

Aiuti umanitari e disabilità VADEMECUM 2015







Cooperazione Italiana
allo Sviluppo
Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

rid
rete italiana
disabilità e sviluppo



 Il presente documento è un documento del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo. E' stato redatto dal Gruppo di lavoro "Emergenza" nell'ambito delle attività del Tavolo di Lavoro MAECI – RIDS (Rete Italiana Disabilità e Sviluppo) per il Piano di Azione Disabilità:

-  Marta Collu, DGCS - Ufficio VI
-  Giampiero Griffo, RIDS – Rete Italiana Disabilità e Sviluppo
-  Mina Lomuscio, DGCS - UTC (Unità Tecnica Centrale)
-  Paola Pucello, DGCS - Ufficio VI

Un sentito ringraziamento al Capo Ufficio VI della DGCS, Ministro Plenipotenziario Mario Baldi, per il continuo supporto, alla Dott.ssa Teodora Danisi, al Dott. Fabio Melloni, al Dott. Vincenzo Racalbutto, alla Dott.ssa Laura Cicinelli, alla Dott.ssa Alessandra Lentini, alla Dott.ssa Francesca Nardi, e al Dott. Sergio Quattrocchi per il contributo redazionale.

Fotografia di copertina:

Marco Tartarini – Esperto Emergenza nella Repubblica Democratica del Congo.

Roma, 21 ottobre 2015

Il presente documento è stato adottato dal Comitato Direzionale della DGCS in data 19 novembre 2015.

Indice

Prefazione	4
Capitolo 1. Introduzione: il contesto internazionale e nazionale	5
1.1. Introduzione alla disabilità.....	5
1.2. Principi e convenzioni internazionali.....	6
1.3. La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo e la disabilità.....	8
Capitolo 2. Aiuti umanitari e situazioni di emergenza: il valore della protezione delle persone con disabilità	10
2.1. L'aiuto umanitario e la disabilità.....	10
2.2. La vulnerabilità delle persone con disabilità e disabilità originate dalla situazione di emergenza.....	11
2.3. Le disabilità causate dalla situazione di emergenza.....	14
2.4. Principi guida e strategia dei programmi umanitari per la disabilità.....	15
Capitolo 3. L'inclusione della disabilità nei programmi di aiuto umanitario	17
3.1. La gestione dei programmi.....	17
3.1.1. Programmazione integrata (<i>mainstreaming</i>) ed interventi ad hoc.....	17
3.1.2. Formazione del personale.....	18
3.1.3. Adeguamento delle dotazioni e dei mezzi.....	19
3.1.4. Statistiche.....	19
3.1.5. Costituzione di una unità operativa e di un gruppo di lavoro.....	20
3.2. Disomogeneità della condizione di disabilità.....	20
3.3.1. Disabilità intellettiva e relazionale.....	20
3.3.2. Disabilità motoria.....	21
3.3.3. Disabilità psicosociale.....	21
3.3.4. Disabilità sensoriale.....	21
3.3. La gestione del rischio e la disabilità.....	22
Capitolo 4. Esperienze e buone pratiche	23
4.1. Valorizzazione delle competenze delle persone con disabilità.....	23
4.2. Programmazione integrata (<i>mainstreaming</i>).....	24
4.3. Coinvolgimento delle persone con disabilità e costituzione di gruppi di lavoro.....	24
4.4. Statistiche e diffusione delle informazioni.....	25
4.5. Formazione del personale.....	26
4.6. Adeguamento delle dotazioni e dei mezzi.....	27
Allegato 1. Glossario	28
Allegato 2. Indicatori di performance	31
Allegato 3. Bibliografia e sitologia	32

Prefazione



Sono lieto di presentare il risultato tangibile dell'esperienza realizzata congiuntamente dalla Cooperazione Italiana e dalla Rete Italiana Disabilità e Sviluppo nell'ambito del gruppo di lavoro "Emergenza" costituito nel 2013 a seguito dell'adozione del "Piano di Azione Disabilità della Cooperazione Italiana".

Questo Vademecum vuole essere un punto di riferimento per gli operatori umanitari - impegnati sul campo o a livello strategico - nell'esecuzione e nella definizione dei programmi di prevenzione o di risposta alle crisi umanitarie. Non si tratta soltanto di un documento teorico, perché al fianco dei principi guida esso indica anche esempi concreti su come garantire, anche nell'aiuto umanitario, la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Ciò nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, che ribadisce l'importanza di tutelare la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio.

L'inclusione delle persone con disabilità in situazioni di emergenza è possibile, ma perché ciò avvenga occorre un cambiamento di approccio fondamentale ed il riconoscimento che i disabili non solo hanno gli stessi diritti degli altri, ma possono essere essi stessi un potente fattore di cambiamento. Se nel passato le persone con disabilità erano viste solo ed esclusivamente come beneficiarie di interventi, oggi diventano parte attiva in tutte le fasi del progetto, inclusa la formulazione e la gestione.

Il dibattito su questo tema è ancora agli inizi, ma l'Italia si è fatta promotrice - a livello europeo e internazionale - di una sensibilità culturale e sociale che da sempre ha contraddistinto il nostro Paese nella tutela dei diritti umani. Mi fa piacere al riguardo ricordare che la protezione dei disabili nelle crisi umanitarie è stato uno dei temi prioritari del nostro Semestre di Presidenza dell'Unione Europea.

E' pertanto mio personale auspicio che questo Vademecum sia il punto di partenza per una rinnovata attenzione - anche nei programmi di aiuto umanitario - verso le persone con disabilità e per una sempre più proficua collaborazione con la società civile, partner decisivo nei processi di sviluppo.

Giampaolo Cantini

Direttore Generale per la Cooperazione allo Sviluppo

Capitolo 1. Introduzione: il contesto internazionale e nazionale

1.1. Introduzione alla disabilità

Secondo la **definizione** della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) per persone con disabilità si intendono “coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”. La condizione di disabilità “è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri”¹. Negli ultimi anni si è passati da un approccio individuale e medico, ad una prospettiva sociale e strutturale, in cui la disabilità è costituita non tanto da una caratteristica fisica soggettiva quanto dal modo in cui la società rispetta i diritti di queste persone (modello sociale della disabilità).

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 2001 ha elaborato uno strumento di classificazione che analizza e descrive la disabilità (denominato ICF – “Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute”), la disabilità è un’esperienza umana che tutti possono sperimentare. L’ICF fornisce un’ampia analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute e ambiente, arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. La definizione dell’ICF si basa su un “approccio bio-psico-sociale” alla disabilità, un modello basato sull’interazione fra funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione, e fattori ambientali e individuali.

La CRPD definisce inoltre il concetto di **discriminazione fondata sulla disabilità**, inteso come “qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l’effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l’esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo.” Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole, inteso come modifiche necessarie - che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo - adottate per garantire alle persone con disabilità il godimento e l’esercizio di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali.

¹ Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, 2006. Preambolo e); articolo 1.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha calcolato che a livello mondiale **la popolazione con disabilità ammonta a circa un miliardo (il 15% dell'intera popolazione)**², con una presenza nella sola Unione europea di circa 80 milioni, di cui oltre il 10% (circa 9 milioni) in Italia. Oltre un terzo delle persone con più di 75 anni soffre di una disabilità parziale e oltre il 20% di una disabilità grave. Sono inoltre 93 milioni (5.1% della popolazione mondiale) i bambini di età compresa fra i 0 e 14 anni, presenti soprattutto nei Paesi in via di sviluppo dove sono esposti a rischi multipli (povertà, malnutrizione, carenze mediche, un ambiente spesso ostile) che possono debilitare i bambini dal punto di vista cognitivo, motorio e socio-emozionale.

Si stima, inoltre, che l'80% delle persone con disabilità viva nei Paesi in via di sviluppo, dove ha alte probabilità di vivere in condizioni di povertà. In molti casi la condizione di disabilità può costituire in sé un fattore supplementare di povertà, impedendo la piena partecipazione alla vita economica e sociale, specialmente se non sono disponibili infrastrutture e servizi adeguati. Queste cifre sono destinate ad aumentare con l'invecchiamento demografico dell'UE³.

Considerando i dati forniti dall'*Internal Displacement Monitoring Center*⁴ (IDMC), nel 2013 gli sfollati per disastri naturali sono stati circa 22 milioni e quelli per guerre circa 33,3 milioni. In totale, 55,3 milioni di persone necessitano di interventi umanitari. Di queste, si stima siano circa 8,3 milioni (15%) le persone con disabilità, spesso originatesi proprio in concomitanza dell'evento calamitoso.

Rispondere alle esigenze delle persone con disabilità nei contesti di emergenza richiede competenze appropriate, essendo questa popolazione fortemente disomogenea – per fattori, sociali, ambientali e individuali – e con differenze di tipo sensoriale, di mobilità e di capacità intellettive e relazionali.

1.2. Principi e convenzioni internazionali

Il 13 dicembre 2006 è stata adottata dall'ONU la "**Convention on the Rights of Persons with Disabilities**" (**CRPD**). L'Italia è stata fra i primi 50 firmatari e il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione (fra i primi nell'ambito dell'Unione Europea) nel maggio 2009⁵. La Convenzione – ratificata da 160 paesi (81% dei paesi delle Nazioni Unite) - rappresenta un importante strumento per la promozione dei diritti umani e per il riconoscimento dei diritti di pari opportunità per tutti.

² Organizzazione Mondiale della Sanità e Banca Mondiale. *World report on disability*. 2011. Geneva

³ Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere*, 2010, pag. 3.

⁴ <http://www.internal-displacement.org/>

⁵ La ratifica italiana è avvenuta con la legge 18 del 3 marzo 2009. "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 61 del 14 marzo 2009. Il testo della Convenzione in italiano è scaricabile dal sito del governo (www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/9768636A-77FE-486D-9516-8DF667967A75/0/ConvenzioneONU.pdf).

La CRPD sottolinea che i fattori ambientali e sociali possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone disabili (art. 1) ed assegna agli Stati il compito di rimuovere ogni discriminazione per garantire pari opportunità alle persone con disabilità (art. 5), riconoscendo il ruolo della cooperazione allo sviluppo per la realizzazione degli scopi e degli obiettivi della Convenzione stessa (art. 32). Con riferimento all'aiuto umanitario, la CRPD richiama gli Stati ad adottare – in conformità con il diritto internazionale umanitario e le norme internazionali sui diritti umani - “tutte le misure necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, le emergenze umanitarie e le catastrofi naturali (art. 11).

Le Nazioni Unite, impegnando il proprio sistema a far propri i principi della CRPD, il 13 ottobre 2013 hanno dedicato la Giornata Internazionale “*Disaster Risk Reduction*” al tema “*Living with disability and disasters*”. Lo *United Nations Office for Disaster Risk Reduction* (UNISDR) per l'occasione ha lanciato un questionario per le persone con disabilità e per coloro che se ne prendono cura⁶. Nei documenti finali della terza Conferenza mondiale per la riduzione dei rischi da disastri (WCDRR)⁷, tenutasi a Sendai (Giappone) il 14-18 marzo 2015 con una sessione dedicata alle persone con disabilità, vi sono specifici riferimenti alla tutela delle persone con disabilità in caso di catastrofi naturali e si promuove l'avvio di appropriati sistemi di raccolta disaggregata dei dati, in linea con i dettami della CRPD⁸.

In relazione all'impegno europeo, già con il “Consenso Europeo sugli aiuti umanitari”, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo il 18 dicembre 2007, veniva sottolineata (art. 17) la necessità di tenere in particolare considerazione le persone con disabilità ed i loro bisogni specifici in caso di risposta alle esigenze umanitarie (art. 39). Successivamente l'Unione europea – che ha ratificato la CRPD nel gennaio 2011 – ha definito a fine 2010 la “**Strategia europea sulla disabilità (2010-2020)**”, impegnandosi ad introdurre i principi della Convenzione all'interno delle azioni esterne nonché a fare “opera di sensibilizzazione sulla Convenzione dell'ONU e sui bisogni delle persone con disabilità, anche in materia di accessibilità, nel settore dell'aiuto d'emergenza e dell'aiuto umanitario”⁹.

⁶ <http://www.unisdr.org/2013/iddr/>

⁷ http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf

⁸ CRPD, art. 31: “1. *States Parties undertake to collect appropriate information, including statistical and research data, to enable them to formulate and implement policies to give effect to the present Convention. [...] 2. The information collected in accordance with this article shall be disaggregated, as appropriate, and used to help assess the implementation of States Parties' obligations under the present Convention and to identify and address the barriers faced by persons with disabilities in exercising their rights. 3. States Parties shall assume responsibility for the dissemination of these statistics and ensure their accessibility to persons with disabilities and others.*”

⁹ Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere*, 2010, pag. 9.

Nel corso del 2015, il Consiglio Europeo ha adottato le “**Council conclusions on disability-inclusive disaster management**”¹⁰, che hanno definito le azioni che gli Stati Membri e la Commissione Europea dovranno attuare per garantire che gli interventi di emergenza tengano in considerazione i bisogni delle persone con disabilità.

Importante, inoltre, l’impegno del **Consiglio d’Europa**, che nel 2006 ha adottato un **Piano d’azione sulla disabilità 2006 - 2015**. L’obiettivo di tale Piano è aiutare gli stati Membri a rafforzare le misure anti-discriminatorie e di tutela dei diritti umani, al fine di garantire uguali opportunità ed indipendenza alle persone con disabilità, consentendo loro una partecipazione attiva alla vita comunitaria. L’esecuzione del suddetto Piano d’azione è monitorata dall’*European Coordination Forum for the Council of Europe Disability Action Plan 2006-2015* (CAHPAH). Il Consiglio d’Europa ha definito nel 2014 le “*Guidelines and Recommendations on Including People with Disabilities in Disaster Preparedness and Response*”¹¹ sulla base di una consultazione con tutte le istituzioni competenti e la società civile.

1.3. La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo e la disabilità

Coerentemente con gli enunciati della Convenzione ONU e gli impegni assunti a livello internazionale, la DGCS ha avviato numerose iniziative per la protezione e promozione dei diritti delle persone con disabilità in vari paesi in un’ottica di *mainstreaming*, inclusa una **mappatura** delle iniziative di cooperazione allo sviluppo per la protezione delle persone con disabilità (periodo 2000 – 2008). L’analisi dei dati, effettuata da un gruppo di esperti italiani e internazionali, ha permesso di realizzare nel giugno 2010, in collaborazione con la Banca Mondiale, lo studio “**Disability, International Cooperation and Development – The experience of the Italian Cooperation 2000-2008**”.

La riflessione scaturita da tale lavoro è successivamente confluita nel documento strategico di “**Linee Guida per l’introduzione del tema della disabilità nell’ambito delle politiche e delle attività della Cooperazione Italiana**”¹² approvato dal Comitato Direzionale della DGCS nel 2010.

Il documento, caratterizzato da un approccio operativo e redatto sotto forma di raccomandazioni di carattere pratico, ha aggiornato le precedenti Linee Guida del 2002 ed ha previsto la redazione di un **Piano di Azione** per la loro concreta attuazione. A tal fine, nel settembre 2011, è stato costituito il Tavolo

¹⁰ Council conclusions on disability-inclusive disaster management:

http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-6450-2015-INIT

¹¹ Guidelines and Recommendations on Including People with Disabilities in Disaster Preparedness and Response: http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/Apcat2013/APCAT2013_11_Gudelines_Disability_Alexander_Sagramola_17jan2014_en.pdf

¹² Cooperazione Italiana, *Linee Guida per l’introduzione del tema della disabilità nell’ambito delle politiche e delle attività della Cooperazione Italiana*:

www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/documentazione/PubblicazioniTrattati/2010-07-01_LineeGuidaDisabilita.pdf.

di Lavoro MAE/RIDS (Rete Italiana Disabilità e Sviluppo, costituita dalle associazioni AIFO, Dpi Italia Onlus, EducAid e FISH).

Il Tavolo di lavoro - a cui hanno preso parte i rappresentanti di istituzioni centrali e locali, della società civile, del mondo accademico e delle imprese, ha redatto con un approccio partecipativo e multidisciplinare il documento di "Piano di Azione della Cooperazione Italiana sulla disabilità", adottato dalla DGCS nel luglio del 2013.

L'obiettivo fondamentale del Piano di Azione è di favorire l'inclusione della tematica dei diritti delle persone con disabilità nell'ambito delle politiche e delle attività della Cooperazione Italiana, tenendo conto delle indicazioni contenute nelle sue Linee Guida triennali e di programmazione. Esso prevede **cinque grandi campi d'intervento**, fra cui uno specifico dedicato agli "**Aiuti umanitari e situazioni di emergenza**", con azioni miranti al miglioramento della capacità di progettazione in base ad una conoscenza più accurata dei bisogni delle persone con disabilità in situazioni di catastrofi e disastri naturali.

E' proprio nell'ambito di tale Piano d'azione, per la parte dedicata agli "Aiuti umanitari e alle situazioni di emergenza", che si inquadra la realizzazione del presente **Vademecum**, che vuole essere una guida di supporto per tutti gli operatori umanitari italiani affinché la loro azione, nei contesti di emergenza, rispetti i diritti delle persone con disabilità e ne valuti attentamente i bisogni e l'inclusività.

Innovando rispetto al passato, l'Italia ha inoltre inserito nel programma umanitario della **Presidenza italiana dell'Unione Europea** il tema della protezione delle persone con disabilità. Sono dunque state realizzate in ambito COHAFA (Gruppo aiuti umanitari del Consiglio dell'Unione Europea) due presentazioni a cura di Associazioni specializzate nel settore (CBM International e Istituto Carlo Besta di Milano) sulle specificità dei bisogni delle persone con disabilità nei contesti di emergenza. L'Italia ha, inoltre, realizzato un *concept paper* che identifica le opportunità per una migliore protezione delle persone con disabilità nei contesti di emergenza e crea le basi per il lavoro delle future presidenze sul tema. In continuità con il programma italiano, la successiva Presidenza Lettone ha inserito nell'agenda del COHAFA il tema della protezione delle persone con disabilità nella gestione del rischio. Sono state, dunque, approvate il 12 marzo 2015 delle Conclusioni del Consiglio¹³ volte a sottolineare la necessità di includere le persone con disabilità nei programmi di prevenzione, gestione e risposta alle catastrofi naturali. Tali Conclusioni sono state presentate alla Conferenza mondiale di Sendai come posizione comune dei Paesi membri dell'UE.

¹³ Consiglio dell'Unione Europea. *Council conclusions on disability-inclusive disaster management*, 12/03/2015. http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?amp;typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-6450-2015-INIT

Capitolo 2. Aiuti umanitari e situazioni di emergenza: il valore della protezione delle persone con disabilità

2.1. L'aiuto umanitario e la disabilità

Nell'ultimo decennio il numero delle persone coinvolte in crisi umanitarie è quasi raddoppiato, con circa 52 milioni di persone bisognose di aiuti umanitari solo nel 2014. Per far fronte a tale crescente bisogno, la comunità internazionale investe sempre più in programmi di aiuto umanitario in risposta ad eventi catastrofici, siano essi di origine umana o naturale, con l'obiettivo di "tutelare la vita, prevenire e alleviare la sofferenza e mantenere la dignità delle persone in ogni evenienza laddove governi e operatori locali siano travolti dagli eventi e non vogliano o non possano intervenire" (Consenso Europeo sull'aiuto umanitario - 2008)¹⁴.

L'aiuto umanitario comprende sia l'esecuzione di interventi di assistenza, di protezione e di soccorso finalizzati a salvare e proteggere vite umane in situazioni di crisi e post-crisi umanitaria, sia la messa in opera di tutte le misure intese ad agevolare o consentire l'accesso alle popolazioni bisognose ed il libero transito dell'aiuto. In tale ambito, ricadono non solo gli interventi di ricostruzione e risposta alle crisi a livello locale, ma anche quelli di riduzione il rischio di catastrofi e di sviluppo delle capacità, umane ed istituzionali, volte a prevenire ed alleviare l'impatto delle stesse e rafforzare la risposta.

Le fondamenta dell'aiuto umanitario sono costituite da **quattro principi** cardine ed imprescindibili dell'azione umanitaria:

1. **umanità**, ossia alleviare la sofferenza umana ovunque occorra, con particolare riguardo ai gruppi più vulnerabili della popolazione e nel rispetto della dignità di tutte le vittime;
2. **neutralità**, ovvero l'aiuto non deve favorire alcuna delle parti nel conflitto armato o in altre controversie;
3. **imparzialità**, vale a dire che l'azione deve essere rivolta esclusivamente in base alle necessità, senza discriminazioni tra le popolazioni colpite;
4. **indipendenza**, ossia gli obiettivi umanitari devono rimanere indipendenti da quelli politici, economici, militari o di altro tipo.

¹⁴ Unione Europea, *Consenso Europeo sugli aiuti umanitari*, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo il 18 dicembre 2007 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale dell'UE il 30.1.2008 (2008/C 25/01).

[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?jsessionid=g7CRTLXGTZyTQJWLCxPbpNjrfQLmMVnKQwL16Qyhlr2wQY11TMTD!1424045317?uri=CELEX:42008X0130\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?jsessionid=g7CRTLXGTZyTQJWLCxPbpNjrfQLmMVnKQwL16Qyhlr2wQY11TMTD!1424045317?uri=CELEX:42008X0130(01))

La **partecipazione attiva** delle popolazioni beneficiarie è fra i principi cardine del buon donatore (**Good Humanitarian Donorship** - GHD¹⁵) e del Consenso Europeo sull'aiuto umanitario, che sottolineano la necessità di prevedere un adeguato coinvolgimento dei beneficiari a partire dalla fase di identificazione fino alla valutazione degli interventi (Consenso art. 44; GHD principio 7) e di prestare "particolare attenzione a donne, bambini, anziani, malati e persone con disabilità ed ai loro bisogni specifici" (Consenso, art. 39).

Ancora nel 2011 il **Parlamento Europeo** ricordava che "l'erogazione dell'aiuto deve fondarsi unicamente sui bisogni accertati e il grado di vulnerabilità e che la qualità e la quantità dell'aiuto sono determinate innanzitutto dalla valutazione iniziale, che deve ancora essere migliorata, in particolare per quanto riguarda il livello dell'applicazione dei criteri di vulnerabilità, specialmente per quanto riguarda donne, minori e portatori di disabilità"¹⁶.

Oltre ai testi quadro dell'aiuto umanitario internazionale, già la **Convenzione sui diritti delle persone con disabilità** delle Nazioni Unite, all'articolo 11 impegnava gli Stati Membri ad adottare "... tutte le precauzioni necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, di emergenze umanitarie e disastri naturali", "in conformità agli obblighi internazionali, compreso il diritto umanitario e le norme internazionali sui diritti umani". Dall'approvazione della Convenzione vi è stato un nuovo interesse a livello internazionale riguardo ai problemi delle persone con disabilità alla luce di un aumentato coinvolgimento delle Organizzazioni delle Persone con Disabilità (OPD) su argomenti come la sicurezza, la prevenzione del rischio e l'intervento in caso d'emergenza¹⁷. Mentre nel passato le persone con disabilità ricoprivano un ruolo secondario nella pianificazione delle attività e nella ricerca di soluzioni per la riduzione del rischio nelle situazioni di disastro, di recente questa parte della popolazione è stata riconosciuta essere un target privilegiato nella risposta immediata degli interventi d'emergenza a seguito di disastri naturali ed umani, quali ad esempio le guerre. Questo approccio riveduto e corretto ha avuto implicazioni a diversi livelli, soprattutto per il riconoscimento del diritto alla protezione secondo la legislazione in materia di sicurezza e protezione civile. Il coinvolgimento delle associazioni di persone con disabilità nella

¹⁵ *Good Humanitarian Donorship Initiative* <http://www.goodhumanitarianandonorship.org/gns/home.aspx>

¹⁶ Parlamento Europeo, *Risoluzione sull'attuazione del consenso europeo sull'aiuto umanitario: bilancio di metà percorso del suo piano d'azione e prospettive future*, 18 gennaio 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0005+0+DOC+XML+V0//IT>

¹⁷ Consiglio d'Europa, *Raccomandazione 2013/1 del Committee of permanent correspondent on the inclusion of people with disabilities in disaster preparedness and response*, adottata al 64° meeting dell'EUR-OPA, Parigi 24-25 ottobre 2013; Altre informazioni su: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1614> e la

programmazione degli interventi e nelle fasi attuative degli stessi è diventato un elemento essenziale per favorire la migliore risposta ai bisogni e diritti di questa popolazione.

In tema di **risposta ai disastri naturali**, la Commissione Europea ha finanziato specifici progetti nell'ambito delle competenze delle agenzie di protezione civile nazionale e lo stesso **Parlamento Europeo**, nella **risoluzione del 4 settembre 2007** sui disastri naturali¹⁸ ha sottolineato "la necessità in caso di disastri naturali di tenere in considerazione soprattutto i bisogni specifici delle persone con disabilità in tutte le azioni svolte usando i Meccanismi della Protezione Civile" (articolo 19).

Nel 2007, nell'ambito di un progetto europeo, è stata inoltre definita la "**Carta di Verona sul salvataggio delle persone con disabilità in caso di disastri**"¹⁹, che ha individuato le problematiche essenziali su cui impostare le azioni di emergenza che includano le persone con disabilità. La Carta di Verona mette in evidenza la necessità di un approccio multidimensionale che tenga in debita considerazione le varie tipologie di disabilità ed i gradi di vulnerabilità, avendo premura di valutare attentamente i bisogni dei bambini con disabilità, e la differenza fra persone con disabilità, che posseggono già capacità di resilienza, e persone diventate disabili a causa dell'evento catastrofico.

La DGCS svolge inoltre una costante azione di *advocacy* internazionale, promuovendo e sostenendo l'adozione da parte delle Nazioni Unite e di altre organizzazioni internazionali, di documenti che includano la tutela delle persone con disabilità.

2.2. La vulnerabilità delle persone con disabilità

Recenti ricerche della Banca Mondiale dimostrano la stretta correlazione fra povertà e disabilità, come causa e conseguenza l'uno dell'altro. La condizione di **disabilità** può intrappolare le persone in uno stato di povertà originato dalle difficoltà di accesso all'impiego e all'educazione, alla necessità di cure mediche. Ma è vero anche il contrario, ossia che la **povertà** può causare o aggravare le condizioni di disabilità, ad esempio per malnutrizione, scarso accesso ai servizi igienico-sanitari, condizioni di lavoro debilitanti o scarsa istruzione, impossibilità ad usare i servizi di trasporto. Si crea pertanto **un circolo vizioso "povertà-disabilità-povertà"** il cui motore è l'alto livello di vulnerabilità di tali categorie di persone.

Nei contesti di emergenza, **la condizione delle persone con disabilità è resa ancor più fragile dall'evento catastrofico** – sia esso causato dall'uomo o dalla natura - che pone ulteriori barriere alla loro interazione

¹⁸ Parlamento europeo, *Risoluzione sulle catastrofi naturali*, 4 settembre 2007. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0362+0+DOC+XML+V0//IT>

¹⁹ *Carta di Verona sul salvataggio delle persone con disabilità in caso di disastri*, 2007. <http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/speciali/Rete.Disabili/Documenti/Carta%20di%20Verona%202007%5B1%5D.pdf>

con la realtà circostante, aggravando le condizioni psico-fisiche all'origine della disabilità. Le persone con disabilità, come ad esempio i non vedenti e i non udenti, possono trovarsi impreparate all'evento calamitoso, essendo spesso impossibilitate a ricevere le informazioni sull'emergenza, oppure possono non essere prese in considerazione nei piani di evacuazione. I dati statistici raccolti in seguito al terremoto e allo tsunami in Giappone del 2011, dimostrano la particolare vulnerabilità delle persone con disabilità, con un tasso di mortalità doppio (2,06%) rispetto a quello della popolazione generale (1,03%)²⁰.

In contesti di emergenza caratterizzati da scarsità di risorse, le persone con disabilità motoria, sensoriale, mentale o intellettuale/relazionale **sono a tutt'oggi generalmente escluse dall'accesso ai servizi e dalle distribuzioni dei beni**. Si pensi, ad esempio, alle difficoltà che dovrà affrontare una persona con ridotta mobilità nel prendere in consegna e nel trasportare i pacchi degli aiuti internazionali distribuiti, o nell'accedere ai servizi di base - quali latrine e servizi igienici dei campi profughi - troppo spesso inaccessibili per questa popolazione. Altre volte invece l'esclusione è frutto di una scelta comunitaria culturale sospinta da un forte senso di discriminazione nei confronti delle persone con disabilità, che possono arrivare perfino ad essere considerate meno meritevoli di sopravvivenza.

Ciò comporta un fisiologico isolamento di tali persone, che dovranno necessariamente fare affidamento sull'aiuto dei familiari anche per le attività più semplici che potrebbero, invece, essere svolte svolgendo in maniera autonoma, in una comunità rispettosa delle esigenze e dei diritti di tutti in eguale misura.

Le emergenze possono inoltre **ridurre la capacità di fornire assistenza da parte degli operatori sociali o sanitari**: si pensi ad esempio alle strutture per anziani o per malati cronici, spesso distrutte in concomitanza dell'evento calamitoso o incapaci di fornire i servizi necessari per mancanza di fondi, come nei più recenti casi del conflitto ucraino. Anche le azioni di evacuazione per il trasferimento nei luoghi di accoglienza presentano forti problematiche, per la mancanza di mezzi di trasporto adatti al trasferimento di persone in sedia a rotelle e/o per la non accessibilità dei luoghi di ricovero o dei campi di accoglienza. Per di più, durante le situazioni di crisi si interrompe quella rete familiare e sociale che sostiene in prima battuta le persone con disabilità - a causa di sfollamenti, morte dei familiari o persone di riferimento - lasciandole in alcuni casi in un totale stato di abbandono che ne può causare perfino il decesso. Le stesse attività comunitarie organizzate nei luoghi di accoglienza di lunga durata (attività educative, socio-economiche e sociali) spesso escludono la partecipazione di queste persone.

²⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*, 2013. (pag. 9).

Va inoltre ricordato che le aree d'intervento dei programmi di aiuto umanitario **sono sovente Paesi in cui la disabilità è causa di forte discriminazione ed emarginazione culturale e sociale**, non essendo tra l'altro presente alcuna legislazione a tutela dei diritti degli stessi. Tale atteggiamento discriminatorio può comportare - tra l'altro - un aumento dei costi nell'assistenza sanitaria e sociale originato dall'aggravamento di patologie per mancata cura, prevenzione e mitigazione delle diverse disabilità.

Non tutte le persone con disabilità vivono situazioni di eguale discriminazione, ma **alcune sono più vulnerabili ed emarginate delle altre** trovandosi a vivere una doppia discriminazione, come le donne, i bambini e gli anziani. Ad esempio, sono frequenti i casi di neonati con disabilità che non ricevono alla loro nascita le normali cure necessarie o non vengono allattati o nutriti adeguatamente, causandone una maggiore mortalità, o di donne o anziani infermi lasciati indietro dalle famiglie in fuga dalla guerra. L'isolamento e l'abbandono espongono inoltre le persone con disabilità ad un maggiore rischio di **violenza anche sessuale**, che colpisce soprattutto le donne e le bambine.

2.3. Le disabilità causate dalla situazione di emergenza

Gli eventi calamitosi modificano le condizioni ordinarie di vita e mettono molte persone nell'impossibilità di vivere in maniera autonoma, producendo condizioni di disabilità generalizzata²¹. Un numero considerevole di persone subiscono conseguenze che non hanno a che vedere solo con la distruzione di beni e proprietà, ma che - come i traumi fisici e mentali - peggiorano le proprie condizioni di salute, spesso a causa di limitazioni funzionali permanenti che causano la perdita dei punti di riferimento essenziali per la loro autonomia ed impongono modifiche sostanziali del proprio stile di vita.

Di fatto, i disastri naturali ed umani, in particolare le guerre, producono persone con disabilità.

E' il caso ad esempio delle **menomazioni fisiche** causate dall'esplosione di ordigni bellici - sono 26.000 le vittime degli ordigni inesplosi ogni anno, di cui il 20% bambini²² - o dal crollo delle infrastrutture durante la catastrofe - come le 300.000 persone rimaste ferite in seguito al terremoto del 2010 di Haiti.

L'assenza di cure mediche può **aggravare patologie preesistenti**, conducendo fino alla morte dei malati o causando danni irreversibili. Sempre a causa del terremoto di Haiti, Handicap International ha stimato fino a 4.000 il numero delle persone che hanno subito amputazioni, talvolta a causa di cure tardive o inadeguate. E' anche il caso - ad esempio - del conflitto ucraino attualmente in corso, dove per l'80% delle famiglie residenti nelle aree rurali è ormai divenuto un problema il reperimento di medicinali

²¹http://ec.europa.eu/agriculture/analysis/external/insurance/definitions_en.pdf;
http://europa.eu/pol/hum/index_it.htm.

²² Dati forniti dalla "Campagna Italiana contro le mine": <http://lnx.campagnamine.org/2014/04/02/>

necessari alla cura di patologie preesistenti, come ad esempio il diabete, e dove le persone con disabilità sono a rischio a causa della riduzione dei servizi sanitari pubblici.²³

Non vanno inoltre sottovalutate le conseguenze delle catastrofi sulla salute psichica e mentale delle vittime, che a seguito dei traumi possono soffrire di **disagi mentali** come il **Disturbo Post Traumatico da Stress** (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD). Il DPTS può manifestarsi in una pluralità di sintomi - che vanno dal comportamento aggressivo all'isolamento, dall'insonnia all'inappetenza - che necessitano di cure adeguate e specializzate anche al fine di prevenire una loro degenerazione in forma cronica. Sono innumerevoli le ricerche che studiano le relazioni fra i traumi da guerra e i disturbi mentali. Diversi studi hanno dimostrato un'incidenza del PTSD nei rifugiati che va dal 10 al 40% della popolazione, con livelli fra i bambini e gli adolescenti che raggiungono il 90%²⁴. Solo nella ex Jugoslavia si calcola che il 29,2% dei rifugiati, il 75% degli sfollati e l'11% dei civili residenti presentino gravi disturbi psicologici dovuti all'esperienza della guerra²⁵. Secondo recenti ricerche, in Ucraina il trauma psicologico è la principale preoccupazione sanitaria delle famiglie che vivono nelle zone di conflitto²⁶.

Per i bambini nella prima infanzia le **carenze nutrizionali** in cui spesso vivono durante le crisi aumentano il rischio di contrarre malattie come il morbillo, la malaria e la polmonite, diminuiscono la resistenza alle diarree, rendendole potenzialmente mortali, e possono provocare disabilità permanenti.

Le persone che acquisiscono una minorazione fisica, psichica, sensoriale o psicosociale a causa di un disastro necessitano di trattamenti post traumatici più complessi rispetto alle persone che hanno una disabilità preesistente all'evento calamitoso. Infatti, al contrario di questi ultimi che spesso hanno già sviluppato un approccio resiliente alla loro condizione, coloro che subiscono una limitazione funzionale a causa del disastro oltre ad essere curati in maniera appropriata, devono essere sostenuti nel cambiamento di condizioni di vita con strumenti e trattamenti opportunamente messi a disposizione. Infatti, queste persone - che vivono per la prima volta una condizione di disabilità - devono poter accettare la loro nuova situazione e costruire progressivamente degli strumenti di resilienza.

2.4. Principi guida e strategia dei programmi umanitari per la disabilità

Le persone con disabilità sono dunque più vulnerabili nei contesti di emergenza, che a loro volta possono incidere negativamente sulla gravità delle disabilità preesistenti e/o crearne delle nuove, sia fisiche che mentali. E' **importante** dunque che **gli interventi di aiuto umanitario siano indirizzati alla tutela ed al soccorso delle persone con disabilità** fin dalle prime fasi della risposta alle emergenze. Questo tuttavia

²³ Ukraine NGO Forum, *Ukraine Multi-Sector Needs Assessment (MSNA) report*, 30 marzo 2015.

²⁴ <http://refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/>

²⁵ *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli, numero 6, settembre 2011.

²⁶ *Ibid.*

non è semplice, sia in considerazione sia della complessità e molteplicità dei contesti in cui i programmi di aiuto umanitario si attuano, sia per la varietà di tipologie di disabilità esistenti – ciascuna delle quali richiede adeguata e specifica competenza.

E' possibile tuttavia stabilire innanzitutto i **principi guida** di un'**azione umanitaria** finalizzata alla salvaguardia della vita e alla tutela della **dignità delle persone con disabilità nei contesti di emergenza**.

L'azione umanitaria della Cooperazione Italiana dovrà essere attuata secondo un modello che riconosca il principio di **eguaglianza** di tutte le persone e miri non solo alla tutela ma anche alla promozione dei diritti delle persone con disabilità attraverso la loro inclusione sociale.

Il paradigma fondamentale è garantire la dignità umana di ciascuna persona, **eliminando ogni forma di discriminazione**, garantendo la pari opportunità e **aiutando ogni persona ad esprimere le proprie capacità e potenzialità**. La disabilità non viene considerata un limite invalicabile per vivere una vita autonoma, ma una condizione superabile attraverso la rimozione delle barriere e soprattutto grazie alla promozione della persona umana che – messa in condizioni di godere appieno dei propri diritti – potrà partecipare attivamente alla vita sociale, economica e culturale. Questo significa anche coinvolgere le persone con disabilità e le loro associazioni nella definizione e, dove opportuno, nella gestione di attività legate agli interventi di aiuto umanitario.

La parola chiave di tale modello diventa dunque **"inclusione"**. La strategia umanitaria per le persone con disabilità dovrà basarsi su un approccio partecipativo, che preveda l'inclusione delle persone con disabilità, delle loro famiglie e delle organizzazioni che le rappresentano fin dalle prime fasi di formulazione dei programmi e degli interventi. L'approccio previsto non si basa su un modello medico o assistenziale, ma piuttosto dovrà prevedere azioni per il **rafforzamento delle competenze** delle persone, *l'advocacy* per la tutela dei propri diritti e l'inclusione nelle attività previste per il resto della popolazione. In aggiunta agli **interventi espressamente mirati in loro favore**, sarà inoltre fondamentale il **"mainstreaming"**: i programmi di aiuto umanitario dovranno considerare nelle loro analisi dei bisogni fin dalle prime fasi dell'emergenza, le necessità di tutta la popolazione beneficiaria – incluse le persone con disabilità. Ciò significa che, ad esempio, nel pianificare attività di soccorso ai rifugiati con la realizzazione di alloggi temporanei, questi dovranno essere realizzati tenendo in considerazione le particolari necessità delle persone con disabilità, siano esse motorie, sensoriali o intellettuali, sia in termini di accessibilità degli spazi e degli ambienti, sia in termini di fruibilità dei servizi e delle attività comunitarie.

L'approccio basato sui diritti umani è di gran lunga più **sostenibile** rispetto al modello medico, in quanto attraverso un rafforzamento della dignità, **indipendenza** ed inclusione delle persone con disabilità – queste potranno migliorare la propria autonomia e capacità di **resilienza**, fino a **contribuire attivamente** allo sviluppo della società o, in caso di emergenze, **ai piani di risposta e riabilitazione comunitaria**.

Capitolo 3. L'inclusione della disabilità nei programmi di aiuto umanitario

3.1. La gestione dei programmi

L'inclusione della disabilità nei programmi di aiuto umanitario va realizzata in forma progressiva sia a livello centrale, intervenendo sulle competenze di programmazione e gestione strategica, sia a livello locale, migliorando la capacità di gestire sul campo i progetti.

In particolare, si sottolinea come sia essenziale **la partecipazione delle associazioni di persone con disabilità e dei loro familiari**, che devono essere coinvolte nella gestione dei programmi di aiuto umanitario a partire dalla fase di identificazione e formulazione degli interventi, finanche alla valutazione degli stessi.

3.1.1. Programmazione integrata (*mainstreaming*) ed interventi ad hoc

Per rispondere alle esigenze delle persone con disabilità, la programmazione degli interventi di aiuto umanitario deve essere **definita con il coinvolgimento delle organizzazioni che le rappresentano e con gli esperti della materia**. Tale partecipazione alle decisioni che le riguardano, come recita il comma 3 dell'articolo 4 della CRPD²⁷ e come recentemente ribadito dal *Sendai framework for disaster risk reduction 2015/2030*, oltre ad essere un diritto e ad essere basilare per una corretta analisi dei bisogni, rappresenta anche un'importante opportunità in termini di accrescimento delle competenze e di coinvolgimento delle associazioni. Vi sono, tra l'altro, azioni che possono essere svolte solo con la loro collaborazione, come la definizione delle mappe descrittive dei luoghi dove vivono le persone con disabilità finalizzate al rapido soccorso.

E' importante definire le forme di collaborazione e le rispettive responsabilità sulla base delle risorse disponibili. **Va superata la logica dei due tempi (prima gli interventi di primo soccorso, poi gli interventi speciali), cercando di includere i diritti ed i bisogni delle persone con disabilità all'interno degli interventi ordinari**. Ciò significa adottare un approccio integrato (*mainstreaming*) ed identificare sin dal primo soccorso gli interventi indirizzati a tutta la popolazione colpita dall'evento calamitoso, ivi incluse le persone con disabilità.

²⁷ CRPD, art. 4, comma 3: "Nell'elaborazione e nell'attuazione della legislazione e delle politiche da adottare per attuare la presente Convenzione, così come negli altri processi decisionali relativi a questioni concernenti le persone con disabilità, gli Stati Parti operano in stretta consultazione e coinvolgono attivamente le persone con disabilità, compresi i minori con disabilità, attraverso le loro organizzazioni rappresentative".

In aggiunta agli interventi di *mainstreaming*, è importante definire dei **programmi specificatamente rivolti alle persone con disabilità**, mobilitando risorse umane e finanziarie tanto per la tutela di tali beneficiari quanto per la promozione dei loro diritti. In particolare, specifiche attività dovranno essere rivolte alla formazione professionale e al sostegno all'impiego, all'educazione inclusiva, alla sensibilizzazione ed alla eliminazione delle discriminazioni che limitano i diritti umani delle persone con disabilità.

Per facilitare **la fase di primo soccorso e di emergenza**, è importante intervenire sulla prevenzione e gestione del rischio, attraverso la creazione di sistemi di allerta accessibile (i sistemi di allerta devono raggiungere rapidamente anche le persone con disabilità), la mappatura della presenza di persone con disabilità, la definizione di procedure e di mezzi di evacuazione e di primo soccorso adeguati, la progettazione di luoghi e di campi di accoglienza accessibili, la realizzazione di servizi accessibili e, se necessario, dedicati o personalizzati (interventi sanitari, assistenti personali, somministrazione di farmaci, diete, altro).

Gli interventi di **post emergenza** dovranno essere realizzati sulla base del modello della **Riabilitazione su Base Comunitaria (RBC)**²⁸. Ciò significa attivare le risorse della comunità come elemento di fondamentale sostegno per garantire una risposta rapida ed efficace, oltre che per rafforzare la resilienza ad un evento calamitoso. Le comunità locali, infatti, possiedono informazioni, capacità, competenze e risorse umane, utilissime ad affrontare i problemi conseguenti ad un disastro. Il modello di "Riabilitazione su Base Comunitaria" o di "Sviluppo inclusivo su base comunitaria" rappresenta una risposta appropriata per l'attivazione della comunità tanto colpita dall'evento catastrofico quanto all'interno di un campo di accoglienza di persone sfollate.

3.1.2. Formazione del personale

La formazione del personale competente per il primo soccorso è fondamentale. E' importante che almeno **i responsabili della gestione degli interventi di aiuto umanitario siano formati** su come garantire una risposta adeguata alle esigenze delle persone con disabilità. In seconda istanza, vanno definiti - in collaborazione con le organizzazioni delle persone con disabilità - i piani formativi di **aggiornamento per tutto il personale** interessato. La formazione, pratica e teorica, deve essere inserita progressivamente nella formazione degli operatori umanitari.

²⁸ <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>

3.1.3. Adeguamento delle dotazioni e dei mezzi

Un elemento importante è inoltre l'adeguamento delle **dotazioni e dei mezzi utili a garantire una risposta idonea**, da realizzarsi sempre in stretto coordinamento con le organizzazioni di persone con disabilità e con i loro esperti. Si tratta di prevedere strumenti per il primo soccorso (ausili, strumenti comunicativi) e per i servizi dedicati sanitari e sociali, mezzi di evacuazione (mezzi di trasporto forniti di pedane elevatrici, rampe mobili), soluzioni flessibili e mobili per rendere un campo ed una struttura di accoglienza accessibile (rampe e pavimentazioni mobili, bagni accessibili, letti per particolari esigenze), dotazioni per particolari diete alimentari (diabetici, celiaci), strumenti per facilitare la partecipazione ad attività comunitarie ed educative.

3.1.4. Statistiche

Particolare attenzione va posta al **censimento** delle persone con disabilità e all'identificazione delle loro esigenze, anche attraverso la rilevazione di statistiche disaggregate. Poche sono le informazioni ed i dati disponibili sulle persone con disabilità coinvolte in situazioni di disastri naturali e/o umani. Finora i dati sulla disabilità (sia che fosse una condizione esistente già prima della crisi, sia che fosse originata dall'evento), non erano rilevati nell'ambito delle raccolte dati relative agli interventi di aiuto umanitario. Come anche le conclusioni della Conferenza dell'ONU sulla riduzione del rischio di catastrofi di (Sendai, 2015) sottolineano, è invece importante rilevare e diffondere i «**dati disaggregati per sesso, età e disabilità**», in modo da essere accessibili in maniera facile, comprensibili e basati su evidenze scientifiche, con informazioni non emotive sui rischi, come complemento alle informazioni tradizionali²⁹. Le schede di rilevazione statistica dovranno dunque essere in grado di individuare e mappare la presenza di persone con disabilità, riportando - oltre ai dati anagrafici - la natura della disabilità, le esigenze specifiche collegate alla condizione di diversità funzionale, i servizi e gli interventi necessari. Il lavoro di mappatura dovrà tenere in considerazione eventuali barriere culturali di ostacolo all'identificazione della disabilità. I dati rilevati dovranno essere inclusi nella programmazione e nel monitoraggio dei programmi di aiuto umanitario.

3.1.5. Costituzione di una unità operativa e di un gruppo di lavoro

Si raccomanda la costituzione, sia a livello centrale che a livello locale, di una **unità operativa competente (o focal point) in tema di disabilità**, responsabile di integrare il tema della disabilità nei

²⁹Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030, Articolo 19.g.): *“Disaster risk reduction requires a multi-hazard approach and inclusive risk-informed decision-making based on the open exchange and dissemination of disaggregated data, including by sex, age and disability, as well as on the easily accessible, up-to-date, comprehensible, science-based, non-sensitive risk information, complemented by traditional knowledge;”*.

programmi di aiuto umanitario e di gestire gli interventi specificatamente in favore delle persone con disabilità. Tale unità potrà beneficiare della collaborazione e competenza tecnica di persone con disabilità, esperti, istituzioni ed organizzazioni del settore. Sarà utile riunire tale competenze in un **gruppo di lavoro** da coinvolgere nelle decisioni che riguardano le persone con disabilità. Dovranno inoltre essere promosse specifiche campagne di sensibilizzazione tra le istituzioni pubbliche e private, in modo da individuare e formare gli attori competenti.

3.2. Disomogeneità della condizione di disabilità

Per quanto spesso si parli in maniera generale di persone con disabilità, esse rappresentano un gruppo fortemente disomogeneo. Infatti, oltre alla condizione di minorazione motoria, sensoriale, mentale ed intellettiva, che rende la loro condizione molto differente, tali persone sono influenzate in vario grado da processi di impoverimento ed hanno acquisito strumenti di resilienza in forme diverse. A questo si aggiunge il contesto di vita e di relazione che può produrre fattori positivi o negativi sulle loro capacità di partecipazione. Ciò premesso è possibile definire, per le diverse condizioni di disabilità, dei comportamenti appropriati che permettono a queste persone di sentirsi accolte e trattate nella maniera opportuna.

3.2.1. Disabilità intellettiva e relazionale

Le persone con disabilità intellettive e relazionali sono un gruppo estremamente diversificato. In generale, queste persone non percepiscono le situazioni di pericolo e non sempre leggono correttamente i cartelli e le segnalazioni di allerta. Una gran parte delle persone con disabilità intellettiva capiscono meglio un linguaggio semplificato, con frasi brevi e parole semplici, che descrivano un'azione alla volta e permettano di fornire loro le indicazioni necessarie ad aiutarle. Esse sono facilmente impressionabili emotivamente e quindi è importante che gli operatori mantengano un atteggiamento calmo e pacato. Familiari o persone conosciute facilitano sia la comunicazione che la disponibilità a collaborare.

Gli elementi di cui sopra sono da tener maggiormente presenti nella comunicazione con persone affette da disturbi dello spettro autistico che presentano difficoltà nella capacità di comunicazione e interazione sociale.

3.2.2. Disabilità motoria

Le persone con disabilità motoria presentano anch'esse condizioni diversificate. Si passa da lievi difficoltà di deambulazione alla necessità di avvalersi di ausili come stampelle, bastoni e deambulatori, sedie a

rotelle, fino all'impossibilità di muoversi autonomamente o alla dipendenza da ausili elettromedicali, che necessitano di barelle o altri sistemi complessi di mobilità. Se tali persone non sono state ferite dall'evento calamitoso, nel triage vanno assistite allo stesso tempo degli altri cittadini indenni, favorendo - attraverso l'accompagnamento - la loro mobilità. Il trasporto in braccio è un'eventualità da prendere in considerazione solo in caso di pericolo imminente. È buona norma inoltre garantire che la persona assistita possa conservare l'ausilio che utilizza quotidianamente, che - essendo personalizzato - spesso è insostituibile con ausili analoghi. Le persone che si muovono in sedia a rotelle devono essere evacuate con mezzi idonei ed essere ospitate in strutture accessibili che garantiscono la loro mobilità, soprattutto in riferimento ai servizi igienici. In caso di accoglienza in tende, il campo deve essere progettato in modo che queste persone siano ospitate in tende adiacenti ai servizi (bagni, mense, infermeria) garantendone il raggiungimento con percorsi accessibili.

3.2.3. Disabilità psicosociale

Le persone con disabilità psicosociale spesso non vivono in comunità, spesso vivono abbandonati a se stessi o sono ospitati in strutture dedicate come ospedali psichiatrici o manicomi. In tal caso, gli interventi vanno coordinati con il personale di tali strutture. Naturalmente la tipologia di condizione, molto differente da caso a caso, richiede una particolare cautela ed attenzione nella comunicazione e nella relazione, anche in considerazione del fatto che la crisi acuisce situazioni comportamentali già disturbate. L'evacuazione e la successiva accoglienza deve avvalersi, laddove possibile, del personale già preposto alla loro assistenza. L'accoglienza temporanea va progettata con personale competente.

3.2.4. Disabilità sensoriale

La comunicazione con persone **sorde** in caso di emergenza va adattata ai diversi contesti d'intervento. Con riferimento all'allerta in situazioni di pericolo, è possibile informare le persone sorde attraverso il proprio cellulare. Ciò presuppone l'adozione, anche in collaborazione con le associazioni che rappresentano queste persone, di sistemi di *early warning* veicolati attraverso i cellulari, già adottati in alcuni contesti. Durante i soccorsi, laddove possibile, bisogna parlare con la persona sorda sempre guardandola in faccia, ad una distanza non superiore ad un metro e mezzo, in modo da facilitare la lettura labiale nella sua lingua di origine. L'alternativa è farsi assistere da personale locale. Nella comunicazione è utile servirsi di espressioni del viso per sottolineare elementi più importanti del discorso e pronunciare correttamente le parole ad una velocità di discorso moderata. Sarà utile anche prevedere la presenza, nell'unità di intervento, di un interprete dei segni nella lingua nazionale.

Le persone **cieche** in molti paesi in via di sviluppo sono assistite da minori, che svolgono egregiamente i

compiti di guida e di accompagnamento. Con queste persone va annunciata la propria presenza e descritta la situazione in cui si trovano, comunicando loro il tipo di aiuto che si vuole porre in atto ed acquisendone il consenso. E' importante far scegliere alla persona se preferisca essere presa sotto braccio o appoggiarsi ad una spalla, informandola sul tipo di ostacoli o pavimentazione che si incontrano nel suo accompagnamento. E' bene non lasciare mai sole queste persone, ma affidarle sempre a qualcuno che gli stia vicino e le possa assicurare. A queste persone, in caso di accoglienza temporanea, va garantita una persona di riferimento ed offerta una descrizione appropriata degli spazi e dei servizi esistenti nel centro di raccolta, favorendo una visita guidata degli ambienti e dei servizi disponibili.

3.3. La gestione del rischio e la disabilità

Anche in tema di gestione del rischio, è fondamentale tenere in considerazione i bisogni delle persone con disabilità consultandosi con gli esperti e le associazioni del settore. Tale principio è ribadito dalle stesse conclusioni della Conferenza dell'ONU sulla riduzione del rischio di catastrofi (Sendai, 2015), che afferma che «le persone con disabilità e le loro organizzazioni sono essenziali nella valutazione dei rischi in caso di disastri e nella definizione e implementazione dei piani disegnati su specifiche esigenze, tenendo in considerazione, tra gli altri, i principi dell'*Universal Design*³⁰. Il documento sottolinea la necessità di «rafforzare **donne e persone con disabilità** a guidare pubblicamente e a promuovere una risposta basata sull'uguaglianza di genere e sull'**accessibilità universale**, avendo come chiavi di approccio il recupero, il risanamento e la ricostruzione». Queste stesse indicazioni sono tra l'altro incluse nelle Conclusioni del Consiglio dell'UE per l'inclusione della disabilità nella gestione dei disastri³¹ approvate il 25 febbraio 2015 e sostenute dall'Italia.

L'ideale è costituire un momento di coordinamento tra i responsabili dell'intervento di soccorso e le organizzazioni di persone con disabilità ed i loro esperti in materia di emergenza, finalizzato definizione (e/o aggiornamento) di piani di prevenzione, mitigazione e risposta alla catastrofe che tengano conto dei bisogni delle persone con disabilità, rispettandone i diritti e le esigenze. Potranno inoltre essere definiti appositi accordi che consentano la rapida attivazione delle collaborazioni con gli esperti della materia, garantendo lo scambio di informazioni, l'identificazione delle priorità su cui intervenire, l'utilizzo di materiali e soluzioni adeguate.

³⁰ Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030, Articolo 36.a.iii): "Persons with disabilities and their organizations are critical in the assessment of disaster risk and in designing and implementing plans tailored to specific requirements, taking into consideration, inter alia, the principles of universal design". 2015

³¹ http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-6450-2015-INIT

Capitolo 4. Esperienze e pratiche appropriate.

Esistono nel mondo esperienze che hanno incluso le persone con disabilità negli interventi di aiuto umanitario. Si tratta di interventi che hanno tenuto conto dei contesti culturali e materiali in cui operavano, trovando soluzioni utili e praticabili per rispondere ai diritti ed ai bisogni delle persone con disabilità. Per questo parliamo di pratiche appropriate, che per essere replicate in altri contesti richiedono il rispetto degli elementi culturali, sociali, politici e tecnici della realtà in cui si opera. L'elenco che presentiamo fornisce una serie di esempi concreti che possono ispirare altre esperienze analoghe ed incoraggiare gli attori pubblici e privati degli interventi umanitari a rispondere in maniera appropriata a questo nuovo gruppo di beneficiari.

4.1. Valorizzazione delle competenze delle persone con disabilità.

Cooperazione Italiana e AVSI in Giordania (2012/2013).

La Cooperazione italiana finanzia da anni dei programmi di aiuto umanitario rivolti ai palestinesi ospitati in campi profughi in Giordania, in favore anche di persone con disabilità. Oltre alle attività di riabilitazione fisica e di formazione degli operatori del servizio di fisioterapia del Centro Disabili del campo profughi di Jerash, sono stati realizzati interventi di sostegno a giovani portatori di disabilità motorie e mentali lievi, mirate alla generazione di reddito ed all'inserimento nel mondo del lavoro.



Nello specifico, è stato realizzato un laboratorio di mosaico, i cui prodotti sono molto apprezzati nelle fiere nazionali e mercati locali.

Inoltre, è stato riabilitato e sostenuto attraverso attività di formazione il laboratorio di falegnameria del Centro Disabili del campo. Il laboratorio, tutt'ora attivo nella formazione e nella lavorazione del legno, produce giocattoli, arredi per scuole, porte ed infissi ed è in grado



di generare reddito per i disabili che sono impiegati nella falegnameria e per la sostenibilità stessa del Centro Disabili che, oltre alla formazione, svolge attività di fisioterapia.

Cooperazione italiana, EducAid e RIDS in Palestina (2015/2016). Il progetto *Peer resilience* intende migliorare le capacità di resilienza della popolazione palestinese della striscia di Gaza in situazioni di emergenza, come la recente operazione militare *Protective Edge*, intervenendo per affrontare i traumi fisici e psicologici che le persone con disabilità vivono durante e dopo i disastri umani, con particolare attenzione alle persone divenute disabili a causa degli eventi calamitosi. Oltre alle attività di supporto psicologico e sanitario a persone con disabilità originate dal conflitto, l'intervento formerà 10 *peer counsellors* con disabilità in grado di affrontare i problemi in situazioni di emergenza e creare un ufficio di supporto alle persone con disabilità nella striscia di Gaza. Tale intervento è particolarmente innovativo, consentendo alle persone con disabilità di reagire positivamente alla nuova condizione psico-fisica, sviluppare competenze utili anche ai fini occupazionali e di acquisire un ruolo di rilievo nella comunità.



4.2. Programmazione integrata (*mainstreaming*)

Cooperazione italiana e AVSI in Giordania (2013/2014). Insieme alla ONG italiana AVSI e nell'ambito dei programmi rivolti all'assistenza ai rifugiati siriani in Giordania, la Cooperazione Italiana ha realizzato progetti che – oltre a fornire assistenza medica e psicosociale – hanno prestato particolare attenzione all'inclusione, realizzando degli spazi ludici accessibili ed idonei ad essere frequentati anche da bambini con disabilità, dotati – ad esempio – di specifiche barriere protettive, tappeti di erba artificiale e rivestimenti di plastica delle strutture metalliche per l'incolumità dei disabili.



4.3. Coinvolgimento delle persone con disabilità e costituzione di gruppi di lavoro

Cooperazione italiana e AISPO in Palestina (2013/2014). In Palestina, in collaborazione con la ONG AISPO, la Cooperazione italiana ha realizzato un progetto per la protezione sociale dei minori con disabilità vittime di violenza o affetti dal **disturbo post-traumatico da stress (PTSD)**. Il progetto AISPO ha

introdotto il programma MOVE (*Mobility Opportunity Via Education - MOVE for learning and life*) studiato per sviluppare al massimo le possibilità d' autonomia individuali e le capacità di movimento e apprendimento utilizzando la minima tecnologia e la massima partecipazione dei familiari, degli operatori sociali e degli educatori di bambini con gravi e multiple disabilità. Il programma stabilisce insieme ai genitori gli obiettivi di autonomia da raggiungere: riuscire a rimanere seduti, in piedi e, se possibile, provare a camminare. Le attività sono state realizzate in stretto coordinamento non solo con le autorità locali ma anche con la rete ASSWAT dei parenti di bambini con disabilità e un gruppo di coordinamento di organizzazioni comunitarie e rappresentative delle persone con disabilità. L'ampio coinvolgimento comunitario ed istituzionale – soprattutto in ambito educativo - è stato fondamentale soprattutto per le attività di sensibilizzazione ed informazione sui diritti delle persone con disabilità e dei minori e sulla prevenzione e diagnosi degli abusi.



CBM³² nelle Filippine (2013). L'ONG CBM ha una specifica unità (Inclusive Emergency Response Unit - IERU) che interviene nelle situazioni di emergenza umanitaria con attenzione alle persone con disabilità e coinvolgendo con un ruolo attivo le associazioni locali di persone con disabilità. Nelle Filippine è stata coinvolta l'ADPI, Associazione di persone con disabilità, partner locale che - attraverso "Aging and Disability Focal Points" (ADFPs) - ha programmato e coordinato la distribuzione degli aiuti legati all'emergenza, occupandosi inoltre del *mainstreaming* delle persone con disabilità all'interno degli interventi di prima accoglienza. Questo intervento è stato replicato in altre aree colpite da disastri (Nepal, Madagascar, Malawi, Pakistan).



4.4. Statistiche e diffusione delle informazioni

Cooperazione italiana e AISPO in Iraq (2014/2015). La Cooperazione Italiana e l'ONG AISPO hanno avviato in Iraq un programma di assistenza agli sfollati ed ai rifugiati siriani nella Regione Autonoma del Kurdistan. Il progetto, che adotta un approccio su base comunitaria di *mainstreaming* e basato sui

³² www.cbm.org

diritti umani, intende potenziare i servizi di assistenza in favore delle persone più vulnerabili, ivi incluse le persone con disabilità, ospiti nei campi rifugiati di Domiz e nel campo IDP di Khankhe. A tal fine, è stato somministrato un questionario per la mappatura dei bisogni del gruppo di beneficiari, avviando un'indagine *tenda a tenda* condotta dagli operatori sanitari e sociali su base comunitaria (rifugiati e sfollati) per individuare, secondo classificazioni internazionali, persone con disabilità e con malattie croniche. I dati analizzati sono confluiti in un rapporto che fornisce a tutti gli operatori attivi nel campo (autorità locali, agenzie UN, ONG) i dati necessari e le raccomandazioni utili per una pianificazione strategica degli interventi destinati ai gruppi vulnerabili. Tali dati sono inoltre alla base della progettazione di un nuovo e più ampio intervento della Cooperazione italiana per l'annualità 2015/2016.



Università politecnica delle Marche (2015)³³. L'Università politecnica delle Marche ha realizzato un Vademecum del tutor dal titolo "Disabilità e gestione dell'emergenza" che identifica le informazioni essenziali per assistere in caso di emergenza le persone con disabilità, che a vario titolo frequentano l'Università, in particolare gli studenti.



4.5. Formazione del personale

Cooperazione italiana e AIFO³⁴ in Indonesia (2005-2006)

Il progetto "Disabilità e Emergenza", realizzato in collaborazione con le autorità locali e le associazioni nazionali di persone disabili a seguito dello tsunami, ha contribuito a rafforzare il sistema sociosanitario della Provincia Aceh Nad in tema di disabilità, accrescendo le capacità tecniche del personale sanitario centrale, distrettuale e dei centri di salute. Oltre alle attività di raccolta dati, sono state realizzate attività di formazione e



sensibilizzazione del personale sanitario e dei funzionari locali, sono state assistite le persone con disabilità e le loro famiglie attraverso interventi mirati, sono state potenziate le associazioni

³³ http://www.univpm.it/Entra/Engine/RAServeFile.php/f/csge/OPUSCOLO_DISABILI_13_03_15_firmato.pdf

³⁴ www.aifo.it

rappresentative di persone disabili. Il progetto, esteso in seguito ad altre aree dell'Indonesia, ha adottato un approccio di Riabilitazione su Base Comunitaria, coinvolgendo l'intera comunità intesa come preziosa rete di sostegno reciproco.

4.6. Adeguamento delle dotazioni e dei mezzi

Cooperazione italiana e ICU in Giordania (2014/2015). Il progetto eseguito dalla ONG ICU in Giordania nell'ambito dei programmi di aiuto umanitario finanziati dalla Cooperazione italiana è stato interamente dedicato all'assistenza ad adulti e bambini amputati presso due centri allestiti ad hoc nei governatorati di Irbid e Amman. Il progetto ha previsto la fornitura, adattamento e montaggio di arti, un programma di riabilitazione fisioterapica e di supporto psicologico per gli amputati assistiti, la creazione e l'equipaggiamento di un centro protesico fisso e di uno mobile nonché corsi intensivi di aggiornamento per 3 fisioterapisti, e 2 psicologi dei centri di riabilitazione. Infine sarà organizzato l'inverno prossimo un evento sportivo multidisciplinare non competitivo per disabili ad Amman. Le attività proseguiranno anche per il periodo 2015/2016 grazie al finanziamento di un nuovo progetto in continuità con il precedente intervento.



Cooperazione italiana e CISS in Palestina (2013/2014). Il progetto ha assistito i bambini della Striscia di Gaza colpiti dalla Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD) in seguito alla perdita e/o la distruzione delle loro case, la morte e/o il ferimento di familiari. Il progetto ha potenziato i servizi di assistenza psicosociale, educativa e psicologica in ludoteche, ospedali e a domicilio, sia attraverso la formazione del personale sia attraverso la realizzazione di ludoteche spazi sicuri ed adeguati ad ospitare le attività ludico-pedagogiche, ed in particolare ludoteche e laboratori per le terapie ed una clinica mobile per le visite a domicilio.



Allegato 1. Glossario.

Accessibilità e *Universal design*: Per offrire eguaglianza di opportunità è necessario rimuovere barriere e ostacoli che impediscono la piena partecipazione sociale, l'accesso a beni e servizi. Accessibilità significa che tutti devono avere accesso alle «differenti società e ai diversi ambienti, così come ai servizi, alle attività, all'informazione e alla documentazione» (Regole Standard). Poiché l'esperienza della condizione di disabilità appartiene al genere umano, la società deve progettare e programmare tutte le sue attività e politiche includendo tutti i cittadini. L'approccio basato sullo *Universal design* permette di tener conto delle caratteristiche di tutte le persone di una comunità e di una nazione. Per ***Universal design*** si intende la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate. La progettazione universale non esclude dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari.

Aiuto umanitario: gli interventi umanitari hanno origine in seguito ad eventi catastrofici, siano essi di origine umana o naturale, ed hanno l'obiettivo di tutelare la vita umana, alleviare o prevenire le sofferenze e mantenere la dignità delle persone, laddove governi ed operatori locali siano impossibilitati nell'azione o non vogliono intervenire. L'Aiuto Umanitario comprende anche gli interventi finalizzati a ridurre il rischio di catastrofi e le attività di sviluppo delle capacità, umane ed istituzionali, volte a prevenire ed alleviare l'impatto delle stesse e rafforzare la risposta. Tali azioni di "capacity building" e di "institution building" sono infatti fondamentali per salvare le vite umane e consentire alle comunità di aumentare la propria resilienza alle emergenze.

Disastro: Una grave perturbazione del funzionamento di una comunità o di una società che comporta perdite diffuse e danni materiali, economici o ambientali, che supera la capacità della comunità colpita di farvi fronte con risorse proprie.

Disabilità: La disabilità è un rapporto sociale, tra le caratteristiche delle persone e la maggiore o minore capacità della società di tenerne conto. La disabilità non è una condizione soggettiva delle persone, ma dipende da fattori ambientali e sociali e da fattori individuali. La disabilità è una condizione che ogni persona vive nell'arco della propria vita (da bambino, da anziano e per diverse condizioni) ed appartiene a tutto il genere umano. La disabilità è un concetto in evoluzione, che necessita di essere coniugato rispetto alle condizioni culturali e materiali di ogni paese.

In condizioni di emergenza tutte le persone vedono modificata la propria condizione, l'ambiente in cui vivono e i comportamenti sociali. Questo produce l'accrescimento del numero di persone che vivono condizioni di disabilità e spesso la distruzione di quegli accorgimenti che rendono accessibile un luogo privato o pubblico.

Diversità umana: La condizione di disabilità è un'esperienza che hanno vissuto, vivono e vivranno tutti gli esseri umani. E' quindi importante considerare la disabilità come una delle caratteristiche della diversità umana. La storia della visione culturale negativa e del trattamento che alcune caratteristiche degli esseri umani hanno subito nei secoli ha prodotto uno stigma sociale negativo sulle persone con disabilità, caricando quelle caratteristiche (e di riflesso tutte le persone che le possedevano) di una indesiderabilità sociale. E' quindi importante includere la condizione di disabilità come una delle tante diversità che contraddistinguono gli esseri umani, riportando la condizione di disabilità tra le caratteristiche ordinarie

degli esseri umani e rimuovendo lo stigma sociale negativo.

Eguaglianza di opportunità: Essendo escluse e spesso segregate, le persone con disabilità non hanno le stesse opportunità di scelta delle altre persone. Eguaglianza di opportunità significa che i bisogni di tutti gli individui sono di eguale importanza e devono diventare il fondamento per la pianificazione delle società. Di conseguenza, tutte le risorse vanno impegnate in modo tale da assicurare che ogni individuo abbia le stesse opportunità per partecipare alla società. In situazioni di emergenza vanno costruite soluzioni che permettano a queste persone di ricevere l'assistenza necessaria al pari delle altre persone.

Fasi dell'Aiuto Umanitario:

“prima emergenza” (*relief*), fase che ha in cui lo scopo è salvare le vite umane ed arginare l'aggravamento della condizione delle persone colpite dalla crisi. Tale fase intende rispondere ai bisogni primari delle popolazioni interessate dalla crisi umanitaria nelle ore e nei giorni immediatamente successivi al suo verificarsi. Essa richiede interventi urgenti sia attraverso la predisposizione di trasporti umanitari per la fornitura di aiuti alimentari, farmaci e altri beni di prima necessità, sia tramite l'erogazione di contributi alle OO.II. in risposta agli appelli umanitari;

“emergenza” (*recovery and rehabilitation*), fase in cui si mira a garantire o ripristinare adeguate condizioni socio-economiche e di sicurezza delle popolazioni che, pur avendo ricevuto una prima assistenza umanitaria dalla comunità internazionale, a causa del perdurare delle condizioni di instabilità necessitano di un ulteriore sostegno finalizzato alla riabilitazione, alla ricostruzione o alla protezione;

“post-emergenza” (*LRRD – Linking Relief and Rehabilitation to Development*), fase finalizzata a sostituire gradualmente l'aiuto di emergenza e favorire la transizione verso uno sviluppo a medio e lungo termine.

Impoverimento sociale e empowerment: La disabilità è causa ed effetto di povertà. Il trattamento differente a cui sono sottoposte le persone con disabilità, infatti, ha prodotto un impoverimento sociale nell'accesso a diritti, beni e servizi, che si accomuna e spesso si moltiplica con la povertà economica, alimentando un circolo vizioso che porta all'esclusione sociale. Per questo le persone con disabilità rappresentano quasi la metà dei poveri del mondo e più dell'80% di esse vive nei paesi economicamente svantaggiati. E' necessario, dunque, intervenire sia cambiando l'approccio della società verso le persone con disabilità, sia agendo su queste ultime con azioni di *empowerment* individuale, sociale e politico. *Empowerment* significa crescita di consapevolezza e competenze, ma anche acquisizione di un ruolo decisionale nella società, soprattutto sulle decisioni che ci riguardano.

Inclusione Sociale: Per trasformare una società che esclude e discrimina è necessario indirizzarsi verso la costruzione di società inclusive, in cui ognuno possa partecipare e dare il proprio contributo allo sviluppo della società. Il percorso dall'esclusione **all'integrazione** produce una presenza nella società delle persone con disabilità che si adattano alle regole già definite dalla comunità che li accoglie. **L'inclusione**, invece, è un processo che prevede che le persone incluse abbiano le stesse opportunità e poteri di decisione su come organizzare la società. L'inclusione è un diritto basato sulla piena partecipazione delle persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita su base di eguaglianza in rapporto agli altri, senza discriminazioni, nel rispetto della dignità e valorizzazione della diversità umana, attraverso il

superamento degli ostacoli e pregiudizi e con il sostegno basato sul *mainstreaming*.

Multi-discriminazione: La discriminazione colpisce le persone sulla base di caratteristiche che sono soggette a trattamenti differenti, pregiudizi, ostacoli e barriere alla piena partecipazione sociale. Quando caratteristiche di genere, di razza, di cultura, di religione, di opinione politica, di età, di condizione di disabilità si sommano e si combinano tra di loro, si producono multidiscriminazioni che rendono più vulnerabili le persone che hanno quelle caratteristiche. Tipico l'esempio delle donne con disabilità, che sono soggette a forti limitazioni all'accesso a diritti, beni e servizi ed alla partecipazione sociale.

Non discriminazione: Il modello medico della disabilità ha fatto nascere approcci e trattamenti differenti rispetto alle altre persone, sviluppando soluzioni ed interventi che impoveriscono le persone con disabilità. Ogni trattamento differente senza giustificazione, infatti, si configura come una violazione dei diritti umani. Le persone con disabilità hanno il diritto di rimanere all'interno delle loro comunità e di ricevere il sostegno di cui hanno bisogno all'interno delle ordinarie strutture per l'educazione, la salute, l'impegno e i servizi sociali. Le legislazioni antidiscriminatorie, che tutelano anche le persone con disabilità, proibiscono qualsiasi discriminazione basata sulla disabilità attraverso una base legale che prevede la rimozione delle condizioni di discriminazione per mezzo di accomodamenti ragionevoli.

Partecipazione: La costruzione di società inclusive implica che le persone escluse siano i protagonisti del processo di inclusione, in quanto esperti rispetto al modo in cui la società deve trattarli. Questo significa che le persone con disabilità devono essere presenti con le stesse opportunità degli altri membri della società nella decisione relative alle politiche, azioni e programmi che le riguardano. La partecipazione delle persone con disabilità e delle organizzazioni che le rappresentano è quindi una metodologia necessaria, basata sullo diritto sintetizzato nello slogan **“niente su di noi senza di noi”**.

Riabilitazione su base comunitaria: La **Riabilitazione su base comunitaria** (CBR) è una strategia di promozione e di tutela dei diritti delle persone con disabilità attraverso la realizzazione di programmi sviluppati su base comunitaria, volti alla riabilitazione, alla promozione dell'uguaglianza delle opportunità, alla non discriminazione e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità. La CBR viene attuata attraverso l'*empowerment* delle stesse persone con disabilità, dei loro familiari, delle loro associazioni e delle comunità, e attraverso adeguati servizi sanitari, educativi, professionali e sociali. La CBR si sta evolvendo verso lo *“Sviluppo inclusivo basato sulla comunità”*, una metodologia per lo sviluppo sostenibile delle comunità basata sul potenziamento dei propri punti di forza.

Sviluppo inclusivo: La condizione di svantaggio e di mancanza di pari opportunità delle persone con disabilità risulta causata da meccanismi di discriminazione ed esclusione sociale, che la Convenzione delle Nazioni Unite ha reso evidenti. Da qui l'esigenza di promuovere uno sviluppo inclusivo, che non produca meccanismi di impoverimento sociale ed economico, ma garantisca a tutti i cittadini il rispetto dei loro diritti umani.

Vita Indipendente: Le persone con disabilità hanno gli stessi diritti umani di tutte le persone e devono essere sostenute nell'acquisizione di autonomia, autodeterminazione, indipendenza e inter-indipendenza. Per questo si è sviluppato il movimento per la vita indipendente, che, nato negli Stati Uniti d'America alla fine degli anni '60, si è poi sviluppato in tutto il mondo, attraverso una propria filosofia e soluzioni appropriate, come i centri per la vita indipendente e l'assistente personale.

Allegato 2. Indicatori di performance

La Conferenza mondiale per la riduzione dei rischi da disastri (Sendai, 14-18 marzo 2015) ha posto in evidenza la necessità di inserire tra gli altri indicatori collegati alle situazioni di disastri naturali ed umani, anche indicatori legati alla rilevazione dell'impatto di tali eventi sulla condizione delle persone con disabilità, con dati appropriatamente disaggregati.

Non esistono oggi indicatori standard accettati dall'ONU o dall'Unione Europea in materia ed il tema è ancora in discussione a livello internazionale.

Si auspica al riguardo:

- ✓ l'inserimento nella classificazione OCSE-DAC di voci che rilevino i progetti indirizzati o che includano le persone con disabilità, in modo da avere una rilevazione internazionale dell'incidenza di questo target sui finanziamenti complessivi in emergenza;
- ✓ la raccolta ed elaborazione, in ogni situazione di disastro in cui intervengono aiuti umanitari, di dati e statistiche sulle persone con disabilità coinvolte negli eventi calamitosi, relativi al numero di persone coinvolte e di persone che acquisiranno una limitazione funzionale, ai decessi, alla quantità/qualità degli aiuti forniti, alla tipologia di interventi e servizi messi a disposizione. Tali dati dovrebbero essere forniti in maniera disaggregata per tipologia di condizione di disabilità, età, genere ed ogni altro elemento utile a far emergere informazioni capaci di descrivere in maniera appropriata l'area della disabilità;
- ✓ la raccolta ed elaborazione di modalità positive di soccorso e di accoglienza post evento, segnalando se le stesse sono fornite in modalità *mainstreaming*.
- ✓ la descrizione delle criticità emerse durante gli interventi.

Le suddette informazioni, raccolte in rapporti periodici, potranno fornire progressivamente gli elementi essenziali per definire degli indicatori internazionali da utilizzare in tutte le situazioni di emergenza e disastro.

Allegato 3. Bibliografia e sitologia

- Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere*, 2010.
- Consiglio dell'Unione Europea. *Council conclusions on disability-inclusive disaster management*, 12/03/2015. http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-6450-2015-INIT
- Parlamento europeo, *Risoluzione del sull'attuazione del consenso europeo sull'aiuto umanitario: bilancio di metà percorso del suo piano d'azione e prospettive future, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo*, 18 gennaio 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0005+0+DOC+XML+V0//IT>
- Parlamento europeo, *Risoluzione sulle catastrofi naturali*, 4 settembre 2007. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0362+0+DOC+XML+V0//IT>
- Unione Europea, *Consenso Europeo sugli aiuti umanitari, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo il 18 dicembre 2007 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale dell'UE il 30.1.2008 (2008/C 25/01)*.
- *Good Humanitarian Donorship Initiative* <http://www.goodhumanitariandonorship.org/gns/home.aspx>
- *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli, numero 6, settembre 2011.
- Ukraine NGO Forum, *Ukraine Multi-Sector Needs Assessment (MSNA) report*, 30 marzo 2015.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*, 2013. (pag. 9).
- Organizzazione Mondiale della Sanità e Banca Mondiale. *World report on disability*. 2011. Geneva
- Nazioni Unite, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, 2006.
- Banca Mondiale, Discussion Paper. *Mainstreaming Hazard Risk Management in Poverty Reduction Strategies: A strategic framework for action*, January 2006.
- World Bank Disability & Development Team, WB Institute's Multimedia Center, Center for International Rehabilitation, Leonard Cheshire Centre of Conflict Recovery, and University College London, *Report of the Online Forum on Disabled and other Vulnerable People in Natural Disasters*, June 2006.
- Conferenza mondiale per la riduzione dei rischi da disastri (WCDRR), *Sendai framework for Disaster Risk Reduction*, WCDRR Sendai (Giappone), 14-18 marzo 2015 .
http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf
- "Verona Charter" *on the rescue of persons with disabilities in case of disasters. Declaration of the participants in the Consensus Conference held in Verona on 8-9 November 2007*.
<http://www.eena.org/ressource/static/files/Verona%20Charter%20approved.pdf>
- World Bank Disability & Development Team (Human Development Network). *Report of the Online Forum on Disabled and other Vulnerable People in Natural Disasters* in collaboration with World Bank Institute's Multimedia Center, Center for International Rehabilitation, Leonard Cheshire Centre of Conflict Recovery, University College London, June 2006.
- WHO. *The Declaration of Cooperation in Mental Health of Refugees, Displaced and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations*. <http://www.who.int/disasters/repo/6986.doc>
- Alexander D., Sagramola S. *Major hazard and persons with disabilities. Their involvement in disaster preparedness and response*. Strasbourg, European and Mediterranean Major Hazards Agreement (EUR-

- OPA), Council of Europe, 2014.
- The National GAINS Center and The Center on Women, Violence and Trauma Expert Panel Meeting/Opening Remarks. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) National Mental Health Information Center. U. S. Department of Health and Human Services. *Kathryn Power After the Crisis: Healing from Trauma after Disasters*, M.Ed. , April 24, 2006.
 - L. Peek and L. M. Stough. Child Development, *Children With Disabilities in the Context of Disaster: A Social Vulnerability Perspective* by Children With Disabilities in the Context of Disaster: A Social Vulnerability Perspective, Vol. 81, N. 4, Pages 1260–1270, July/August 2010.
 - EXCOM Conclusions. *Conclusion on refugees with disabilities and other persons with disabilities protected and assisted* by UNHCR., No. 110 (LXI), 12 October 2010. <http://www.unhcr.org/4cbeb1a99.html>
 - M. Kett, S. Stubbs and R. Yeo. India contributions by S. Deshpande and V. Cordeiro. June 2005. IDDC Research Report Submitted to KaR Disability Programme, Overseas Development Group, University of East Anglia. *Disability in Conflict and Emergency Situations: Focus on Tsunami-affected Areas*. http://www.pacificdisaster.net/pdnadmin/data/original/IDCC_2005_Disability_conflict.pdf
 - M. Kett, Sue Stubbs and Rebecca Yeo. *Disability in Conflict and Emergency Situations: Focus on Tsunami-affected Areas*. (Also in Word IDDC Research Report), June 2005.
 - Northeast Center for Special Care. *Disability Resources in an Emergency*, 2006.
 - Women's Refugee Commission. *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations*, June 2008.
 - UN ENABLE. *Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction and Emergency Situations*. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1546>
 - L.a M. Stough, A.N. Sharp, C. Decker and N. Wilker. *Disaster Case Management and Individuals With Disabilities* by Rehabilitation Psychology, Vol. 55, No. 3, 211–220, 2010.
 - Jagger, J. C.. Virginia Commonwealth University. *Disaster Management Policy and People with Disabilities in the United States and Jamaica*, 2011. <http://gradworks.umi.com/34/53/3453987.html>
 - June Isaacson Kailes. *Disaster Resources for People with Disabilities and Emergency Managers*, 2006, Updated 09.8.2009.
 - *Summary of the E-Discussion: Disabled and other Vulnerable People in Natural Disasters*. May 22 - June 9, 2006. http://www.preventionweb.net/files/9711_WorldBankEdiscussionReport.pdf
 - National Council on Disability. *Effective Emergency Management: Making Improvements for Communities and People with Disabilities*, August 2009. <http://www.ncd.gov/publications/2009/Aug122009>
 - Enarson Elaine. *Identifying and addressing social vulnerability in Waugh and Treeney. Emergency management: principles and practice for local savement*. pp.257-278. <http://www.colorado.edu/hazards/resources/socy4037/identifying%20and%20Addressing%20social%20vulnerabilities.pdf>
 - J.S.. Ringel, A. Chandra, M. Williams, K.A. Ricci, A. Felton, D. M. Adamson, M. M. Weden, M. Huang. *Enhancing Public Health Emergency Preparedness for Special Needs Populations: A Toolkit for State and Local Planning and Response*, The RAND Corporation, 2009.
 - *Fact-finding Event on Post Disaster Situations: Opportunities for an Accessible Built Environment*, December 5, 2005
 - Flanagan Barry E., Gregory Edward W., Hallisey Elaine J., Heitgerd Janet L., and Lewis Brian. *A Social Vulnerability Index for Disaster Management*," *Journal of Homeland Security and Emergency Management*: Vol. 8: Iss. 1, Article 3, 2011. <http://www.bepress.com/jhsem/vol8/iss1/3>
 - Shafiq ur Rehman. *Further report. The situation of the earthquake on October 8th*, JICA Blog,

October 26, 2005.

- Betty Dion and Aqeel Qureshi of GAATES in collaboration with the Asia Pacific Broadcasting Union and the Asia Disaster Preparedness Centre. *Guidelines on inclusive disaster risk reduction: early warning and accessible broadcasting*, S.I., UN ESCAP, 2014.
- Handicap International. *Emergencies and disability*. Source. International online resource centre on disability and inclusion. <http://www.asksource.info/topics/humanitarian/emergencies-and-disability>
- Handicap International. *Mainstreaming disability into disaster risk reduction: a training manual. Nepal*, 2009. <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>
- Marco Nicoli. *Human Rights and Development: Disabled people in post conflict & post disaster*, American University, May 25, 2006.
- Family Village *Hurricane Disaster Relief Efforts for People with Disabilities and Their Families*, 2005.
- *Impact of climate change on people with disabilities. Report of e-discussion* hosted by the Global partnership for disability and development and the World Bank, July 8 2009. http://www.cbm.org/article/downloads/82788/E-discussion_on_climate_change_and_disability.pdf
- *International Conference: Disasters are always inclusive. Persons with Disabilities in Humanitarian Emergency Situations*. Bonn, 7 - 8 November, 2007. http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/bonn_declaration.pdf
- *International Disability Rights Monitor. Disability and Early Tsunami Relief Efforts in India, Indonesia and Thailand*, Center for International Rehabilitation, September 2005.
- Save the Children Sweden. *Inventory of Documentation about Children with Disability*. <http://www.crin.org/resources/infoDetail.asp?ID=1515>
- Australian Development Gateway. *Looking with a Disability Lens at the Disaster Caused by the Tsunami in South East Asia*.
- LPU Fire and Life Safety. *Making an Inaccessible Shelter Accessible*, 2005.
- Ministero dell'Interno. Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile. *Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza*. Roma, Servizio Documentazione e Relazioni Pubbliche, 2004.
- Ministry of infrastructure, transport and networks-Earthquake planning and protection organisation. *Learning about earthquakes and protection measures. Guideline for people with disabilities*. Athens, founded by operational program Politeia, 2011.
- J. Isacson Kailes and A. Enders. Moving Beyond "Special Needs": A Function-Based Framework for Emergency Management and Planning *Journal of Disability Policy Studies*. A Journal of the Hammil Institute on Disability. Spring 2007 17: 230-237. <http://dps.sagepub.com/content/17/4/230.short>
- C. Rooney and G. W. White. *Narrative Analysis of a Disaster Preparedness and Emergency Response Survey From Persons With Mobility Impairments*. *Journal of Disability Policy Studies*. Journal of the Hammil Institute on Disability. Spring 2007 17: 206-215. <http://dps.sagepub.com/content/17/4/206.short>
- NEA. *Promylife Guidelines issue. Analytical approach to the problems derived to natural hazards*, Patras, 2007.
- S.L., Swedish Rescue Services Agency, s.d.. *Persons with disabilities in emergency situations. Handbook for international emergency response operations personnel*.
- *Practical Action. Disability sensitivity in disaster management*. http://practicalaction.org/janthakshana_disabilitysensitivity
- Sargeant Malcolm. *Le persone vulnerabili in caso di catastrofi naturali, ambientali e tecnologiche*. *Diritto delle Relazioni Industriali*, fasc.3, 2014, pag. 620

- US National Council on Disabilities. *Saving Lives: Including People with Disabilities in Disaster Planning*, April 15, 2005.
- Disability World. *Selected Reports and Research on Needs of People with Disabilities in Disasters: international review*, Issue no. 27, December 2005 - January 2006.
- Shields T.J., Boyce K.E., Silcock G.W.H. *Facilities management disability and emergency evacuation*, Facilities, 1999, Vol. 17 Iss: 9/10, pp.345-351.
<http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=844229&show=abstract>
- Action Aid Bangladesh. *Summary of the Disaster and Emergency Response (DER) workshop on Gender & Diversity. Checklist*, August 14, 2005
- *Summary Report on Disabled and other Vulnerable People in Natural Disasters* . [E-mail Discussion.June 2006](#)
- Università politecnica delle Marche - Ripartizione sicurezza e ambienti di lavoro. *Disabilità e gestione dell'emergenza. Vademecum del tutor*. Ancona, 2015.
- D. P. Eisenman, Qiong Zhou, M. Ong, S. Asch, D. Glik and A. Long. *Variations in Disaster Preparedness by Mental Health, Perceived General Health, and Disability Status* in Disaster Medicine and Public Health Preparedness, Vol. 3, Issue 01, pp 33-41, March 2009.
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8844552>
- Water Aid, WEDC, Leonard Cheshire Disability, Share. *Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes. A mapping study carried out for WaterAid*, 2013.
http://wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_WASH_ageing_disability_report.pdf
- UN Enable. *Disability, natural disasters and emergency situations*.
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=154>

