

Linee-guida della cooperazione italiana sulla tematica dell'handicap

1 - Approccio sociale

Premessa

I diritti delle persone portatrici di handicap rientrano nella sfera dei diritti umani e civili fondamentali. Coerentemente con questo assunto la Dgcs riconosce alla persona disabile il diritto allo sviluppo delle capacità individuali, da perseguirsi attraverso la piena integrazione nel proprio contesto socioculturale; pertanto le iniziative tematiche della Dgcs dedicate all'handicap devono contemplare specifiche azioni di lotta all'esclusione sociale e alla marginalizzazione economica. Inoltre avere una particolare attenzione alla disabilità fin dall'infanzia significa aumentare la possibilità di recupero e di inclusione sociale della persona.

1.1 Definizione di disabilità ed handicap secondo le "Standard Rules" delle Nazioni Unite, 1993

“Il termine disabilità riassume un gran numero di differenti limitazioni funzionali ricorrenti in ogni popolazione di tutti i paesi del mondo. Le persone possono essere disabili per limitazioni fisiche, intellettuali o sensoriali, per condizioni mediche o malattie mentali. Tali limitazioni, condizioni o malattie possono essere di natura permanente o transitoria”.

“Per handicap si intende la perdita o la limitazione delle opportunità di partecipare alla vita della comunità allo stesso livello degli altri”. Esso pertanto definisce la relazione tra l'individuo e il contesto in cui vive e indica lo svantaggio delle persone, sia disabili che normodotate, che non possono accedere a particolari situazioni ambientali o partecipare ad attività organizzate, come l'informazione, la comunicazione, l'educazione, ecc., alle stesse condizioni degli altri. Pertanto, non tutti i disabili sono portatori di handicap, come non tutti i portatori di handicap sono disabili. Le persone oggetto delle presenti linee-guida saranno identificate con la denominazione di Dsh: disabili e/o in situazioni di handicap.

1.2 Riabilitazione su base comunitaria

La cooperazione italiana accoglie, promuove e sostiene l'adozione della “Riabilitazione basata sulla comunità” (Community Based Rehabilitation - Cbr). “L'obiettivo principale della Cbr è di assicurare alle persone disabili la possibilità di sfruttare al massimo le proprie capacità fisiche e intellettive garantendo ad esse pari opportunità e accesso ai servizi comuni al fine di realizzare una completa integrazione sociale all'interno delle loro comunità e della società. La Cbr è riconosciuta come un approccio completo che comprende la prevenzione della disabilità e la riabilitazione in attività di cura primaria, l'integrazione del bambino disabile nelle scuole normali e la preparazione delle opportunità per attività economiche e di profitto per adulti disabili” (*Joint Position Paper*, Oms, Ilo, Unesco, 1994).

1.3 Rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza

La Dgcs ritiene che le persone Dsh siano capaci e responsabili e abbiano diritto a proprie e legittime scelte di vita indipendente. Pertanto il conseguimento dell'integrazione e della partecipazione, nonché i metodi impiegati, devono garantirne la dignità, l'indipendenza, l'autosufficienza e la sfera privata, per assicurare un costante e reale miglioramento della qualità della vita. Le persone Dsh devono quindi poter godere di diritti uguali di accesso e di partecipazione a tutte le attività della società (economiche, politiche, educative, culturali, sportive, ludiche), anche attraverso percorsi individualizzati.

1.4 Approccio partecipativo

L'approccio partecipativo costituisce una modalità di intervento che la Dgcs adotta, sistemati-

camente, nell'ambito delle iniziative di cooperazione allo sviluppo. All'interno dei programmi mirati all'handicap l'approccio partecipativo costituisce un fattore da promuovere in quanto modello democratico e rappresentativo. Esso implica un pieno coinvolgimento in tutte le fasi del ciclo del progetto: a) programmazione indicativa, b) identificazione, c) formulazione, d) finanziamento, e) realizzazione, f) valutazione.

Le modalità operative di ogni iniziativa rientrano nell'ambito di queste linee-guida e sono puntualmente descritte all'interno dei piani di fattibilità da realizzarsi con la partecipazione di tutti gli attori locali e non, con il coinvolgimento e la collaborazione delle Unità tecniche locali, ove presenti, e delle Ambasciate. Gli studi di fattibilità devono tenere conto del contesto nel quale si opera, considerando le priorità, gli ambiti di intervento e le strategie correlate alle risorse economico-finanziarie locali disponibili.

1.5 Approccio interdisciplinare

Le iniziative della Dgcs destinate all'handicap devono, per quanto possibile, svilupparsi secondo un approccio multidisciplinare e interdisciplinare, che consideri diversi ambiti di intervento. I vari settori inerenti al processo di sviluppo e di partecipazione alla vita sociale delle persone Dsh devono coordinarsi e convergere secondo una logica di complementarità.

1.6 Associazioni delle persone Dsh

La Dgcs promuove e facilita la costituzione e la crescita delle associazioni che rappresentano le persone Dsh nei Pvs. Essa si propone, infatti, il fine di costruire partnership dirette a favorire nelle associazioni l'acquisizione dell'"empowerment": a) formando quadri e rafforzando le capacità di tutela e promozione; b) creando opportunità di reale inserimento sociale, sin dalla prima infanzia, e di lavoro produttivo; c) costruendo reti che valorizzino le risorse locali, le metodologie e le culture dei Pvs; d) trasferendo la capacità di fare "advocacy". Tra gli obiettivi che queste associazioni devono perseguire vi è la sensibilizzazione e l'adeguamento delle politiche locali e nazionali concernenti l'handicap alle esigenze delle persone Dsh, come universalmente riconosciute.

1.7 Azioni volte a favorire l'inclusione socioeconomica

Le iniziative di cooperazione allo sviluppo devono prevedere – sin dalla fase di identificazione – una sistematica verifica delle condizioni che possono rappresentare un ostacolo alla partecipazione delle persone Dsh, secondo un approccio di progettualità trasversale, da estendere a tutte le iniziative. Particolare attenzione deve essere dedicata all'esigenza di sfruttare gli sviluppi positivi nel campo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. È di fondamentale importanza, pertanto, considerare – oltre alla rimozione e alla progressiva eliminazione delle barriere fisiche esistenti nell'ambito della comunicazione e del trasporto – il superamento degli ostacoli culturali, sociali ed economici, che impediscono l'accesso delle persone Dsh ai servizi e la loro partecipazione attiva alla vita sociale, economica e politica. Tutto ciò deve realizzarsi tenendo conto delle differenti situazioni in cui si opera.

1.8 Rapporti tra persone Dsh e società

La cooperazione italiana riconosce alle persone Dsh il diritto ad avere una vita sociale piena, che garantisca loro il soddisfacimento dei bisogni primari e secondari. In tale ottica vanno sostenute le iniziative tese all'integrazione dei soggetti Dsh nel mondo dello sport, della cultura e in quelle attività in cui la vita di tutti i giorni si esplica, che consenta loro una reale integrazione sociale nei vari ambiti.

1.9 Valutazione

Le iniziative di cooperazione sono finalizzate alle persone Dsh e devono essere valutate attraverso criteri specifici e flessibili. Tra i più rilevanti parametri di riferimento abbiamo: a) l'ottenimento di una reale integrazione sociale; b) l'integrazione scolastica e lavorativa nelle varie forme in cui essa si esplica; c) il miglioramento della qualità della vita; d) l'acquisizione di nuovi diritti economici, politici, sociali e culturali; e) il superamento delle barriere fisiche, psichiche, sensoriali e culturali; f) il coinvolgimento della famiglia e della comunità di appartenenza; g) il coinvolgimento delle istanze sociali, politiche ed economiche, sia a livello centrale che periferico, nella lotta all'esclusione delle persone Dsh nei Pvs.

1.10 Equità di genere

Le presenti linee-guida si richiamano, per quanto riguarda le donne Dsh, alla “Piattaforma di Pechino” e al documento approvato in sede di “Women 2000”, che identificano la condizione delle donne e delle bambine Dsh come oggetto di specifiche misure, che devono offrire loro gli strumenti per raggiungere l’uguaglianza di genere. L’handicap è dunque riconosciuto, all’interno dei citati documenti, come una situazione specifica che deve essere oggetto di misure particolari, sia da parte degli Stati nazionali, che a livello internazionale. La cooperazione italiana afferma, altresì, l’importanza della sinergia tra le presenti linee-guida e quelle concernenti le tematiche di genere emanate nel 1998.

1.11 Diritti dei minori

La cooperazione italiana attribuisce elevata priorità agli interventi in favore dei bambini e degli adolescenti esclusi socialmente in quanto portatori di handicap psichici, fisici e sensoriali e rileva la necessità di intervenire in un’età, quanto più precoce possibile, per prevenire e ridurre gli effetti negativi della disabilità. Le presenti linee-guida, pertanto, si propongono di sviluppare un’ampia sinergia con le linee-guida sui minori emanate dalla cooperazione italiana nel 1998.

1.12 Ricerca

Nelle iniziative di cooperazione allo sviluppo è considerato elemento qualificante per i progetti l’utilizzo sistematico della ricerca. In questo ambito sono previsti anche progetti pilota, eventualmente riproducibili e modificabili, di volta in volta, in base ai bisogni identificati e alle priorità dei Pvs.

1.13 Deistituzionalizzazione

Le linee-guida sottolineano l’importanza di promuovere e sostenere interventi volti al superamento di strutture chiuse o totalizzanti e di favorire l’inclusione sociale, educativa e lavorativa, anche in considerazione del grado di disabilità dei portatori di handicap.

1.14 Ruolo della cooperazione internazionale

La Dgcs ritiene che la cooperazione internazionale allo sviluppo possa svolgere un ruolo specifico nel sostegno alla promozione dell’uguaglianza di opportunità per le persone Dsh nei Pvs, avvalendosi delle seguenti strategie:

a) indirizzare prioritariamente le iniziative di cooperazione verso ambiti di intervento in grado di sviluppare l’autonomia degli attori dei Pvs e di produrre effetti moltiplicatori, come le iniziative di “capacity building” e i progetti pilota;

b) realizzare la cooperazione allo sviluppo attraverso un approccio che privilegi il partenariato, sia come attuazione di iniziative congiunte, sia come scambio di informazioni e di risultati, anche attraverso il coinvolgimento delle Ong e delle altre associazioni rappresentative della società civile organizzata, oltreché attraverso le varie possibilità offerte dalla cooperazione decentrata, nonché in collaborazione con gli organismi internazionali presenti in loco;

c) operare nell’ambito della prevenzione, attuata tramite l’educazione e la formazione;

d) contribuire alla massima diffusione delle “Regole standard” delle Nazioni Unite, volte ad assicurare maggiore coerenza e complementarità tra i diversi interventi e i diversi attori, che operano nei Pvs per la loro realizzazione;

e) collegare i vari ambiti di intervento della cooperazione, presenti a livello locale, a sostegno dei diritti delle persone Dsh e realizzarli in uno stesso programma o in programmi paralleli, secondo un approccio multidisciplinare e interdisciplinare;

f) sviluppare una costante attenzione alle questioni di genere e dei minori, secondo i principi ispiratori delle relative linee-guida della Dgcs;

g) riconoscere un ruolo protagonista alle Ong locali, nazionali e internazionali, che operano in quest’ambito, valorizzando le loro competenze e la loro esperienza e coinvolgendole nella programmazione delle azioni;

h) considerare cruciale il ruolo attribuito agli attori locali e valorizzare le esperienze di ogni intervento, che non può prescindere dal contesto locale;

i) riservare particolare attenzione alle persone Dsh appartenenti a gruppi riconosciuti come “deboli nel gruppo debole”: profughi, vittime di conflitti armati, minoranze etniche e linguistiche, ecc.;

D) favorire gli scambi e il confronto di esperienze e di modelli educativi e formativi fra tutti gli attori di cooperazione, impegnati sui temi dell'handicap, nelle varie realtà locali dei Pvs.

2 - Educazione e integrazione scolastica

Premessa

Le persone Dsh sono soggetto di diritti, hanno quindi diritto, come tutte le persone, all'educazione fin dalla prima infanzia. Uno degli obiettivi della cooperazione italiana è, pertanto, quello di favorire l'uguaglianza di opportunità educative. Ci si riferisce qui non solo all'educazione formale, ma a tutti i tipi di educazione possibili: quella familiare, quella non formale, promossa da organizzazioni, gruppi o membri della comunità locale, eccetera.

In ambito educativo l'accesso delle persone Dsh all'istruzione si ottiene non segregandole in scuole separate, bensì modificando il sistema scolastico ordinario, in modo che possano, al contempo, esservi inserite e vedere soddisfatti i loro bisogni peculiari. La scuola integrata è, quindi, una scuola per tutti, che rispetta (e insegna a rispettare) le differenze tra le persone e valorizza le caratteristiche e le capacità di ciascuno.

L'educazione integrata è centrata sulle persone e si adegua ai bisogni specifici di ognuna, rispettando le differenze, educandole alla cooperazione e al rispetto delle diversità, valorizzando i talenti e promuovendo l'approccio tra bambino e bambino, quale principale strumento educativo. La scuola è, quindi, intesa come un ambiente cooperativo e non competitivo, che include tutti, anziché escludere i più deboli. Il principio fondamentale è che tutti i bambini devono imparare insieme, ove possibile, indipendentemente dalle loro differenze e specifiche difficoltà. Naturalmente i bambini con speciali bisogni educativi devono ricevere il necessario sostegno, per garantire che la loro educazione sia efficace.

2.1 Modalità di intervento

Le presenti linee-guida prevedono – per promuovere iniziative di cooperazione in favore dell'uguaglianza di opportunità educative per le persone Dsh – le seguenti modalità di intervento:

- a) promozione e sostegno di politiche governative, a livello nazionale e locale, finalizzate all'inclusione sociale dei soggetti Dsh, attraverso campagne informative e di sensibilizzazione, da svolgersi nell'ambito della Pubblica amministrazione, dei servizi e della popolazione;
- b) sostegno alla realizzazione di programmi di formazione del personale dei servizi sociosanitari e degli insegnanti, dedicati in particolare agli insegnanti di supporto da inserire nelle classi;
- c) sostegno allo studio e alla realizzazione di programmi didattici, sia collettivi, cioè rivolti a tutta la classe, sia personalizzati, per adeguare i processi educativi ai relativi bisogni individuali e per favorire l'integrazione di ciascuno, con l'appoggio di insegnanti di supporto e di altre figure professionali;
- d) fornitura dei necessari servizi di supporto fondamentali per favorire la partecipazione e la comunicazione con le persone Dsh;
- e) realizzazione di programmi educativi individualizzati che tengano conto degli specifici bisogni educativi del singolo: non sono i bambini che devono adeguarsi al processo educativo ma è quest'ultimo che deve adeguarsi ai bisogni dei bambini;
- f) sostegno ad attività di supporto agli insegnanti, alle famiglie e alle persone Dsh, fornito da specialisti (psicologi, terapisti, medici, ecc.);
- g) promozione della ricerca, con particolare riguardo alla ricerca-azione, che si realizza attraverso il "learning by doing" e il coinvolgimento attivo di tutti gli attori. Essa ha il fine di elaborare strategie di insegnamento e di apprendimento, concretamente inserite nei processi educativi. Inoltre è necessaria una sistematica valutazione delle esperienze, la creazione di centri di documentazione per la raccolta e la diffusione delle informazioni, dei risultati delle ricerche, delle valutazioni dei programmi educativi, degli esperimenti pilota e delle "best practices". L'attività di ricerca prevede la formulazione di proposte per l'adeguamento dell'organizzazione scolastica e della didattica ai bisogni specifici delle persone Dsh, nonché all'aggiornamento dei curriculum e alla definizione di nuovi profili professionali degli operatori.

2.2 Coinvolgimento attivo delle famiglie

La cooperazione italiana offre assistenza e sostegno a tutte le attività volte a modificare la legislazione in modo da favorire la partecipazione e la collaborazione dei genitori e a promuovere la costituzione

di associazioni dei genitori che coinvolgano sia le famiglie delle persone normodotate, sia quelle delle persone Dsh.

2.3 Coinvolgimento della comunità locale

Allo scopo di favorire l'inclusione sociale delle persone Dsh, e in particolare la loro piena integrazione scolastica, la cooperazione italiana sostiene i programmi-quadro – che prevedono, secondo una logica intersettoriale, il decentramento amministrativo e decisionale, il rafforzamento dei servizi sanitari di base, della scuola e della formazione, l'incremento delle attività economiche a livello locale – e nel contempo mira a favorire la partecipazione della comunità locale nella realizzazione dei programmi attraverso il metodo della concertazione e della responsabilizzazione collettiva. In tal senso essa incoraggia e sostiene la costituzione, su base territoriale, di istanze collettive di confronto e di programmazione che includono le autorità locali in ambito amministrativo, educativo, sanitario, ecc., i leader comunitari, le associazioni e i gruppi locali, le organizzazioni dei genitori e delle persone Dsh, nonché i gruppi del volontariato e le Ong, allo scopo di valorizzarne le competenze e le capacità innovative.

2.4 Formazione degli operatori

Insegnanti. Essi svolgono un ruolo chiave, per il quale devono essere adeguatamente formati. La cooperazione italiana prevede inoltre di incentivare l'assunzione di insegnanti disabili, che possano essere un modello per bambini e bambine Dsh.

La formazione per gli insegnanti di ogni ordine e grado deve essere finalizzata a:

- A) creare un atteggiamento positivo nei confronti della disabilità;
- B) sviluppare le competenze concernenti: a) la valutazione dei bisogni speciali in educazione; b) l'adattamento del curriculum; c) l'utilizzazione delle tecnologie di sostegno; d) l'individuazione e l'utilizzazione di procedure didattiche atte a favorire lo sviluppo di abilità diversificate; e) l'educazione al rispetto e alla valorizzazione delle differenze, alla solidarietà e alla cooperazione; f) la collaborazione con gli specialisti, i genitori e altri attori coinvolti.

2.5 Supervisor e formatori

La formazione deve essere anche finalizzata agli amministratori, ai formatori degli insegnanti (professori universitari, ecc.) e a chiunque supervisioni e orienti gli insegnanti.

2.6 Università

Le presenti linee-guida evidenziano il ruolo chiave che le università possono svolgere nell'assistenza al processo, soprattutto nella ricerca, nella valutazione e nella preparazione dei formatori degli insegnanti e dei programmi e dei materiali didattici. Pertanto la cooperazione italiana intende promuovere la creazione di reti tra università del Nord e del Sud del mondo, che siano di supporto alle iniziative a vantaggio dell'educazione delle persone Dsh.

2.7 Necessità di intervenire in età precoce

La cooperazione italiana ritiene necessaria l'identificazione dei bisogni speciali, che deve avvenire in età quanto mai precoce per facilitare il processo dell'educazione integrata, attraverso l'utilizzo di strumenti mirati e per offrire maggiore possibilità di recupero all'inclusione sociale.

2.8 Educazione per gli adulti

La Dgcs intende favorire l'accesso delle persone Dsh all'educazione in età adulta, dando loro priorità d'accesso ai programmi esistenti e formulando corsi speciali adeguati ai loro bisogni, anche mediante l'educazione non formale, ovvero attraverso l'attuazione di corsi permanenti e ricorrenti, tesi all'eliminazione sia dell'analfabetismo primario, che dell'analfabetismo di ritorno.

2.9 Strategie di sensibilizzazione

Il ruolo di istituzioni, organizzazioni della società civile e mezzi di comunicazione di massa risulta cruciale per determinare un atteggiamento positivo da parte dei bambini, dei genitori e di tutta la comu-

nità nei confronti dei bisogni speciali nell'ambito dell'educazione e dell'integrazione delle persone Dsh. Esso è indispensabile per superare i pregiudizi e la disinformazione esistenti, per abbattere le barriere culturali che, di fatto, provocano la difficoltà di integrazione sociale delle persone Dsh. Pertanto i programmi di cooperazione devono prevedere il ricorso sistematico a strategie di sensibilizzazione degli amministratori, degli operatori dei servizi e della popolazione in generale sulle tematiche specifiche dell'integrazione scolastica e dell'inclusione sociale delle persone Dsh.

2.10 Accessibilità

La cooperazione italiana ritiene di importanza fondamentale che, oltre agli ostacoli socioculturali, vadano eliminati gli ostacoli di natura fisica, sensoriale ed economica che impediscono alle persone Dsh di accedere ai servizi educativi (barriere architettoniche e sensoriali, difficoltà di trasporto, inadeguatezza degli strumenti didattici utilizzati, ecc.).

2.11 Collaborazione istituzionale

La cooperazione italiana sostiene i programmi che comprendano specifiche attività di "institution building" finalizzate: a) all'adeguamento legislativo e regolamentare della Pubblica amministrazione e dell'organizzazione dei servizi scolastici ed educativi territoriali; b) alle strategie di inclusione dei gruppi vulnerabili e in particolare delle persone Dsh. La Dgcs prevede, attraverso la programmazione delle risorse e la pianificazione partecipata degli interventi, la formazione degli operatori, nonché la realizzazione delle attività inerenti all'integrazione scolastica sia a livello centrale che periferico.

3 - Lavoro e integrazione al lavoro

Premessa

Il lavoro per tutti gli individui, e quindi anche per persone Dsh, è allo stesso tempo un fine e un mezzo: un fine, in quanto esso costituisce una conquista e un elemento di integrazione sociale; un mezzo, in quanto attraverso esso l'uomo diviene autonomo e può affermare la propria individualità, emancipandosi da situazioni di dipendenza. Tuttavia è evidente a tutti che il numero delle persone Dsh impiegate è di gran lunga inferiore, percentualmente, rispetto a quello delle persone normodotate. Esse sono le ultime ad essere assunte e le prime a perdere il lavoro.

Nei Pvs la loro attività nell'ambito dell'agricoltura e in seno a famiglie allargate è spesso ritenuta utile ed esse ne traggono soddisfazione e dignità. Quando però le famiglie si inurbano la persona Dsh perde questa possibilità e scende verso gli ultimi gradini della scala sociale nelle periferie delle metropoli nei Pvs.

L'integrazione lavorativa delle persone Dsh comporta il coinvolgimento di numerosi soggetti attivi a livello del territorio e l'azione di ciascuno deve convergere sull'obiettivo dell'integrazione sociale. Mentre da un lato la famiglia della persona Dsh deve sviluppare una coscienza della necessità che essa passi da percettore di assistenza a produttore di reddito, nel mondo del lavoro si deve agire nel senso di rimuovere gli ostacoli – di diversa natura – che impediscono i processi di integrazione, tanto più forti nel caso delle disabilità psichiche.

La cooperazione italiana contribuisce a promuovere l'affermazione della rilevanza sociale, oltre che sanitaria, della problematica dell'handicap. La formazione, con metodologie diversificate rivolte ai differenti operatori nel campo della disabilità, è quindi uno dei punti cardine dell'integrazione lavorativa.

3.1 Costituzione di équipe interdisciplinari

Le presenti linee-guida considerano indispensabile la costituzione di équipe interdisciplinari, sia a livello centrale che periferico, per la realizzazione di interventi volti a promuovere l'inclusione sociale e la creazione di opportunità lavorative per le persone Dsh.

3.2 Partecipazione istituzionale per favorire politiche di integrazione

La cooperazione italiana favorisce la piena e attiva partecipazione delle istituzioni competenti a livello centrale e periferico, che rappresenta un'indispensabile condizione per l'avvio di un processo di cam-

biamento mirato alla realizzazione dell'integrazione sociale. Infatti, la sensibilizzazione dei governi nei Pvs alle tematiche dell'handicap deve portare, ove necessario, a una collaborazione tra la cooperazione italiana e i Pvs stessi, finalizzata a un'azione di "institutional building". Da essa deriva la possibilità di un adeguamento legislativo e regolamentare della Pubblica amministrazione, sia centrale che periferica, e dell'organizzazione della rete dei servizi preposti all'integrazione lavorativa dei Dsh.

3.3 Formazione professionale

Uno dei principali obiettivi che la cooperazione italiana si propone è l'integrazione lavorativa attraverso la formazione. Ovviamente, trattandosi di persone Dsh, devono essere utilizzate metodiche e tecnologie innovative, rispondenti alle necessità delle varie categorie di disabilità, che garantiscano pluralità di approccio al problema ed evitino un'uniformità di intervento, che è impossibile, in quanto l'handicap risulta essere un arcipelago estremamente variegato e differenziato.

È indispensabile, tuttavia, che la formazione al lavoro sia un completamento e un arricchimento dell'educazione e dell'istruzione e, come non si può e non si deve separare la riabilitazione dall'educazione e dall'istruzione, così non si può prevedere la formazione lavorativa avulsa da quella scolastica ed educativa.

3.4 Importanza delle cooperative sociali

Un approccio metodologico di primaria importanza è quello attuato dalle cooperative sociali di tipo B in Italia, che coinvolgono persone normodotate e persone Dsh a tutti i livelli, da quelli decisionali a quelli tecnico-operativi. La cooperazione italiana considera il ricorso a questo tipo di impresa sociale come una forma innovativa di integrazione lavorativa dei disabili in molti Pvs e nello stesso tempo – soprattutto nel caso di imprese dedicate ai servizi alla persona – come forme efficaci di integrazione e coesione sociale, a condizione che tali iniziative si inseriscano in un ambiente reso favorevole attraverso interventi di "institutional building", di adeguamento normativo, senza i quali la sostenibilità di queste imprese sarebbe molto difficile. Ulteriori presupposti per la loro sostenibilità sono una appropriata indagine di mercato e la reperibilità di credito dedicato.

3.5 Qualità del lavoro

La cooperazione italiana privilegia l'integrazione in attività realmente utili e richieste (informatica e telematica) o in lavori di qualità, fermo restando che, anche in questo caso, è indispensabile tenere conto del rapporto di mercato, domanda-offerta. A tal fine è necessario uscire dai cliché occupazionali sinora seguiti e indirizzare le persone Dsh verso attività innovative e importanti che siano loro consentite dalle capacità individuali.

3.6 Integrazione lavorativa e nuove tecnologie

Le presenti linee-guida indicano l'importanza di utilizzare, sia nella fase formativa della persona Dsh, sia nella successiva fase lavorativa, tutte le nuove tecnologie disponibili. Essendo numerosi e di diversa componente tecnologica, i sussidi attualmente in commercio dovranno essere appropriati al tipo di disabilità e al contesto in cui saranno utilizzati e introdotti.

Inoltre è indispensabile la formazione di figure professionali, anche tra le persone Dsh, legate alla "new economy" nella sua accezione più trasversale (operatori o semplici gestori di pacchetti informatici).

Lo stesso artigianato, grossa fonte di occupazione nei Pvs e quindi possibile bacino di integrazione lavorativa, risulta sempre più specialistico e richiede formazione a livello sempre più definito e tecnico.

4 - Riabilitazione e prevenzione

Premessa

Le strategie generali in materia di salute, riabilitazione e di prevenzione devono essere più strettamente orientate al perseguimento delle pari opportunità. Pertanto le presenti linee-guida, nell'ambito specifico della prevenzione e della riabilitazione, si rifanno all'ultima classificazione internazionale (Who 1980 - Icdh 2001 - Icd10).

4.1 Conoscenza della domanda di prevenzione e riabilitazione

Per un più adeguato intervento, la cooperazione italiana ritiene fondamentale verificare preliminarmente i seguenti dati:

- a) distribuzione ed eventuali correlazioni causali dell'eziologia delle principali patologie disabilitanti;
- b) distribuzione e caratteristiche specifiche dei quadri diagnostici delle malattie o delle condizioni invalidanti più diffuse;
- c) contesto socioambientale che può favorire l'insorgenza di patologie;
- d) correlazioni macroscopiche più evidenti tra le condizioni patologiche maggiormente diffuse e le aree geografiche analizzate;
- e) esiti invalidanti conseguenti a conflitti armati.

4.2 Individuazione delle risorse locali

È necessario conoscere le potenzialità preventive e riabilitative dei servizi sociosanitari e dei servizi educativi esistenti nell'area oggetto dell'iniziativa. Infatti la riabilitazione è un approccio metodologico, che attraversa trasversalmente tutte le discipline sociobiologiche. È quindi fondamentale conoscere le risorse umane, i servizi istituzionali e i quadri legislativi, che possano facilitare la formazione di un sistema di prevenzione e riabilitazione delle patologie invalidanti e degli esiti traumatici, dovuti a conflitti e guerre.

4.3 Strumenti e metodologie di intervento

Le presenti linee-guida ritengono importante la distinzione tra gli interventi riabilitativi di tipo sanitario e quelli di tipo sociale. Sul piano strettamente strategico è necessaria l'integrazione dei due interventi per ottimizzare l'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori contestuali.

Nello specifico degli interventi di prevenzione e riabilitazione è necessario tenere in considerazione i seguenti punti:

- a) dare il massimo rilievo al contesto familiare soprattutto nell'età evolutiva, finalizzandone l'attività, sia in fase di prevenzione che di riabilitazione;
- b) coinvolgere la comunità sia nella prevenzione che nella riabilitazione;
- c) utilizzare anche le tecniche di medicina tradizionale e le altre istituzioni culturali e religiose locali, finalizzandone il contributo alla prevenzione e alla riabilitazione;
- d) sviluppare un approccio basato sui servizi istituzionali, utilizzando strutture ospedaliere (specifiche e non) o strutture ambulatoriali (specifiche e non);
- e) prevedere l'utilizzo di unità mobili integrate per estendere al massimo i servizi di prevenzione e di riabilitazione, soprattutto nelle zone più remote e difficili da raggiungere.

4.4 Formazione e riqualificazione professionale

Le presenti linee-guida prevedono che le attività di formazione specifiche per questo settore di intervento possano essere significativamente articolate nelle seguenti modalità di approccio, garantendo, per quanto possibile, il coinvolgimento di persone Dsh:

- a) formazione specialistica;
- b) attivazione di corsi specifici per personale della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, logoterapisti, protesisti, ecc.);
- c) aggiornamento;
- d) attivazione di corsi integrativi per personale sociosanitario ed educativo (pediatri, ortopedici, ostetriche, infermieri, insegnanti, ecc.).

Inoltre è considerata importante l'integrazione dei piani di studio delle singole figure professionali e la riqualificazione professionale che si sviluppa secondo le seguenti metodiche:

- a) collaborazione con le locali istituzioni responsabili della formazione di figure specifiche da impegnare nei servizi attivati;
- b) sensibilizzazione delle autorità politiche centrali e periferiche;
- c) incontri formativi per leader politici e religiosi locali;
- d) sensibilizzazione operativa;
- e) incontri formativi per tutti coloro che siano potenzialmente interessati all'identificazione e al sostegno delle persone Dsh da inserire in contesti riabilitativi.

5 - Trasversalità, dinamicità e procedure

5.1 Una peculiarità delle presenti linee-guida è che esse prevedono la trasversalità delle tematiche dell'handicap in tutte le iniziative della cooperazione italiana nei Pvs. Ciò si attua attraverso progetti specifici sull'handicap o aree finalizzate a tale tema e inserite in modo funzionale nelle singole iniziative.

5.2 Altra peculiarità è la dinamicità. Infatti, al 30 settembre di ogni anno, a partire dal 2003, dovranno essere raccolti i dati provenienti da tutti gli attori di cooperazione che abbiano svolto attività nel settore delle presenti linee-guida, per consentirne costanti adeguamenti e miglioramenti.

5.3 Per l'attuazione delle linee-guida è previsto uno stretto rapporto di collaborazione tra gli uffici della Dgcs e l'ufficio XIII (settore handicap). Tale azione sinergica è favorita dal fatto che ogni ufficio indichi un funzionario quale referente del suddetto settore per l'ufficio XIII. È cura, quindi, dell'ufficio XIII organizzare incontri info-formativi, sia per i referenti degli uffici Dgcs, sia per altri funzionari, al fine di aumentare la sensibilizzazione su questa tematica, nonché di garantire un'uniformità nella valutazione delle iniziative attinenti al tema dell'handicap.

5.4 Le presenti linee-guida pongono in evidenza l'importanza dei progetti di emergenza, attivati dall'ufficio VI. Infatti, il trovarsi delle persone Dsh in una situazione di emergenza le rende, di fatto, più vulnerabili e, di conseguenza, la loro possibilità di sopravvivenza è più scarsa.

5.5 Le attività previste dalle linee-guida sono attuate attraverso tutti i canali di finanziamento di cui si avvale la cooperazione italiana. I progetti così impostati devono includere, nella fase iniziale e in quella finale, un'azione di "dissemination", che garantisca la visibilità della cooperazione italiana nei Pvs. Inoltre, le linee-guida costituiscono criterio di valutazione di tutti i progetti concernenti specificatamente attività rivolte a favorire le persone Dsh.

5.6 Per la competenza e l'esperienza maturata dalle Ong nell'ambito della tematica dell'handicap, si ritiene particolarmente rilevante il loro apporto all'attuazione delle presenti linee-guida. A tal fine la cooperazione italiana coinvolge direttamente le Ong nelle attività di progettazione, informazione e sensibilizzazione della società civile, di formazione degli operatori di settore e nei momenti di valutazione e verifica delle stesse linee-guida. Inoltre, vista la collaborazione delle Ong e di altri attori della cooperazione che hanno partecipato all'elaborazione delle presenti linee-guida, la cooperazione italiana ritiene necessario strutturare un tavolo permanente, presso l'ufficio XIII, settore handicap, con riunioni periodiche sui vari aspetti della tematica.

5.7 Le presenti linee-guida intendono stimolare l'adozione delle nuove modalità di partenariato territoriale, come la cooperazione decentrata, e fanno riferimento alle linee-guida emanate dalla cooperazione italiana in materia, che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo locale integrato. La cooperazione decentrata è valorizzata nelle iniziative nei Pvs, perché catalizza il diretto coinvolgimento degli attori sociali nel proprio sviluppo.

5.8 Le presenti linee-guida prevedono lo sviluppo di adeguate collaborazioni e sinergie con tutti i programmi e le iniziative della Dgcs che realizzino interventi volti a promuovere le pari opportunità per le persone Dsh nei Pvs.

5.9 Successivamente all'approvazione delle presenti linee-guida l'ufficio XIII, attraverso il settore handicap, elaborerà e proporrà all'approvazione del Comitato direzionale un documento tecnico specifico, che descriva le procedure da adottare all'interno della Dgcs, con l'obiettivo di rendere operativa l'attuazione delle presenti linee-guida.

Quadro di riferimento

A) Quadro normativo internazionale

- *Dichiarazione universale dei diritti umani* adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a Parigi il 10 dicembre 1948.
- International Labour Organization (Ilo), *Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention, 1983 (No. 159), its accompanying Recommendation (No. 168), 1983, and Vocational Rehabilitation (Disabled) Recommendation, 1955 (No. 99)*.
- *Dichiarazione dei diritti delle persone con ritardo mentale*, Organizzazione mondiale della sanità - 1971.
- *Dichiarazione di Alma-Ata*, Organizzazione mondiale della sanità - 1978.
- *Programma mondiale d'azione per le persone disabili adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite*, il 3 dicembre 1982 con la Risoluzione n. 37/52.
- *Conferenza mondiale sull'educazione per tutti (Efa) di Jomtien (Thailandia)*, 5-9 marzo 1990.
- *Risoluzione del Consiglio d'Europa e dei Ministri dell'Istruzione riuniti in Consiglio*, del 31 maggio 1990, relativa all'integrazione dei bambini e dei giovani disabili nel sistema scolastico.
- *Dichiarazione e Programma d'azione di Vienna* (Conferenza mondiale sui diritti umani) del 14-25 giugno 1993.
- Unhcr, *Guidelines on Assistance to Disabled Refugees*, United Nations High Commissioner for Refugees - New York, Usa, 1993.
- *Carta dei diritti per le persone autistiche*, Organizzazione mondiale della sanità - 1993.
- *Regole standard sull'eguaglianza di opportunità per le persone disabili*, adottate dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 1993 (Risoluzione n. 48/96).
- *Verso una società per tutti: strategia a lungo termine per la messa in atto del Programma d'azione per le persone disabili fino all'anno 2000 e oltre* - 1993, sviluppato alla fine della Decade delle persone disabili delle Nazioni Unite (1983-1992).
- *The Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, 1993-2002*.
- *Conferenza mondiale di Salamanca sui bisogni speciali in educazione* (Special Needs Education), promossa dall'Unesco dal 7 al 10 giugno 1994, che ha riaffermato la necessità e l'urgenza di provvedere all'educazione di coloro che hanno bisogni educativi speciali e ha elaborato delle linee-guida per l'azione a livello nazionale e internazionale.
- *Riabilitazione su base comunitaria (Cbr) per e con le persone con disabilità*, 1994 Joint Position Paper, International Labour Organization (Ilo), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco) and World Health Organization (Who).
- *Vertice mondiale di Copenaghen per lo sviluppo sociale* - 1995.
- *Risoluzione del Consiglio d'Europa e dei rappresentanti degli Stati membri* del 20 dicembre 1996, sull'uguaglianza di opportunità per le persone disabili.
- *Health21: La salute per tutti nel 21° secolo* - 1998.
- *Linee-guida dell'Ocse-Dac sull'uguaglianza di genere e sull'“empowerment” delle donne nella cooperazione allo sviluppo* del 1998.
- *Risoluzione del Consiglio dell'Unione europea* del 17 giugno 1999 relativa alle pari opportunità di lavoro per i disabili (1999/C 186/02).
- *Declaration of the social partners on the employment of people with disabilities*. The Commission is committed to involving the Social Partners in efforts to integrate people with disabilities into the labour market. The Social Partners adopted a Joint Declaration on the Employment of people with disabilities at a meeting of the Social Dialogue Committee on 19 May 1999.
- *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* - Charte 4487/00.
- *Carta per la salute dei popoli* - Assemblea per la salute dei popoli - 2000.
- *The African Decade of Disabled Persons, 2000-2009*.
- *Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000* che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.
- *Forum mondiale sull'educazione di Dakar* del 26-28 aprile 2000.
- *Classificazione internazionale di funzione, disabilità e salute*, Organizzazione mondiale della sanità - 2001.
- International Labour Organization (Ilo), *Code of practice on managing disability in the workplace*, Tripartite Meeting of Experts on the Management of Disability at the Workplace, Geneva, October 2001.

B) Quadro normativo nazionale

- Costituzione della Repubblica Italiana.
- Legge n. 482/1968 “Inserimento obbligatorio al lavoro dei disabili”.
- Legge n. 118/1971 “Conversione in legge del Dl 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili”.
 - Legge n. 517/1977, articoli 2 e 7, “Norme sulla valutazione degli alunni e sull’abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell’ordinamento scolastico”.
 - Dipartimento della programmazione, Linee-guida per le attività di riabilitazione, Ministero della Sanità - Roma, Italia 1998.
 - Legge n. 68/1999 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”. Iniziali indicazioni per l’attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” - Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale.
 - “Assunzioni obbligatorie. Limiti di età per l’assunzione presso i datori di lavoro pubblici. Parere del Consiglio di Stato - Adunanza Commissione pubblico impiego - 15 marzo 1999”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Direzione generale per l’impiego, 20 luglio 1999, n. 57.
 - “Assunzioni obbligatorie. Iscrizione degli invalidi civili in età lavorativa. Abbattimento limiti di età per l’accesso al pubblico impiego. Legge n. 127/1997. Parere del Consiglio di Stato del 15 marzo 1999”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Direzione generale per l’impiego, 13 ottobre 1999, n. 72.
 - Criteri relativi alla trasmissione dei prospetti informativi da parte dei datori di lavoro soggetti alla disciplina in materia di assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”. Decreto ministeriale - Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale - 22 novembre 1999.
 - “Assunzioni obbligatorie. Prima definizione delle competenze degli uffici centrali e periferici a seguito del trasferimento di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro dallo Stato alle Regioni e Province”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, 24 novembre 1999, n. 76.
 - Legge 12 marzo 1999, n. 68, recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 68, supplemento ordinario n. 57/L. Modifiche alla disciplina della legge 2 aprile 1967, n. 482”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, 24 novembre 1999, n. 77.
 - Legge-quadro n. 30/2000 “Legge-quadro in materia di riordino dei cicli dell’istruzione”.
 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio per il diritto al lavoro dei disabili, istituito dall’articolo 13, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n. 68. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000.
 - Regolamento recante norme per il funzionamento del Fondo nazionale per il diritto al lavoro dei disabili, istituito dall’articolo 13, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n. 68. Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale 13 gennaio 2000, n. 91.
 - Indicazioni iniziali per l’attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Direzione generale per l’impiego - Divisione III, 17 gennaio 2000, n. 4.
 - “Assunzioni obbligatorie. Ulteriori indicazioni per l’applicazione della legge 12 marzo 1999, n. 68. Integrazione delle circolari n. 4/2000 e n. 36/2000”. Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Direzione generale per l’impiego, 26 giugno 2000, n. 41.
 - “Regolamento di esecuzione per l’attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 recante norme per il diritto al lavoro dei disabili”. Decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 2000, n. 333.
 - Legge-quadro n. 104/1992 per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (testo coordinato con le modifiche apportate dalle leggi n. 162 del 1968, n. 17 del 1999 e n. 53 del 2000).
 - Legge n. 62/2000 “Norme per la parità scolastica e disposizioni sul diritto allo studio e all’istruzione”.
 - Legge-quadro n. 328/2000 “Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
 - Legge n. 13/1989 sull’abbattimento delle barriere architettoniche.
 - Linee-guida della Direzione generale allo sviluppo su donne e minori, 1998.