

MANIFESTO LESSICALETO

SITdA
Cluster AA

ADOLFO F. L. BARATTA
CHRISTINA CONTI
VALERIA TATANO

PER L'ACCESSIBILITÀ
AMBIENTALE

50 PAROLE PER
PROGETTARE
L'INCLUSIONE

a cura di

Adolfo F. L. Baratta, Christina Conti, Valeria Tatano

MANIFESTO LESSICALE PER L'ACCESSIBILITÀ AMBIENTALE

50 parole per progettare l'inclusione

Il presente volume è pubblicato in modalità Open Access Gold.
Il file della pubblicazione è liberamente scaricabile dalla piattaforma Anteferma Open Books (www.anteferma.it/aob/)



Anteferma Open Books è la piattaforma per pubblicazioni scientifiche che, rispettando gli standard etici e qualitativi di Anteferma, mette a disposizione i contenuti dei volumi ad accesso aperto.

CLUSTER AA | **06**
ISSN 2704-906X

Manifesto lessicale per l'Accessibilità Ambientale

50 parole per progettare l'inclusione

a cura di Adolfo F. L. **Baratta**, Christina **Conti**, Valeria **Tatano**

ISBN 979-12-5953-087-5 (digitale)
prima edizione novembre **2023**

Editore

Anteferma Edizioni srl

Via Asolo 12, Conegliano (TV)

edizioni@anteferma.it

progetto grafico Antonio **Magarò**

Copyright



Questo lavoro è distribuito sotto Licenza Creative Commons.
Attribuzione – Non commerciale – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**



Collana **CLUSTER AA Accessibilità Ambientale**

I volumi inseriti in questa collana sono soggetti a procedura di double blind peer review

Direttore della Collana

Christina **Conti**, Università degli Studi di Udine

Comitato Scientifico della Collana

Erminia **Attaianese**, Università degli Studi Napoli Federico II
Adolfo F. L. **Baratta**, Università degli Studi Roma Tre
Maria Antonia **Barucco**, Università Iuav Venezia
Laura **Calcagnini**, Università degli Studi Roma Tre
Massimiliano **Condotta**, Università Iuav Venezia
Daniel **D'Alessandro**, Universidad de Morón, Buenos Aires (Argentina)
Michele **Di Sivo**, Università degli Studi G. d'Annunzio Chieti Pescara
Antonio **Lauria**, Università degli Studi di Firenze
Lucia **Martincigh**, Università degli Studi Roma Tre
Luca **Marzi**, Università degli Studi di Firenze
Paola **Pellegrini**, Xi'an Jiaotong-Liverpool University, Suzhou (Cina)
Nicoletta **Setola**, Università degli Studi di Firenze
Valeria **Tatano**, Università Iuav Venezia
Dario **Trabucco**, Università Iuav Venezia
Renata **Valente**, Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

Aderenti al Cluster Accessibilità Ambientale 2023

Chiara Agosti, Luigi Alini, Veronica Amodeo, Jacopo Andreotti, Emilio Antoniol, Vitangelo Ardito, Erminia Attaianese, Adolfo F.L. Baratta, Morena Barilà, Maria Antonia Barucco, Oscar Eugenio Bellini, Elena Bellini, Francesco Bertiato, Roberto Bosco, Laura Calcagnini, Cristiana Cellucci, Massimiliano Condotta, Christina Conti, Maria De Santis, Nicoletta Faccitondo, Pietro Ferrara, Elena Giacomello, Francesca Giofrè, Ludovica Gregori, Angela Lacirignola, Antonio Magarò, Michele Marchi, Massimo Mariani, Lucia Martincigh, Luca Marzi, Miceal Milocco Borlini, Giuseppe Mincoelli, Eletta Naldi, Ilaria Oberti, Nicola Panzini, Ambra Pecile, Mariangela Perillo, Alice Paola Pomè, Vito Quadrato, Rosaria Revellini, Mirko Romagnoli, Linda Roveredo, Rossella Roversi, Lorenzo Savio, Giacobbe Savino, Chiara Scanagatta, Simone Secchi, Nicoletta Setola, Andrea Tartaglia, Valeria Tatano, Dario Trabucco, Luca Trulli, Renata Valente, Luigi Vessella, Elisa Zatta.

Della stessa collana:

Baratta, A.; Conti, C.; Tatano, V. [2019]. *Abitare inclusivo. Il progetto per una vita autonoma e indipendente*.
Trabucco, D.; Giacomello, E.; Belmonte, M. [2020]. *Mobilità verticale per l'accessibilità. Oltre il Quadrato e la X*.
Germanà, L. M.; Prescia, R. [2021]. *L'accessibilità del patrimonio architettonico. Approcci ed esperienze tra tecnologia e restauro*.
Trabucco, D.; Giacomello, E. [2022]. *Tecnologie intelligenti per l'accessibilità ambientale. Atti della conferenza OQX - Oltre il Quadrato e la X*.
De Santis, M.; Marzi, L.; Secchi, S.; Setola, N. [2023]. *Specie di Spazi. Promuovere il benessere psico-fisico attraverso il progetto*.

Il presente volume riporta parte del risultato di una attività di ricerca inter-universitaria che si colloca nel più ampio programma del Cluster AA della SITdA che aggrega studiosi, ricercatori e docenti universitari con competenze specifiche della disciplina della Tecnologia dell'Architettura costituendosi quale luogo di scambio di informazioni, di conoscenza e di confronto, anche con funzione di sensore dei contesti per una progettazione tecnologica in chiave inclusiva di soluzioni accessibili.

Il Manifesto lessicale per l'Accessibilità Ambientale è stato realizzato nell'ambito del Cluster Accessibilità Ambientale della SITdA - Società Italiana della Tecnologia dell'Architettura ed è stato finanziato con il contributo della SITdA, dell'Università Iuav di Venezia, del Dipartimento di Architettura dell'Università degli Studi Roma Tre e dell'Università degli Studi di Udine (nell'ambito delle iniziative a supporto del Piano Strategico di Ateneo 2022-25 - Progetto Interdipartimentale ESPeRT).

INDICE

- 7 Presentazione
Mario Losasso – Presidente SITdA
- 9 Prefazione
Adolfo F. L. Baratta, Christina Conti e Valeria Tatano
- 11 Accessibilità. Elementi per la definizione di un campo d'indagine
Antonio Lauria
-
- 27 Abilità e abilismo
- 32 Accessibilità al patrimonio storico
- 39 Accessibilità ambientale
- 44 Accomodamento ragionevole
- 50 *Affordance*
- 54 *Age-friendly/A* misura di età
- 57 Ambiente
- 62 Ambiente protesico
- 68 Antropometria
- 73 Architettura ostile
- 79 Ausili (e supporti)
- 85 Autodeterminazione
- 91 Autorappresentanza
- 98 Barriera architettonica
- 103 Barriera cognitiva
- 108 Barriera senso-percettiva
- 113 Capacità di carico
- 118 Criticità ambientale
- 122 Cura/Prendersi cura
- 128 *Deafspace*
- 134 *Design for All*
- 140 *Design for Health*
- 146 Disabilità
- 150 Disabilità intellettuale, cognitiva, motoria e sensoriale
- 156 *Disability Manager*
- 161 Equità e uguaglianza
- 168 Ergonomia

174	Fruibilità
181	Giardino terapeutico/ <i>healing garden</i>
186	Gradino agevolato
190	<i>Human/User Centered Design</i>
194	Inclusione
199	Istituzioni totali
203	Livello di Accessibilità
208	Linea di Orientamento Guida e Sicurezza (LOGES) e <i>Loges-Vet-Evolution</i> (LVE)
214	Mobilità
219	Neurodiversità/Neurodivergenza
226	Persona con disabilità
232	Piano di Accessibilità Urbana (P.A.U.)
239	Piani per l'Eliminazione delle Barriere Architettoniche (P.E.B.A.)
245	Progettazione inclusiva/ <i>Inclusive Design</i>
249	Progettazione universale/ <i>Universal Design</i>
253	Progetto flessibile
258	Progetto per l'accessibilità, adattabilità e visitabilità
262	Prossemica
269	Punto di minor resistenza
274	Sicurezza inclusiva in condizioni di emergenza
280	Tecnologie abilitanti e assistive
286	Variabilità umana
290	<i>Wayfinding</i> /Orientamento
298	Riferimenti normativi
302	Autrici e autori





Design for Health

Il *Design for Health* si afferma in tempi piuttosto recenti all'interno dell'ambito di studio che definisce l'ambiente costruito come uno dei determinanti della salute umana [Rao *et al.* 2007]. Tale ambito di studio, nato all'interno della disciplina di Igiene e Salute Pubblica (*Public Health*), oggi comprende anche altre discipline (architettura, urbanistica, design, medicina, neurologia, psicologia, sociologia, geografia), ognuna delle quali instaura una relazione con il concetto di salute.

La relazione tra discipline costituisce un problema complesso, come dimostra bene la *health map* (mappa della salute) elaborata da Barton e Grant [2006]: essa sintetizza le relazioni che esistono tra persone, ambiente, economie ed ecosistemi, facendo emergere come l'ambiente in cui una comunità vive, le dimensioni e i determinanti dell'ambiente costruito, e la presenza di diversi livelli di naturalità, condizionano la salute delle persone e le reti sociali.

La presa di coscienza di tale relazione da parte del mondo dell'architettura si è arricchita nel tempo a seguito di vari passaggi e di uno scambio interdisciplinare con il mondo della medicina. L'inizio del XX secolo è stato caratterizzato dalla consapevolezza delle molteplici conseguenze negative per la salute legate alle cattive condizioni di molti spazi abitativi, sorte a seguito della rivoluzione industriale e dell'inurbamento delle città a fine Ottocento, che hanno portato a intraprendere studi e ricerche su nuovi modelli e tipologie edilizie fino ad

arrivare alla definizione di standard igienico-sanitari.

La necessità di migliorare la possibilità per le persone di godere di luce naturale, aria pulita, sole e ventilazione adeguata nello spazio abitativo ha rappresentato un fattore chiave per la progettazione di aree residenziali più salubri. Gehl *et al.* [2011, p. 43], rileggendo la storia, parlano di "aspetti fisiologici e funzionali" dello spazio, indicando nel benessere fisiologico degli utenti il tema principale di interesse.

Successivamente il concetto di salute si è esteso alla necessità di includere il benessere sociale e mentale degli individui.

Si legge nella *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) del 1946 che la salute è da intendersi come uno "stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

Dunque, il progetto non è solo per un ambiente salubre, ma anche per un ambiente sano/salutare secondo l'accezione del nuovo concetto di salute.

Gli edifici e gli spazi urbani in cui si vive possono diventare un mezzo per supportare la salute o addirittura per promuoverla. Allora il progetto, oltre ad assecondare funzioni, attività ed esperienze estetiche degli utenti, mira anche a costruire edifici sani, e più in generale luoghi sani in cui vivere (*healthy places*) [Urban Land Institute, 2015]. Successivamente si fa strada la consapevolezza del compito dell'architettura e del progetto nei confronti della salute: la *Architecture for Health* non riguarda solo gli architetti esperti in edilizia sanitaria (*healthcare design*) ma tutti i progettisti [Dannenbergh e Burpee, 2018], e il *Design for Health* è visto in funzione di una architettura sostenibile e terapeutica in tutti gli ambiti [AD, 2017]. Dal 2020 la pandemia da COVID-19 non solo ha evidenziato ancora una volta il ruolo dell'ambiente costruito nel preservare il benessere e la salute delle persone, ma ha anche aumentato la consapevolezza e la sensibilità della popolazione sul tema della salute, del vivere sano in termini di accesso ai servizi e ai luoghi pubblici, possibilità di avere relazioni sociali, possibilità di svolgere attività fisica. Nell'ambito accademico e professionale degli esperti di salute e architettura è significativa la dichiarazione del presidente di UIA – PHG (International Union of Architects – Public Health Group) Ray Pentecost che ha proclamato il 2022 come anno del *Design for Health*. HERD (*Health*

Environment Research and Design Journal), la rivista più autorevole a livello internazionale che si occupa di progetto e salute sia dal punto di vista scientifico sia professionale, ha dato eco a questo messaggio; nell'editoriale infatti viene riproposta una visione del progetto per la salute: "*design that protect health, design that develop better health, design that restores health once it impaired*" [Hamilton, 2022, p. 1].

Tali dimensioni riguardano tutte le pratiche del progetto a tutte le scale, dall'edificio, alla città, al paesaggio.

Il *Design for Health* – in italiano Progetto per la salute/Progettare per la salute – indica dunque un modo di progettare che pone particolare attenzione ad analizzare gli impatti, indiretti e diretti, che l'ambiente costruito ha sulla salute fisica, percettiva, mentale, sociale delle persone [Tseklevs e Cooper, 2017]. Il *Design for Health* non riguarda solo quegli edifici che in qualche modo si prendono cura delle persone, come gli ospedali, le cliniche riabilitative, le strutture di cura primarie, le residenze sanitarie assistenziali, ma anche tutti gli edifici e gli spazi urbani in cui le persone vivono.

Possiamo parlare di due diverse scale che interessano il *Design for Health*: quella dell'edificio, che comprende gli studi su *Healthy Buildings* e *Health Promoting Buildings*, e quella urbana che affronta i temi delle *Healthy Cities* e *Healthy Neighborhoods*.

Un edificio sano (*Healthy Building*) supporta la salute e il benessere delle persone che vi abitano attraverso l'adozione di scelte edilizie responsabili dal punto di vista ambientale.

I fondamenti di un edificio sano sono comfort *indoor*: ventilazione, qualità dell'aria, salute termica, umidità, polveri e parassiti, sicurezza e protezione, qualità dell'acqua, rumore, illuminazione e visuali [Allen *et al.*, 2017]. Ma, considerando i concetti sopra esposti, un edificio sano è anche un edificio che supporta la fisiologia e i sensi, in cui viene ridotto lo stress per l'utente, in cui ci sono spazi per la socializzazione, un edificio che crea ambienti rigenerativi per il fisico e per la mente, che promuove la prossimità, la visibilità degli spazi verdi, ricco di arte, privo di barriere architettoniche fisiche e percettive, e che favorisce una esperienza positiva per l'utente.

L'architettura può avere anche un ruolo proattivo nel promuovere la salute, invogliando gli utenti a comportamenti e stili di vita sani. Ad esempio, un edificio che favorisce l'attività fisica, posizionando le scale in un punto ben visibile e caratterizzandole in modo che l'utente sia invogliato a percorrerle, che incoraggia l'accesso a cibo sano e acqua potabile, che è facilmente raggiungibile in bici o con mezzo pubblico, che favorisce le relazioni sociali, offre spazi gioco per i bambini, è chiamato *Health Promoting Building* (edificio che promuove salute).

Assecondando il concetto di promozione della salute espresso dalla OMS nella *Carta di Ottawa* (1986) un edificio che promuove la salute ha l'obiettivo di supportare "il processo che consente alle persone di aumentare il controllo e di migliorare la propria salute", includendo nel termine "salute" non solo la dimensione fisica, ma anche quella mentale, sociale e spirituale. Nel 2007, a opera della OMS, è nato il network degli *Health Promoting Hospitals* al fine di migliorare la qualità della salute dei pazienti, e parallelamente ricerche e azioni sulle *Health Promoting Schools* e *Health Promoting Universities*.

Alla scala urbana il progetto per la salute (incluse le dimensioni della salute mentale, dell'inclusione sociale e della partecipazione) necessita di un approccio interdisciplinare. Per realizzare tale approccio spaziale integrato per creare salute nelle città e strumenti che mettano in relazione i diversi attori degli interventi la OMS ha lanciato negli anni Ottanta il *network Healthy Cities Initiative*, attivo ancora oggi, il quale, raccogliendo buone pratiche che usano la pianificazione urbana in funzione della salute, evidenzia come un approccio alla salute basato sul luogo/ambiente sia sempre più necessario oggi per ottenere città sane e resilienti.

A questo hanno fatto seguito una serie di iniziative e ricerche che hanno condotto allo sviluppo dell'*Urban*

Health come primo passo per una salute integrata dentro le politiche urbane per rendere le città sane [WHO-UNHabitat, 2020], fino ad arrivare alla sfida dell'approccio *Planetary Health* [WHO, 2021].

A livello nazionale tale approccio si declina con la riforma per la formazione della nuova organizzazione istituzionale e sistemica costituita dalla rete "Salute-Ambiente-Clima" (SNPS) [Lucentini e Rossi, 2021 p.21] che prevede, tra le altre azioni, il "sostegno allo sviluppo alla pianificazione urbana per ambienti più sani, più inclusivi, più sicuri, resilienti, sostenibili". All'interno della città sana vi sono alcuni temi che sono affrontati alla scala urbana, come ad esempio la mobilità sostenibile e l'inquinamento dell'aria, altri che sono affrontati alla scala del quartiere in quanto proprio i quartieri insieme alle comunità sono i *setting* della vita quotidiana in cui viene creata la salute, essendo i luoghi in cui "*people live, love, work, shop and play*" come ricorda la *Carta di Ottawa* della OMS dal 1986. I temi dell'*Healthy Neighborhood* (quartiere sano) riguardano il progetto di spazi aperti verdi e accessibili, spazi ricreativi e di gioco dove stare in tranquillità, percorsi accessibili a tutti, spazi per le interazioni sociali, spazi di supporto alle iniziative della comunità, spazi dove fare attività fisica spontanea, spazi di valore estetico e identitario che aumentino il senso di appartenenza.

Considerando inoltre la transizione demografica cui la popolazione del mondo occidentale è soggetta, per cui nei prossimi anni sarà maggiore il numero di anziani che presentano patologie cronico-degenerative con conseguenze importanti in termini di disabilità, l'ambiente urbano può determinare salute e benessere ed essere fattore di sviluppo di un invecchiamento sano per la popolazione [Grant *et al.* 2017].

In architettura diversi approcci e teorie per il progetto – come, ad esempio, il *Biophilic Design* e il *Salutogenic Design* – basati su evidenze scientifiche (*Evidence Based Design*), ad oggi implementate nel campo della ricerca e utilizzate dai professionisti, sottolineano come un edificio può supportare la salute fisica e mentale degli utenti influenzando non solo il processo di cura e benessere della persona ma anche l'esperienza degli utenti.

La teoria dell'*Evidence Based Design* [Ulrich *et al.*, 2008], che nasce all'interno degli studi legati all'edilizia sanitaria, mette in evidenza, attraverso un processo che raccoglie prove scientifiche (appunto evidenze), come le caratteristiche spaziali, funzionali, ambientali, relazionali e psico-percettive dell'ambiente, possano influenzare gli *outcome* di salute dei pazienti e il benessere psico-fisico di pazienti e operatori sanitari. Gli ultimi studi sottolineano come sia più opportuno parlare di *Evidence-Informed Design*

[Codinhoto, 2017], in quanto il progetto di architettura può essere caratterizzato/ispirato dalla raccolta di evidenze, dato che gli studi scientifici non possono essere generalizzati ma vanno testati e verificati nei diversi contesti.

L'approccio al progetto salutogenico, *Salutogenic Design* [Golembiewski, 2017], indica un approccio che mira a favorire la salute attiva piuttosto che limitarsi a trattare la malattia; ad utilizzare quei fattori dell'ambiente che creano benessere, piuttosto che quelli che causano malattie; mirare alla prevenzione piuttosto che alla cura.

Il *Biophilic Design* [Salingaros, 2015] promuove il coinvolgimento con la natura per aiutare il processo di guarigione, migliorare l'umore e il morale degli utenti, migliorare i rapporti e le relazioni, ridurre lo stress e limitare la percezione del dolore, attraverso la progettazione degli spazi che tengano conto della luce naturale, della permeabilità spaziale, del coinvolgimento sensoriale, delle morfologie e forme organiche, dei processi e mo-

delli naturali come la geometria frattale. L'*Active Design* è un approccio alla progettazione che mira a creare spazi urbani ed edifici che promuovono l'attività fisica e il benessere dei residenti, integrando l'attività fisica nella routine quotidiana come camminare, andare in bicicletta, salire le scale, ma anche utilizzare sistemi di arredo urbano che favoriscono il movimento; il tutto preservando sicurezza e accessibilità per tutti a tutti gli spazi. La città di New York è stata pioniera nel redigere le *Active Design Guidelines* nel 2010. Il *Sensory Design* [Malnar e Vodvarka, 2003] mira a progettare ambienti che tengano conto del modo di percepire lo spazio attraverso i cinque sensi, offrendo stimolazioni sensoriali come luce, suoni, colori, odori, materiali, che possono essere controllate per influenzare le esperienze delle persone, producendo ad esempio rilassamento, emozioni positive, riduzione del dolore. Sono ambienti di particolare importanza come spazi terapeutici per le persone con disabilità cognitiva e neurodiversità.

Bibliografia

- AD, Architectural Design [2017]. *Special Issue Design for Health: Sustainable Approaches to Therapeutic Architecture*, 87(2), pp. 1-136.
- Allen, J. G. et al. [2017]. *The 9 Foundations of a Healthy Building*. Boston (US-MA): Harvard T.H. Chan School of Public Health.
- Barton, H.; Grant, M. [2006]. "A health map for the local human habitat", *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), pp. 252-253.
- Codinhoto, R. [2017]. "Healing architecture" in Tseklevs, E.; Cooper, R. (a cura di), *Design for Health*. New York (US-NY): Routledge, pp. 111-153.

- Dannenberg, A.; Burpee, H. [2018]. "Architecture for Health Is Not Just for Healthcare Architects", *HERD: Health Environments Research e Design Journal*, 11(2), pp. 8-12.
- Golembiewski, J. A. [2017]. "Salutogenic Architecture in Healthcare Settings" in Mittelmark MB; Sagy S; Eriksson M; Bauer G; Pelikan JM; Lindström B; Espnes GA (a cura di), *The Handbook of Salutogenesis*. Berlin (DE): Springer, pp. 267-276.
- Gehl, J. [2011]. *Life Between Buildings: Using Public Space*. Washington: Island Press.
- Grant, M. et al. [2017]. "Cities and health: an evolving global conversation", *Cities e Health*, 1(1), pp. 1-9.
- Hamilton, D. K. [2022]. "The Year of Design for Health", *HERD: Health Environments Research e Design Journal*, 15(4), pp. 13-15.
- Lucentini, L.; Rossi, P. [2021]. "Salute, ambiente e clima: sviluppo di un modello di sanità pubblica ecologica", *Monitor*, 45, pp. 19-22.
- Malnar, J. M.; Vodvarka, F. [2004]. *Sensory Design*. Minneapolis (US-MN): University of Minnesota Press.
- Rao, M.; Prasad, S.; Adshead, F.; Tissera, H. [2007]. "The built environment and health", *Lancet*, 370(9593), pp. 1111-1113.
- Salingaros, N. A. [2015]. *Biophilia and healing environments. Healthy principles for designing the built world*. New York (US-NY): Metropolis magazine e Terrapin Bright-Green.
- Urban Land Institute [2015]. *Building Healthy Places Toolkit: Strategies for Enhancing Health in the Built Environment*. Washington (US-DC): Urban Land Institute.
- Tsekleves, E.; Cooper, R. [2017]. *Design for Health*, New York (US-NY): Routledge.
- WHO [2021]. *Health promotion glossary of terms 2021*. Ginevra (CH): World Health Organization.
- WHO e UN-Habitat [2020]. *Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook*. Ginevra (CH): World Health Organization.
- Ulrich, R. S. et al. [2008]. "A review of the research literature on evidence-based healthcare design", *HERD: Health Environments Research e Design Journal*, 1(3), pp. 61-125.

Riferimenti normativi

Circolare 425/1967

Circolare del Ministero dei Lavori Pubblici n. 425 del 29 gennaio 1967, "Standard residenziali".

Circolare 4809/1968

Circolare del Ministero dei Lavori Pubblici n. 4809 del 19 giugno 1968, "Norme per assicurare la utilizzazione degli edifici sociali da parte dei minorati fisici e per migliorarne la godibilità generale".

Legge 118/1971

Legge n. 118 del 30 marzo 1971, "Norme in favore dei mutilati ed invalidi civili".

D.M. 18/12/1975

Decreto Ministeriale del 18 dicembre 1975. Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro per la Pubblica Istruzione, "Norme tecniche aggiornate relative all'edilizia scolastica, ivi compresi gli indici di funzionalità didattica, edilizia e urbanistica, da osservarsi nella esecuzione di opere di edilizia scolastica".

D.P.R. 384/1978

Decreto del Presidente della Repubblica n. 384 del 27 aprile 1978, "Regolamento di attuazione dell'art. 27 della Legge n. 118/71 a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici".

D.M. 10/09/1986

Decreto Ministeriale del 10 settembre 1986. Ministro dell'Interno, "Nuove norme di sicurezza per la costruzione e l'esercizio di impianti sportivi".

Legge 13/1989

Legge n. 13 del 9 gennaio 1989, "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati".

D.M. 236/1989

Decreto del Ministro dei Lavori Pubblici n. 236 del 14 giugno 1989, "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche".

D.M. 321/1989

Decreto del Ministero della Sanità n. 321 del 29 agosto 1989, "Regolamento recante criteri per programmazione interventi e coordinamento enti competenti in edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11-3-1988, n. 67".

Circolare 259/1990

Circolare Ministeriale – Ministero della Marina Mercantile n. 259/1990, “Serie II, demanio marittimo, relativa al superamento delle barriere architettoniche negli stabilimenti balneari”.

Legge 104/1992

Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

D.P.R. 503/1996

Decreto del Presidente della Repubblica n. 503 del 24 luglio 1996, “Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici”.

Legge 68/1999

Legge n. 68 del 12 marzo 1999, “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”.

Direttiva 2000/78/CE

Consiglio Unione Europea, Direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000, che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

D.M. 10/05/2001

Decreto del Ministero per i Beni e le Attività Culturali del 10 maggio 2001, “Atto di Indirizzo sui criteri tecnico-scientifici e sugli standard di funzionamento e sviluppo dei musei”.

D.P.R. 380/2001

Decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 6 giugno 2001, “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia”.

Circolare 01/032002

Circolare del Ministero dell’Interno del 1° marzo 2002, n. 4, “Linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili. In collaborazione con la Consulta nazionale delle persone disabili e delle loro famiglie”.

D.lgs. 216/2003

Decreto legislativo n. 216 del 9 luglio 2003, “Attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro”.

D.lgs. 42/2004

Decreto legislativo n. 42 del 22 gennaio 2004, “Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell’articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137”.

NU, 2006

Convenzione delle Nazioni Unite del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con Legge n.18/2009.

Decreto MiBAC 21/11/2007

Decreto del Ministero per i Beni e le Attività Culturali del 21 novembre 2007, “Modalità di accesso ai finanziamenti destinati ad interventi per la creazione di percorsi museali, bibliotecari e archivistici, finalizzati alla fruizione da parte di ipovedenti, non vedenti e persone con disabilità”.

Decreto MiBAC 28/03/2008

Decreto del Ministero per i Beni e le Attività Culturali del 28 marzo 2008, “Linee guida per il superamento delle barriere architettoniche nei luoghi di interesse culturale”.

Legge 18/2009

Legge n. 18 del 3 marzo 2009, “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”.

D.M. 03/08/2015

Decreto del Ministero dell'Interno del 3 agosto 2015, “Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139” e Testo coordinato dell'allegato I del DM 3 agosto 2015. Codice di prevenzione incendi (Edizione in vigore dal 1° gennaio 2023).

Circolare 80/2016

Circolare della Direzione generale musei n. 80 del 1° dicembre 2016, “Raccomandazioni in merito all'accessibilità a musei, monumenti, aree e parchi archeologici”.

D.P.C.M. 12/01/2017

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Decreto MiBAC 27/06/2017

Decreto del Ministero per i Beni e le Attività Culturali del 27.06.2017, “Linee guida per la redazione del Piano per l'eliminazione delle barriere architettoniche (P.E.B.A.) nei musei, complessi monumentali, aree e parchi archeologici”.

Circolare 18/07/2018

Circolare del Ministero dell'Interno n. 11001/1/110/(0) del 18 luglio 2018, “Linea guida per l'individuazione delle misure di contenimento del rischio in manifestazioni pubbliche con peculiari condizioni di criticità”.

Direttiva UE 882/2019

Direttiva (UE) 2019/882 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi.

Riferimenti a standard nazionali e internazionali

BS 7000-6:2005

British Standards Institute. BS 7000-6: 2005. Design management systems. Part 6: Managing inclusive design-Guide. British Standards Institute, London, UK.

UNI/PdR 24:2016

Prassi di riferimento UNI 24: 2016. Abbattimento barriere architettoniche – Linee guida per la riprogettazione del costruito in ottica universal design.

BS 8300-1:2018

British Standards Institute. BS 8300-1: 2018. Design of an accessible and inclusive built environment, Part 1: External environment – Code of practice, British Standards Institute, London, UK. § Terms and definitions.

ISO 23599:2019

ISO 23599: 2019. Assistive Products for Blind and Vision-Impaired Persons – Tactile Walking Surface Indicators.

UNI EN 17161:2019

UNI EN 17161: 2019. Design for All. Accessibility following a Design for All approach in products, goods and services – Extending the range of users.

UNI/PdR 92:2020

Prassi di riferimento UNI 92: 2020. Stabilimenti balneari – Linee guida per la sostenibilità ambientale, l'accessibilità, la qualità e la sicurezza dei servizi.

UNI CEI EN 17210:2021

UNI CEI EN 17210: 2021. Accessibilità e usabilità dell'ambiente costruito. Requisiti funzionali.

UNI CEI CEN/TR 17621:2021

UNI CEI CEN/TR 17621: 2021. Accessibilità e usabilità dell'ambiente costruito. Criteri e specifiche prestazionali.

ISO 21542: 2021

ISO 21542: 2021. Building construction. Accessibility and usability of the built environment.

UNI EN ISO 9999:2022

UNI EN ISO 9999: 2022. Prodotti di assistenza per persone con disabilità. Classificazione e terminologia.

UNI 11123:2022

UNI 11123: 2022. Criteri per la progettazione dei parchi e delle aree ricreative all'aperto.

UNI/PdR 131:2023

Prassi di riferimento UNI 131: 2023. Accessibilità dei servizi offerti da strutture ricettive, stabilimenti termali e balneari, e impianti sportivi – Requisiti e check-list.

Autrici e autori

Le autrici e gli autori del volume sono soci della Società Italiana di Tecnologia dell'Architettura e aderiscono al Cluster Accessibilità Ambientale: in quanto tali, tutti svolgono attività di ricerca e/o didattica sul tema specifico dell'accessibilità ambientale e della progettazione inclusiva.

Veronica Amodeo

PhD candidate, Università degli Studi di Firenze

Vitangelo Ardito

Professore ordinario, Politecnico di Bari

Erminia Attaianese

Professoressa associata, Università degli Studi di Napoli Federico II

Adolfo F. L. Baratta

Professore associato, Università degli Studi Roma Tre

Elena Bellini

PhD, assegnista di ricerca, Università degli Studi di Firenze

Francesco Bertiato

PhD candidate, Università degli Studi di Firenze

Roberto Bosco

PhD candidate, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

Laura Calcagnini

Ricercatrice RTDa, Università degli Studi Roma Tre

Cristiana Cellucci

Ricercatrice RTDb, Università Iuav di Venezia

Massimiliano Condotta

Professore associato, Università Iuav di Venezia

Christina Conti

Professoressa associata, Università degli Studi di Udine

Maria De Santis

Professoressa associata, Università degli Studi di Firenze

Savino Giacobbe

Collaboratore alla ricerca, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

Elena Giacomello

Ricercatrice RTDa, Università Iuav di Venezia

Francesca Giofrè

Professoressa associata, Sapienza Università di Roma

Ludovica Gregori

PhD candidate, Università degli Studi di Firenze

Angela Lacirignola

Componente del Centro Turin Accessibility Lab, Politecnico di Torino

Antonio Magarò

PhD, assegnista di ricerca, Università degli Studi Roma Tre

Massimo Mariani

PhD, assegnista di ricerca, Università degli Studi Roma Tre

Lucia Martincigh

Già professoressa associata, Università degli Studi Roma Tre

Michele Marchi

PhD, Università degli Studi di Ferrara

Luca Marzi

Professore associato, Università degli Studi di Firenze

Antonella Giulia Masanotti

PhD candidate, Università degli Studi Roma Tre

Mickeal Milocco Bortini

PhD, lecturer, Cardiff Metropolitan University (UK)

Giuseppe Mincoelli

Professore associato, Università degli Studi di Ferrara

Eletta Naldi

PhD candidate, Università degli Studi di Firenze

Nicola Panzini

Ricercatore RTDb, Politecnico di Bari

Ambra Pecile

PhD candidate, Università degli Studi di Trieste-Università degli Studi di Udine

Giovanni Perrucci

PhD, assegnista di ricerca, Università Iuav di Venezia

Vito Quadrato

Ricercatore RTDa, Politecnico di Bari

Rosaria Revellini

PhD, assegnista di ricerca, Università Iuav di Venezia

Linda Roveredo

PhD candidate, Università degli Studi di Trieste-Università degli Studi di Udine

Rossella Roversi

PhD, assegnista di ricerca, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Lorenzo Savio

Professore associato, Politecnico di Torino

Chiara Scanagatta

PhD, assegnista di ricerca, Università Iuav di Venezia

Simone Secchi

Professore associato, Università degli Studi di Firenze

Nicoletta Setola

Professoressa associata, Università degli Studi di Firenze

Andrea Tartaglia

Professore associato, Politecnico di Milano

Valeria Tatano

Professoressa ordinaria, Università Iuav di Venezia

Dario Trabucco

Professore associato, Università Iuav di Venezia

Luca Trulli

PhD candidate, Università degli Studi Roma Tre

Renata Valente

Professoressa associata, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

Luigi Vessella

Ricercatore RTDa, Università degli Studi di Firenze

Elisa Zatta

PhD, ricercatrice RTDa, Università Iuav di Venezia

Parlare di accessibilità e inclusione significa oggi affrontare una questione che può essere trattata da molteplici punti di vista, in modo interdisciplinare e multiprofessionale.

Di accessibilità si occupano i portatori di interesse, gli attivisti, i progettisti e i designer, gli operatori sociali e sanitari, gli amministratori e i politici, i ricercatori e gli studiosi. Ognuno possiede una visione peculiare che ne contraddistingue le specificità per garantire la qualità della vita delle persone con disabilità, la loro autonomia, indipendenza e serenità. Tutti necessitano di un linguaggio comune, terreno di condivisione e confronto.

Il Manifesto lessicale si concentra su 50 lemmi, individuati come quelli più impiegati nel nostro ambito, ovvero il progetto di architettura per l'accessibilità, inteso come studio e intervento operativo finalizzato a rendere più inclusivi spazi, strutture, oggetti e servizi, nelle nuove costruzioni così come nel recupero del patrimonio culturale.

Le autrici e gli autori sono soci della Società Italiana di Tecnologia dell'Architettura e aderiscono al Cluster Accessibilità Ambientale: in quanto tali, tutti svolgono attività di ricerca e/o didattica sul tema specifico dell'accessibilità ambientale e della progettazione inclusiva.