

2025

CARE-INT

Analisi preliminare sulla *violenza di genere e la disabilità*. Quadro normativo, dati e buone pratiche.



Indice

Introduzione	4
1. Quadro normativo e documenti di riferimento istituzioni internazionali	9
1.1 Il sistema globale delle Nazioni Unite	9
1.2 Il sistema regionale dell'Unione Europea	11
1.3 Il sistema nazionale	13
1.3.1 La legislazione italiana	13
1.3.2 Legislazione nei Paesi Bassi	14
2. Analisi del fenomeno	15
2.1 Contesto	15
2.2 Definizioni di violenza	16
2.3 La violenza come discriminazione	16
3. Dati disponibili	19
3.1 Contesto	19
3.2 Indagine dell'UE sulla violenza di genere contro le donne e altre forme di violenza interpersonale (EU-GBV)	20
3.2.1 Donne che hanno subito violenza da parte del partner, in base al livello di disabilità (limitazione dell'attività)	25
3.2.2 Donne che hanno subito violenza da parte di qualcuno diverso dal proprio partner, in base al livello di disabilità (limitazione dell'attività)	27
3.2.3 Donne che hanno subito violenza da un familiare o parente, per livello di disabilità (limitazione dell'attività)	30
3.2.3 Donne che hanno subito violenza da parte di uno sconosciuto, per livello di disabilità (limitazione dell'attività)	32

4. Il ruolo dei professionisti in Italia e nei Paesi Bassi	36
4.1 Contesto	36
4.2 Confronto tra i due corsi di formazione in Italia e nei Paesi Bassi sui ruoli professionali	37
4.3 Punti di forza e sfide da affrontare per migliorare l'offerta formativa	41
5. Buone pratiche delle agenzie delle Nazioni Unite	44
5.1 Rafforzare la capacità degli operatori che si occupano di violenza di genere di lavorare con le vittime di violenza con disabilità	44
5.2 Sviluppo delle capacità: titolari di diritti e responsabili di doveri	45
5.3 Identificazione efficace delle esigenze	46
Bibliografia e Web	48

Il progetto "CARE-INT: Preparare i futuri professionisti dell'assistenza ad affrontare la discriminazione intersezionale e la violenza contro le donne con disabilità" è realizzato in Italia e nei Paesi Bassi grazie al cofinanziamento dell'Unione Europea nell'ambito del programma Erasmus+.

L'obiettivo è promuovere i diritti e l'inclusione delle donne con disabilità e combattere la violenza e la discriminazione intersezionali.

Cofinanziato dall'Unione Europea. Le opinioni e i punti di vista espressi sono tuttavia quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea. L'Unione Europea non può essere ritenuta responsabile per essi.

Introduzione

“No, non mi sorprende, semplicemente perché quando si trovano di fronte a una donna disabile, gli uomini di oggi continuano a sentirsi fisicamente più forti. Quindi, quando non riescono a dominarla psicologicamente, cercano di compensare con la violenza fisica. Se lei ha anche una disabilità intellettiva, può essere ancora più facile scatenare comportamenti violenti”.

“Buongiorno. Sono una donna con una disabilità fisica e ho subito abusi sessuali da parte di un fisioterapista. Questo terapeuta mi ha fatto credere che grazie a una tecnica di respirazione sarei stata in grado di tornare a cavalcare. All'inizio mi ha baciato sulla guancia e mi è sembrato affettuoso nei miei confronti, poi mi ha detto che poiché non respiravo correttamente dovevo praticare questa tecnica di respirazione, altrimenti non avrei mai più potuto cavalcare, e cavalcare era molto importante per me. Non conoscevo bene questo terapeuta perché non era il fisioterapista che mi aveva seguita per anni, ma era un nuovo fisioterapista, un sostituto. Mi ha ingannata facendomi credere che se non avessi fatto quello che mi diceva, non avrei mai più potuto andare a cavallo, data la mia grave rigidità fisica. Mi ha promesso che se avessi seguito la sua tecnica, sarei stata in grado di camminare! Quel giorno mi fece disegnare un cavallo e poi mi disse: "Devo vedere la tua schiena". Poi mi fece alzare in piedi e mi abbassò le mutande e i pantaloni. Mi disse di "respirare forte". L'ho fatto, perché credevo a quello che mi diceva, perché se mi dici che è una tecnica di respirazione per la fisioterapia, io la faccio. Poi mi ha girato a pancia in giù e l'ha fatto di nuovo. Poi mi ha sollevato e l'ha fatto di nuovo e mi ha detto: "La prossima volta vieni così, così potrai respirare meglio e camminare di nuovo", e l'ha fatto di nuovo mentre ero tra le sue braccia. Dirò una cosa: l'abuso sessuale è disgustoso! Dico che le donne non dovrebbero subire abusi. Mia madre se ne accorse dopo un po'. Mi aveva messa sul letto e mi stava aiutando a fare i compiti. Sentiva che ero fisicamente rigida, quindi cercò di aiutarmi a fare stretching e a rilassare il corpo. La rigidità fisica fa parte della mia condizione (tetraparesi spastica), quindi mi sdraiò sul letto, mi massaggiò e io le raccontai cosa era successo. Per noi donne con disabilità fisiche, la riabilitazione è di vitale importanza, quindi non sapevo come dirlo perché il terapeuta mi aveva fatto credere che fosse terapia. Non sapevo che fosse abuso sessuale. Quando sono stata abusata, ero minorenne, quindi anche questo ha contribuito a non farmi riconoscere l'abuso sessuale che avevo subito”.

Le donne con disabilità rappresentano il 16% della popolazione femminile nell'UE, oltre 36 milioni di persone che spesso soffrono di vari tipi di disabilità, tra cui condizioni fisiche, psicosociali, intellettuali e sensoriali che possono comportare o meno limitazioni funzionali. Inoltre, la diversità delle donne con disabilità comprende quelle con identità multiple e intersecanti in tutti i contesti, quali l'origine etnica, religiosa e razziale; lo status di rifugiate, migranti, richiedenti asilo e sfollate interne; l'identità LGBTQ+; l'età e lo stato civile.

A causa delle esperienze di vita sostanzialmente diverse basate su questi fattori, le donne e le ragazze con disabilità sono spesso emarginate e subiscono profonde discriminazioni. Le diverse forme di discriminazione non solo si sommano, ma interagiscono tra loro, amplificandone gli effetti³.

Tutto ciò può portare a uno status economico e sociale inferiore, a un aumento del rischio di violenza e abusi,

1 Indagine condotta da SuperAbile Inail, 2017. Testimonianza di Osanna Brugnoli, ora costretta su una sedia a rotelle dopo un incidente causato deliberatamente dal suo compagno, che non riusciva ad accettare la fine della loro relazione

2 Testimonianza di Emanuela tratta dagli Atti del Convegno "Ferite dimenticate: prospettive di genere sulla violenza sociale" 2016

3 CRPD GC n. 13

tra cui violenza sessuale, accesso limitato all'istruzione, all'assistenza sanitaria (compresa la salute sessuale e riproduttiva), alle informazioni, ai servizi, alla giustizia e alla partecipazione civica e politica. Gli atti di violenza contro le donne e le ragazze con disabilità comprendono anche altre forme di violenza fisica e psicologica e di negligenza, tra cui:

- negazione di farmaci e ausili (come sedie a rotelle, tutori e bastoni bianchi);
- rimuovere una rampa o dispositivi di mobilità;
- rifiuto da parte degli operatori sanitari domiciliari di fornire assistenza nelle attività quotidiane (come lavarsi, vestirsi e mangiare);
- negazione o minaccia di negazione di cibo o acqua;
- abuso verbale e derisione legati alla disabilità;
- rimozione o controllo degli ausili per la comunicazione;
- intimidazioni;
- danneggiamento o minaccia di danneggiamento di beni o animali domestici;
- manipolazione psicologica;
- limitazione dei rapporti con familiari o amici;
- Le donne e le ragazze con disabilità sono inoltre particolarmente vulnerabili alla sterilizzazione forzata e a trattamenti medici, tra cui la somministrazione di farmaci o la terapia elettroconvulsivante.

Oltre alle forme di violenza sopra elencate, occorre tenere conto di alcuni fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di violenza a cui sono esposte le donne e le ragazze con disabilità, tra cui gli ostacoli all'accesso alle informazioni e ai servizi sulla violenza di genere, che svolgono un ruolo significativo. Ad esempio, le informazioni sulle diverse forme di violenza di genere e su dove accedere al sostegno e ai servizi potrebbero non essere disponibili in formati accessibili (ad esempio Braille, lingua dei segni e sottotitoli) o potrebbero non essere condivise in modo comprensibile per le persone con disabilità intellettive (ad esempio in formati di facile lettura o illustrati). Le donne e le ragazze con disabilità sono spesso escluse dai gruppi, dalle attività e dai luoghi di incontro delle donne dove queste informazioni vengono comunemente diffuse.

Anche i trasporti sono stati identificati come un ostacolo sostanziale che impedisce alle donne e alle ragazze con disabilità di accedere a una serie di servizi e forme di sostegno: esse possono aver bisogno di assistenza per utilizzare i mezzi pubblici o di denaro per noleggiare un veicolo privato. Inoltre, anche se queste donne e ragazze raggiungono un luogo o una struttura sicura dove possono ricevere aiuto, gli ostacoli ambientali, come scale o servizi igienici inaccessibili, possono influire negativamente sulla loro esperienza. Infine, e forse ancora più importante, gli atteggiamenti negativi e gli stereotipi dannosi sulla disabilità da parte dei familiari, delle comunità e persino dei fornitori di servizi rappresentano un ostacolo significativo.

La violenza contro le donne è definita *dalla Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne* come "qualsiasi atto di violenza basato sul genere che provoca o può provocare danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata".

L'Ufficio *dell'Alto Commissario per i diritti umani* adotta una definizione completa di ciò che costituisce violenza contro le donne e le ragazze con disabilità, in conformità con gli standard internazionali in materia di diritti umani e come articolato dalle organizzazioni per le persone con disabilità: "violenza perpetrata attraverso la forza fisica, la coercizione legale, la coercizione economica, l'intimidazione, la manipolazione psicologica, l'inganno e la disinformazione, e in cui l'assenza di consenso libero e informato è una componente analitica fondamentale".

Nel 2020, UN Women⁴ ha riferito che il 61% delle donne europee con disabilità (rispetto al 54% delle donne senza disabilità) ha subito molestie dall'età di 15 anni.

Il 34% ha subito violenza fisica o sessuale da parte di un partner e il 60% delle donne con disabilità intellettiva ha denunciato abusi sessuali. Nella maggior parte dei casi (87%), l'autore della violenza è una persona conosciuta dalla vittima, spesso un assistente. Come evidenziato nell'ultimo rapporto sui diritti umani dell'EDF⁵, in Italia e nei Paesi Bassi è ancora consentita la tutela legale completa⁶ delle persone con disabilità, aumentando il rischio che le donne con disabilità siano sottoposte a trattamenti o procedure senza il loro libero e informato consenso.

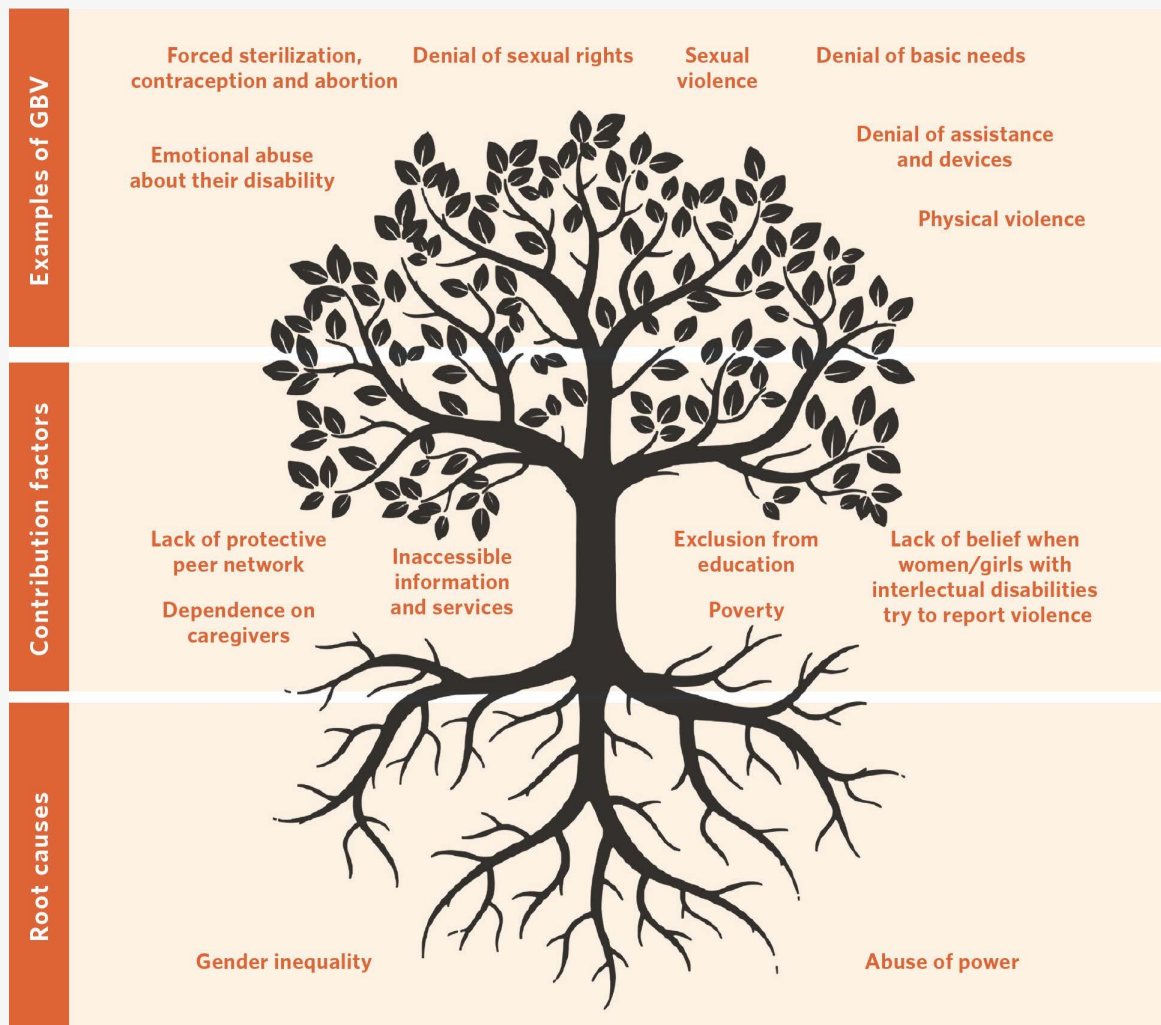
Le donne con disabilità non solo sono più esposte a tali violenze (da due a cinque volte di più), ma hanno anche maggiori difficoltà a sfuggirvi a causa della discriminazione legata alla disabilità che le porta ad essere infantilizzate, ignorate e non credute, rendendo il fenomeno ancora più delicato e urgente⁷. L'esposizione delle persone con disabilità a un rischio maggiore di violenza è direttamente collegata a fattori che aumentano la loro dipendenza dagli altri o le privano di potere e diritti. Molti di questi fattori portano anche all'impunità e all'invisibilità del problema e fanno sì che la violenza continui per lunghi periodi di tempo. L'incapacità dei professionisti, dei parenti e degli amici di riconoscere le circostanze derivanti dalla violenza, poiché spesso considerate inerenti alla disabilità, è un altro fattore che contribuisce a rendere invisibile la violenza.

4 UN WOMEN, Molestie sessuali nei confronti delle donne con disabilità nel mondo del lavoro e nei campus universitari, 2020

5 EDF, Relazione europea sui diritti umani, "Capacità giuridica: scelta e controllo personali", 2024

6 La tutela giuridica delle persone con disabilità è l'insieme delle leggi e delle norme che servono a proteggere i loro diritti, ma in alcuni casi può presentare aspetti problematici relativi alla restrizione della libertà personale, che possono trasformarsi in ulteriori abusi.

7 Pirkko Mahlamaki, Violenza di genere contro le donne e le ragazze con disabilità, 2021. CoE, Prevenire e combattere la violenza contro le donne con disabilità, 2023

Figura 1⁸ – Violenza di genere contro le persone con disabilità

Nota: non tutti i tipi di violenza di genere e i fattori che contribuiscono alla violenza di genere sono stati inclusi in questo albero.

L'immagine raffigura un albero i cui rami sono collegati a varie forme di violenza che possono colpire le donne con disabilità (violenza sessuale e psicologica o negazione dei bisogni fondamentali); il tronco è associato ad alcuni dei fattori di rischio che contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità delle donne con disabilità (accesso limitato ai servizi, difficoltà nel denunciare gli abusi e dipendenza da altre persone); infine, le radici sono associate alle cause (disuguaglianza di genere e abuso di potere).

Affrontare la violenza di genere attraverso un'analisi intersezionale ci aiuta a comprendere meglio le molteplici identità delle donne e delle ragazze, comprese quelle con disabilità, che possono definire il modo in cui vivono la violenza di genere e possono a loro volta contribuire a migliorare l'erogazione dei servizi, la difesa dei diritti e le priorità dei programmi.

Inoltre, la mancanza di educazione sessuale per le donne e le ragazze con disabilità, erroneamente percepite come esseri privi di sessualità, contribuisce alla violenza sessuale nei loro confronti, poiché non sono in grado di distinguere comportamenti inappropriati o abusivi. L'intersezione tra discriminazione di genere e discriminazione basata sulla disabilità contribuisce anche a creare immagini stereotipate delle donne e delle ragazze con disabilità come poco intelligenti, sottomesse e timide, alle quali spesso non viene creduto quando denunciano episodi di violenza, con il rischio che i responsabili restino impuniti.

8 UNFPD, INCLUSIONE DELLA DISABILITÀ NEI PROGRAMMI SULLA VIOLENZA DI GENERE PRATICHE PROMETTENTI E APPROCCI INNOVATIVI DAGLI UFFICI NAZIONALI DELL'UNFPA IN ASIA E NEL PACIFICO, 2023

È ampiamente riconosciuto che la violenza di genere è una forma di discriminazione di genere che viola i diritti fondamentali, tra cui:

- Il diritto di non essere soggetti a violenza di genere⁹
- Il diritto al recupero fisico e psicologico, alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle vittime di violenza, abuso o sfruttamento¹⁰
- Il diritto all'uguaglianza e alla non discriminazione¹¹
- Il diritto alla vita¹²
- Il diritto di non subire torture o altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti¹³
- Il diritto alla libertà e alla sicurezza della persona¹⁴
- Il diritto al consenso al matrimonio e alla parità di diritti all'interno del matrimonio¹⁵
- Il diritto di non subire pratiche dannose per le donne e i giovani con disabilità¹⁶
- Il diritto all'uguaglianza davanti alla legge e all'accesso alla giustizia¹⁷
- Il diritto a un tenore di vita adeguato e alla protezione sociale¹⁸
- Il diritto alla protezione e alla sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, comprese le emergenze umanitarie¹⁹

9 protetti dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), dalla Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) e dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia (CRC)

10 protetti dalla CRPD e dalla CRC

11 protetti dal Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR), dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR), dalla CRPD e dalla CEDAW

12 protetti dall'ICCPR, dalla CRPD e dalla CRC

13 protetti dall'ICCPR, dalla Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (CAT), dalla CRPD e dalla CRC

14 protetti dall'ICCPR e dalla CRPD

15 protetti dall'ICCPR, dall'ICESCR, dalla CEDAW e dalla CRPD

16 protetti dalla CRPD, dalla CEDAW e dalla CRC

17 protetti dall'ICCPR e dalla CRPD

18 protetti dall'ICESCR e dalla CRPD

19 protetto dalla CRPD

01

Quadro normativo e documenti di riferimento istituzioni internazionali

I diritti umani sono promossi e tutelati da una serie di trattati internazionali (le Convenzioni delle Nazioni Unite) e da altri strumenti adottati a partire dalla Dichiarazione universale del 1948. Esistono inoltre strumenti giuridici adottati a livello regionale, ovvero a livello continentale, che specificano il quadro normativo entro il quale i diritti umani devono essere garantiti, fornendo meccanismi di protezione specifici. La maggior parte degli Stati, a sua volta, ha adottato costituzioni e leggi che tutelano formalmente i diritti umani fondamentali.

Il diritto internazionale in materia di diritti umani stabilisce gli obblighi che gli Stati sono tenuti a rispettare: aderendo ai trattati internazionali, gli Stati assumono l'obbligo e il dovere di rispettare, proteggere e attuare i diritti umani e si impegnano ad adottare misure e leggi nazionali compatibili con gli obblighi e i doveri che loro incombono in virtù dei trattati.

Le normative internazionali, regionali e nazionali volte a promuovere e proteggere i diritti delle donne sono evidenziate di seguito al fine di comprendere il quadro normativo entro il quale sono garantiti.

1.1 Il sistema globale delle Nazioni Unite¹

Le norme internazionali garantiscono la protezione giuridica dalla violenza a tutte le persone senza discriminazioni. Il principio di uguaglianza e non discriminazione basato, tra l'altro, sul sesso o su altre condizioni è sancito in diverse disposizioni, tra cui il Patto internazionale sui diritti civili e politici e il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966. Gli articoli 7, 9 e 10 del

¹ Relazione dell'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Studio tematico sulla questione della violenza contro le donne e le ragazze e la disabilità, 2012

Il Patto internazionale sui diritti civili e politici sancisce il diritto all'integrità fisica e morale e il diritto alla libertà e alla sicurezza della persona. Nel suo Commento generale n. 16² sul diritto degli uomini e delle donne di godere di tutti i diritti economici, sociali e culturali, il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali ha riconosciuto che la violenza di genere è una forma di discriminazione che impedisce il godimento dei diritti e delle libertà, compresi i diritti economici, sociali e culturali, su base paritaria, e ha invitato gli Stati parti ad adottare misure adeguate per eliminare la violenza contro uomini e donne e ad agire con la dovuta diligenza per prevenire, indagare, mediare, punire e riparare gli atti di violenza contro di loro da parte di attori privati.

Riconoscendo la natura specificamente di genere della violenza, il diritto internazionale ha incorporato norme che vietano la violenza contro le donne in diversi contesti, all'interno della famiglia, a livello comunitario e a livello statale. La Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne fornisce una protezione specifica contro la discriminazione delle donne e delle ragazze. La Convenzione riafferma i diritti delle donne e stabilisce un programma d'azione per i paesi al fine di garantire il godimento di tali diritti, riconoscendo nel suo preambolo che "la discriminazione contro le donne continua ad esistere" e sottolineando che tale discriminazione "viola i principi di uguaglianza dei diritti e di rispetto della dignità umana". Come definito nell'articolo 1, per "discriminazione contro le donne" si intende "qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione basata sul sesso che abbia l'effetto o lo scopo di compromettere o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato civile, su base di uguaglianza tra uomini e donne, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". Nella sua Raccomandazione generale n. 19³ sulla violenza contro le donne, il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne ha osservato che, ratificando la Convenzione, gli Stati hanno assunto l'obbligo giuridico di prevenire ed eliminare la violenza contro le donne e, pertanto, la violenza di genere costituisce una discriminazione ai sensi dell'articolo 1 della Convenzione. Inoltre, il Comitato esorta gli Stati ad adottare una serie di misure per affrontare la violenza di genere, tra cui:

- criminalizzare tutte le forme di violenza di genere in tutti i contesti (pubblici e privati);
- garantire che le leggi che affrontano la violenza sessuale includano lo stupro coniugale, lo stupro da parte di conoscenti e da parte di persone con cui la vittima ha una relazione, e altri scenari in cui il consenso non è dato liberamente;
- abrogare "le leggi che impediscono alle donne di denunciare la violenza di genere, come le leggi sulla tutela che privano le donne della capacità giuridica o limitano la possibilità delle donne con disabilità di testimoniare in tribunale".

La Raccomandazione generale n. 35, adottata nel luglio 2017, aggiorna la Raccomandazione 19 sulla violenza di genere, identificando nuove forme di violenza legate alla tecnologia e alla cyberviolenza e affrontando forme multiple e intersezionali di violenza. Afferma la necessità di una formazione continua per gli operatori giudiziari e il divieto di mediazione e conciliazione nei casi di violenza di genere.

Particolare attenzione è stata riservata alle donne anziane con disabilità, poiché esse possono essere particolarmente dipendenti dal proprio aggressore per l'assistenza quotidiana. La Raccomandazione generale n. 27⁴ del Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne riconosce che l'età e il sesso rendono le donne anziane vulnerabili alla violenza e che l'età, il sesso e la disabilità rendono particolarmente vulnerabili le donne anziane con disabilità.

2 [Commento generale n. 16: Il diritto uguale degli uomini e delle donne al godimento di tutti i diritti economici, sociali e culturali \(art. 3 del Patto\) | Refworld](#)

3 [Raccomandazione generale n. 19 della CEDAW: Violenza contro le donne | Refworld](#)

4 [Raccomandazione generale n. 27 sulle donne anziane e la tutela dei loro diritti umani | OHCHR](#)

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità riconosce che le donne e le ragazze con disabilità sono spesso esposte a un rischio maggiore, sia all'interno che all'esterno della propria abitazione, di violenza, lesioni o abusi, abbandono o trattamento negligente, maltrattamenti o sfruttamento, ed esprime preoccupazione per le difficili condizioni in cui versano le persone con disabilità soggette a forme multiple o aggravate di discriminazione. All'articolo 16, la Convenzione impone agli Stati di adottare leggi e politiche e di garantire che i casi di sfruttamento, violenza e abuso nei confronti delle persone con disabilità, comprese le donne e le ragazze, siano individuati, indagati e perseguiti. L'articolo 28, lettera b), invita gli Stati a garantire alle persone con disabilità, in particolare alle donne e alle ragazze con disabilità e agli anziani con disabilità, l'accesso ai programmi di protezione sociale e di riduzione della povertà. Nel suo commento generale n. 3, il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità sottolinea l'effetto delle strutture sociali, degli squilibri di potere, degli atteggiamenti culturali e delle strutture familiari sul godimento dei diritti umani, in particolare il diritto di essere liberi dalla violenza. Ciò è stato confermato dalla relazione ⁵ " del Relatore speciale delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che affronta il tema della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi delle ragazze e delle giovani donne con disabilità.

L'articolo 19 della Convenzione sui diritti dell'infanzia impone agli Stati parti di adottare tutte le misure legislative, amministrative, sociali ed educative necessarie per proteggere il bambino da ogni forma di violenza fisica o mentale, lesione o abuso, abbandono o trattamento negligente, maltrattamento o sfruttamento, compreso l'abuso sessuale. Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia ha riconosciuto che i bambini con disabilità possono essere soggetti a particolari forme di violenza fisica, come la sterilizzazione forzata (in particolare le ragazze) e la violenza sotto forma di trattamento (ad esempio elettroshock e scosse elettriche utilizzati come "trattamento avversivo" per controllare il comportamento dei bambini). L'articolo 37 della Convenzione impone agli Stati parti di garantire che nessun bambino sia sottoposto a tortura o ad altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti. Questa disposizione è strettamente correlata all'articolo 39 della Convenzione, che stabilisce che un bambino che è stato vittima, tra l'altro, di tortura o di qualsiasi forma di trattamento o punizione crudele e degradante, ha il diritto di ricevere assistenza fisica e psicologica e di essere reinserito nella società. All'articolo 23, la Convenzione sui diritti dell'infanzia affronta i diritti dei bambini con disabilità, affermando che un bambino con disabilità intellettuali o fisiche dovrebbe godere di una vita piena e dignitosa, in condizioni che garantiscano la dignità, promuovano l'autonomia e facilitino la sua partecipazione attiva nella comunità. Nel suo Commento generale n. 9⁶ sui diritti dei bambini con disabilità, il Comitato sui diritti dell'infanzia ha osservato che le ragazze con disabilità sono ancora più vulnerabili alla discriminazione e ha invitato gli Stati parti ad adottare misure aggiuntive, ove necessario, per garantire che le ragazze con disabilità siano adeguatamente protette, abbiano accesso a tutti i servizi e siano pienamente incluse nella società.

1.2 Il sistema regionale dell'Unione Europea

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul) riconosce la violenza di genere contro le donne come una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione.

5 Relatore speciale sui diritti delle persone con disabilità, Salute sessuale e riproduttiva e diritti delle ragazze e delle giovani donne con disabilità, 2017

6 [Osservazione generale n. 9 \(2006\): I diritti dei bambini con disabilità | Refworld](#)

Adottando un approccio olistico alla lotta contro la violenza nei confronti delle donne e delle ragazze, la Convenzione mira a:

- proteggere le donne da ogni forma di violenza;
- prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
- promuovere una reale uguaglianza tra donne e uomini;
- fornire assistenza alle organizzazioni e alle forze dell'ordine affinché cooperino efficacemente al fine di adottare un approccio integrato.

La Convenzione del Consiglio d'Europa stabilisce, all'articolo 4.3, che la protezione e il sostegno previsti dalla Convenzione devono essere accessibili a tutte le donne senza discriminazioni, anche in base all'età, alla disabilità, allo stato civile, all'appartenenza a una minoranza nazionale, allo status di migrante o rifugiata, all'identità di genere o all'orientamento sessuale. A questo proposito, è importante notare che l'articolo 39 della Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla sterilizzazione forzata stabilisce che l'esecuzione di un intervento chirurgico che pone fine alla capacità riproduttiva naturale di una donna senza il suo previo consenso informato costituisce un reato penale.

Il documento Un'Unione dell'uguaglianza: la strategia per la parità di genere 2020-2025⁷ afferma chiaramente che «tutte le politiche dell'UE affronteranno l'intersezionalità tra il genere e altri motivi di discriminazione. Le donne costituiscono un gruppo eterogeneo e possono essere soggette a discriminazioni intersezionali basate su molteplici caratteristiche personali. Ad esempio, una donna migrante con disabilità può essere vittima di discriminazione per tre o più motivi. La legislazione e le politiche dell'UE e la loro attuazione dovrebbero quindi rispondere alle esigenze e alle situazioni specifiche delle donne e delle ragazze appartenenti a diversi gruppi. Il prossimo piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione e i quadri strategici dell'UE sulla disabilità, le persone LGBTI+, l'inclusione dei rom e i diritti dei minori saranno collegati a questa strategia, nonché tra loro. La prospettiva intersezionale sarà sempre presa in considerazione anche nelle politiche di parità di genere.

La strategia dell'UE sui diritti delle vittime (2020-2025)⁸ definisce il lavoro della Commissione per il periodo 2020-2025 e invita gli Stati membri dell'UE e la società civile ad agire. Essa presta particolare attenzione alle esigenze specifiche delle vittime di violenza di genere e si impegna a prevenire e combattere la violenza di genere assistendo e proteggendo le vittime. «La forza dell'UE risiede nella sua diversità. L'UE farà quindi tutto il possibile per prevenire e combattere i reati motivati dall'odio in tutte le loro forme, compresi quelli motivati dall'odio razziale, antisemita, omofobo o transfobico».

Infine, la direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alla lotta contro la violenza nei confronti delle donne⁹, la prima legge adottata dall'UE per affrontare e prevenire la violenza contro le donne e la violenza domestica, impone agli Stati membri di adottare leggi e politiche specifiche per proteggere le donne dalla violenza. La direttiva impone a tutti i paesi dell'UE di criminalizzare le mutilazioni genitali femminili, i matrimoni forzati e alcune forme di violenza e molestie online. La direttiva stabilisce inoltre disposizioni in materia di prevenzione, protezione e perseguimento penale, garantendo che le donne vittime di violenza abbiano accesso a servizi di assistenza adeguati e che i responsabili siano chiamati a rispondere delle loro azioni. Uno degli obiettivi principali è migliorare il sostegno alle vittime fornendo rifugi, sostegno psicologico e assistenza legale, promuovendo al contempo un'azione coordinata tra gli Stati membri. 29 Il punto di forza di questa legislazione risiede nella sua inclusività e completezza, in particolare per le donne e le ragazze con disabilità. Infatti, la legge fa specifico riferimento alle donne con disabilità e alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone

7 eur-lex.europa.eu/legal-content/ENG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0152

8 eur-lex.europa.eu/legal-content/ENG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0258

9 [Direttiva \(UE\) 2024/1385 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 maggio 2024, sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica](#)

con disabilità (CRPD). Ciò è fondamentale perché le donne con disabilità sono colpite in modo sproporzionato dalla violenza, con tassi di violenza e abuso più elevati rispetto alle donne senza disabilità. Inoltre, spesso devono affrontare ulteriori ostacoli per denunciare la violenza, come servizi inaccessibili o la mancanza di un sostegno adeguato per orientarsi nei sistemi giuridici.

Va tuttavia ricordato che l'Unione Europea e i suoi Stati membri non dispongono di una legislazione, di politiche e di programmi adeguati per combattere la violenza di genere e la violenza domestica. Ciò include una mancanza di ricerche e dati su come le diverse forme di violenza influenzano i vari gruppi di donne, comprese le donne e le ragazze con disabilità, nonché una mancanza di finanziamenti per sviluppare misure volte a prevenire, combattere e punire la violenza.

1.3 Il sistema nazionale

1.3.1 LEGISLAZIONE ITALIANA¹⁰

La violenza sessuale è stata una delle prime forme di violenza contro le donne ad essere affrontata dalla legislazione italiana, che ha interpretato questo reato come una violazione dei diritti umani. L'adozione della legge n. 66/1996 sulla violenza sessuale ha portato alla riformulazione dell'intero capitolo I del titolo IX del libro II del codice penale, e la violenza sessuale è stata classificata come reato contro la libertà personale piuttosto che come reato contro la moralità pubblica. Successivamente, le autorità hanno effettuato una revisione approfondita del quadro giuridico applicabile ai casi di violenza domestica. Sebbene la legge n. 154/2001, che contiene misure per combattere la violenza nelle relazioni familiari, sia neutra dal punto di vista del genere nella sua formulazione, ha colmato un'importante lacuna nella protezione delle donne vittime di violenza introducendo ordini restrittivi e di allontanamento penali e civili che possono essere imposti al membro violento della famiglia. Le mutilazioni genitali femminili sono un'altra forma di violenza contro le donne, per la quale è stata emanata una legge specifica, la legge n. 12/2006, che getta le basi per un approccio globale a questa pratica dannosa nei confronti delle donne e delle ragazze. L'Italia ha adottato diverse misure per attuare la Convenzione di Istanbul. Una serie di riforme legislative ha creato un insieme completo di norme e meccanismi che rafforzano la capacità delle autorità di agire in linea con gli obiettivi della Convenzione di porre fine alla violenza:

1. la legge del 2009 sullo stalking, che ha contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla pericolosità di questo comportamento criminale e sulla necessità di offrire alle vittime una protezione adeguata, introducendo la possibilità per le vittime di richiedere alla polizia un avvertimento allo stalker prima e/o senza dover presentare una denuncia penale contro l'autore del reato;
2. la legge n. 119/2013, nota come legge sul femminicidio. La legge è stata adottata in parallelo alla ratifica da parte dell'Italia della Convenzione di Istanbul e contiene una serie di misure volte ad allineare il quadro legislativo e politico italiano ai requisiti della Convenzione, compreso l'obbligo delle autorità di sostenere e promuovere, anche attraverso l'assegnazione di risorse finanziarie,

¹⁰ GREVIO, Rapporto di valutazione di base Italia, 2020

una rete completa di servizi di sostegno alle vittime. Questa legge riconosce l'esperienza e i risultati di anni di impegno da parte delle organizzazioni femminili, che sono state le prime nel Paese a creare centri antiviolenza e comunità per fornire rifugio alle donne e ai loro figli.

3. La legge n. 69 del 19 luglio 2019 (nota come "Codice rosso") ha contribuito allo sviluppo di un solido quadro legislativo in linea con i requisiti della Convenzione in materia di diritto civile e penale a disposizione delle vittime di violenza. Questo nuovo codice ha introdotto una serie di nuovi reati, come i matrimoni forzati, la deturpazione dell'aspetto fisico di una persona attraverso lesioni permanenti al viso e la diffusione illegale di immagini o video sessualmente espliciti o "revenge porn". Inoltre, la legge Red Code ha inasprito le pene per lo stalking, la violenza sessuale e la violenza domestica e ha aumentato le pene applicabili in caso di circostanze aggravanti.

1.3.2 LEGISLAZIONE NEI PAESI BASSI¹¹

Una questione fondamentale è l'attuazione della Convenzione di Istanbul in tutto il paese, motivo per cui il governo olandese intende garantire che la Convenzione di Istanbul si applichi anche alle BES (le isole di Bonaire, Sint Eustatius e Saba nei Caraibi) il prima possibile. Nel giugno 2017 è stato concluso un accordo amministrativo, "Approccio alla violenza domestica e agli abusi sui minori nei Paesi Bassi caraibici 2017-2020". L'accordo si concentra sulla prevenzione, sul miglioramento delle competenze dei professionisti, sul rafforzamento dell'assistenza, compresa la creazione di rifugi sicuri per le vittime di violenza domestica e abusi sui minori, e sull'istituzione di una struttura di segnalazione e di un quadro giuridico. Il piano d'azione è finanziato con 1,3 milioni di euro all'anno. Nel 2018, il Consiglio consultivo per gli affari internazionali ha raccomandato che, poiché i diritti umani e la libertà di espressione (BES) fanno parte dell'ordinamento costituzionale olandese e un sistema divergente in materia di diritti umani non può essere giustificato da una "distinzione fondamentale" ai sensi dell'articolo 132 bis della Costituzione, qualsiasi differenza tra la parte caraibica e quella europea dei Paesi Bassi dovrebbe essere eliminata.

Per comprendere l'approccio olandese all'attuazione della Convenzione di Istanbul è fondamentale la definizione di violenza domestica nella legislazione e nella politica olandese, definita come "violenza in un rapporto di dipendenza". La legge sul sostegno sociale del 2015 copre la violenza fisica, mentale o sessuale o le minacce da parte di un familiare, un coinquilino, un coniuge, un ex coniuge o un tutore. Nella legge sulla gioventù del 2015, l'abuso sui minori è definito come qualsiasi forma di interazione minacciosa o violenta di natura fisica, psicologica o sessuale con i genitori o altre persone con cui il minore ha un rapporto di dipendenza. La definizione specifica anche il matrimonio forzato, la "violenza basata sull'onore", le mutilazioni genitali femminili e l'abuso sugli anziani.

La violenza (diversa dalla violenza sessuale) commessa da estranei non è oggetto di alcun piano d'azione o politica specifica, ma è considerata reato e il Ministero dell'Istruzione e il Piano per la parità di genere attuano misure volte a prevenirla attraverso un cambiamento culturale.

¹¹ GREVIO, Relazione di valutazione di base Paesi Bassi, 2020

02

Analisi del fenomeno

2.1 Contesto

Le prospettive sui diritti delle persone con disabilità sono spesso assenti dai dibattiti sulla violenza contro le donne. Una comprensione completa della violenza contro le donne deve includere un approccio intersezionale che esamini come il genere e la disabilità, insieme, influenzano l'esperienza delle donne in materia di violenza, comprese le molestie sessuali.

Una scarsa comprensione della violenza contro le donne con disabilità rende difficile concettualizzare determinati comportamenti come violenza, compresa la violenza sessuale e la violenza perpetrata e/o tollerata dallo Stato. La sterilizzazione forzata e l'aborto sono consentiti in alcune legislazioni e giurisdizioni e possono essere razionalizzati come "protezione" delle donne con disabilità. Le donne con disabilità hanno ripetutamente definito la sterilizzazione forzata e l'aborto come violenza. Comportamenti come l'abbandono intenzionale delle donne con disabilità, negando loro assistenza per lunghi periodi di tempo al fine di "punirle" o manipolarle, non sono sempre considerati violenza contro le donne. Ciò vale anche per le molestie sessuali, dove alcuni comportamenti abusivi possono avere una dimensione sessuale in determinati contesti, come visite mediche inappropriate o il rifiuto di ausili per la mobilità, dispositivi di comunicazione o farmaci, ma non rientrano facilmente nelle definizioni generali di molestia sessuale.

La violenza contro le donne e le ragazze è una delle violazioni dei diritti umani più sistematiche e diffuse: affonda le sue radici nelle strutture sociali basate sul genere piuttosto che in atti individuali e casuali; trascende i confini di età, socio-economici, educativi e geografici e rappresenta un ostacolo importante alla fine della disuguaglianza e della discriminazione di genere a livello globale.

Le Nazioni Unite (ONU) definiscono la violenza contro le donne e le ragazze come "qualsiasi atto di violenza basato sul genere che provoca o può provocare danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata".

2.2 Definizioni di violenza

La definizione di violenza è stata oggetto di numerose pubblicazioni scientifiche e giuridiche. La violenza è stata definita da tre diverse prospettive¹ :

- Da un punto di vista giuridico, la violenza è definita come tutte le violazioni e i reati descritti nel diritto penale. Il diritto penale può descrivere atti specifici, quali stupro, aggressione, abuso, ecc. Quando questi atti vengono commessi, può essere prevista una pena specifica.
- Da un punto di vista psicologico, la violenza è riconosciuta come qualsiasi atto percepito dalla vittima come comportamento violento, intimidatorio e offensivo che trascende i limiti etici. In questa prospettiva, la violenza può includere molto più degli atti descritti nel diritto penale.
- La prospettiva sociologica considera la violenza nel contesto delle strutture sociali e degli equilibri di potere tra gruppi e individui. Ad esempio, le relazioni tra gli operatori sociali e sanitari e le persone che vivono in istituti sono fortemente influenzate dall'estrema dipendenza della persona dal caregiver, nonché dai requisiti organizzativi, dalla cultura istituzionale e dallo status giuridico della persona che vive nell'organizzazione.

2.3 La violenza come discriminazione

La violenza contro le donne è riconosciuta come una forma di discriminazione che impedisce alle donne di esercitare i propri diritti umani e di svilupparsi su un piano di parità con gli uomini. Secondo il Consiglio d'Europa: «Lo stalking, le molestie sessuali, la violenza sessuale (compreso lo stupro), gli abusi fisici e psicologici da parte del partner, i matrimoni forzati e la sterilizzazione forzata sono atti di violenza profondamente traumatici. La stragrande maggioranza delle vittime sono donne. Aggiungere le mutilazioni genitali femminili e l'aborto forzato alle forme di violenza a cui solo le donne possono essere sottoposte mostra il livello scioccante di diversità nei comportamenti crudeli e degradanti a cui le donne sono sottoposte. Se consideriamo il fatto che la maggior parte delle violenze sono perpetrate dagli uomini, è facile capire che la violenza contro le donne è una violenza strutturale, una violenza utilizzata per sostenere il potere e il controllo maschile² ».

Il Relatore speciale sui diritti delle persone con disabilità, in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti delle ragazze e delle giovani donne con disabilità, ha sottolineato³ i maggiori rischi a cui sono esposte. I bambini con disabilità sono quasi quattro volte più esposti alla violenza rispetto ai bambini senza disabilità. Il rischio è costantemente più elevato per le ragazze sorde, cieche e autistiche, le ragazze con disabilità psicosociali e intellettuali e le ragazze con disabilità multiple. Le aggressioni sessuali sono spesso sottostimate, specialmente nei casi che coinvolgono donne con disabilità, come riportato al paragrafo 36 della relazione: "Quando, in quanto sopravvissute alla violenza sessuale, denunciano gli abusi o cercano assistenza o

1 Inclusion Europe, La vita dopo la violenza – uno studio su come le donne con disabilità intellettiva affrontano la violenza subita nelle istituzioni, 2018

2 Convenzione di Istanbul

3 Relatore speciale sui diritti delle persone con disabilità, *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle ragazze e delle giovani donne con disabilità*, 2017

protezione da parte dei funzionari giudiziari o delle forze dell'ordine, le loro testimonianze, in particolare quelle delle ragazze e delle donne con disabilità intellettive, non sono generalmente considerate credibili e vengono quindi ignorate come testimonianze competenti, con il risultato che gli autori dei reati evitano di essere perseguiti". Inoltre, la mancanza di accessibilità e di adeguamenti ragionevoli e procedurali (ad esempio, interpretazione nella lingua dei segni, forme alternative di comunicazione, servizi di assistenza sensibili all'età e al genere) spesso comporta gravi barriere fisiche e comunicative nel sistema giudiziario, che a loro volta ostacolano l'accesso alla giustizia delle ragazze e delle giovani donne con disabilità e la loro capacità di cercare e ottenere riparazione. Come sottolineato nella relazione delle Nazioni Unite (paragrafo 37): "[...] a causa di pregiudizi e stereotipi, i tribunali comunemente screditano la testimonianza delle ragazze e delle giovani donne con disabilità nei casi di violenza sessuale, mettendo in dubbio la capacità delle ragazze e delle giovani donne con disabilità intellettive di comprendere il giuramento quando testimoniano, screditando la testimonianza dei testimoni non vedenti perché 'incapaci' di conoscere/percepire la sequenza degli eventi".

Un altro aspetto da considerare è che le donne e le ragazze che subiscono forme multiple e intersecanti di discriminazione e disuguaglianza sono tra le più vulnerabili all'entrare, dedicarsi o rimanere nella prostituzione e, quindi, a subire violenza. Disabilità, età, classe sociale, razza, etnia, migrazione e status giuridico, orientamento sessuale e identità di genere sono fattori che aumentano il rischio di entrare nella prostituzione. Di conseguenza, le donne e le ragazze che si prostituiscono hanno spesso uno status irregolare e non hanno accesso ad assistenza, protezione, servizi o opportunità di sostentamento efficaci. Molte sono senza fissa dimora, vivono in alloggi precari e sono spesso sfrattate. Molte soffrono di povertà, esperienze infantili negative, indigenza e abuso di sostanze, hanno un'istruzione limitata o nulla e devono provvedere al sostentamento delle loro famiglie. Molte sono ingannate da offerte di lavoro false o redditizie o da incentivi finanziari in cambio di atti sessuali. La grande maggioranza ha subito abusi sessuali e fisici, negligenza e maltrattamenti durante l'infanzia, compreso l'incesto. Nel complesso, queste condizioni aumentano il rischio di ulteriore sfruttamento, violenza sessuale e coercizione per le donne e le ragazze. Le donne e le ragazze vengono anche vendute dalle loro famiglie o dai loro partner per essere costrette alla prostituzione, al matrimonio e al matrimonio infantile o forzato a scopo di sfruttamento sessuale⁴. Tutto ciò ha conseguenze enormi per la parità di genere e l'emancipazione delle donne e delle ragazze, tra cui: aumento della pressione sulle donne e le ragazze emarginate, aggravamento del razzismo, compromissione della parità delle donne e delle ragazze e della loro partecipazione alla società, e aumento delle conseguenze della prostituzione digitale.

Esistono diversi fattori sociali che contribuiscono a rendere vulnerabili le donne con disabilità intellettive, specialmente quando vivono in istituti. Ad esempio, queste donne possono essere direttamente dipendenti dai potenziali autori di abusi, dal punto di vista legale, finanziario o emotivo. Spesso sono isolate, con scarse o nessuna interazione sociale con l'esterno, e temono che denunciare gli abusi possa portare al ricovero in istituto, a ritorsioni, a ulteriori violenze (compresi abusi verbali e intimidazioni) e alla perdita di sostegno e assistenza. La mancanza di un accesso effettivo alla giustizia e di meccanismi di segnalazione e prevenzione rende molto difficile per loro combattere la violenza. Soprattutto quando sono private della capacità giuridica, le barriere nel sistema giudiziario sono quasi insormontabili. Anche quando denunciano gli abusi, le vittime spesso non sono percepite come credibili.

Le donne con disabilità intellettive si trovano spesso in una posizione vulnerabile nella società, il che rende più facile per gli autori di violenze abusare di loro. Ciò è dovuto alle loro esperienze di segregazione. Esse potrebbero:

- non aver mai avuto l'opportunità di capire quando qualcuno le sta usando per ottenere un vantaggio o una soddisfazione personale;
- non aver avuto opportunità di istruzione e dialogo, ad esempio sulle relazioni sessuali;

⁴ Relazione del Relatore speciale sulla violenza contro le donne e le ragazze, le sue cause e conseguenze, Prostituzione e violenza contro le donne e le ragazze, 2024

- aver provato un senso di inferiorità, che si sviluppa fin dall'infanzia;
- non hanno mai avuto il potere di esprimere la loro opposizione, di dire "no" agli altri;
- non hanno mai imparato a difendersi fisicamente.

A volte, le donne con disabilità intellettive segnalano situazioni che spesso non vengono riconosciute come violenza. Tuttavia, questi casi hanno un impatto significativo su di loro, poiché percepiscono l'incidente come violento o almeno abbastanza dannoso da avere un effetto duraturo. Ci sono diversi motivi per cui l'assistenza stessa è talvolta percepita come violenza dalle donne:

- Le donne ricevono informazioni insufficienti per comprendere ciò che sta accadendo;
- Il personale sanitario non ha abbastanza tempo o competenze per conoscere bene le donne e lavorare con loro;
- Il personale di assistenza è sottoposto a pressioni per lavorare rapidamente;
- Il personale assistenziale non è considerato una figura di fiducia nella vita della persona.

Tutto ciò può aver portato a situazioni in cui le donne sono state sottoposte a interventi o misure di assistenza senza il loro valido consenso informato. Nel contesto della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, ciò costituisce chiaramente un "trattamento forzato" e una violazione della legge. Alcuni dei motivi per cui le donne hanno percepito come violenza ciò che era inteso come assistenza possono anche essere classificati come violenza strutturale. Sembra esserci un divario tra ciò che le donne con disabilità intellettive percepiscono come violenza e le percezioni e le intenzioni del personale di supporto. Sebbene la maggior parte del personale di supporto svolga il proprio ruolo di assistenza senza alcuna chiara intenzione di ricorrere alla violenza, è importante che ascolti ciò che le donne stesse percepiscono come violenza, anche se, dal loro punto di vista, non riconoscono la violenza nell'esperienza. La violenza strutturale può verificarsi senza che una persona intenda danneggiare un'altra. Il più delle volte, le persone non sono nemmeno consapevoli del suo impatto.

03

Dati disponibili

3.1 Contesto

I dati sulla violenza contro le donne e le ragazze con disabilità sono molto limitati. Ciò è dovuto alla mancanza di una raccolta di dati disaggregati per tipo di disabilità, compresi i dati sulla violenza che si verifica in contesti chiusi (ad esempio istituti, centri di accoglienza o ospedali psichiatrici), sulla violenza specifica nei confronti delle persone con disabilità (compresa la sterilizzazione forzata), sul rapporto tra la vittima e l'autore o gli autori della violenza e sugli ostacoli alla denuncia della violenza che costringono le donne e le ragazze con disabilità al silenzio e all'invisibilità. I dati disponibili indicano che la violenza di genere colpisce le donne e le ragazze con disabilità in misura molto maggiore rispetto alla maggior parte delle altre donne. La disabilità non protegge né previene gli atti di violenza contro le donne.

Le donne e le ragazze con disabilità sono da due a cinque volte più esposte al rischio di subire tali violenze rispetto alle donne e alle ragazze senza disabilità¹ :

- 6 donne su 10 con disabilità intellettive riferiscono di aver subito abusi sessuali;
- il 34% delle donne con problemi di salute o disabilità ha subito violenza fisica o sessuale da parte del proprio partner nel corso della propria vita (rispetto al 19% delle donne senza disabilità),
- Il 61% delle donne con problemi di salute o disabilità ha subito molestie sessuali dall'età di 15 anni (rispetto al 54% delle donne senza disabilità).

Le donne e le ragazze con disabilità incontrano maggiori difficoltà nel denunciare la violenza e rivendicare i propri diritti a causa di una serie di fattori, e questo è certamente uno dei motivi per cui è difficile ottenere dati accurati e affidabili sulla violenza contro le donne con disabilità. Tra i fattori che influenzano la mancata denuncia figurano:

- Mancanza di consapevolezza dei propri diritti: le donne e le ragazze con disabilità, in particolare quelle che vivono in istituti, potrebbero non essere consapevoli dei propri diritti e potrebbero non ricevere sostegno nell'identificare e denunciare la violenza.
- Miti e stereotipi: molti miti e stereotipi sulle donne e le ragazze con disabilità impediscono loro di essere considerate credibili dalla polizia e dal sistema giudiziario penale. Questi

¹ Forum europeo delle persone con disabilità – EDF, Violenza contro le donne e le ragazze con disabilità nell'Unione europea, 2021

includono, ad esempio, il mito che le donne con disabilità, in particolare quelle con disabilità intellettive, siano asessuali o che le donne con disabilità psicosociali siano ipersessuali.

- **Paura:** le donne e le ragazze con disabilità possono temere la stigmatizzazione e la vittimizzazione quando denunciano episodi di violenza, compresa la paura di non essere credute. Possono anche avere paura di informare le persone a loro più vicine della violenza subita. Anche gli squilibri di potere, ad esempio tra una donna con disabilità e il suo tutore legale, le persone che la assistono o qualcuno che lavora in un istituto, possono creare paura di ritorsioni.
- **Inaccessibilità:** spesso i meccanismi di segnalazione, le stazioni di polizia e i tribunali non sono accessibili alle donne e alle ragazze con disabilità. Ad esempio, una stazione di polizia potrebbe non essere accessibile alle donne in sedia a rotelle, oppure i numeri di emergenza potrebbero non essere accessibili alle donne sorde e sordocieche.

Oltre agli ostacoli incontrati nella denuncia dei casi, le donne e le ragazze con disabilità devono affrontare anche barriere nell'accesso alla giustizia. Quando viene presentato un caso, è essenziale che siano sostenute fin dall'inizio del processo. L'inaccessibilità, la paura e i costi sono deterrenti per le donne con disabilità che desiderano portare il loro caso in tribunale e ottenere protezione legale.

Alcuni paesi, come i Paesi Bassi, prevedono meccanismi alternativi di risoluzione delle controversie, come la mediazione, nei casi di violenza di genere, che possono includere il confronto diretto con l'autore della violenza. In tali casi, esiste il rischio che le donne e le ragazze con disabilità siano costrette ad accettare tali alternative. È importante ricordare che la violenza contro le donne e le ragazze è spesso il risultato di un rapporto di dominio e controllo, perpetrato altrettanto spesso da tutori legali, assistenti, persone di supporto o persone che lavorano in istituzioni o altri contesti chiusi, e questo aspetto deve sempre essere preso in considerazione quando si avvia un procedimento a seguito di segnalazioni e/o denunce.

In alcuni paesi, il diritto penale discrimina le vittime con disabilità prevedendo pene ridotte per l'autore del reato quando la vittima è una persona con disabilità.

3.2 Indagine dell'UE sulla violenza di genere contro le donne e altre forme di violenza interpersonale (EU-GBV)

Un'indagine dell'UE sulla violenza di genere (EU-GBV)² ha rivelato una serie di risultati interessanti e preoccupanti. La raccolta dei dati è stata condotta su base volontaria tra settembre 2020 e marzo 2024 nei paesi dell'UE, con Eurostat che ha coordinato la raccolta dei dati in 18 Stati membri³. L'obiettivo principale di questa indagine era valutare la prevalenza della violenza al fine di soddisfare i requisiti della Convenzione di Istanbul. L'indagine nel suo complesso ha riguardato la violenza psicologica, fisica e sessuale da parte del partner, la violenza fisica e sessuale da parte di persone diverse dal partner, le molestie sessuali sul posto di lavoro, la violenza subita durante l'infanzia e lo stalking da parte di qualsiasi autore. La popolazione target dell'indagine UE sulla violenza

² [Violenza subita dalla popolazione totale \(gbv_vtp\)](#)

³ Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Germania, Irlanda, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, Slovacchia, Finlandia, Svezia, Montenegro, Serbia. L'Italia ha condiviso i principali indicatori della sua indagine nazionale.

di genere riguarda persone di età compresa tra i 18 e i 74 anni che vivono in nuclei familiari privati, con particolare attenzione alle donne, mentre gli indicatori si concentrano sulla violenza per autore, disaggregata per tipo di violenza, frequenza, gravità, serietà e segnalazione della violenza subita, nonché per caratteristiche personali dell'intervistato, quali età, livello di istruzione, limitazioni delle attività e grado di urbanizzazione.

La nostra analisi si è concentrata sui dati relativi alle donne con disabilità che hanno risposto ai questionari e che hanno subito violenza:

- da parte del proprio partner
- da qualcuno che non sia il proprio partner
- da un aggressore domestico
- da qualsiasi autore del reato

Lo stato di disabilità è stato misurato utilizzando un concetto di limitazione generale dell'attività (limitazione delle attività che le persone svolgono abitualmente a causa di problemi di salute negli ultimi 6 mesi⁴). L'indicatore si basa sui dati raccolti dallo strumento GALI (Global Activity Limitation Instrument) con tre dimensioni: gravemente limitato, limitato ma non gravemente limitato, o non limitato affatto:

- Gravemente limitato⁵ significa che svolgere o portare a termine un'attività è impossibile o estremamente difficile e che questa situazione persiste da almeno 6 mesi. Le persone che rientrano in questa categoria solitamente non sono in grado di svolgere l'attività da sole e necessitano dell'aiuto di altre persone.
- Limitato ma non gravemente significa che l'esecuzione o il completamento di un'attività abituale è possibile solo con una certa difficoltà e che questa situazione persiste da almeno 6 mesi. Le persone che rientrano in questa categoria di solito non necessitano dell'aiuto di altre persone.
- Per "non limitato" si intende che lo svolgimento o il completamento delle normali attività può avvenire senza alcuna difficoltà, ovvero che non si sono verificate limitazioni nelle attività almeno negli ultimi 6 mesi.

Una prima tabella (Tabella 1) mostra il campione lordo e netto delle donne intervistate, evidenziando la percentuale di dati validi rispetto al numero totale di interviste condotte. Le analisi successive si basano quindi sul campione netto fornito in questa tabella.

4 Il periodo degli ultimi 6 mesi è strettamente correlato alla durata della limitazione dell'attività e non alla durata del problema di salute. Le limitazioni devono essere iniziate almeno 6 mesi prima e persistere al momento dell'intervista. Viene misurata l'autovalutazione del rispondente della propria limitazione (nelle "attività che le persone svolgono abitualmente") dovuta a qualsiasi problema di salute fisica, mentale o emotiva in corso, comprese malattie o menomazioni, e all'età avanzata. Sono incluse tutte le conseguenze di incidenti/lesioni, condizioni ereditarie, ecc. Sono prese in considerazione solo le limitazioni direttamente causate da o correlate a uno o più problemi di salute.

Non devono essere prese in considerazione le limitazioni dovute a cause finanziarie, culturali o di altro tipo non correlate alla salute. Un'attività è definita come lo svolgimento di un compito o di un'azione da parte di un individuo e, pertanto, le limitazioni dell'attività sono definite come «le difficoltà che l'individuo incontra nello svolgimento di un'attività».

5 Manuale metodologico per l'indagine dell'UE sulla violenza di genere contro le donne e altre forme di violenza interpersonale (EU-GBV), EUROSTAT, 2021 - [Manuale metodologico per l'indagine dell'UE sulla violenza di genere contro le donne e altre forme di violenza interpersonale \(EU-GBV\)](#)

Tabella 1 – Dimensione lorda e netta del campione⁶ s per le donne.

Paese	Campione lordo	Campione netto	Percentuale di intervistati (netto/lordo*100)
BELGIO	2702	4529	23,5
BULGARIA	8240	4529	23,5
REPUBBLICA CECA	4123	4529	23,5
DANIMARCA	40016	12740	32.20.00
GERMANIA	8885	2419	27.20.00
IRLANDA	2808	994	35.40.00
ESTONIA	6800	4573	67.30.00
GRECIA	49045	11557	24.00.00
SPAIN	14370	6310	44.30.00
FRANCIA	11447	6889	60.20.00
CROAZIA	11430	3416	30.30.00
CIPRO	3144	1500	48.10.00
LETTONIA	6261	3941	63.30.00
LITUANIA	5020	3186	63.50.00
LUSSEMBURGO	9970	1924	19,30
UNGHERIA	4687	2002	43.10.00
MALTA	7194	3014	42.30.00
PAESI BASSI	15635	4184	27.20.00
AUSTRIA	16162	6240	39.00.00
POLONIA	12839	5190	40.40.00

⁶ Il campione lordo è il numero totale di donne intervistate, mentre il campione netto è l'insieme delle donne le cui risposte erano valide e sono state quindi utilizzate nello studio. L'EU-GBV è un'indagine a campione casuale su persone che vivono in abitazioni private. Le unità di campionamento sono abitazioni, famiglie o individui, a seconda del quadro di campionamento.

Paese	Campione lordo	Campione netto	Percentuale di intervistati (netto/lordo*100)
PORTOGALLO	Dati non disponibili	634	Dati non disponibili
ROMANIA	4244	2003	47.20.00
SLOVENIA	2452	1282	52.30.00
SLOVACCHIA	9588	5000	52.10.00
FINLANDIA	1500	4597	31.00.00
SVEZIA	11933	2562	21,50
MONTENEGRO	2232	1608	72,00,00
SERBIA	7.000 famiglie	4,1	58
KOSOVO	3.000 famiglie	2.452	82.10.00

Di seguito sono riportati i dati suddivisi in base a diversi termini di riferimento per le donne le cui risposte sono state considerate valide per quanto riguarda l'autore della violenza e il livello di limitazione funzionale.

La tabella 2 mostra la percentuale di donne con disabilità che hanno subito violenza da quattro diversi autori. Essa evidenzia che in quasi tutti i paesi la violenza è perpetrata principalmente dal partner, mentre la percentuale più bassa si registra nel caso di una persona conosciuta dalla vittima ma non dal partner. Danimarca, Estonia, Paesi Bassi e Finlandia si discostano da questi risultati, con una percentuale elevata anche quando la violenza è perpetrata da qualcuno che non è il partner, ma che è comunque conosciuto. Ungheria, Finlandia e Slovacchia hanno percentuali molto elevate di donne che hanno subito violenza da parte del proprio partner (una donna su due).

Tabella 2 – Dati relativi al campione netto suddivisi per autore della violenza.

Paese	Donne intervistate	Violenza da parte del partner	Violenza da parte di qualcuno diverso dal partner	Violenza da parte di un familiare o parente	Violenza da parte di uno sconosciuto
BELGIO	4529	31	19	19	29
BULGARIA	5580	20,5	5,9	9,5	11
REPUBBLICA CECA	2043	33,5	9,7	14,5	19,7
DANIMARCA	12,74	45	38,2	27,6	47,5

Paese	Donne intervistate	Violenza da parte del partner	Violenza da parte di qualcuno diverso dal partner	Violenza da parte di un familiare o parente	Violenza da parte di uno sconosciuto
GERMANIA	2.419	31,9	14	18,3	25,6
IRLANDA	994	41,2	20,6	26,3	33,1
ESTONIA	4.573	35	27,6	24,1	40,7
GRECIA	11.557	41	24	24,7	36,5
SPAIN	6310	28,6	20	15,9	2
FRANCIA	6.889	30,2	26,1	19,4	34,5
CROAZIA	3416	28,1	18,7	15,3	25,3
CIPRO	1,5	44,5	14,6	30,3	36
LETTONIA	3941	30,1	13,9	16,9	25,1
LITUANIA	3186	30,7	13,6	17	25,2
LUSSEMBURGO	1924	47,4	33,7	30	45,4
UNGHERIA	2002	54,6	19	43,8	49
MALTA	3014	26	15	16,2	24,4
PAESI BASSI	4184	33,4	35,5	19,9	41,2
AUSTRIA	6,24	37,8	27,5	20	35
POLONIA	5,19	19,6	8,2	11,5	16
PORTOGALLO	6348	22,5	13,1	11	19,7
ROMANIA	2003	48,9	14,1	39,2	42,2
SLOVENIA	1282	27,9	16	14,9	22,5
SLOVACCHIA	5000	50,8	16,9	32,7	37
FINLANDIA	4597	52,6	46,5	36,3	57,1

Paese	Donne intervistate	Violenza da parte del partner	Violenza da parte di qualcuno diverso dal partner	Violenza da parte di un familiare o parente	Violenza da parte di uno sconosciuto
SVEZIA	2562	48,2	42,0	32	52,5
MONTENEGRO	1608	20,2	6,2	7,5	11
SERBIA	4,1	21,6	10,1	11	17
KOSOVO	2.452	25,6	6,1	6,4	10

Le analisi che seguono mostrano i risultati dettagliati dell'indagine relativi ai singoli autori di violenza, suddivisi in base al termine di riferimento per il livello di disabilità.

3.2.1 DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA DA PARTE DEL PARTNER, IN BASE AL LIVELLO DI DISABILITÀ (LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ)⁷

Un'analisi dei dati relativi alle donne con disabilità che hanno subito violenza da parte del proprio partner mostra chiaramente che quelle che subiscono più violenza sono le donne con disabilità gravi, con una percentuale significativamente superiore rispetto alle altre categorie e alla media nazionale. Tra tutti i paesi, spiccano negativamente Bulgaria, Danimarca e Germania, dove le donne che hanno subito violenza da parte del proprio partner e che hanno disabilità gravi superano il 60% delle intervistate (il 60% delle donne intervistate con disabilità gravi ha subito violenza).

Tabella 3 – Dati relativi alle donne che hanno subito violenza da parte del proprio partner.

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
UNIONE EUROPEA	32,7	32,2	48,1	30,4
BELGIO	31,3	30	47,5	26,7
BULGARIA	20,5	18	61,6	17

⁷ I risultati dell'indagine UE sulla violenza di genere sono riportati in termini di tassi di prevalenza (percentuale di individui in una popolazione che presentano una determinata condizione). Nel nostro caso, quindi, gli indicatori sono calcolati come percentuale di donne con una determinata caratteristica personale (ad esempio, gravemente limitate) che hanno subito violenza (ad esempio da parte di un partner) sul numero totale di donne con quella caratteristica personale (ad esempio, gravemente limitate).

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
REPUBBLI CA CECA	33	3	42	32
DANIMARCA	45	44,6	67,1	40,7
GERMANIA	31,9	31	64,1	29
IRLANDA	41,2	40,6	49,7	39
ESTONIA	35	34,6	:	32
GRECIA	41,8	41,4	54,8	39,9
SPAGNA	28,6	28	50,6	26,4
FRANCIA	30	30,3	33,9	29
CROAZIA	2	28	32	2
CIPRO	44,5	43,8	58,7	43,0
LETTONIA	30,1	29,4	48,3	27
LITUANIA	30,7	30,7	43	29
LUSSEMBURGO	47,4	47,2	53,5	44,6
UNGHERIA	54,6	54,8	:	54
MALTA	26	25,4	52,4	24,7
PAESI BASSI	33	33,4	45	31
AUSTRIA	37,8	37,5	47,4	36,4
POLONIA	19,6	19	25	18
PORTOGALLO	22,5	22,3	29,2	19,3
ROMANIA	48,9	47,9	60,2	45,6
SLOVENIA	27,9	27	:	26

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
SLOVACCHIA	50,8	49,8	64,6	45,9
FINLANDIA	52,6	51,2	82,1	47,2
SVEZIA	48,2	47,1	67,4	43,9
MONTENEGRO	20,2	19,9	26,8	17
SERBIA	21	21	27	20
KOSOVO	25,6	25,5	29,9	23

3.2.2 DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZE DA PARTE DI PERSONE DIVERSE DAL PROPRIO PARTNER, PER LIVELLO DI DISABILITÀ (LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ)

Nel contesto della violenza perpetrata da una persona diversa dal partner, ma conosciuta dalle donne che hanno subito la violenza, i dati confermano quanto descritto nella tabella 3, nel senso che, anche nei casi in cui l'autore della violenza è una persona diversa dal partner ma conosciuta dalla donna, la percentuale più alta di donne che subiscono violenza rimane quella delle donne con disabilità gravi. Danimarca, Lussemburgo, Finlandia e Svezia si distinguono tra tutti i paesi con percentuali superiori al 50%. L'unica differenza è la Grecia, dove le percentuali sono molto simili e, quindi, non c'è molta differenza in termini di limitazione funzionale, poiché i valori oscillano tra il 24% e il 26% per le tre categorie di disabilità.

Tabella 4 – Dati sulle donne che hanno subito violenza da parte di una persona conosciuta ma non dal proprio partner.

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
UNIONE EUROPEA	19,6	19,1	29,4	17
BELGIO	19	18	26,8	16

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
BULGARIA	5,9	4	41,8	3
REPUBBLI CA CECA	9,7	9,2	:	9
DANIMARCA	38,2	37,9	56,2	34,7
GERMANIA	14	13,7	:	12
IRLANDA	20,6	19,9	29	18,7
ESTONIA	27	27	:	26,6
GRECIA	24,8	24,7	26	2
SPAGNA	20	19	30	1
FRANCIA	26	25	33,9	2
CROAZIA	18,7	19,5	:	23
CIPRO	14,6	14,5	:	14,5
LETTONIA	13,9	13,7	19	13
LITUANIA	13	13	:	13
LUSSEMBURGO	33,7	32,9	56,9	31
UNGHERIA	19,2	19,3	:	19
MALTA	15,1	15,0	:	14
PAESI BASSI	35	36	51,6	34
AUSTRIA	27,5	27,3	33	26

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
POLONIA	8	8	:	7
PORTOGALLO	13	13,2	13,4	11
ROMANIA	14,1	13	:	12
SLOVENIA	16	16	:	15
SLOVACCHIA	16,9	15,8	31	1
FINLANDIA	46,5	45,0	76,6	41,2
SVEZIA	42	41,3	56,2	39
MONTENEGRO	6,2	6	:	6
SERBIA	10,1	9,9	14,8	9
KOSOVO	6,1	6	:	5

3.2.3 DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZE DA PARTE DI UN FAMILIARE O PARENTE, PER LIVELLO DI DISABILITÀ (LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ)

Un'analisi dei dati sulla violenza contro le donne con disabilità da parte di un familiare o parente mostra chiaramente che le donne con disabilità gravi sono le più colpite. Danimarca, Finlandia e Svezia si distinguono ancora una volta tra tutti i paesi, con percentuali superiori al 50%.

Tabella 5 – Dati sulle donne che hanno subito violenza da parte di un familiare o parente.

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
UNIONE EUROPEA	20,1	19,6	35	18
BELGIO	19,7	18	39,5	14
BULGARIA	9,5	7,5	46,7	7
REPUBBLICA CECA	14	13	25	1
DANIMARCA	27,6	26,9	56,2	2
GERMANIA	18,3	17,5	45,1	1
IRLANDA	26	25,4	39,2	23
ESTONIA	24,1	23,8	:	21
GRECIA	24,7	24,3	36	23
SPAGNA	15,9	15	33	1
FRANCIA	19,4	19,3	25	1
CROAZIA	15,3	15	18	15
CIPRO	30,3	29,7	45,5	29
LETONIA	16,9	16,3	34,4	14,7

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
LITUANIA	17	17	27	15
LUSSEMBURGO	30	29	38,3	27
UNGHERIA	43	43,9	:	43
MALTA	16,2	15,7	31,9	15
PAESI BASSI	19	19	40,8	1
AUSTRIA	20,0	19,6	32,9	18
POLONIA	11,5	11	18	1
PORTOGALLO	11	11	21	9
ROMANIA	39,2	38,6	45,6	36,6
SLOVENIA	14,9	15	:	14
SLOVACCHIA	32,7	31,5	48,6	27
FINLANDIA	36	34,8	67,4	31,7
SVEZIA	32	30,8	54,7	27
MONTENEGRO	7	7	:	7
SERBIA	11,7	11,4	22	10
KOSOVO	6,4	6,3	:	4

3.2.3 DONNE CHE HANNO SUBITO VIOLENZA DA PARTE DI UNO SCONOSCIUTO, PER LIVELLO DI DISABILITÀ (LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ)

La situazione delle donne con disabilità che subiscono violenza da parte di uno sconosciuto conferma la tendenza presentata nelle tabelle precedenti, ma emerge anche che la violenza contro le donne con limitazioni, anche se non gravi, sta aumentando in modo significativo. In quasi tutti i paesi, queste percentuali sono significativamente più elevate rispetto a quelle della stessa categoria in cui l'autore della violenza era un partner, un conoscente o un familiare. Tra questi dati, spicca negativamente la situazione in Finlandia, che raggiunge l'80% nei casi di disabilità grave e oltre il 50% negli altri due casi di limitazione funzionale.

Tabella 6 – Dati sulle donne che hanno subito violenza da parte di uno sconosciuto.

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
UNIONE EUROPEA	30,5	29,9	46	2
BELGIO	29	27	47,1	24
BULGARIA	11	9,9	48,4	9
REPUBBLICA CECA	19,7	19	32	19
DANIMARCA	47,5	47,1	69,9	43,5
GERMANIA	25,6	24,8	53,2	22
IRLANDA	33	32	45,1	30,2
ESTONIA	40,7	40,3	:	38,2
GRECIA	36,5	36,2	45,1	35
SPAGNA	28,2	27,6	49,8	2
FRANCIA	34,5	34,3	41,8	33
CROAZIA	25	25,6	18,6	2

Paese	Totale (Tratto dalla tabella 2)	Limitata ma non grave	Disabilità grave	Non limitata
CIPRO	36,1	35,7	47,6	35,5
LETONIA	25,1	24,5	39,9	23
LITUANIA	25,2	25	34,4	24,3
LUSSEMBURGO	45,4	44,8	62,4	42,5
UNGHERIA	49,1	49,3	:	48
MALTA	24,4	23,9	45,1	23
PAESI BASSI	41	41	56,8	39
AUSTRIA	35,7	35,6	40,2	34
POLONIA	16	16	23	15
PORTOGALLO	19,7	19,5	28	17
ROMANIA	42,2	41,3	52	39
SLOVENIA	22	22,6	:	21
SLOVACCHIA	37,9	36,3	56,6	32
FINLANDIA	57,1	55,9	80,4	52,1
SVEZIA	52,5	51,6	69,4	48
MONTENEGRO	11	11,9	:	11
SERBIA	17,5	17	26,2	16,3
KOSOVO	10,3	10,3	:	9

In conclusione, si può affermare che, in generale, le donne con disabilità gravi sono le più colpite dalla violenza, dato che questa aumenta nei casi di violenza da parte del partner rispetto ad altri autori e rimane elevata anche nei casi che coinvolgono estranei. Alcuni paesi europei presentano situazioni gravi di violenza rispetto a tutti gli autori e rispetto ai tre termini di riferimento delle limitazioni funzionali, mentre altri hanno un'incidenza minore di violenza sul numero totale di donne intervistate.

ALLEGATO

Spiegazione dei termini di riferimento utilizzati nell'indagine.

Violenza per tipo di autore: il tipo di autore della violenza è definito in base alla relazione:

- La violenza da parte di un partner comprende la violenza psicologica, le minacce, la violenza fisica e sessuale. I partner sono persone con cui l'intervistato ha o ha avuto una relazione intima. Per quanto riguarda gli indicatori diffusi per tipo di autore, la prevalenza della violenza da parte di un partner è calcolata sulla base delle persone che hanno mai avuto una relazione intima.
- La violenza da parte di persone diverse dai partner comprende minacce, violenza fisica e sessuale. I non partner sono tutti gli autori con cui un intervistato non ha o non ha mai avuto una relazione intima:
- Per "familiare o parente" si intendono i parenti stretti, quali genitori e figli, e altri parenti stretti che possono vivere o meno con il rispondente, nonché altri familiari o parenti acquisiti o adottivi (ad esempio fratelli, nonni, zii, zie, cugini, nipoti, cognati, ecc.); "Non familiare o parente, ma altro conoscente" come amici, amici di famiglia, compagni di scuola, colleghi, collaboratori, supervisori, capi, professori, insegnanti; qualsiasi persona con una certa autorità come un ufficiale militare o di polizia, un sacerdote, un leader religioso, un giudice, un medico; qualsiasi altra persona conosciuta dall'intervistato;
- "Estraneo" è una persona completamente sconosciuta all'intervistato.

Tipo di violenza:

- La violenza psicologica da parte di un partner intimo comprende una serie di comportamenti, tra cui l'abuso emotivo e il comportamento controllante nei confronti dell'intervistato: sminuire e umiliare; proibire all'intervistato di vedere amici o familiari, o di dedicarsi a hobby o altre attività; monitorare l'intervistato tramite GPS, telefono o social network; vietare all'intervistato di uscire di casa senza permesso o chiuderlo in casa; accusare costantemente l'intervistato di essere infedele o arrabbiarsi se l'intervistato parla con un'altra persona; vietare all'intervistato di lavorare; controllare le finanze dell'intera famiglia e le spese personali dell'intervistato; trattenere o rubare la carta d'identità/il passaporto dell'intervistato al fine di controllarlo; urlare e rompere oggetti o comportarsi in un certo modo con l'obiettivo di spaventare o intimidire l'intervistato; minacciare di fare del male ai figli dell'intervistato o ad altre persone a lui vicine; minacciare di portare via i figli dell'intervistato o di negargli la custodia; e minacciare di farsi del male se l'intervistato lo abbandona.
- Per minacce si intendono comportamenti che incutono paura, come minacciare di fare del male all'intervistato in modo tale da spaventarne realmente. Per quanto riguarda gli indicatori utilizzati per ciascun tipo di violenza, le minacce si riferiscono solo alle minacce e non alla violenza fisica o sessuale.
- La violenza fisica si riferisce a una serie di comportamenti o atti violenti che comportano danni e paura, come spingere o stratonare l'intervistato, tirargli i capelli, schiaffeggiarlo o lanciargli oggetti addosso.

colpire l'intervistato con pugni o oggetti contundenti; calciare; bruciare (con fuoco, acido o altri mezzi); tentare di strangolare o soffocare l'intervistato; minacciare di usare o usare effettivamente coltelli, pistole, acido o simili; o usare la forza contro l'intervistato in qualsiasi altro modo con l'obiettivo di causargli danni. Per quanto riguarda gli indicatori utilizzati per ciascun tipo di violenza, la violenza fisica si riferisce solo alla violenza fisica e non alla violenza sessuale.

- La violenza sessuale comprende rapporti sessuali indesiderati commessi con la forza o con violenza fisica o approfittando di una situazione in cui l'intervistato non è in grado di rifiutare il rapporto sessuale perché sotto l'effetto di alcol o droghe. Comprende anche rapporti sessuali indesiderati che l'intervistato ha troppa paura di rifiutare e casi in cui l'intervistato è costretto a rapporti sessuali indesiderati con un'altra persona o altre persone. Sono inclusi anche i tentativi di commettere uno qualsiasi degli atti sopra citati o qualsiasi altro comportamento sessuale indesiderato che l'intervistato considera degradante o umiliante. Infine, questo tipo di violenza comprende anche le molestie sessuali indesiderate da parte di persone diverse dal partner.

Caratteristiche personali. Gli indicatori sono calcolati sulla base delle seguenti caratteristiche personali:

- Lo stato di disabilità è misurato utilizzando un concetto di limitazione generale dell'attività (limitazione nelle attività che le persone svolgono abitualmente a causa di problemi di salute negli ultimi 6 mesi).
- Il livello di istruzione si riferisce al livello più alto della Classificazione internazionale standard dell'istruzione (ISCED) che un individuo ha completato con successo.
- Il grado di urbanizzazione dell'area in cui una persona ha la propria residenza abituale è classificato nelle unità amministrative locali di livello 2 come città, centri urbani e periferie o aree rurali, in base alla percentuale della popolazione locale che vive in agglomerati urbani e centri urbani.
- Il paese di nascita è definito come il paese di residenza abituale della madre dell'intervistato al momento della nascita (in base ai confini nazionali attuali e non a quelli in vigore al momento della nascita). Le categorie principali includono: nato nel paese di riferimento; nato all'estero in un paese dell'UE; nato all'estero in un paese non UE o con paese di nascita sconosciuto.

Gli indicatori sono calcolati come percentuale di donne con una determinata caratteristica personale (ad esempio, gravemente limitate) che hanno subito violenza (ad esempio da parte di un partner) sul numero totale di donne con quella caratteristica personale (ad esempio, gravemente limitate).

04

Ruolo dei professionisti in Italia e nei Paesi Bassi

4.1 Contesto

Poiché la violenza e la discriminazione sono spesso perpetrate da assistenti e familiari, il ruolo degli assistenti professionali che intervengono a domicilio può essere fondamentale. La formazione professionale deve fornire loro le conoscenze e le competenze necessarie per riconoscere i segni di violenza e discriminazione e per intervenire a tutela dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone con disabilità.

La formazione è una componente importante di una risposta globale del sistema sanitario alla violenza contro le donne. I responsabili dei servizi sanitari e i responsabili delle politiche sanitarie hanno anche la responsabilità di rafforzare la pianificazione, il coordinamento e la gestione delle risorse umane, di definire politiche e protocolli e di monitorare e valutare la fornitura di assistenza alle vittime di violenza. Per questi motivi, la formazione è necessaria per valutare e migliorare la preparazione delle strutture, compresa la capacità del personale sanitario e sociale, al fine di migliorare l'integrazione degli interventi di prevenzione nei servizi o negli interventi sanitari esistenti¹.

Gli operatori sanitari si trovano in una posizione privilegiata per rispondere alle esigenze psicosociali e sanitarie delle donne che hanno subito violenza. Sono in grado di fornire assistenza facilitando la comunicazione (dell'abuso), offrendo sostegno e punti di riferimento, fornendo servizi medici adeguati e cure continuative, o raccogliendo prove a fini legali, in particolare nei casi di violenza sessuale. Per questo motivo, è essenziale fornire loro competenze specifiche per affrontare la violenza contro le donne con disabilità, compresa un'assistenza adeguata alle donne vittime di violenza da parte del partner e violenza sessuale, interventi di sostegno clinico ed emotivo e una maggiore consapevolezza della violenza contro le donne, al fine di promuovere risposte sanitarie scientificamente informate.

¹ Potrebbe inoltre essere utile consultare il documento "Rafforzare la risposta dei sistemi sanitari alle esperienze delle donne vittime di violenza domestica e violenza sessuale: un manuale per i responsabili sanitari" (OMS, 2017) per una guida completa su come migliorare la preparazione dei sistemi sanitari.

4.2 Confronto tra i due corsi di formazione in Italia e nei Paesi Bassi sui ruoli professionali

	ITALIA - CORSO OSS, QUALIFICA REGIONALE (REGIONE VENETO)	PAESI BASSI - ASSISTENTE SOCIALE
Obiettivi	<p>La formazione <i>dell'Operatore Socio-Sanitario</i> (OSS) è di competenza delle Regioni e delle Autonomie Province di Trento e Bolzano. I corsi possono essere organizzati direttamente dalle Regioni e dalle Province Autonome oppure erogati tramite le aziende sanitarie, altri enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale o enti di formazione accreditati.</p> <p>L'obiettivo del corso è fornire le conoscenze, le competenze e i quadri di riferimento necessari per formare operatori sociali e sanitari in grado di soddisfare i bisogni primari, promuovere il benessere e sostenere l'autonomia delle persone in contesti sanitari, socio-sanitari e sociali.</p> <p>Il programma prepara professionisti in grado di svolgere le loro mansioni in collaborazione con operatori sanitari e sociali, lavorando in integrazione con équipe multidisciplinari.</p> <p><i>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, art. 3 e allegato 1, pag. 10 di 17)</i></p>	<p>Fornire le conoscenze, le competenze e il quadro etico necessari per promuovere il benessere sociale e facilitare un cambiamento sociale positivo. Ciò include l'empowerment degli individui e delle comunità, l'affrontare le questioni sociali e la promozione della giustizia sociale ed economica. Fornire sostegno alle persone che hanno bisogno di aiuto per partecipare alla società, sostenere le persone nei settori dell'alloggio, dell'occupazione, della gestione finanziaria e della salute e aiutare le persone ad aumentare la loro indipendenza.</p>
Compiti	<p>Le attività professionali dell'OSS coprono le seguenti aree di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistere le persone nel soddisfare i bisogni primari e nella gestione delle attività quotidiane. - Garantire l'igiene, la sicurezza e il comfort negli ambienti di vita e di cura. - Svolgere attività di assistenza sanitaria e sociale. - Collaborare e integrarsi con altri professionisti e lavorare efficacemente in team. <p><i>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Atti della Repubblica n. 1161, Allegato 1, pag. 11 di 17)</i></p>	<p>Questi variano a seconda del programma di formazione scelto dallo studente</p>
Formazione	<p>Percorso di qualificazione professionale regionale</p>	<p>Corso di studi in scienze sociali (a partire dai 16 anni di età)</p>

	ITALIA - CORSO OSS, QUALIFICA REGIONALE (REGIONE VENETO)	PAESI BASSI - ASSISTENTE SOCIALE
Durata della formazione	<p>Durata totale: 1.000 ore, suddivise come segue:</p> <p>Modulo base: 200 ore di teoria</p> <p>Modulo di professionalizzazione: 800 ore (250 ore di teoria in aula, 100 ore di pratica in laboratorio, 450 ore di tirocinio)</p> <p><i>(DGRV 883/2025, Allegato C, pag. 2 di 23)</i></p>	<p>3 anni (a tempo pieno) In totale: 4800 ore</p> <p>Ogni anno comprende 1600 ore di studio (lezioni a scuola, tirocinio e compiti a casa)</p>
Requisiti di ammissione	<p>Articolo 7 – Requisiti di ammissione</p> <ul style="list-style-type: none"> I candidati devono avere almeno 18 anni al momento dell'iscrizione ed essere in possesso di un diploma di scuola secondaria di primo grado. I candidati in possesso di un titolo di studio equivalente conseguito all'estero devono presentare una Dichiarazione di Valore o un documento equivalente che attesti il livello di istruzione, nonché una prova di conoscenza della lingua italiana (orale e scritta) almeno al livello B1 del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le Lingue (QCER), o un'altra certificazione valida. I cittadini stranieri in possesso di un diploma di scuola secondaria di primo grado italiano o di un titolo di studio superiore sono esenti dal presentare la suddetta certificazione. L'ammissione è subordinata al superamento di una prova di selezione scritta e orale. I candidati ammessi devono sottoporsi a una visita medica per verificare l'idoneità al ruolo, secondo le normative vigenti e regionali/provinciali. protocolli di sorveglianza sanitaria. Gli studenti devono inoltre rispettare gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente. <p><i>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, artt. 7 e 9)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Diploma VMBO¹ (corso teorico, misto o professionale) Certificato di passaggio dal 3° al 4° anno di HAVO o VWO² Diploma MBO di livello 2 o 3 completato³ Il processo di candidatura prevede solitamente un colloquio di ammissione volto a valutare la motivazione e l'idoneità del candidato.

1 L'istruzione secondaria professionale preparatoria ([Voorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs – VMBO](#)) è rivolta agli studenti di età compresa tra i 12 e i 16 anni ed è considerata il corso base per una componente generale e pre-professionale. La VMBO fornisce le basi per un'ulteriore formazione professionale.

2 Il "[certificato di passaggio dal terzo al quarto anno di HAVO o VWO](#)" è il documento che attesta il superamento del terzo anno di HAVO (istruzione secondaria generale superiore) o VWO (istruzione preuniversitaria) nei Paesi Bassi e l'ammissione dello studente al quarto anno. Questo certificato è importante perché segna il passaggio alla fase successiva dell'istruzione secondaria superiore, che può portare all'istruzione professionale superiore (HBO) nel caso dell'HAVO, o all'università nel caso del VWO.

3 [Un diploma MBO di livello 2 o 3 completato](#) si riferisce a una qualifica ottenuta nel sistema di istruzione professionale olandese (MBO, Middelbaar Beroepsonderwijs). I livelli 2 e 3 rappresentano due livelli di qualifica professionale all'interno di questo sistema, con il livello 3 che richiede generalmente un corso di studi più lungo e approfondito rispetto al livello 2.

	ITALIA - CORSO OSS, QUALIFICA REGIONALE (REGIONE VENETO)	PAESI BASSI - ASSISTENTE SOCIALE
Qualifica ottenuta	<p>Qualifica regionale: riconosciuta dalla Regione Veneto per il relativo programma sperimentale.</p> <p>Livello EQF: 3 (Percorso di formazione professionale)</p> <p><i>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, Allegato 1, pag. 10 di 17)</i></p>	<p>Diploma MBO di livello 4 - Servizi sociali (questo diploma consente l'accesso diretto all'istruzione professionale superiore (HBO), come una laurea triennale in Servizi sociali o Pedagogia)</p>
Profilo dello studente	<p>Le Regioni e Le Province autonome di Trento e Bolzano definiscono i criteri per le prove di ammissione.</p> <p><i>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, art. 8)</i></p> <p>Oiettivi della prova di selezione</p> <p>Il processo di selezione valuta i candidati in base a:</p> <ol style="list-style-type: none"> Attitudine Motivazione Orientamento al ruolo Compatibilità personale, familiare e lavorativa con gli impegni del corso e l'impegno a lungo termine <p><i>(Decreto 1009, Allegato A dell'08/08/2025, DGRV 883/2025)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Persona empatica, comunicativa e socialmente impegnata che ama lavorare con le persone, in particolare quelle in situazioni di vulnerabilità; Una persona in grado di gestire lo stress e lavorare in modo indipendente Motivata a fare la differenza nella società.
Aree di competenza/Materie	<p>Struttura del programma I moduli sono organizzati in tre aree principali:</p> <p>A) Area socio-culturale, legislativa e istituzionale (minimo 100 ore)</p> <ul style="list-style-type: none"> Legislazione nazionale e regionale nei settori sanitario e sociale Diritto del lavoro Organizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali Salute, malattia e disabilità Etica professionale, bioetica e deontologia Orientamento al ruolo Salute e sicurezza sul lavoro Lingua inglese Informatica applicata <p>B) Area tecnica e operativa (minimo 250 ore)</p> <ul style="list-style-type: none"> Misure igieniche e prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria Approcci e metodi di assistenza in contesti sanitari, socio-sanitari e sociali Principi e metodi di assistenza che rispondono ai bisogni umani fondamentali Procedure di assistenza per individui in varie condizioni di salute, malattia e disabilità nelle diverse fasi della vita Primo soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> Capacità comunicative e di intervista: imparare a interagire in dialoghi professionali con i clienti. Psicologia e sociologia: comprensione del comportamento umano e delle strutture sociali. Lavoro metodico: sviluppo di piani strutturati di supporto e orientamento. Legislazione e politiche: introduzione alle leggi e ai regolamenti relativi all'assistenza, ai servizi per i giovani e al sostegno sociale. Lavoro di squadra: facilitare e guidare le attività di gruppo. Osservazione e rendicontazione: imparare a osservare i clienti, redigere relazioni accurate e riflettere sulle azioni intraprese. Preparazione all'esperienza lavorativa: condotta professionale, riflessione, etica. Materie generali: olandese, aritmetica, educazione civica e inglese (facoltativo).

	ITALIA - CORSO OSS, QUALIFICA REGIONALE (REGIONE VENETO)	PAESI BASSI - ASSISTENTE SOCIALE
Aree di competenza/Materie	<p>C) Area relazionale (minimo 50 ore)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondamenti di psicologia - Comunicazione e relazioni con pazienti, caregiver e team di assistenza <p>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, art. 10 e allegato 1, pagg. 16-17 di 17)</p>	
Competenze acquisite	<p>Competenze fondamentali</p> <p>Le competenze definite dalle abilità e conoscenze essenziali includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistere le persone nel soddisfare i bisogni primari e nello svolgimento delle attività quotidiane. - Garantire l'igiene, la sicurezza e il comfort negli ambienti di vita e di cura. - Svolgere attività di assistenza sanitaria e socio-assistenziale. - Lavorare in modo collaborativo e integrarsi all'interno di team multidisciplinari. <p>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, Allegato 1, pag. 10 di 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare capacità di pensiero critico e di ragionamento accademico. - Apertura a nuove esperienze e paradigmi e impegno nell'apprendimento permanente.
Tirocinio	<p>Tirocinio (450 ore)</p> <p>I tirocini devono essere completati nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture sanitarie (150-180 ore): reparti di medicina/chirurgia per adulti, terapia semi-intensiva, reparti di osservazione per brevi degenze, ospedali comunitari, unità territoriali di riabilitazione, assistenza sanitaria domiciliare. - Ambienti socio-sanitari (150-180 ore): strutture residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti, strutture sanitarie e sociali per persone con disabilità, ospizi. - Ambienti sociali o educativi (100-130 ore): centri diurni, case di comunità, strutture residenziali o semiresidenziali per persone con disabilità o con dipendenze, servizi di salute mentale, servizi di inclusione sociale ed educativa, assistenza domiciliare. <p>(DGRV 883, Allegato B, pag. 11 di 20)</p>	<p>Ogni anno gli studenti completano un tirocinio che aumenta in durata e responsabilità. Le opportunità di tirocinio includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza ai giovani e alle famiglie - Servizi di sostegno per persone con disabilità - Organizzazioni di sostegno ai rifugiati - Centri comunitari e di quartiere - Servizi di sostegno e recupero per le dipendenze - Istituzioni di salute mentale (GGZ)
Aree di lavoro	<p>Riferimento – Quadro nazionale delle qualifiche professionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività di supporto in contesti di assistenza infermieristica (ospedali o case di cura) – ADA.19.01.22 - Servizi di assistenza sociale per persone svantaggiate (mense, trasporto sociale, distribuzione di beni di prima necessità, servizi di igiene personale) – ADA.19.02.14 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistente sociale - Operatore di sostegno residenziale - Operatore socio-assistenziale per giovani - Operatore di sostegno in centri di accoglienza o centri di salute mentale <p>Gli studenti possono proseguire gli studi presso istituti di istruzione professionale superiore (HBO) in settori quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza sociale - Istruzione - Psicologia applicata

	ITALIA - CORSO OSS, QUALIFICA REGIONALE (REGIONE VENETO)	PAESI BASSI - ASSISTENTE SOCIALE
Aree di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione di interventi di assistenza domiciliare per persone con esigenze di cura limitate – ADA.19.02.15 Assistenza primaria e sostegno ai bisogni fondamentali in strutture semiresidenziali e residenziali – ADA.19.02.17 <p>(Accordo Stato-Regioni n. 13/2024, Rep. Atti n. 1161, Allegato 1, pag. 10)</p>	

4.3 Punti di forza e sfide da affrontare per migliorare l'offerta formativa

Sulla base della loro esperienza, i partner del progetto hanno individuato una serie di punti di forza e sfide per migliorare l'attuale offerta formativa.

PUNTI DI FORZA	
Esperienza in Italia	Esperienza nei Paesi Bassi
<p>Qualifica riconosciuta a livello nazionale</p> <p>La qualifica ottenuta attraverso il corso OSS (Operatore Socio-Sanitario) viene rilasciata al termine di un programma di formazione regionale con un esame finale che certifica competenze ufficialmente riconosciute.</p> <p>Questa qualifica è valida a livello nazionale e può essere applicata in vari contesti assistenziali, tra cui sanità, assistenza sociale e sanitaria, assistenza sociale e ambiente educativo.</p>	<p>Forte attenzione alla formazione pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> A partire dal secondo anno, gli studenti svolgono due giorni di esperienza lavorativa alla settimana presso organizzazioni riconosciute, acquisendo una solida esperienza pratica e allineandosi alla pratica professionale. Compiti, esercizi di conversazione e portfolio aiutano gli studenti a sviluppare comportamenti e competenze professionali.
<p>Struttura estesa del curriculum in tre aree</p> <ul style="list-style-type: none"> Area socio-culturale, legislativa e istituzionale Area tecnica e operativa Area relazionale <p>Ogni area combina contenuti teorici e pratici, garantendo un'acquisizione completa del profilo professionale.</p>	<p>Enfasi sulle competenze generali e sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> Oltre alle materie principali, il programma di studi comprende olandese, matematica ed educazione civica. Una formazione specifica in tecniche di comunicazione, conversazione e presentazione sviluppa competenze direttamente applicabili nel campo del lavoro sociale. Comportamento e competenze.

PUNTI DI FORZA	
Esperienza in Italia	Esperienza nei Paesi Bassi
<p>Solida esperienza pratica</p> <ul style="list-style-type: none"> - I corsi OSS prevedono tirocini obbligatori presso strutture sanitarie e socio-assistenziali (ospedali, case di cura, comunità), offrendo un'esperienza pratica prima dell'ingresso nel mondo del lavoro. - L'esperienza lavorativa è spesso ricca e variegata grazie all'ampia gamma di contesti in cui un OSS può operare. 	<p>Flessibilità attraverso moduli opzionali</p> <p>Gli studenti possono scegliere corsi opzionali specialistici o più generali, che li aiutano a distinguersi nel mercato del lavoro o a passare più facilmente all'istruzione professionale superiore (HBO).</p>
<p>Ampia applicabilità del profilo professionale</p> <p>Il CV OSS può essere presentato in contesti sanitari (ospedali, autorità sanitarie locali), servizi sociali (case famiglia, centri diurni) e nel settore privato (assistenza domiciliare, cooperative).</p>	<p>Visione dell'UNESCO e competenze del XXI secolo</p> <p>In quanto scuola UNESCO, il programma integra temi globali, sociali e di sostenibilità in tutto il curriculum. Il pensiero critico, l'alfabetizzazione mediatica, l'imprenditorialità e la cittadinanza attiva sono fondamentali per questo approccio orientato al futuro.</p>
<p>Competenze trasferibili ben sviluppate</p> <p>1. I professionisti OSS sviluppano competenze interpersonali e lavorative chiave, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empatia e comunicazione con i pazienti vulnerabili - Capacità di lavorare in team multidisciplinari - Resistenza allo stress - Precisione nelle procedure igieniche e sanitarie - Flessibilità nei turni e nel carico di lavoro <p>La disponibilità a lavorare su turni (compresi quelli notturni e nei giorni festivi) è un requisito importante per molte strutture e dovrebbe essere evidenziata nel tuo CV.</p>	<p>Formazione modulare e flessibile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il college pone l'accento su un apprendimento modulare e flessibile, indipendente dal tempo e dal luogo. - Gli studenti possono seguire i moduli secondo i propri ritmi, promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione.
	<p>Ampio supporto agli studenti</p> <p>I servizi di supporto includono coaching per tecniche di studio, pianificazione, benessere emotivo, orientamento finanziario e tutoraggio accademico. Programmi come Actieplan Leerbanen e Route X aiutano gli studenti a conciliare studio e lavoro o a cambiare percorso, se necessario.</p>

SFIDE	
Esperienza in Italia	Esperienza nei Paesi Bassi
<p>Standardizzazione del profilo</p> <ul style="list-style-type: none"> - I programmi di formazione OSS sono molto simili in tutte le regioni, rendendo difficile distinguersi dagli altri candidati basandosi esclusivamente sulle qualifiche. - Di conseguenza, i CV possono spesso apparire generici o privi di originalità. 	<p>Livello di collaborazione interdisciplinare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebbene i progetti interdisciplinari siano sempre più diffusi, solo una minoranza dei programmi li offre attualmente come pratica standard. - Impatto: gli studenti di lavoro sociale potrebbero non avere l'opportunità di lavorare con colleghi di altri settori, come quello sanitario o della pubblica amministrazione.

SFIDE	
Esperienza in Italia	Esperienza nei Paesi Bassi
<p>Difficoltà nel mettere in evidenza le competenze trasversali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le competenze interpersonali e personali, essenziali nel lavoro OSS, sono difficili da rappresentare oggettivamente in un CV. - Esiste il rischio di utilizzare frasi generiche (ad esempio, "Sono una persona empatica") senza fornire esempi concreti. 	<p>Implementazione della flessibilità modulare</p> <ul style="list-style-type: none"> - La transizione verso l'istruzione modulare è ancora in corso e richiede una struttura chiara e coerente tra i vari programmi. - Impatto: gli studenti potrebbero riscontrare differenze nelle aspettative, nell'organizzazione e nelle opzioni personalizzate.
<p>Accesso limitato a ruoli di crescita professionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'avanzamento di carriera è limitato per i professionisti OSS senza qualifiche aggiuntive (ad esempio, diventare infermiere, educatore o coordinatore). - Ciò può portare nel tempo a CV statici, con scarsa evoluzione nel ruolo o nelle responsabilità. 	<p>Integrazione dell'IA e degli strumenti digitali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono in corso progetti pilota che coinvolgono l'IA nella progettazione dei programmi di studio e nell'insegnamento. - Impatto: un uso efficace dell'IA nell'insegnamento richiede sia la formazione degli insegnanti che l'accettazione da parte degli studenti.
<p>Disuguaglianze occupazionali o contratti precari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Molti professionisti OSS lavorano attraverso cooperative o con contratti a tempo determinato, il che può rendere i loro CV frammentari. - I reclutatori potrebbero percepire il profilo come instabile. 	<p>Garantire l'ammissione di studenti motivati e qualificati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conciliare le aspettative e la motivazione degli studenti con i requisiti del programma rimane una sfida. - Impatto: gli studenti demotivati possono influire sulla qualità e sul successo dei tirocini e dei progetti di gruppo.
<p>Scarsa digitalizzazione dei profili professionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - I professionisti OSS non sempre hanno familiarità con gli strumenti digitali per creare un CV efficace o utilizzare le piattaforme di lavoro online. - Spesso non esiste un profilo LinkedIn aggiornato o una presentazione digitale ben progettata. 	<p>Esperienza internazionale e interculturale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebbene la scuola integri la consapevolezza globale (visione dell'UNESCO, scambio virtuale), le opportunità di mobilità fisica sono diminuite durante la pandemia. - Impatto: gli studenti potrebbero non avere una preziosa esperienza interculturale, essenziale nei contesti di lavoro sociale diversificati di oggi.

05

Buone pratiche delle agenzie delle Nazioni Unite¹

Esistono pochissimi esempi di piani, programmi e politiche che affrontano le cause profonde della violenza contro le donne e le ragazze con disabilità. Una serie di documenti delle Nazioni Unite fornisce indicazioni su questo tema, definendo misure generali e specifiche per promuovere e proteggere i diritti delle donne con disabilità che subiscono qualsiasi forma di violenza.

Di seguito sono riportate alcune linee guida che possono essere seguite.

5.1 Rafforzare la capacità degli operatori che si occupano di violenza di genere di lavorare con le vittime di violenza con disabilità

Garantire che il personale disponga delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle competenze adeguate in materia di inclusione delle persone con disabilità è responsabilità di coloro che si occupano di violenza di genere. Le pratiche e gli approcci per l'inclusione delle persone con disabilità nei programmi contro la violenza di genere dovrebbero integrare la disabilità nello sviluppo o nella revisione dei programmi di studio e della formazione sulla violenza di genere. Ciò significa che il sostegno alle vittime di violenza di genere deve essere parte integrante dell'attività principale dei fornitori di servizi contro la violenza di genere.

¹ UNFPA-WEI_Linee guida_Disabilità_GBV_SRHR_FINAL_19-11-18_0; UNFPA, DONNE E GIOVANI CON DISABILITÀ - Linee guida per la fornitura di servizi basati sui diritti e sensibili alle questioni di genere per affrontare la violenza di genere e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, 2018; UNFPA, INCLUSIONE DELLA DISABILITÀ NEI PROGRAMMI SULLA VIOLENZA DI GENERE: PRATICHE PROMETTENTI E APPROCCI INNOVATIVI, 2023; OMS, Assistenza alle donne vittime di violenza: un programma di formazione dell'OMS per gli operatori sanitari. Edizione rivista, 2021

Per garantire che gli operatori e il personale dei servizi che si occupano di violenza di genere abbiano le conoscenze di base essenziali in materia, una buona pratica sarebbe quella di includere le conoscenze tecniche sulla violenza di genere e l'inclusione della disabilità come competenza auspicabile nei termini di riferimento e nelle descrizioni delle mansioni.

Garantire che i programmi contro la violenza di genere e a favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi siano non discriminatori e sensibili alla disabilità richiede una valutazione completa e un monitoraggio continuo di tutte le fasi del ciclo di vita del programma, al fine di assicurare che non sorgano ostacoli e che quelli esistenti vengano affrontati per le donne o i giovani con disabilità nell'accesso ai servizi.

5.2 Sviluppo delle capacità: titolari di diritti e responsabili

Sviluppo delle capacità: sviluppare le capacità sia dei titolari di diritti (donne e giovani con disabilità) che dei detentori di doveri (fornitori di servizi e personale di supporto):

TITOLARI DI DIRITTI

Aiutare le donne e i giovani con disabilità a comprendere e far valere i propri diritti attraverso programmi mirati di rafforzamento delle capacità. Tali programmi rientrano generalmente in tre categorie: (1) programmi sviluppati per le donne e i giovani con disabilità al fine di migliorare la loro conoscenza e comprensione dei propri diritti e dei servizi a loro disposizione; (2) feedback e coinvolgimento continui tra donne e giovani con disabilità, fornitori di servizi e personale di supporto; e (3) programmi di leadership e empowerment per donne e giovani con disabilità.

- Istituire gruppi di sostegno e reti tra pari guidati e strutturati da donne e giovani con disabilità, abbinati a un sostegno continuo secondo necessità.
- Creare spazi sicuri e inclusivi per lo sviluppo delle capacità delle donne e dei giovani con disabilità provenienti da contesti e identità diversi.
- Coinvolgere persone con e senza disabilità in programmi di sviluppo delle capacità adeguati all'età e al genere e coinvolgere altri attori, come gli assistenti e i familiari, in questi programmi.
- Sviluppare programmi che tengano conto dei diversi stili di comunicazione e di coinvolgimento, riconoscendo che la partecipazione è diversa per ciascuno. Ad esempio, un utente con disabilità intellettiva potrebbe aver bisogno di più tempo per fornire un feedback o di formati di comunicazione alternativi. I programmi dovrebbero essere strutturati in modo da lasciare spazio e flessibilità a diverse forme di partecipazione.

SOGGETTI RESPONSABILI

Fornire programmi di formazione completi per i fornitori di servizi e il personale di supporto sull'inclusione delle persone con disabilità, comprese le esigenze e le esperienze delle donne e dei giovani con disabilità, i meccanismi e le tecniche di accessibilità e gli adeguamenti ragionevoli.

- Garantire che i programmi di formazione affrontino tutte le diverse forme di disabilità e le relative esigenze di accessibilità e forniscano orientamenti specifici e attuabili.
- Rendere la formazione e la supervisione di supporto un requisito lavorativo costante. Offrire una formazione continua per assistere i fornitori di servizi e il personale di supporto, ad esempio nello sviluppo di ulteriori e pertinenti capacità di comunicazione.

- Per i ruoli di fornitori di servizi che richiedono un certificato o una laurea, come una laurea in medicina, creare moduli e programmi didattici che insegnino agli studenti come fornire servizi alle persone con disabilità. I programmi dovrebbero concentrarsi sullo sviluppo delle competenze e sull'esperienza pratica e non limitarsi ai concetti di inclusione della disabilità.
- Coinvolgere, ove possibile, istruttori con disabilità, poiché ciò aumenta l'efficacia della formazione e contribuisce a modificare le dinamiche di potere che altrimenti potrebbero contribuire allo stigma e alla discriminazione.
- Fornire opportunità di apprendimento esperienziale ai fornitori di servizi e al personale di supporto per consentire loro di acquisire sicurezza nella fornitura di servizi alle persone con disabilità.

5.3 Identificazione efficace delle esigenze

Sviluppare partnership efficaci e di sostegno incentrate sul miglioramento delle capacità e sull'integrazione dei servizi per evitare la diluizione dei finanziamenti e delle risorse.

- Impegnarsi a coordinarsi con le organizzazioni per le persone con disabilità guidate da donne e giovani e con i servizi che danno priorità e riflettono la parità di genere.
- Stabilire protocolli e accordi chiari con i settori sociali, sanitari e giudiziari competenti.
- Quando si sviluppano reti di riferimento, identificare chiaramente le responsabilità di ciascun servizio e organizzazione della rete.
- Assicurarsi che le procedure di coordinamento siano coerenti, note a tutti i fornitori di servizi e al personale di supporto e comunicate chiaramente alle donne e ai giovani con disabilità.
- Sviluppare misure di salvaguardia per rendere i fornitori di servizi e il personale di supporto responsabili di fornire i rinvii necessari, ove disponibili e appropriati. Ad esempio, una lista di controllo con domande di identificazione obbligatorie o supervisione.
- Creare sistemi di riferimento che richiedano il consenso informato prima di poter effettuare un riferimento e che includano misure di salvaguardia della privacy e della riservatezza della persona che effettua il riferimento.
- Ricorrere a coordinatori di casi qualificati per rispondere alle esigenze delle donne e dei giovani con disabilità, al fine di garantire la continuità dell'assistenza attraverso le reti.

Sviluppare relazioni con i fornitori locali di servizi di riabilitazione. I fornitori locali di servizi di riabilitazione possono essere risorse efficaci per la condivisione di conoscenze e risorse, nonché per mettere in contatto le donne e i giovani con disabilità con i servizi. I fornitori di servizi di riabilitazione basati sulla comunità hanno generalmente una buona comprensione delle esigenze di accessibilità delle persone con disabilità nelle loro comunità e, in molti casi, hanno instaurato rapporti con le donne e i giovani con disabilità nella comunità, sui quali possono fare affidamento i fornitori di servizi contro la violenza di genere e per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi (SRHR).

Adottare misure per identificare gli utenti dei servizi con disabilità che hanno subito o stanno subendo violenza di genere o violazioni dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva (SRHR). La fornitura di servizi, in particolare nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, è un prezioso punto di contatto per identificare le vittime/i sopravvissuti alla violenza, valutare i rischi e sviluppare un piano per gestirli e mitigarli.

- Gli operatori e il personale devono essere formati su come fornire assistenza in prima linea. È essenziale che lo screening di routine per la violenza di genere o le violazioni dei diritti sessuali e riproduttivi (SRHR) sia condotto solo quando gli operatori dei servizi e il personale di supporto hanno una solida formazione e reti di riferimento efficaci, altrimenti gli operatori e il personale rischiano di causare ulteriori traumi alla vittima/sopravvissuta.

Devono essere predisposti sistemi di segnalazione efficaci per mettere immediatamente in contatto la vittima/sopravvissuta con i servizi di cui ha bisogno.

- Sviluppare linee guida specifiche per l'identificazione che i fornitori di servizi e il personale possano utilizzare quando identificano una persona a rischio di sicurezza, comprese le situazioni in cui la sopravvissuta dipende dall'autore della violenza. I fornitori di servizi e il personale dovrebbero inoltre essere formati sulla pianificazione della sicurezza e sulla mitigazione di eventuali rischi per la donna o la giovane che l'identificazione potrebbe comportare.
- Stabilire procedure di identificazione coerenti e coordinate e un coordinamento tra le agenzie.
- Promuovere la creazione di spazi in cui le donne e i giovani con disabilità possano sentirsi al sicuro e sostenuti.
- Rispettare il diritto alla riservatezza e alla privacy delle donne e dei giovani con disabilità.

Bibliografia

- Rapporto dell'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Studio tematico sulla questione della violenza contro le donne e le ragazze e la disabilità, 2012
- UN WOMEN, Molestie sessuali nei confronti delle donne con disabilità nel mondo del lavoro e nei campus universitari, 2020
- [Commento generale n. 16: Il diritto uguale degli uomini e delle donne al godimento di tutti i diritti economici, sociali e culturali \(art. 3 del Patto\)](#)
- [Raccomandazione generale n. 19 della CEDAW: Violenza contro le donne](#)
- Relatore speciale sui diritti delle persone con disabilità, *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle ragazze e delle giovani donne con disabilità*, 2017
- Relazione della Relatrice speciale sulla violenza contro le donne e le ragazze, le sue cause e conseguenze, Prostituzione e violenza contro le donne e le ragazze, 2024
- UNFPA-WEI_Linee guida_Disabilità_GBV_SRHR_FINAL_19-11-18_0
- UNFPA, DONNE E GIOVANI CON DISABILITÀ - Linee guida per la fornitura di servizi basati sui diritti e sensibili alle questioni di genere per affrontare la violenza di genere e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, 2018
- UNFPA, INCLUSIONE DELLA DISABILITÀ NEI PROGRAMMI CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE: PRATICHE PROMETTENTI E APPROCCI INNOVATIVI, 2023
- OMS, Assistenza alle donne vittime di violenza: programma di formazione dell'OMS per gli operatori sanitari. Edizione rivista, 2021
- CoE, Prevenire e combattere la violenza contro le donne con disabilità, 2023
- [Direttiva \(UE\) 2024/1385 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 maggio 2024, sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica](#)
- Forum europeo delle persone con disabilità – EDF, Violenza contro le donne e le ragazze con disabilità nell'Unione europea - Raccomandazioni sulle politiche dell'UE per combattere la violenza contro le donne e le ragazze con disabilità, 2021
- EDF, Relazione europea sui diritti umani: Capacità giuridica: scelta e controllo personali, 2024
- EDF, Recepimento della direttiva UE sulla lotta alla violenza contro le donne, 2025
- Inclusion Europe, La vita dopo la violenza – uno studio su come le donne con disabilità intellettive affrontano la violenza subita nelle istituzioni, 2018
- GREVIO, Relazione di valutazione di base Italia, 2020
- GREVIO, Relazione di valutazione di base sui Paesi Bassi, 2020
- Pirkko Mahlamaki, Violenza di genere contro le donne e le ragazze con disabilità, 2021. CoE, Prevenire e combattere la violenza contro le donne con disabilità, 2023

Web

- www.ohchr.org
- [Diritto dell'Unione europea - EUR-Lex](#)
- [Home - Eurostat](#)

CARE-INT

