuni progressi apportati dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, come la parità di accesso all'istruzione primaria per ragazze e ragazzi, donne e ragazze vivono ancora costanti discriminazioni e violenze in ogni parte del mondo.

Come già visto, la molteplicità di barriere (ambientali, fisiche, di accesso all'informazione e servizi) e lo stigma sociale, rallentano il percorso, la realizzazione e la garanzia dei loro diritti. Emerge dunque la necessità di integrare la disabilità in tutti gli sforzi per la realizzazione della parità di genere ed *empowerment*. Queste, non solo figurano tra i diritti umani fondamentali, ma rappresentano anche la condizione necessaria per una vita prospera e un mondo basato sulla sostenibilità. È necessario garantire parità di accesso all'istruzione, alle cure mediche, a un lavoro dignitoso, così come la rappresentanza nei processi decisionali, politici ed economici con l'obiettivo di promuovere economie sostenibili, di cui potranno beneficiare le società e l'umanità intera. A tal proposito, risulta indispensabile che le preoccupazioni che riguardano le donne con disabilità siano integrate nella cornice generale degli SDGs e considerate all'interno di tutti i target per l'Obiettivo numero 5.

È stato rilevato che povertà ed emarginazione si sommano quando il genere e la disabilità si intersecano.

Molti modelli educativi inclusivi risultano poco pratici e troppo costosi e diverse scuole e posti di lavoro impediscono un'equa partecipazione che porta le ragazze e le donne con disabilità ad avere accesso limitato alle risorse e agli spazi di aggregazione culturale. A tal proposito l'Agenda sottolinea la necessità di trasformare scuole e posti di lavoro per garantire il giusto accesso all'educazione e formazione di donne e ragazze con disabilità.

Osservando i dati di 51 Stati emerge che solo il 20% delle donne con disabilità risulta impiegata, contro il 53% degli uomini⁶⁷. La promozione di una crescita economica inclusiva e di un impiego produttivo, dovrebbero facilitare un pieno accesso al mercato del lavoro grazie a progetti e interventi promossi dagli stati nel corso di questi 15 anni.

Sebbene sia cresciuto il numero di Paesi che considerano la disabilità nei censimenti e nei sondaggi, spesso i dati non vengono trattati e vengo diffusi con disaggregazione rispetto al genere e disabilità. È dunque importante trovare la giusta strategia per favorire la giusta raccolta di informazioni; un esempio riguarda una ricerca del *Washington Group on Disability Statistics*. Sono state sviluppate una serie di domande comparabili per adulti e bambini, con l'obiettivo di identificare le difficoltà funzionali in sei ambiti: vedere, sentire, camminare, concentrarsi e ricordarsi, cura di sé e comunicare⁶⁸. A livello mondiale è considerata la via migliore per comparare dati sulla disabilità, infatti questa ricerca è stata adottata in almeno 69 Paesi per effettuare indagini.

Si può concludere sostenendo che, affinché l'Agenda 2030 sia all'altezza del suo impegno a non lasciare indietro nessuno, è indispensabile che donne e ragazze con disabilità continuo, colmando la lacuna di dati e assicurando la loro completa e pari partecipazione nella progettazione, implementazione e monitoraggio di tutti gli sforzi per conseguire gli SDGs.

⁶⁷ WHO/World Bank 2011.

⁶⁸ Washington Group on Disability Statistics 2016.

CAPITOLO III

LO SPORT COME STRUMENTO DI EMPOWERMENT E INCLUSIONE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Secondo l'articolo 2 della *Carta Europea dello Sport* approvata dal Consiglio d'Europa nel 1992, «per sport s'intende qualsiasi forma di attività fisica che, attraverso una partecipazione organizzata o non, abbia per obiettivo l'espressione o il miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali o l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli»⁶⁹.

Il *focus* di questo elaborato è appunto il ruolo dell'attività sportiva, come metodo per favorire l'empowerment e l'inclusione delle persone con disabilità.

Partendo dal ruolo dello sport in relazione alla disabilità e al genere, del quale verranno approfonditi limiti e benefici, si passa all'evoluzione del Movimento Paralimpico, fino ad approfondire la storia del Progetto Filippide, realtà associativa italiana, che favorisce la partecipazione e l'attivazione quotidiana di persone con disabilità.

3.1 Il ruolo dello sport tra disabilità e parità di genere

Lo sport è parte integrante della società e forza trainante di valori e diritti; ricopre un ruolo importante per quanto riguarda lo sviluppo e la salute dell'individuo, sia a livello fisico sia sociale. Permette, infatti, di conoscere in maniera più approfondita le risorse e le potenzialità del proprio corpo oltre che avere ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima individuali. Anche l'ambiente sociale in cui si pratica attività fisica rappresenta un contesto positivo in cui costruire relazioni sociali gratificanti.

Sebbene presenti numerosi benefici, non mancano dati e situazioni legate a stereotipi e disparità; la sfida più grande è creare condizioni eque per tutte e tutti. L'ostacolo più arduo da superare è legato principalmente alla centralità del corpo. Non si può prescindere da esso visto che si tratta di un'affermazione principalmente fisica. È necessario dunque un cambio di prospettiva verso

⁶⁹ Consiglio d'Europa, 1992.

l'accettazione di fisicità diverse che possano avere tutte il diritto di competere in una situazione di parità⁷⁰.

La visione discriminatoria e stereotipata è ancora legata, nonostante i diversi progressi, al passato.

Anticamente infatti, lo sport rappresentava uno dei maggiori ambiti di esclusione e l'esercizio fisico era visto come espressione della forza, associata unicamente all'uomo giovane, sano e vigoroso. È solo nel XX secolo che la mentalità sportiva inizia a prendere le distanze da questo stereotipo iniziale, cominciando ad includere donne, persone con disabilità, atlete e atleti anziani.

La pratica sportiva risulta tra i primi ambiti che guardano all'attivo la persona con disabilità e questo permette di trarre benefici differenti. La sport inteso come "terapia" permette di incrementare le capacità motorie e sensoriali, migliorando i riflessi e incrementando la forza muscolare, aumenta la resistenza alla fatica e permette un miglioramento della capacità respiratoria, sia degli scambi gassosi e ossigenazione del sangue⁷¹.

Oltre all'ambito terapeutico, l'attività motoria agisce in maniera efficace anche nella costruzione della propria identità, della socialità e del bagaglio cognitivo della persona. Essa permette quindi di mettere alla prova le proprie capacità, oltre quei "limiti" che vengono introiettati a causa di stigmi e stereotipi, favorendo la partecipazione attiva e i rapporti sociali. In tal modo, un'attività ben strutturata permette di sentirsi parte integrante di un gruppo. L'aspetto "sociale" risulta dunque quasi inscindibile dalla pratica sportiva, sia per l'immediatezza delle relazioni interpersonali date dalle discipline di squadra, sia dal confronto con se stessi e con l'altro per quanto riguarda gli sport individuali.

È importante che si raggiunga un completo riconoscimento dell'attività sportiva anche nella vita di una persona con disabilità, sia a livello amatoriale sia agonistico.

⁷⁰ Latini A., *Sport e stereotipi*, in Furci B., Vescio A. (a cura di), *Anche questo è femminismo*, Tlon 2021, p.171.

⁷¹ Senarega D., *Attività motorio-sportive e disabilità. Scienze e tecniche dello sport nella diversabilità*, Liberodiscrivere Edizioni, 2014, pp. 14-15.

Lo studioso Martin, facendo riferimento in particolare alle persone con disabilità motoria, sostiene che «l'esercizio fisico aumenta la facilità nell'eseguire prestazioni richieste nelle attività quotidiane, contribuendo a promuovere lo spostamento del focus d'attenzione dell'individuo disabile da come il corpo "appare" a ciò che il corpo "sa fare"»⁷².

Facendo riferimento ad una prospettiva di genere le differenze in ambito sportivo sono ancora però evidenti e caratterizzate da un pensiero ideologico di base, che vede l'uomo forte, attivo e competitivo mentre la donna passiva e debole. La donna infatti non è ancora considerata una professionista, bensì una dilettante così mancano le tutele derivanti da un contratto di lavoro: contributi previdenziali, garanzie in caso di infortunio lungo⁷³.

Sebbene le statistiche mettano in luce una crescita evidente della quota femminile sul totale di persone attive nello sport, in Italia le percentuali risultano ancora piuttosto basse. Partendo da un rapporto Istat del 2015 figura che il numero degli uomini che praticava sport corrispondeva al 29,5% e al 19,6% per le donne⁷⁴.

Inoltre si afferma che il 56,8% delle femmine di età compresa tra 11 e 14 anni e il 65,9% dei maschi della stessa età praticano un'attività sportiva in modo continuativo. Con il passare del tempo il divario di genere aumenta fino a raggiungere il 47,5% per i ragazzi contro il 31,9% delle ragazze⁷⁵.

Infine tra le persone che operano nello sport le donne rappresentano il 19,8% del totale del personale tecnico, il 18,2% degli ufficiali di gara, il 15,4% dei dirigenti di club o società sportive e il 12,4% dei dirigenti delle Federazioni sportive nazionali⁷⁶. Da qui risulta che il *glass ceiling* emerge in maniera evidente anche in ambito sportivo: più si sale dal punto di vista gerarchico, meno donne si trovano⁷⁷.

⁷² Scarpa S., *Differenze di genere nel costrutto multidimensionale e gerarchico del sé corporeo in atleti con disabilità motoria*, Cleup, 2016, p.31.

⁷³ Coccia L., *Sport e disabilità* in Virgiglio, G., Lolli, S. (a cura di), *Donne e sport. Riflessioni in un'ottica di genere*, I libri di Emil, 2018, p.113.

⁷⁴ ISTAT, "Anno 2015: La pratica sportiva in Italia", www.istat.it, 19 ottobre 2017.

⁷⁵ Censis, "Donne: il gender gap c'è anche nello sport", www.censis.it, 5 luglio 2019.

⁷⁶ *Ivi*.

⁷⁷ Latini A., *Sport e stereotipi*, in Furci B., Vescio A. (a cura di), *Anche questo è femminismo*, Tlon 2021, p.177.

Anche nelle competizioni internazionali le donne costituiscono solo un terzo degli atleti con disabilità. Lo sport dovrebbe rappresentare uno dei diversi strumenti per contrastare le discriminazioni multiple e ridurre gli stereotipi di genere, ma essere una donna con disabilità in questo ambito significa ancora doversi interfacciare con barriere legate al genere e alla condizione di salute, in particolare se si compete in luoghi dominati da atleti uomini.

Sebbene i Giochi Paralimpici abbiano rappresentato un forte cambiamento nel corso della storia dello sport, dal punto di vista di affermazione dei diritti, le disegualianze per le donne con disabilità permangono. Tra le diverse barriere figurano: sistemi di classificazione che non tengono conto dei diritti delle donne, cifre troppo basse di donne coinvolte a livello dirigenziale, una sottorappresentazione delle atlete in sedia a rotelle, che spesso riceve la maggiore attenzione da parte dei media sportivi⁷⁸. Inoltre, la doppia discriminazione risulta particolarmente evidente nel caso della maternità in cui spesso vengono a mancare le condizioni per poter continuare liberamente a praticare sport, tanto che le atlete si trovano costrette quindi a recedere dal contratto o ad abortire. A tal proposito dal 2018 è stato messo a disposizione per la prima volta in Italia, un Fondo Maternità per le sportive, messo in atto dalla Commissione Atleti del Coni. Tra le donne che si sono battute per questo “traguardo” c’è Laura Coccia, ex atleta paralimpica e deputata della Repubblica Italiana, che ha anche varato una proposta di legge per la modifica della legge n.91 del 1981, volta a promuovere la parità di genere nel professionismo sportivo.

L’esperienza di Coccia vuole trasmettere un messaggio importante sostenendo che: *«lo sport mi ha aiutata molto soprattutto nel rapporto con me stessa, poiché essere una donna con disabilità in questo tipo di società mediatica, è diverso che essere un uomo con disabilità. Ti viene infatti proposto un modello di donna e di femminilità che spinge sempre al massimo, all’iperefficienza, alla forma fisica che deve essere più vicina possibile alla normalità, al punto tale da intervenire con photoshop. Ma una persona con disabilità non può usare photoshop, la disabilità*

⁷⁸ Lisa M. Olenik, Joan M. Matthews, and Robert D. Steadward, *Women, Disability and Sport. Unheard Voices*, 1994.

*si vede comunque, non è un neo»*⁷⁹. Quando scendeva in pista il suo obiettivo primario era abbassare il tempo, cioè svolgere il suo compito di atleta senza pensare al resto.

Coccia ha voluto inoltre sottolineare le parole del suo docente di educazione fisica della scuola media: *“io ti metterò il voto in educazione fisica, solamente se cercherai di fare quello che fanno gli altri. Non avrà importanza se tu riuscirai a farlo come lo fanno gli altri, sicuramente troverai un modo per raggiungere il tuo traguardo”*. Per lei non è risultato semplice e immediato sentirsi compresa ed integrata a scuola e solo grazie all’aiuto del suo professore riuscì a gareggiare durante i giochi studenteschi con persone normodotate⁸⁰. Dal punto di vista dell’inclusione, questo rappresentò per lei un momento emblematico della sua vita.

La pratica sportiva dovrebbe essere accessibile a tutta la popolazione, senza alcun tipo di limitazione legata alla condizione di salute, al genere e ad altri stigmi. Ciò emerge anche dall’Art.30 p.5 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità per cui gli Stati Parti adottano misure adeguate a : «incoraggiare e promuovere la partecipazione più estesa possibile delle persone con disabilità alle attività sportive ordinarie a tutti i livelli»⁸¹

e ancora: «a garantire che le persone con disabilità abbiano la possibilità di organizzare, sviluppare e partecipare ad attività sportive»⁸². Viene segnata una “rottura” rispetto all’idea di sport visto come attività agonistica per pochi e legata a prestazioni, connesse a corpi senza difetti e limiti fisici, che dovrebbero portare a risultati vincenti.

Se si osserva il rapporto Istat “Conoscere la disabilità” del 2019 emerge che in Italia, solo il 9% delle persone con limitazioni gravi pratica attività fisica, mentre la quota raggiunge il 20,5% per coloro che hanno limitazioni meno gravi⁸³. A fronte di questi dati è evidente che lo sport come strumento riabilitativo mirato

⁷⁹ Coccia L., *Sport e disabilità* in Virgiglio, G., Lolli, S. (a cura di), *Donne e sport. Riflessioni in un’ottica di genere*, I libri di Emil, 2018, p.111.

⁸⁰ *Ivi*

⁸¹ *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* art. 30 p.5, lettera a)

⁸² *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* art. 30 p.5, lettera b)

⁸³ ISTAT, “Anno 2019: Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni, istituzioni”, www.istat.it.

all'integrazione e alla conquista dell'autonomia personale non sia ancora abbastanza utilizzato.

La pratica sportiva non dovrebbe solo promuovere l'inclusione, bensì fare in modo che essa stessa rappresenti un momento inclusivo attraverso l'adozione di corrette strategie educative.

Per definizione:

«L'inclusione punta a far sì che si identifichino i cambiamenti organizzativi e gestionali necessari affinché i diversi contesti possano consentire a tutte e tutti una vita di qualità in quanto essa rappresenta un modo originale, non standardizzato, di vivere insieme nel convincimento che le diversità sono opportunità che vanno prese al volo, delle vere e proprie risorse di una comunità e un capitale da valorizzare»⁸⁴.

3.2. La realtà paralimpica

Oggi le Paralimpiadi rappresentano un grande traguardo sia a livello sportivo sia sociale. Si tratta del più grande evento sportivo dedicato alle persone con disabilità, che ha luogo la settimana successiva alla conclusione dei Giochi Olimpici, nella stessa città e con l'utilizzo dei medesimi impianti. È necessario tracciare una distinzione con le Olimpiadi per non compromettere il metro valutativo nelle diverse competizioni, in modo tale da riconoscere l'attività sportiva a livello professionale.

Di seguito verrà tracciato il percorso evolutivo dei Giochi Paralimpici nel corso della storia, per comprendere meglio la dinamica relativa a questo evento e al suo ruolo nella società.

Il primo atleta con disabilità a partecipare ad un evento sportivo internazionale fu George Eyser, ginnasta statunitense con una gamba amputata a seguito di un incidente, che vinse sei medaglie alle Olimpiadi di Saint Luis del 1904. Non si trattava però di competizioni pensate per persone con disabilità.

Un primo cambiamento avvenne nel 1948, grazie a Sir Ludwig Guttmann, neurologo tedesco, mosso dalla convinzione che la pratica sportiva fosse efficace

⁸⁴ Shogren K.A., Luckasson,R., Schalock R.L., The Definition of «Context» and its Application in The Field of Intellectual Disability, in «Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities», 2, 2014, pp.109-116.

per la riabilitazione dei pazienti colpiti da lesioni al midollo spinale⁸⁵. Questo approccio contribuiva a comprendere meglio i modelli comportamentali complessi, in un rapporto attivo con l'ambiente esterno. A tal proposito il medico, organizzò la prima edizione dei Giochi di Stoke Mandeville⁸⁶ che videro la partecipazione di ex membri della forze armate britanniche, svoltesi in contemporanea alle Olimpiadi di Londra.

Il percorso per un riconoscimento ufficiale, pari a quello delle Olimpiadi, fu tutt'altro che breve, ma l'interesse e la curiosità portarono i Giochi a diventare prima internazionali, fino alla svolta nel 1960. In quell'anno infatti, su proposta del medico italiano Antonio Maglio, si svolse a Roma la prima edizione dei Giochi Internazionali per persone paraplegiche.

Se il termine "para" faceva inizialmente riferimento alla parola "paraplegico", oggi allude al fatto che tali Olimpiadi si disputino "parallelamente" ai i Giochi Olimpici per persone normodotate. Fu proprio in questa occasione che nacque la Federazione Internazionale dei Giochi di Stoke Mandeville (ISMGF), che si limitava unicamente all'organizzazione dell'evento per atlete e atleti affetti da patologie del midollo spinale. La manifestazione, da allora, divenne annuale e vennero annesse discipline come la scherma, la pallacanestro, il nuoto, le corse, i lanci, il tiro con l'arco, il tiro a segno, il ping-pong e le bocce. Il numero delle e dei partecipanti iniziò ad aumentare in maniera esponenziale, confermando quanto fosse viva la necessità di costituire un evento di tale portata.

Ben presto vennero fondate nuove associazioni (come l'ISOD, l'IBSA e il CP-ISRA) in modo tale che potessero partecipare a manifestazioni sportive anche persone cieche, con amputazioni o con disabilità uditiva⁸⁷.

Le prime Paralimpiadi si svolsero a Tokyo nel 1964 per un totale di 390 partecipanti che quattro anni dopo si raddoppiarono a Tel Aviv.

Nel 1988 a Seul l'evento sportivo fu un grande successo sia per il numero di atlete e atleti iscritti: 3052, provenienti da 61 nazioni⁸⁸.

⁸⁵ Il numero di persone tetraplegiche e paraplegiche era fortemente aumentato in seguito alla Seconda Guerra Mondiale.

⁸⁶ Nome della cittadina britannica in cui Guttmann operava.

⁸⁷ Mirabile M., *Lo sport per i disabili*, pp. 2-3 – pdf.

⁸⁸ Ghirlanda S., *Sport per tutti...spazio ai disabili*, Pisa, Del Cerro, 2003, p. 22.

Con i Giochi di Atlanta del 1996 si assiste ad un ulteriore passo avanti: per la prima volta le Paralimpiadi vengono trasmesse in diretta televisiva, in tutto il mondo. Ci furono 3310 partecipanti, rispettivamente 2522 uomini e 788 donne, provenienti da 104 paesi per un totale di 17 discipline, due sport esibizione, per dieci giorni. Il fattore mediatico diede così la possibilità ad una grande parte di popolazione di sentirsi rappresentata e vincente in un contesto che coinvolgesse tutto il mondo, portando a maturare una consapevolezza e una sensibilizzazione diverse, proiettate verso un futuro più accessibile, libero e inclusivo.

Da qui emerge il messaggio per cui disabilità non significa “limite” e soprattutto che non fosse una discriminante per non possedere prestazioni fisiche eccellenti.

Da lì il movimento paralimpico non ha mai smesso di crescere, fino agli ultimi Giochi Paralimpici estivi, svoltisi nell’agosto del 2021 a Tokyo dove la partecipazione femminile per la nazionale italiana è stata, per la prima volta, superiore a quella maschile contando rispettivamente 63 atlete e 52 atleti.

Il Movimento Paralimpico è rappresentato dal Comitato Internazionale Paralimpico (CPI)⁸⁹, organizzazione no-profit fondata il 22 settembre 1989 che ha il compito di organizzare i Giochi paralimpici estivi e invernali.

La mission del CPI è creare opportunità sportive per atlete e atleti con disabilità a qualsiasi livello e permettere loro di raggiungere i risultati sperati; inoltre l’obiettivo è quello di promuovere i valori paralimpici ovvero il coraggio, la determinazione, l’aspirazione e l’eguaglianza.



Fig.3. Logo del Comitato Internazionale Paralimpico

⁸⁹ www.comitatoparalimpico.it

Il logo rappresenta tre *agitos*⁹⁰ che simboleggiano rispettivamente la mente, lo spirito e il corpo, mentre i colori rosso, blu e verde, rappresentano i colori maggiormente utilizzati nelle bandiere di tutto il mondo. Si tratta di un simbolo “in movimento”, attorno ad un punto centrale, che raggruppa tutte le atlete e gli atleti e la loro capacità di ispirare il mondo⁹¹.

Il motto del CPI è *Spirit in Motion* ovvero “Spirito in movimento”, questo perché il suo ruolo non si limita a quello di una semplice organizzazione sportiva, ma ha l’obiettivo di “smuovere la coscienza” (lo spirito) sensibilizzando sulle disabilità. Queste, come già detto, non sono più da considerarsi un limite, bensì un punto da cui partire.

Atlete e atleti paralimpici arrivano a costituire figure ispirazionali per persone con disabilità e non solo a livello sportivo. Hanno dunque la capacità di far uscire la disabilità dalla condizione di invisibilità a cui è in genere relegata e di farlo all’insegna di tratti vincenti, opposti a quelli pietistici con cui è stata spesso definita. Come ha sostenuto Luca Pancalli, presidente del Comitato Italiano Paralimpico dal 2018: «I nostri campioni non raccontano solo un successo sportivo, ma una storia»⁹².

Facendo riferimento al contesto italiano, come già citato, il principale promotore dei Giochi Paralimpici in Italia fu il medico chirurgo Antonio Maglio. Egli propose l’avviamento allo sport come pratica riabilitativa e di recupero dell’autostima per persone paraplegiche ospitate a “Villa Marina” a Ostia. Fin dal primo momento questa metodologia portò notevoli risultati, riducendo il tasso di mortalità e attenuando gli stati depressivi dei pazienti. A differenza di Guttmann, Maglio ampliò i programmi, proponendo discipline come nuoto, pallacanestro, tennistavolo, getto del peso, lancio del giavellotto, tiro con l’arco, scherma e corsa in carrozzina.

Nel 1974 viene fondata l’Associazione Nazionale per lo Sport dei Paraplegici (ANSPI) con l’obiettivo di promuovere il diritto allo sport per tutte le cittadine e

⁹⁰ dal latino *agito*, ovvero “io mi muovo”

⁹¹ Senarega D., *Attività motorio-sportive e disabilità. Scienze e tecniche dello sport nella diversabilità*, Liberodiscrivere, 2014, p.49.

⁹² Redaelli D., Pasini G., *Paralimpici, Pancalli: “Non Supereroi, ma campioni che cambiano il mondo”*, La Gazzetta dello Sport, 4 luglio 2012.

cittadini con disabilità. Dopo pochi anni l'ANSPI prese il nome di FISHA (Federazione Italiana Sport Handicappati). Quest'ultima venne però riconosciuta dal Comitato Olimpico Nazionale (CONI) come una delle Federazioni Sportive Nazionali solamente nel 1987. Il presidente della FISHA entrò, così, di diritto nel governo dello sport nazionale, rappresentando anche altre due grandi Federazioni sportive per disabili: la Federazione Italiana Ciechi Sportivi (FICS) e la Federazione Sportiva Silenziosi Italiana (FISSI), fondate nel 1980. Nel 1990 le tre federazioni diedero vita alla FISD (Federazione Italiana Sport Disabili) che, con la Legge dello Stato n.189 del 2003, divenne Comitato Italiano Paraolimpico (CIP)⁹³.

Il CIP assume prerogative e compiti analoghi al CONI⁹⁴ e, con il decreto della presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2004, vede riconosciuta la sua valenza sociale come organismo che punta a garantire il diritto allo sport in tutte le sue espressioni promuovendo la massima diffusione della pratica sportiva in condizioni di uguaglianza e pari opportunità, in ogni fascia di età e di popolazione, a qualsiasi livello e per ogni tipo di disabilità.

L'ente coordina inoltre l'operato di tutte le Federazioni che si impegnano ad organizzare attività sportive per persone con disabilità su tutto il territorio italiano.

Per concludere, la realtà paralimpica è in continua evoluzione, ma l'obiettivo è che la rottura degli stigmi e l'inclusione possano diffondersi anche a livello locale, per dare vita ad un sistema efficiente di impianti e personale qualificato.

Nonostante i diversi passi avanti, è necessario che la dimensione paralimpica diventi sempre più accessibile dal punto di vista delle barriere fisiche, economiche e sociali; che venga favorito il giusto grado di informazione alle famiglie per fare in modo che tutte e tutti possano avvicinarsi a questa realtà fin dall'infanzia.

3.3 Esempi di azioni concrete sul territorio italiano: il Progetto Filippide

Molteplici realtà sul territorio italiano si attivano per garantire l'effettività dell'Art.30 della Convenzione ONU, sviluppando azioni concrete sul territorio che

⁹³ Senarega D., *Attività motorio-sportive e disabilità. Scienze e tecniche dello sport nella diversabilità*, Liberodiscrivere, 2014, p.50.

⁹⁴ Comitato Olimpico Nazionale italiano.

favoriscano la partecipazione attiva in un'ottica inclusiva e di parità di genere. Una di queste è il Progetto Filippide, con sede a Roma, che svolge attività di allenamento e preparazione a competizioni sportive con persone autistiche e sindromi rare ad esso correlate. L'associazione è affiliata alla Fisdire e riconosciuta sia dal Comitato Italiano Paralimpico sia dall'ONU⁹⁵.

Le attività sportive dedicate alle persone con autismo sono l'atletica leggera e il nuoto. Queste due discipline sono tra le principali praticate da atlete e atleti con disabilità, ma anche tra le più popolari nel panorama paralimpico. Nel caso dell'atletica infatti le prime gare ebbero inizio nel 1952 e per il nuoto con i Giochi paralimpici di Roma, nel 1960.

Inoltre all'interno di Filippide è attiva una squadra di nuoto sincronizzato formata da ragazze e ragazzi con sindrome di down.

Grazie al presidente Nicola Pintus e a Chiara Pannone, responsabile dell'ufficio internazionale dell'associazione, ho avuto l'opportunità di approfondire la storia e le azioni concrete promosse da questa realtà.

Di seguito l'intervista che i responsabili mi hanno gentilmente concesso.

Come e quando è nato il Progetto Filippide?

Nicola Pintus – *L'Associazione "Sport e società" nasce nel 1983 a Roma e fa un suo percorso di attività sportiva generica dedicata alla disabilità. Si assiste ad un momento di svolta nel 1999 quando un atleta con autismo raggiunge il campo base dell'Everest (5300 mt.). È stata portata una persona con disabilità in un contesto di "area remota estrema", in cui l'uomo ha una certa difficoltà di vita. L'obiettivo della nostra associazione era quello di comprendere se questa esperienza sportiva potesse essere replicabile da altre persone; da qui nasce il Progetto Filippide. La realtà ha opera ormai da vent'anni in seguito ad una crescita lenta e graduale per poi diffondersi a "macchia di leopardo" in diverse regioni italiane, contando una ventina di associazioni aderenti. Circa 400 ragazze e ragazzi hanno la possibilità di partecipare ad un'attività sportiva strutturata che possa rispondere a un'esigenza di vita.*

⁹⁵ <https://progettofilippide.com/>

Quali sono le attività proposte e con che tempistiche vengono svolte?

Nicola Pintus – *Il Progetto nasce proponendo come disciplina l'atletica leggera che nel suo essere può considerarsi l'attività "più semplice". Ha dei canoni che ricalcano l'autismo ovvero: la ciclicità del movimento e la sua ripetitività; la durata della corsa di lunga distanza si pratica infatti in un arco di tempo abbastanza ampio che possa riproporre la ciclicità di movimento per diverso tempo. L'attività risulta inoltre praticabile in diversi luoghi.*

Dopo circa cinque anni dalla sua nascita si avvicinano al Progetto Filippide persone sempre più giovani tra cui bambine e bambini, quindi abbiamo aggiunto anche l'attività natatoria. Essa ha caratteristiche utili per l'età pediatrica (come il richiamo intrauterino dell'acqua); le istruttrici e gli istruttori stanno a stretto contatto con la persona essendo il più delle volte un rapporto 1:1.

L'organizzazione delle attività risulta molto articolata. Nel caso dell'atletica leggera c'è chi si allena individualmente due, tre volte a settimana e chi tutti i giorni, anche per corse di dieci chilometri, sostenendo così un'importante attività quotidiana.

Quale modalità viene adottata da operatrici e operatori per le attività?

Chiara Pannone – *Inizialmente c'è la "presa in carico" tramite l'assistente sociale dell'associazione, il/la quale informa l'operatore delle caratteristiche e delle peculiarità della persona che dovrà seguire. Su questa base iniziale viene poi avviata l'attività, senza un metodo fisso, sulla base del rapporto che si instaura tra istruttore e atleta.*

Entrambi svolgono nell'arco della giornata le stesse attività, la preparazione e momenti di convivialità come la mensa. Per quanto riguarda le persone con autismo è importante infatti anche un sostegno durante il pasto, viste le diverse problematiche con l'alimentazione.

Ogni tre mesi la coppia operatore-atleta viene cambiata per evitare un rapporto di dipendenza e sempre ogni tre mesi viene stilata una "scheda di osservazione" elaborata da uno degli operatori. Ciò costituisce uno strumento efficace con un'elevata attendibilità dal punto di vista statistico. Al suo interno vengono

analizzati vari punti tra cui l'area comportamentale e l'area sportiva. Una volta compilate le cinque macro-aree (autonomia, capacità comunicative, capacità comportamentali, abilità psicomotorie e capacità atletiche) viene ricavato un grafico da cui si riscontrano i cambiamenti e miglioramenti dell'atleta per comprendere meglio come proseguire il lavoro.

Le attività e le competizioni sono abbastanza sentite dalla società civile o si limitano ai familiari o ad altre persone con disabilità?

Nicola Pintus – Oggi ci troviamo in una situazione in cui si parla molto di più di autismo rispetto a prima e quindi da una parte si assiste ad un cambio di prospettiva; d'altra parte però, questo rappresenta anche un problema organizzativo più ad alto livello. L'atleta come primo step entra in palestra o in piscina, poi comincia ad allenarsi e come terzo e ultimo step passa alle gare. Queste ultime, paradossalmente, ti fanno tornare allo stadio iniziale perché se perdi non hai quella soddisfazione che puoi avere nel praticare l'attività sportiva. Sicuramente la nostra azione ha portato a far sì che le ragazze e i ragazzi si sentano coinvolti e parte attiva e la Run for autism ne è un esempio concreto. Si tratta di una manifestazione sportiva, quest'anno al decimo anno, interamente dedicata alle persone con autismo, ma aperta a tutte e tutti. Il grande risultato quindi non è aver creato un evento dedicato esclusivamente a persone con autismo, ma aver portato le persone normodotate a partecipare con loro. Da qui emerge l'esigenza di "catturare" le persone e coinvolgerle. In ogni attività che fai e proponi in merito all'accettazione dei diritti, non riesci ancora ad ottenere il 100% soprattutto per un problema di natura culturale.

Chiara Pannone – Adesso si parla tanto di sport perché si è compreso che si tratta di un mezzo fondamentale per raggiungere molteplici obiettivi.

Lo sport rappresenta un mezzo fondamentale per l'attuazione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Infatti, ad esempio, tramite il "Piano Kazan" si è notata una stretta relazione tra il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenza e l'azione che lo sport può garantire nella realizzazione di finalità come il benessere, l'istruzione e altro.

L'attività sportiva diventa sempre un tassello sempre più importante, sia dal punto di vista sociale che individuale e per questo, nel corso del tempo, ci auguriamo divenga sempre più inclusiva nei vari provvedimenti a livello nazionale e internazionale.

Ragionando attraverso una prospettiva di genere com'è il vissuto delle atlete donne nella vostra associazione?

Nicola Pintus – *Le donne con autismo sono colpite da questa patologia tre/quattro volte in meno rispetto agli uomini.*

L'esperienza ci dice che l'universo femminile è anche in questo caso, maggiormente "affossato" rispetto al mondo maschile. Le persone con autismo, in particolare quelle gravi, sono sicuramente "complesse", non complicate, perché un'equazione complicata non ha soluzione. Nella nostra società una donna con autismo è vista ancora con distacco. Infatti quello che percepiamo dalle famiglie è l'intenzione di tenere le ragazze il più possibile lontane da ambiti sociali provocando due problematiche: l'allontanamento delle figlie da una possibile inclusione sociale già di per sé difficile e la chiusura familiare intorno alle problematiche esistenti.

Chiara Pannone – *Inoltre, se il numero delle violenze nei confronti delle donne con disabilità è elevata, lo è ancor di più per le donne con autismo, in particolare se non riescono a comunicare e ad esprimere sentimenti ed emozioni. Ciò infatti le porta a chiudersi ancora di più.*

Il Progetto Filippide anche in questo caso assume un ruolo fondamentale, perché includendo bambine, donne e ragazze con autismo va a garantire un percorso costante di inclusione, con la possibilità di maggiore espressione individuale.

Nicola Pintus – *Aggiungerei che la maggior parte delle ragazze e dei ragazzi con autismo sono a carico della madre e questo comporta quasi inevitabilmente un "aggravio" della situazione di quest'ultima. Può sembrare paradossale, ma spesso le madri smettono di lavorare e di fare qualsiasi altra cosa per seguire figlie e figli. In alcuni casi la figura paterna si allontana dalla famiglia.*

Da che età vanno le/i partecipanti?

Nicola Pintus – *Il più piccolo è un bambino di due anni che pratica nuoto, fino a all'età di cinquantasette anni per l'atletica leggera. Finché frequentano la scuola bambine e bambini vivono in una dimensione sociale e nelle classi in cui si riesce a svolgere un lavoro di inclusione, o almeno di accettazione loro vivono una dimensione orizzontale. Una volta terminata questa fase, il sistema sanitario non riconosce più queste persone ritenendole invalide al 100% e quindi il più delle volte esse tendono a non avere amicizie al di fuori del loro nucleo familiare se non in gruppi formati da altre persone con disabilità e spesso con autismo. L'amico o l'amica frequentati tendono poi ad assumere il ruolo di "assistente". Questo accade meno, ad esempio, per persone con la sindrome di down non troppo gravi che hanno più spesso amiche e amici.*

Chiara Pannone – *La sintomatologia delle persone con autismo va mutando nel tempo e quindi tende a non esserci l'adattamento da parte di un sistema che riesca a sostenere i vari passaggi da un'età all'altra.*

Tra le attività proposte figura anche il nuoto sincronizzato. Mi raccontereste la storia della squadra?

Nicola Pintus - *La squadra di nuoto sincronizzato, attiva dal 2010, è formata da una ventina di ragazze e da quattro ragazzi con la sindrome di down. Vi sono due gruppi: junior e master; la più piccola ha tredici anni mentre la più grande ne ha trenta.*

Due anni fa hanno preso parte ad una manifestazione di cinquecento persone del settore propaganda della Federazione Italiana Nuoto (FIN).

Oggi, due volte a settimana, il gruppo junior si allena all'interno di un impianto sportivo con persone normodotate.

L'ultima manifestazione a cui hanno partecipato è stata assolutamente inclusiva. La squadra non ha vinto, ma è rientrata in un elenco di risultati senza la specifica della sindrome di down. Da questo punto di vista, in questa disciplina, c'è

un'integrazione totale e tentiamo di "sfuggire" da manifestazioni di carattere settoriale.

In Italia, numerose federazioni sportive permettono di gareggiare esclusivamente a persone con disabilità; noi abbiamo cercato di andare un po' oltre e, avendo l'opportunità di gareggiare con persone normodotate, abbiamo trasmesso un certo tipo di messaggio rispetto alla parità di genere vista la partecipazione di ragazzi in questa disciplina⁹⁶.

Nel 2018 abbiamo lanciato l'"Operazione Tokyo" che ha portato Arianna Sacripante, una delle ragazze della squadra a fare un doppio misto, in coppia ragazza-ragazzo, con il campione del mondo dei normodotati, Giorgio Minisini. Questo ha proiettato ciò che è la disabilità su un piano diverso, promuovendo tematiche differenti, con cambiamenti di visione e di definizione in riferimento alle persone con disabilità.

Arianna non solo non sforma, ma è nelle condizioni di ricevere e di trasmettere delle emozioni, che è la parte centrale dello sport.

Quali sono i cambiamenti visibili legati all'inclusione e alla partecipazione?

Chiara Pannone – Vi sono state un'ampia partecipazione delle atlete e degli atleti, con maggiore coinvolgimento rispetto al passato e una maggiore consapevolezza da parte della società civile, anche grazie alla Run for autism, corsa dedicata alla sensibilizzazione all'autismo, che si svolge annualmente.

L'attività non è più meramente atletica e sportiva, com'è già stato detto, ma ha una valenza maggiore, poiché presenta caratteristiche che portano la persona con disabilità a vivere lo sport come un impegno e impiego quotidiano. In particolare per coloro che, date le loro peculiarità (si tratta di disabilità gravi o gravissime), non possono accedere al mondo del lavoro. Per questo lo sport porta ad un miglioramento della persona, sia dal punto di vista fisico sia di inclusione sociale e fa sì che la partecipazione sia costante.

⁹⁶ Solo dal 2015 il nuoto sincronizzato viene riconosciuta come disciplina anche per gli uomini a livello mondiale.

Nicola Pintus – *Relativamente alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, noi utilizziamo lo sport come mezzo, ma facciamo appunto un intervento sulla “persona” e siamo convinte e convinti che la pratica sportiva non sia meglio di altre attività, ma abbia delle valenze particolari, investendo la totalità della persona: mente e corpo.*

Noi ci occupiamo di persone che hanno nell’inclusione sociale il loro vulnus e quindi è del tutto evidente che laddove non riescono ad avere uno scambio sociale con la controparte, noi attraverso lo sport riusciamo ad ottenere ciò. Lì tentiamo di “invertire” quella che è la linea normale verso cui queste persone si chiudono. Se poi aggiungi che lo sport ti dà anche la possibilità di avere un confronto con l’altro sia in allenamento, sia durante manifestazioni sportive pubbliche/ufficiali come le competizioni, lì sparisce il “vestito della disabilità” per inserirsi nel “vestito dell’atleta”, che diviene per tutte e tutti un valore altamente onorifico.

Per fare un esempio concreto: quando vedi Chiara e Gianluca correre, non noti in quest’ultimo tutte le patologie. Si tratta di un ragazzo di 22 anni con autismo a livello grave, senza comunicazione, ma quando corre non si è nelle condizioni di poter trarre un quadro patologico come quello che ha a casa, con i familiari. Lo sport lo porta “fuori” da quel vestito; infatti ora si sta preparando per fare una mezza maratona (21 km) in cui sarà “perso” fra 13 mila partecipanti, dove diventa uno delle tante persone. Questo proprio perché l’obiettivo è quello di evitare di mettere in primo piano la disabilità.

Gianluca accetta di correre e di faticare e quindi c’è una sua consapevolezza nell’aderire a quel ruolo; si tratta quindi di una modifica comportamentale piuttosto intensa.

Quali sono i vostri progetti e prospettive future?

Nicola Pintus - Premettendo che la pandemia ha inciso particolarmente sull’attività sportiva, per il prossimo anno l’intento è quello di creare un percorso a livello internazionale. Da marzo 2019 il Progetto Filippide è associato al dipartimento di comunicazione globale delle Nazioni Unite e affiliato alla COSP⁹⁷ quindi questo

⁹⁷ Conferenza degli Stati Parti sulla Convenzione dei diritti delle persone con disabilità che si tiene ogni anno al quartier generale a New York.

rapporto implica, secondo il mandato dell'ONU, che bisogna operare affinché altri Paesi abbiano le stesse opportunità di attuazione della Convenzione, come le abbiamo noi.

In tempi brevi dovremmo avviare attività, come quelle che svolgiamo a Roma, in Albania e i primi di marzo partiremo con un workshop nei paesi dell'arco caraibico per portare l'attività di Filippide in quei territori.

Sul territorio italiano invece, in occasione della giornata mondiale dell'autismo che si svolge il 2 aprile, vorremmo tentare di stilare una Carta Bianca dello sport per l'autismo da far sottoscrivere ad alcune personalità.

Il 3 aprile si terrà la Run for autism e vorremmo tentare di far arrivare a Roma alcune bambine e bambini con autismo provenienti dal Libano (zona di interposizione di pace), ma si tratta di un lavoro piuttosto complicato perché riguarda i vari Ministeri.

Con il nuoto sincronizzato invece siamo in attesa di capire se riusciremo a partecipare con il doppio-misto ai mondiali in Giappone.

Per concludere è interessante sottolineare come le modalità delle operatrici e degli operatori del Progetto Filippide tentino ogni giorno attraverso lo sport e non solo di cambiare il paradigma abituale a cui la società fa riferimento classificando le persone con disabilità.

L'associazione offre un significativo cambio di prospettiva, poiché fa proprio il concetto di inclusione che conduce al riconoscimento di un diritto come forma di contrasto al suo opposto: l'esclusione. Le strategie e le azioni quotidiane messe in atto dal Progetto sono tutte volte a promuovere quelle forme di emarginazione di cui le persone con disabilità soffrono nella loro vita quotidiana: il mancato apprendimento di competenze sociali e di vita, l'esclusione dal mondo del lavoro, le esperienze affettive spesso relegate all'ambiente familiare, una scarsa partecipazione alle attività sociali e di tempo libero e non da ultimo, le differenze di genere.

L'associazione percorre la strada dell'inclusione e della parità, nel senso più esteso del termine, offrendo a tutti l'opportunità di essere cittadine e cittadini a tutti gli

effetti, spostando il *focus* di analisi e di intervento dalla persona al contesto, per individuare gli ostacoli e operare per la loro rimozione.

Il fine è promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano diverse peculiarità, in modo che possano sentirsi parte di una comunità e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere, e vedere riconosciuto il proprio ruolo.

Ritengo che, nonostante oggi esista una piena consapevolezza dell'importantissimo ruolo che svolge la pratica sportiva, tanto resta ancora da fare sul piano educativo e normativo. È necessario avviare una regolamentazione del settore che possa essere pienamente inclusiva attraverso la predisposizione di meccanismi capaci di valutare e consentire, anche grazie all'aiuto della tecnologia, la partecipazione congiunta alle competizioni agonistiche di atleti con disabilità e normodotati, come già dimostrato nei significativi esempi esistenti di "sport integrato".

CONCLUSIONI

Prendendo in considerazione quanto detto finora si può affermare che è indubbio che ancor oggi esistano in Italia e nel mondo stigmi e problematiche legate alle discriminazioni multiple.

Sebbene ci siano stati progressi a livello normativo ed educativo, il presente studio si è posto l'obiettivo di mettere in evidenza luci ed ombre riguardo alla vita delle persone con disabilità, soprattutto se donne. È importante allontanarsi dalla visione pietistica di disabilità per portare l'intera società a ragionare in termini di diritti.

Manca inoltre l'abitudine ad attribuire rilevanza al genere, affinché l'accessibilità ai vari progetti e alla vita comunitaria possa essere declinata anche al femminile. Solo così la discriminazione multipla a cui sono soggette le donne con disabilità può essere colta considerando simultaneamente sia il genere, sia la condizione di salute.

In quest'ottica, la pratica dello sport rivolta a tutte e tutti e praticata ad ogni livello costituisce un insostituibile volano per la formazione, la maturazione e l'effettiva inclusione sociale delle persone con disabilità, capace di generare un benessere soggettivo e una fondamentale spinta motivazionale. Ciò potrebbe contribuire anche alla realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030, dove si legge che l'inclusione è al centro, non soltanto con l'impegno di "non lasciare indietro nessuno", ma anche con l'intento di "raggiungere innanzitutto chi è più indietro".

In conclusione, si può affermare che le opportunità basate sullo sport concorrono a ridurre lo stigma che impedisce alle bambine e ai bambini con disabilità di accedere facilmente ai sistemi educativi e promuovono un'imprescindibile l'uguaglianza di genere.

La partecipazione diretta delle donne rappresenta la via maestra per creare una società inclusiva nella quale anche chi è più svantaggiato non si chiude in un atteggiamento vittimistico, ma si faccia portavoce dei propri bisogni, mentre chi sta "dall'altra parte" deve mettersi in ascolto di queste voci per dar vita a politiche ed azioni realmente a servizio della persona.

BIBLIOGRAFIA

Libri e periodici

Aristotele, *Politica*, VII, 16, 2336b

Bello B.G., *Intersezionalità. Teorie e pratiche tra diritto e società*, FrancoAngeli, Milano, 2020

Borgnolo G., De Camillis R., Francescutti C., Frattura L., Troiano R., Bassi G., Tubaro E., *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione*, Erickson, Trento, 2009

Canevaro A., Goussot A. (a cura di), *La difficile storia degli handicappati*, Carocci, Roma, 2000

Canevaro A., Gaudreau J., *L'educazione degli handicappati: dai primi tentativi alla pedagogia moderna*, NIS, Roma, 1998

Canevaro A., *Lessico - Pedagogia speciale*, Italian Journal of Special Education for Inclusion, anno I, n.1, 2013, pp. 181-184.

Carnovali S., *Il corpo delle donne con disabilità. Analisi giuridica intersezionale su violenza, sessualità e diritti riproduttivi*, Aracne, 2018

Crenshaw K., *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in *University of Chicago Legal Forum*, 1989

Cuollo M., Righetti S., *Abilismo*, in Furci B., Vescio A. (a cura di), *Anche questo è femminismo*, Tlon, 2021

Ferrazzoli M., Gorini F., Pieri F., *Il superdisabile. Analisi di uno stereotipo*, Luce edizioni, 2019

Galati M., Barbuto R. (a cura di) *Donne, disabilità e salute. Questioni etiche, strategie e strumenti di tutela nelle politiche per la salute e le pari opportunità*, Comunità Edizioni, Lamezia Terme, 2008

Ghirlanda S., *Sport per tutti...spazio ai disabili*, Pisa, Del Cerro, 2003.

Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 2003. (ed. or. 1961)

- Goffman E., *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003, (ed. or. 1963)
- Iezzoni L.I., Freedman V.A., *Turning the disability tide. The importance of definitions*, «Jama», vol.299, n.3, 2008
- Le Goff J., *L'uomo medievale*, Roma-Bari, Laterza, 1987
- Marchisio, S., Cera, R., Della Fina, V. (a cura di), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, Aracne Editrice, 2010
- Medeghini R., D'Alessio S., Marra A.D., Vadalà G., Valtellina E., *Disability studies: emancipazione, inclusione scolastica e sociale, cittadinanza*, Edizioni Centro Studi Erickson, 2013
- Mirabile M., *Lo sport per i disabili* – pdf.
- Nota L., Mascia M., Pievani T. (a cura di), *Diritti umani e inclusione*, Il Mulino, 2019
- Oliver M., *The individual and social model of disability*, 1990
- Osservatorio Handicap, *ICF - Per lo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità*, Veneto Sociale – pdf
- Platone, *La Repubblica*, III 409,410
- Rubbi M., *Press Play on Sport, esperienze di accessibilità sportiva per persone con disabilità*, la meridiana, 2021
- Santi C., Volpe F., (a cura di), *Oltre 2020. Annuario dello sport paralimpico*, Comitato Italiano Paralimpico, Roma, 2020
- Scarpa S., *il corpo nella mente. Adolescenza, disabilità, sport*, Calzetti Mariucci, 2011
- Scarpa S., *Differenze di genere nel costrutto multidimensionale e gerarchico del sé corporeo in atleti con disabilità motoria*, Cleup, 2016
- Senarega D., *Attività motorio-sportive e disabilità. Scienze e tecniche dello sport nella diversabilità*, Liberodiscrivere, 2014
- Schianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009

Schianchi M., *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Carocci, Roma, 2012

Spelman E.V., *Inessential woman: Problem of Exclusion in Feminist Thought*, Beacon Press, Boston, 1988

Stiker H. J., *Le corps infirme au XIX^e siècle*, in “Handicap. Revue de sciences humaines et sociales”, n.90, 2001

Tarditi R., *L'olocausto delle diversità*, in *Psichiatria/Informazione. Associazione per la lotta contro le malattie mentali*, n. 32, 1/2007

Virgilio G., Lolli S. (a cura di), *Donne e sport. Riflessioni in un'ottica di genere*, I libri di Emil, Bologna, 2018

Documenti

Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità - CRPD
(adottata il 13 dicembre 2006, entrata in vigore il 3 maggio 2008)

Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne
- CEDAW

(adottata il 18 dicembre 1979, entrata in vigore il 3 settembre 1981)

SITOGRAFIA

AIAS Bologna Onlus, *Voci di donne. Un'analisi delle barriere che le donne con disabilità incontrano nella loro vita*, 2019 https://www.aiasbo.it/PDF/voci-di-donne_Report_definitivo.pdf, ultima consultazione 18/12/2021

CENSIS, *Donne: il gender gap c'è anche nello sport*, 5 luglio 2019, <https://www.censis.it/sicurezza-e-cittadinanza/donne-il-gender-gap-c%E2%80%99%C3%A8-anche-nello-sport>, ultima consultazione 24/01/2022

Centro Regionale di informazione delle Nazioni Unite, *Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile*, <https://unric.org/it/agenda-2030>, ultima consultazione 20/12/2021

Federazione Italiana per il superamento dell'handicap (FISH), *La multidiscriminazione delle donne con disabilità. Kit informativo rivolto a donne*

con disabilità, famiglie, associazioni, operatrici e operatori di settore, https://www.fishonlus.it/progetti/multidiscriminazione/azioni/files/kit_informativo_donne.pdf, ultima consultazione 18/12/2021

ISTAT, “Anno 2019: Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni, istituzioni”, <https://www.istat.it/it/files//2019/12/Disabilit%C3%A0-1.pdf>, ultima consultazione 25/01/2022

Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF short version: International classification of functioning, disability and health*, 2011. Traduzione italiana a cura di Loiacono G., Facchinelli D., Cretti F., Banal S., Erickson, 2004 <http://www.icpabloneruda.edu.it/attachments/article/94/ICF%20versione%20breve%20Erickson.pdf>, ultima consultazione 5/11/2021

Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, *Disegno di Legge A. C. n. 1752 “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati*, 31 marzo 2021, https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/005/218/Osservatorio_nazionale_sulla_condizione_delle_persone_con_disabilit%C3%A0_31.3.2021_.pdf, ultima consultazione 8/11/2021

Righetti S., *Abilismo: è ora di parlarne*, InVisibili, Corriere della Sera, aggiornato al 16/02/2019 <https://invisibili.corriere.it/2019/02/16/abilismo-e-ora-di-parlarne/>, ultima consultazione 18/12/2021

UILDM, *Secondo Manifesto europeo sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità. Uno strumento per attivisti e politici*, Traduzione italiana a cura di Lancioni S., Ruele M., <https://www.uildm.org/wpcontent/uploads/2017/04/2ManifestoDonneDisabiliUE-ITA.pdf>, ultima consultazione 18/12/2021

United Nations – Department of Economic and Social Affairs, *Disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>, ultima consultazione 18/01/2022

United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Disability, *Disability and Sports*, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/disability-and-sports.html>, ultima consultazione 25/01/2022

UN Women, *The 2030 Agenda for Sustainable Development*, <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/2030-agenda-for-sustainable-development>, ultima consultazione 20/12/2021

World Health Organisation, *Disability and health*, aggiornato al 24/11/2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>, ultima consultazione 20/12/2021