

IL PROGETTO ADA

Un modello di intervento
per l'autonomia domestica
delle persone disabili

Antonio Laurià, Beatrice Benesperi,
Paolo Costa, Fabio Valli

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

Indice

Le politiche della Regione Toscana per l'autonomia domestica delle persone disabili , di <i>Stefania Saccardi</i>	pag.	9
Le motivazioni del Progetto ADA , di <i>Andrea Valdrè</i>	»	12
Presentazione dell'opera , di <i>Antonio Laurià</i>	»	16
Ringraziamenti	»	18
Introduzione. Il contributo della progettazione ambientale all'autonomia domestica della persona disabile. Il Progetto ADA , di <i>Antonio Laurià</i>	»	21
Premessa	»	21
Disabilità/Normalità	»	24
Il ruolo dell'ambiente	»	26
La personalizzazione degli interventi	»	28
Interdisciplinarietà dell'approccio	»	34
Fasi attuative del Progetto ADA	»	36
Conclusioni	»	40
Bibliografia	»	41
Parte I – Quadro conoscitivo		
1. Le persone disabili	»	49
1.1. Premessa	»	49
1.2. Sull'evoluzione del concetto di disabilità	»	49
<i>La promozione dei diritti delle persone disabili in ambito internazionale</i>	»	53

1.3. Definizione di disabilità grave	pag.	54
1.4. Sistema per il riconoscimento e la certificazione della condizione di disabilità e di disabilità grave	»	55
1.5. Dati statistici sulle persone disabili e con disabilità grave	»	58
2. Autonomia personale e vita indipendente	»	80
2.1. Premessa	»	80
2.2. Autonomia personale	»	81
<i>Metodi per la valutazione dell'autonomia personale</i>	»	84
2.3. Vita Indipendente	»	87
3. Autonomia domestica e ambiente costruito	»	103
3.1. Sul concetto di autonomia domestica	»	103
<i>La promozione dell'autonomia domestica come strategia per prevenire l'istituzionalizzazione della persona disabile</i>	»	104
3.2. Strategie e metodi per l'adattamento dell'abitazione	»	110
4. Attività nell'ambiente domestico	»	121
4.1. Approccio metodologico	»	121
<i>L'approccio esigenziale alla progettazione</i>	»	122
4.2. Ipotesi per la costruzione di un elenco ragionato delle attività domestiche	»	123
<i>La gerarchizzazione dei bisogni secondo Maslow</i>	»	128
Parte II – La fase pilota del Progetto ADA e la sua attuazione		
5. Il bando e i soggetti attuatori	»	135
5.1. Il bando	»	135
5.2. I soggetti attuatori	»	143
<i>Le Società della Salute e la presa in carico della persona disabile</i>	»	144
<i>Il Centro Regionale di Informazione e Documentazione sull'Accessibilità</i>	»	146
<i>L'Unità di Ricerca Interdipartimentale Florence Accessibility Lab</i>	»	150
<i>L'Istituto di Scienza e Tecnologie dell'Informazione (ISTI-CNR) di Pisa</i>	»	152

6. Organizzazione, procedure e strumenti	pag.	154
6.1. I Gruppi di lavoro interdisciplinari	»	154
6.2. Il Sopralluogo	»	158
6.3. La Consulenza tecnica	»	171
6.4. La Valutazione dei bisogni e delle criticità dell'ambiente fisico	»	180
6.5. La Valutazione <i>ex-post</i> del Progetto Sperimentale ADA	»	194
6.6. I limiti della ricerca e le ipotesi per il loro superamento	»	200

**Parte III – L'estensione del Progetto ADA
alla scala regionale**

7. La struttura del Progetto ADA alla scala regionale	»	213
7.1. Premessa	»	213
7.2. Strategie, principi e ruoli	»	216
<i>La riabilitazione funzionale delle persone disabili e il ruolo dei Laboratori Ausili della Regione Toscana</i>	»	221
7.3. Articolazione operativa e fasi	»	240
8. Strumenti e metodi per l'attuazione del Progetto ADA alla scala regionale	»	246
8.1. Premessa	»	246
8.2. Il Sopralluogo	»	246
8.3. La Consulenza tecnica	»	261
8.4. La Valutazione	»	265
Allegato. Il Fascicolo del Sopralluogo	»	277
Bibliografia	»	301
Gli autori	»	316

Introduzione

Il contributo della progettazione ambientale all'autonomia domestica della persona disabile.

Il Progetto ADA

di *Antonio Lauria*

Premessa

Il Progetto Sperimentale ADA – Adattamento Domestico per l'Autonomia personale – si rivolge alle persone con disabilità grave e a chi presta loro attività di cura nell'ambiente domestico. È finalizzato ad offrire ai suoi partecipanti un'attività di consulenza (e, in alcuni casi, un contributo economico) per elevare l'autonomia dell'abitare mediante specifici interventi progettuali riguardanti gli spazi della casa, i suoi arredi, le attrezzature, gli impianti tecnologici.

Si tratta di una ricerca-intervento interdisciplinare promossa dalla Regione Toscana e sviluppata in due fasi distinte: la prima – volta principalmente a testare sul campo procedure e strumenti operativi¹ (fase pilota) – ha riguardato quella parte del territorio toscano corrispondente alle Società della Salute “Fiorentina Nord Ovest” e “Pratese”²; la seconda, ancora in corso, prevede l'estensione del Progetto ADA all'intero territorio regionale³.

¹ Disegno metodologico e strumenti operativi del Progetto Sperimentale ADA sono stati predisposti dal Gruppo di ricerca attivato presso l'Unità di Ricerca Interdipartimentale “Florence Accessibility Lab” dell'Università di Firenze e perfezionati con il concorso degli altri partner.

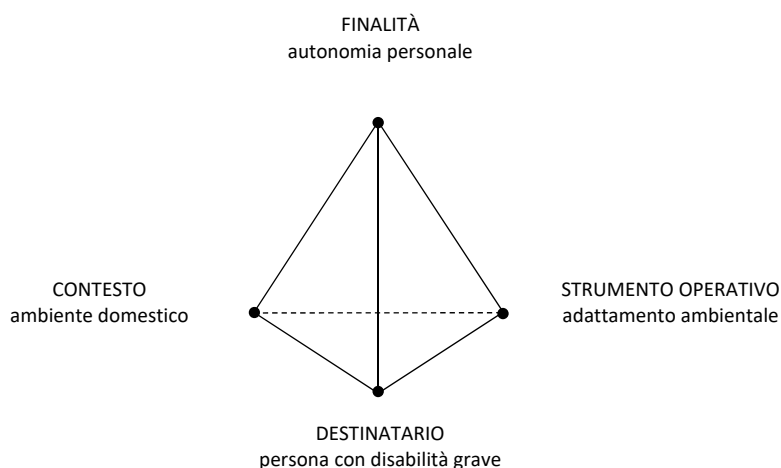
² La fase pilota del Progetto ADA ha preso avvio mediante un bando (pubblicato contemporaneamente, il 22 aprile del 2015, dalle Società della Salute “Fiorentina Nord Ovest” e “Pratese”) e denominato “Adattamento domestico: consulenze e contributi per persone con disabilità grave - Annualità 2015”. I partecipanti al bando sono stati 36. Per la descrizione della fase pilota del Progetto ADA si rimanda alla Parte II di questo libro.

³ L'estensione del Progetto ADA alla scala regionale è stata decisa dalla Giunta della Regione Toscana con la Delibera 865 del 6/9/2016. I partecipanti al bando, emanato dalle 34 Società della Salute/Zone-Distretto della Toscana nel mese di novembre 2016, sono stati

Sia le procedure che gli strumenti operativi adottati nella prima parte sono stati oggetto, passo dopo passo, di una profonda revisione sulla base dei risultati applicativi e della consapevolezza empirica progressivamente acquisita. Pur all'interno del perimetro di regole fissate dal bando regionale, queste modifiche *in itinere* hanno interessato le diverse fasi attuative del Progetto ADA⁴.

In termini sintetici il Progetto ADA può essere rappresentato come una matrice a quattro dimensioni, come mostrato dalla Fig. a.

Fig. a. Il Progetto ADA come matrice a quattro dimensioni finalizzata all'autonomia personale della persona con disabilità grave



Elevare l'*autonomia personale* della persona con disabilità grave in ambito domestico è la finalità del Progetto ADA. L'autonomia è un processo multi-dimensionale che tende verso l'autodeterminazione della persona. Nel termine autonomia è già inscritto l'essere umano. L'aggiunta dell'aggettivo "personale" potrebbe, così, apparire pleonastico. In realtà, "personale" qui ha il senso di sottolineare che il miglioramento

326. La modifica di procedure e strumenti necessari per il passaggio di scala sono discussi nella Parte III di questo libro.

⁴ Per una descrizione dei limiti della ricerca emersi nella fase pilota e delle soluzioni adottate per poterli fronteggiare si rimanda al § 6.6. L'esigenza di apportare modifiche *in itinere* a procedure e strumenti deriva anche dalla impossibilità da parte del Gruppo di ricerca dell'Università di Firenze di sviluppare una adeguata fase di verifica preliminare della loro efficacia (pre-test).

dell'autonomia deve avvenire secondo modalità altamente individualizzate e in funzione dei tempi e dei modi desiderati dalla persona disabile (vedi Ratzka, 1989).

La *persona con disabilità grave* è il destinatario del Progetto ADA. In Italia, la condizione di *disabilità grave* viene definita dalla normativa vigente a partire dalla riduzione dell'autonomia della persona, quindi dal bisogno di un intervento assistenziale «permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione»⁵. La normativa, in pratica, si concentra sugli *effetti* che le limitazioni funzionali (motorie, senso-percettive, mentali, comportamentali, ecc.) possono generare nella vita quotidiana delle persone. Le stesse rilevazioni statistiche volte a rappresentare il quadro numerico della disabilità (vedi ISTAT, 2014) assumono come riferimento la capacità personale nello svolgimento di determinate attività della vita quotidiana (ADL – *Activities of Daily Living*) (Solipaca, 2009).

L'*ambiente domestico* è il cuore del Progetto ADA. Esso richiama un ancestrale senso di identità, di intimità e di protezione; è il luogo delle memorie familiari; è il primario spazio che 'contiene' i nostri corpi, le nostre storie, i nostri bisogni e desideri; è il contesto interattivo che condiziona moltissime attività. L'ambiente domestico ha un ruolo peculiare nella vita delle persone con disabilità grave e talvolta coincide con l'estensione del loro spazio di attività nel mondo. L'ambiente domestico è anche il perimetro del Progetto ADA. Questo significa che attività quotidiane 'esterne' all'ambiente domestico, ma che si riflettono fatalmente su di esso (come, ad esempio, "fare la spesa"), non sono oggetto della ricerca. In questo senso, il Progetto ADA deve essere integrato con misure atte a migliorare il grado di accessibilità degli spazi urbani e degli edifici pubblici o di uso pubblico (vedi Lauria, 2012a).

L'*adattamento dell'ambiente domestico* è la principale leva agita dal Progetto ADA per supportare le persone con disabilità grave (e i loro caregiver) nello svolgimento delle attività che hanno luogo nell'abitazione (vedi Lockhart, 1981)⁶. L'adattamento persona-ambiente (*person-environment fit*) è un processo dinamico e bidirezionale (vedi French *et al.*, 1982): da una parte presuppone il cambiamento dell'ambiente (fisico e sociale) verso le capacità della persona (vedi Lamure, 1976); dall'altra, il cambiamento della persona verso le 'richieste' dell'ambiente (vedi Edwards *et al.*, 1998).

⁵ Vedi art. 3 co. 3 della Legge 104/1992 e ss.mm.ii.

⁶ Secondo la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* la tutela antidiscriminatoria è basata sull'obbligo di adottare "adattamenti ragionevoli" (*reasonable adjustments*) (vedi Cera, 2010). Tale obbligo, piuttosto sfuggente in verità (chi può dire cosa debba intendersi per "ragionevole"?), attiene alla discutibile volontà di bilanciare l'attuazione dei diritti delle persone disabili con le risorse economiche disponibili (sempre carenti, per definizione) (Deidda, 2014). Tradotto in termini ambientali, questo significa che non tutto e non sempre può essere 'ragionevolmente' adattato.

Nel caso delle persone deboli e disabili, questo processo è fortemente ‘sbilanciato’ in quanto la loro possibilità di rispondere alle richieste dell’ambiente è ridotta/compromessa dalle loro limitazioni funzionali. In particolare per le persone con disabilità grave, anche lievi disallineamenti tra ciò che è necessario o desiderato e ciò che è concretamente disponibile o fattibile, può compromettere il processo di adattamento ambientale. Di conseguenza, il Progetto ADA – coerentemente con il modello *bio-psico-sociale* della disabilità propugnato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità mediante l’ICF (WHO, 2001; Barnes & Mercer, 2005; WHO & WB, 2011) e con l’approccio *human centered* al progetto – si concentra sui cambiamenti dell’ambiente *in favore* della persona disabile e, in particolare, sul miglioramento dell’ambiente ‘fisico’, cioè sul miglioramento del *grado di accessibilità ambientale*⁷ (Lauria, 2012a; 2014). Questo punto focale non esclude, tuttavia, azioni collaterali finalizzate alla valorizzazione delle motivazioni e delle aspirazioni personali nonché delle capacità personali ottenibili mediante l’intervento riabilitativo e il supporto assistenziale.

Questo saggio descrive lo scenario culturale e i principi ispiratori del Progetto ADA nonché le sue fasi attuative. Queste sono sinteticamente illustrate tenendo conto di tutti gli avanzamenti registrati nel corso della sperimentazione a partire dall’impostazione iniziale.

Disabilità/Normalità

Giuseppe Pontiggia, in *Nati due volte*, affronta in maniera esemplare il tema del rapporto tra disabilità e normalità chiarendo che non è «negando le differenze che le si combatte, ma modificando l’immagine della norma». Egli non ignora l’esistenza delle differenze, ma le colloca in un orizzonte più vasto «che le include e le supera». Così, evidenzia la debolezza teorica sia di chi «fa della differenza una discriminazione» sia di chi «per evitare una discriminazione, nega la differenza» (Pontiggia, 2000: 41-42).

La prospettiva tracciata da Pontiggia pare essenziale per impostare correttamente le complesse questioni relative all’integrazione delle persone di-

⁷ Il “grado di accessibilità” è una valutazione soggettiva e dinamica delle condizioni di accessibilità di un determinato luogo, bene o servizio che dipende dalle caratteristiche della persona e dal contesto fisico e socio-culturale di riferimento. La possibilità di elevare il grado di accessibilità di un luogo dipende da alcune sue caratteristiche intrinseche quali la raggiungibilità e la tolleranza al cambiamento (si pensi ai vincoli storici, architettonici, strutturali, ecc.), così come da fattori esogeni quali la qualità del progetto di adeguamento/riqualificazione, la qualità del processo partecipativo, il quadro normativo, la disponibilità di risorse finanziarie, la qualità della realizzazione e della gestione, ecc.

sabili e al pieno esercizio dei loro diritti di cittadinanza⁸. Allo stesso tempo, pare molto difficile da attuare.

La possibilità che le persone disabili possano vivere su una base di uguaglianza con gli altri richiederebbe, infatti, un cambiamento di paradigma nel modo stesso in cui la nostra società intende il costruito culturale di “disabilità” nonché il superamento o la destrutturazione della disabilità come categoria sociale. Innanzitutto, avremmo bisogno di una visione della cooperazione sociale non più incentrata sul reciproco vantaggio economico, ma sulla benevolenza e sull’altruismo (Nussbaum, 2011). Poi, occorrerebbe che le politiche per la disabilità da politiche *speciali* divenissero politiche *ordinarie*. In altri termini, attuando una strategia di *mainstreaming*, la tematica della disabilità non dovrebbe essere più posta – attraverso aggiustamenti e compromessi – *dopo* che le scelte di natura generale sono state già assunte, ma dovrebbe fare organicamente parte di queste scelte (vedi Commissione Europea, 2003)⁹. D’altra parte, l’evidenza della labilità del confine tra abilità e disabilità, l’aumento delle persone disabili come epifenomeno del miglioramento degli standard di vita e dei progressi diagnostici e terapeutici in campo medico e la conseguente evidenza che, in un certo senso, l’intera popolazione è “a rischio” in termini di malattie croniche e disabilità, sembrano avvalorare l’esigenza di superare le politiche *speciali* e di ricorrere a politiche *universali* (Zola, 1989)¹⁰. Questa esigenza si pone a tutti i livelli: dalla creazione delle leggi e delle istituzioni alla base della società alle norme e ai regolamenti in materia di lavoro, istruzione, salute, edilizia, fino al progetto di un edificio. Il progetto di un edificio sembra, in effetti, un’efficace metafora della maniera invalsa di intendere la disabilità. Solitamente, infatti, il tema dell’accessibilità (o, più tipicamente, quello dell’abbattimento delle barriere architettoniche) non informa il progetto dalle sue prime fasi, ma viene affrontato dai progettisti come semplice adempimento normativo dopo che le principali scelte progettuali sono state

⁸ Osservando la straordinaria capacità di adattamento del cervello, il celebre neuropsichiatra Oliver Sacks è arrivato a chiedersi «se non sia necessario ridefinire i concetti stessi di “salute” e “malattia” per considerarli non più nei termini di una “norma” rigidamente definita, ma in quelli della capacità dimostrata dall’organismo di creare un ordine e un’organizzazione nuovi, adatti alla sua disposizione e alle sue esigenze, così particolari e alterate» (Sacks, 1995: 15).

⁹ Il concetto di “mainstreaming” indica quel processo che porta a sistema, che generalizza, esperienze, innovazioni, esigenze specifiche. «La strategia di mainstreaming comporta l’integrazione della prospettiva “disabilità” in tutte le fasi dei processi politici – dalla concezione e attuazione al monitoraggio e alla valutazione – al fine di promuovere le pari opportunità per le persone con disabilità» (Commissione Europea, 2003).

¹⁰ Scrive Zola (1989: 406): «Only when we acknowledge the near universality of disability and that all its dimensions (including the biomedical) are part of the social process by which the meanings of disability are negotiated will it be possible fully to appreciate how general public policy can affect this issue».

compiute e il sistema dei vincoli (estetici, tecnologici, impiantistici, funzionali, ecc.) è ormai definito. Il risultato è che le soluzioni previste per soddisfare le esigenze delle persone disabili, invece di essere parti integranti e coerenti dell'idea progettuale complessiva, producono un effetto di *proteizzazione*, cioè, l'innesto posticcio, funzionalmente e semanticamente discutibile, di parti estranee su un 'corpo' che continua ad essere simile a se stesso (Lauria, 2012b).

La modifica dell'immagine della norma, di cui parla Pontiggia, interroga ognuno di noi, il nostro modo di porci rispetto al tema della disabilità (e delle altre diversità che attraversano la società), la nostra volontà di impegnarci con sincerità nell'adattare i nostri valori e i nostri comportamenti per accogliere e comprendere l'altro nel comune ambiente di vita.

Il ruolo dell'ambiente

Il Progetto ADA aspira ad elevare il benessere della persona disabile nell'ambiente domestico mediante una concreta integrazione tra fattori personali e ambientali (WHO, 2001). Esso si muove, così, all'interno di una visione che, come riportato nella *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, riconosce che la «disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su basi di uguaglianza con gli altri» (UN, 2006: Preambolo, lettera e).

L'*ambiente di vita* (casa, lavoro, ambienti ricreativi, ecc.) non è uno scenario neutro, ma sempre un "fattore operante" (Fitch, 1947). Esso modella dinamicamente le esperienze, le aspettative e le aspirazioni di ogni persona: non solo determina se una minorazione è *disabilitante* o meno (vedi *inter alia* WHO, 2001, All. 4; Gray *et al.*, 2003; Oliver, 2004; Traustadóttir, 2009), ma anche la misura in cui una certa soluzione per elevare l'accessibilità è *abilitante* (Lauria, 2014). Per questa ragione, la valutazione della disabilità di una persona dovrebbe coniugare la tradizionale diagnosi medica con le caratteristiche dell'ambiente di vita (Mace *et al.*, 1999). Proprio come faceva il grande neurologo francese François Lhermitte, che invece di limitarsi a osservare i propri pazienti in ospedale si imponeva «di visitarli nelle loro case, di recarsi con loro al ristorante e a teatro, di portarli in giro sulla propria auto, di condividere quanto più possibile la loro vita» (Sacks, 1995: 17).

Nel processo di adattamento *persona disabile-ambiente*, la configurazione (morfologia e dimensionamento) degli spazi ha un ruolo molto im-

portante (Steinfeld *et al.*, 1979; Lawton, 1982; WHO & WB, 2011)¹¹. A parità di gravità di limitazione funzionale e di altre condizioni esistenziali e sociali, più l'ambiente di vita è accessibile, maggiore sarà la capacità della persona di autodeterminare la propria esistenza. Questo indica che introducendo modifiche all'ambiente di vita tali da elevarne il *grado di accessibilità*, è possibile agire positivamente sul benessere della persona, sulla sua capacità di sviluppare il proprio *progetto di vita* e di partecipare in maniera diretta e personale alla vita collettiva e alla crescita della società. La celebre espressione di Ortega y Gasset «Io sono io e la mia circostanza»¹², che sottolinea le reciproche influenze, l'inestricabile trama delle relazioni tra l'uomo e il suo ambiente di vita, ricondotta agli aspetti propri della progettazione accessibile, assume una particolare rilevanza. Se è vero, come sosteneva Ortega y Gasset, che la personalità di un uomo non è una realtà a se stante, ma vive solo in rapporto con il mondo che lo circonda e con le cose e le relazioni che lo costituiscono, allora un ambiente di vita non idoneo non solo ostacola o impedisce lo svolgimento di attività, ma condiziona la formazione dell'io autentico dell'uomo, la formazione della sua personalità. Quando, ad esempio, un ragazzo disabile sceglie un corso di studi non sulla base delle proprie attitudini e aspirazioni, ma sulla base del grado di accessibilità ai luoghi e ai servizi, vede coartata la propria libertà e compromesso irrimediabilmente il proprio progetto di vita.

L'ambiente di vita non si esaurisce in una dimensione fisica, ma è fortemente influenzato dalla struttura sociale in cui una persona conduce la propria esistenza (famiglia, comunità e società). Pope e Brandt (1997) hanno descritto l'ambiente come un'entità di sostegno alla persona, come una sorta di tappeto in cui la *trama* è costituita dai fattori fisici e l'*ordito* dai fattori sociali. La capacità dell'ambiente di supportare adeguatamente la vita delle persone (espressa, nella metafora, dalla rigidità del tappeto) dipende da una parte dalla sua accessibilità fisica e dall'altra dall'efficienza della rete di supporto sociale in esso disponibile.

L'*ambiente domestico* ha un ruolo di particolare rilievo nell'ambiente di vita nel suo complesso. Per le persone con disabilità grave, in particolare, la casa rappresenta spesso il contesto entro cui ha luogo la maggior parte delle attività quotidiane; in casi di particolare severità o quando i legami familiari e le opportunità sociali si sono affievoliti o spezzati, la casa finisce col cor-

¹¹ L'inaccessibilità degli ambienti è tra le cause di discriminazione maggiormente sofferte dalle persone disabili. Già nel 1982 un report del *Committee on Restrictions against Disabled* (CORAD) del Regno Unito evidenziava che per molte persone disabili le difficoltà di accesso rappresentano «the fundamental cause and manifestation of discrimination» (CORAD, 1982: 9). Cfr. Barnes (1991: 173).

¹² La frase di Ortega y Gasset è tratta da *Meditaciones del Quijote* (1914). Nella edizione italiana consultata (Guida, Napoli, 2000), la frase è a pagina 44.

rispondere all'ambiente di vita, all'intero orizzonte della loro esistenza. Per effetto di un ruolo così delicato e significativo nella vita delle persone con disabilità grave, l'ambiente domestico rappresenta un ambito di riflessione particolarmente importante delle politiche pubbliche a sostegno dei loro diritti di cittadinanza.

Dal punto di vista del decisore pubblico, gli interventi volti a favorire l'autonomia domestica della persona disabile e l'attività di assistenza e cura devono essere pensati quali strategie preventive finalizzate a impedire o, perlomeno, a ritardare la loro istituzionalizzazione¹³. Per le persone disabili e i loro familiari, sapere di poter contare su un supporto in termini di conoscenze e, dove necessario, anche economico per elevare il grado di accessibilità della propria abitazione amplia le opportunità di scelta, cioè le capacità individuali. Introduce, cioè, la libertà di scegliere se permanere nella propria abitazione, resa più accessibile, oppure se ricorrere a strutture dedicate¹⁴.

La personalizzazione degli interventi

L'elemento chiave del Progetto ADA è la 'personalizzazione' degli interventi. Offrire risposte *ad hoc* esige, alla base, una conoscenza fine e diretta dei bisogni e delle aspettative della persona disabile nel proprio ambiente domestico. Richiede, inoltre, una impostazione concettuale e strategie di design accessibile diverse da quelle normalmente impiegate quando si opera nello spazio collettivo (luoghi, beni e servizi pubblici o di uso pubblico).

Il progetto dello spazio collettivo

Comunemente, il progetto dello spazio collettivo *human centered* si basa sulla *generalizzazione*, cioè sul tentativo di comprendere i fenomeni e le tendenze nella loro globalità e di definire misure e soluzioni valide per la

¹³ Ratzka (1984), descrivendo la realtà svedese, stimò che mediante adeguati interventi di adattamento presso le abitazioni delle persone disabili si sarebbero potuti evitare fino al 40% dei loro trasferimenti presso *nursing homes*, con un rilevante risparmio economico.

¹⁴ Nel linguaggio del *Capability Approach*, abitare in una Residenza Sanitaria Assistita e abitare in casa propria rappresentano due "funzionamenti" (*functionings*). La possibilità di scegliere tra questi due funzionamenti è, invece, una "capacità" (*capability*). «Functionings – scrive Sen (1993: 31) – represent parts of the state of a person – in particular the various things that he or she manages to do or be in leading a life. The capability of a person reflects the alternative combinations of functionings the person can achieve, and from which he or she can choose one collection».

maggior parte delle persone (e, naturalmente, coerenti con le qualità dell'ambiente che le accoglie). La consapevolezza della impossibilità (teorica, prima che operativa) di soddisfare attraverso soluzioni generaliste i bisogni di ogni profilo d'utenza con la stessa efficacia, si traduce nel ridimensionamento dell'obiettivo ragionevolmente raggiungibile dal progetto accessibile dello spazio collettivo: non tanto aspirare a definire soluzioni 'perfette' per ciascuno (cosa, di fatto, inattuabile), quanto tentare di definire soluzioni il più possibile 'compatibili' con le esigenze di tutti (Lauria, 2003). Quando si interviene sullo spazio collettivo, lo *Universal Design*¹⁵ (Mace, 1985; Mace *et al.*, 1991) rappresenta la metodologia progettuale più indicata e ragionevole¹⁶, sebbene non esente da limiti. Il ricorso a soluzioni 'universali', infatti, può lasciare scoperta un'ampia e variegata *area grigia* di popolazione composta da soggetti (ad esempio, persone con disabilità grave) che necessitano di accorgimenti e misure di sostegno specifici (Lauria, 2012b; Arengi *et al.*, 2016).

Per giungere a soluzioni ad ampio spettro di validità, occorre innanzitutto conoscere le esigenze dei diversi profili d'utenza (Fig. b) Così, alla base di ogni generalizzazione c'è, più o meno consapevolmente, la classificazione degli esseri umani in categorie omogenee.

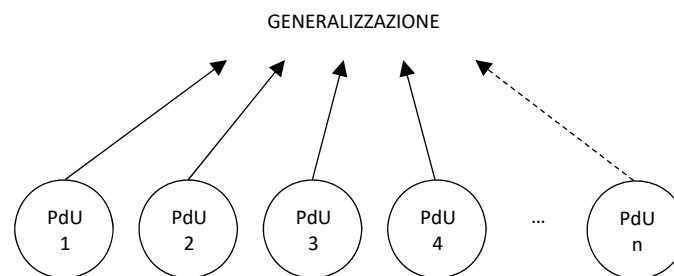
Esistono forme più o meno sofisticate per definire i profili d'utenza: dalla discutibile distinzione delle persone in normodotate e disabili (vedi Zola, 1989) a classificazioni basate sulle classi d'età; dall'ordinamento delle persone disabili nei cinque macro-gruppi dei disabili motori, sensoriali, intellettivi, psichici e plurimi fino a strutture molto articolate dei singoli profili d'utenza disabile all'interno di ciascun macro-gruppo (WHO, 2001). In teoria, più la classificazione è esperta, 'fine', minore dovrebbe essere lo iato tra *spazio potenziale* (lo spazio immaginato dai progettisti) e *spazio effettivo* (lo spazio esperito dai suoi abitanti) (Gans, 1968). Infatti, quanto più si approfondisce il tema delle capacità individuali tanto più ci si rende conto di come siano diverse e talvolta contrastanti le esigenze 'spaziali' dei diversi profili d'utenza disabile. Si pensi, con riferimento ai soli disabili visivi, alle differenze, in termini di interazione ambientale e, dunque, di strategie di design, tra un cieco assoluto e un ipovedente, tra un cieco congenito e un cieco acquisito, tra un cieco che usa il bastone lungo e uno che usa il cane

¹⁵ Secondo la filosofia dello *Universal Design*, i prodotti e gli ambienti dovrebbero essere «usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design» (CUD, 1997).

¹⁶ Lo *Universal Design* è la metodologia progettuale suggerita anche dalla *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* che (art. 4 lettera f) incoraggia gli Stati Parti «ad intraprendere o promuovere la ricerca e lo sviluppo di beni, servizi, apparecchiature e attrezzature progettati universalmente». La Convenzione, tuttavia, specifica che la progettazione universale «non esclude dispositivi di ausilio per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari» (UN, 2006: art. 2).

guida, tra un cieco che ha seguito un corso di Orientamento & Mobilità e un cieco autodidatta (Lauria, 2016).

Fig. b. Nel progetto dello spazio collettivo human centered le soluzioni tecniche dovrebbero nascere dall'armonizzazione/generalizzazione delle esigenze e delle aspettative dei diversi profili d'utenza (PdU) alla luce dei Fattori di contesto (climatici, architettonici, culturali, storici, normativi, ecc.)



Questo esempio ci restituisce un frammento di una realtà altamente complessa, influenzata, com'è, da una molteplicità di fattori (personali, culturali, sociali, economici, ambientali, ecc.), una realtà che le classificazioni tentano astrattamente di semplificare.

D'altra parte, conoscere nella maniera più fine possibile i limiti e le potenzialità dei diversi profili d'utenza serve per conoscere il mondo e le sue sfumature, non per poterlo trasformare. Rendere più accessibile lo spazio collettivo non significa esaltare le diversità, ma 'armonizzarle'. Gli spazi collettivi, infatti, devono essere 'specifici' per soddisfare esigenze anche molto particolari ma, allo stesso tempo, devono *essere ed apparire* 'generici', in maniera che vadano bene per il più ampio spettro di persone, senza stigmatizzare nessuno (Lauria, 2003).

Il progetto dello spazio domestico

Quando si opera, invece, nello spazio domestico le generalizzazioni devono lasciare il posto ad un'impostazione diversa, che aspiri a comprendere e a mitigare i problemi che un *ambiente definito* pone ad una *specifica persona* che vive all'interno di un *determinato contesto familiare e sociale*. In ambito domestico possono trovare coerente applicazione i principi dell'ICF (WHO, 2001) e dell'Approccio delle Capacità che «considera – come scrive Nussbaum (2011: 26) – *ogni persona come un fine* [corsivo dello scrivente], chiedendosi non tanto quale sia il benessere totale o medio, bensì quali siano i vantaggi conseguibili per ciascuno». Si può dire che nel pro-

getto dello spazio domestico si dovrebbe partire dall'analisi dei molteplici fattori che influenzano il benessere della persona per giungere a soluzioni il più possibile personalizzate.

Si tratta di una modalità di lettura e interpretazione dell'habitat che, rispetto alle sfide poste dalla trasformazione dello spazio pubblico, potrebbe apparire molto più semplice e 'solida', potendo contare su un quadro esigenziale più facilmente definibile e su dati di contesto più limitati e verificabili.

In realtà, almeno quando si parla di persone con disabilità grave, le cose non stanno proprio così. Agire nell'orizzonte della casa di una persona con disabilità grave richiede al progettista o al ricercatore competenze e talenti specifici. Innanzitutto, esige una disponibilità all'ascolto e una carica empatica non così comuni. Dialogare con persone con disabilità grave e con i loro familiari, ascoltare le loro storie personali, fatte spesso di sofferenza, di solitudine e di aspettative frustrate, provare a immedesimarsi nei loro bisogni, comprendere il loro progetto di vita, può essere molto impegnativo, anche dal punto di vista emotivo. Poi, richiede una fine capacità di discernimento: due persone con lo stesso tipo di minorazione, infatti, potrebbero avere aspirazioni totalmente diverse (banalmente, una potrebbe voler vivere da sola e l'altra potrebbe preferire restare in famiglia¹⁷) e questo ha delle evidenti implicazioni in termini di strategie di design per l'adattamento degli spazi domestici. Tali aspirazioni, peraltro, variano nel tempo per effetto dei cambiamenti di prospettiva che caratterizzano la vita di ogni persona: nuove opportunità lavorative, modifiche nella sfera affettiva, cambiamenti dello stato di salute, ecc¹⁸. Occorre, ancora, cercare di comprendere le influenze del contesto familiare e sociale della persona disabile e il ruolo di queste influenze nella determinazione delle soluzioni (di tipo spaziale, medico, assistenziale, ecc.) per fronteggiare i problemi. Ad esempio, si tratta di analizzare quei fattori (come la povertà, la solitudine subita¹⁹, le condizioni di salute, la mancanza di assistenza, l'incapacità di conoscere e di far

¹⁷ Le rilevazioni ISTAT (2014) mostrano una particolare difficoltà delle persone disabili ad affrancarsi dalla famiglia. Infatti, se il 72% delle persone disabili tra 6 e 44 anni vive come figlio nel nucleo familiare di origine, tale percentuale si riduce al 53% per le persone non disabili della stessa fascia di età.

¹⁸ Una indagine condotta da Dunn (1987, cit. da Zola, 1989) relativa ad un programma della città di New York per il miglioramento delle abitazioni delle persone disabili (*Project Open House*), ha dimostrato che dopo solo due anni dalla realizzazione degli interventi, le esigenze di circa il 40% delle persone disabili erano cambiate.

¹⁹ In Italia, la maggior parte delle persone disabili vive da sola (36,1%) o in una coppia senza figli (25,3%). Questi dati sono influenzati dal fatto che la maggior parte delle persone disabili è anziana (ISTAT, 2014). Una situazione simile (37,4% del totale) si verifica per le persone con disabilità grave (ISTAT, 2016).

valere i propri diritti²⁰, ecc.) che, interagendo gli uni con gli altri secondo logiche complesse e mutevoli²¹, possono nuocere alla qualità della vita della persona disabile e alle condizioni di lavoro degli eventuali caregiver.

Proprio il ruolo dei caregiver evidenzia un ulteriore elemento di complessità. Nel corso dei sopralluoghi svolti presso le abitazioni delle persone disabili nel corso del Progetto ADA, il confronto con persone che manifestavano una difficoltà ad esprimere le proprie esigenze (ad esempio, alcune persone con gravi problemi intellettivi e/o con problemi di comunicazione verbale)²² o con persone bisognose di forme di assistenza continua per lo svolgimento della maggior parte delle attività quotidiane, ha reso necessaria la mediazione dei caregiver e ha prodotto una revisione del concetto di “autonomia” che il Gruppo di lavoro aveva prima di iniziare questa esperienza. In alcune circostanze, infatti, gli interventi proposti e ‘possibili’ non sono stati tanto rivolti ad ampliare i margini di autonomia della persona disabile nell’esecuzione materiale di determinate attività domestiche, quanto a rendere più confortevole il lavoro dei caregiver e più sicura ed efficace la loro attività di cura verso l’assistito. Questa osservazione si presta ad una duplice lettura. Da una parte evidenzia che il concetto di autonomia non implica necessariamente l’autosufficienza, ma rappresenta un aspetto dell’attitudine della persona a controllare la propria vita, a richiedere l’assistenza che desidera quando e come ritiene opportuno (Ratzka, 1989; Reidal, 1999). Dall’altra parrebbe suggerire una certa subordinazione gerarchica del concetto di “autonomia” rispetto a quello di “benessere” nel senso dato al termine da Sen (1993) come «ciò che l’individuo può fare o può essere» in relazione alle sue capacità di convertire i mezzi e le risorse disponibili in traguardi (vedi Biggeri & Chiappero Martinetti, 2010). In ogni caso, il concetto di autonomia così delineato (come quello di benessere, d’altra parte), non si esaurisce nel rapporto biunivoco persona-ambiente, ma si presta ad accogliere componenti aggiuntive. Poiché il caregiver è una *risorsa* (talvolta indispensabile) per una persona disabile, la nostra attenzione, quando neces-

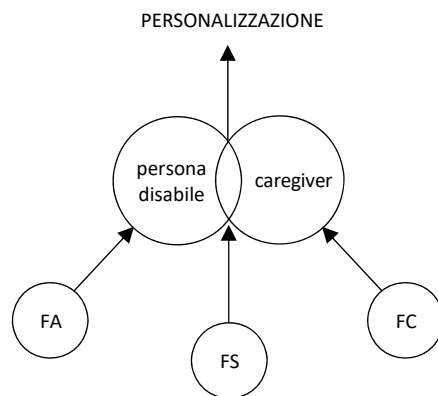
²⁰ In Italia, il livello di scolarizzazione delle persone disabili è molto basso. La maggioranza delle persone disabili di 6 anni e più (69,9%) non possiede titoli di studio oppure è in possesso solo della licenza elementare (contro il 23,9% del resto della popolazione) (ISTAT, 2014).

²¹ Occorre peraltro pensare che ogni persona, dunque ogni disabile, appartiene simultaneamente a diverse categorie sociali che, secondo la Teoria Intersezionale (Crenshaw, 1989) «interagiscono fra loro sia a livello individuale, che a livello di gruppi e istituzioni» (Marchetti, 2013: 134). Si veda anche WHO & WB (2011).

²² Sul tema più generale della capacità di scelta delle persone con problemi cognitivi gravi si veda Nussbaum (2011: 31 e sgg.).

sario o possibile²³, si è spostata dal rapporto tra *persona disabile e ambiente* al rapporto tra il binomio *persona disabile-caregiver e ambiente*. Introdurre nella lettura del contesto abitativo il caregiver significa farsi carico anche dei suoi problemi e del carico di stress (oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo) cui è sottoposto (vedi Novak & Guest, 1989). A questo proposito, occorre considerare ancora due aspetti che possono influenzare sia l'acquisizione delle informazioni sia la risposta progettuale. Per prima cosa, il caregiver può appartenere o meno al contesto familiare, affettivo o amicale della persona disabile, cioè può essere un parente, un convivente, un vicino o un amico della persona disabile oppure un soggetto esterno che presta attività di cura e di assistenza in cambio di un corrispettivo economico o volontariamente. In secondo luogo, occorre osservare che la presenza di una persona con disabilità grave all'interno di un nucleo familiare condiziona l'esistenza di ogni suo componente. Di conseguenza, la figura del caregiver familiare spesso si atomizza e ciascun membro della famiglia offre, con livelli di intensità e di coinvolgimento che possono essere anche molto diversi tra di loro, un supporto alla persona cara impossibilitata a prendersi cura di sé.

Fig. c. Nel progetto di adattamento di abitazioni di persone con disabilità grave assistiti da caregiver, la soluzione tecnica dovrebbe derivare dalla analisi/interpretazione delle esigenze e delle aspettative del binomio persona disabile-caregiver alla luce dei fattori ambientali (FA), sociali (FS) e culturali (FC)



²³ L'esperienza fin qui svolta nel Progetto ADA ha mostrato che non sempre la persona con disabilità grave può contare su un caregiver: talvolta vive sola con l'eventuale supporto saltuario di un parente o di un vicino di casa.

In conclusione, riconoscere che ogni persona disabile è diversa da ogni altra per le condizioni in cui vive, per le esigenze che esprime, per le aspettative che ripone sui processi di trasformazione dell'habitat e, più in generale, per le aspirazioni che nutre per la propria esistenza, rende l'intervento di adattamento domestico una attività 'complessa' che richiede un approccio olistico (vedi Hamilton, 1981). Ogni intervento può avere diverse sfaccettature e seguire percorsi differenti in funzione della specificità delle interrelazioni tra la persona disabile (il suo eventuale caregiver) e l'ambiente fisico, familiare e sociale in cui vive (Fig. c). Sarebbe, dunque, ingenuo pensare di relegare questa attività in una dimensione 'tecnica'. Più precisamente, si potrebbe dire che se la 'soluzione progettuale' è inevitabilmente 'tecnica', l'istruttoria che ne sta alla base, che l'alimenta, deve necessariamente ispirarsi al concetto umanista che affonda le sue radici nel pensiero di Protagora di Abdera secondo cui l'essere umano è la «misura di tutte le cose» e, quindi, considerare la totalità delle specifiche condizioni (fisiche, culturali e sociali) che l'ambiente pone alla persona disabile.

Interdisciplinarietà dell'approccio

La Salute è il risultato di un'ampia gamma di fattori personali, sociali, economici e ambientali (*determinanti*²⁴) (WHO, 1998), e di articolate variabili tra loro interconnesse. Così, per tentare di superare gli approcci riduzionisti e di ricomporre, nella fase di valutazione dello stato di salute della persona, l'unicità di un progetto di vita, è indispensabile tendere verso l'integrazione dei saperi e l'affermazione di modalità di lavoro maggiormente coerenti con la complessità dell'essere umano (Fig. d).

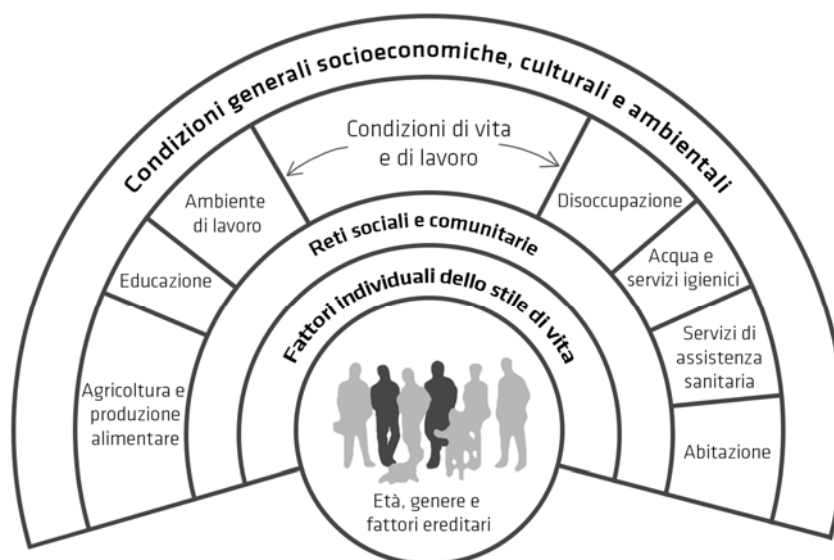
In Toscana, il modello della valutazione "multi-dimensionale" è stato introdotto con la Legge Regionale 66/2008 (*Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza*). Tale modello è basato sulle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM) attive in ogni Società della Salute/Zona-Distretto della Regione. La composizione 'base' di ogni UVM consiste in un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere. Tale composizione può essere integrata, di volta in volta, dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione, da medici specialisti e da altri operatori che si ritengono necessari ai fini della definizione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP).

Su questo modello di valutazione interdisciplinare, già ben consolidato, col Progetto sperimentale ADA, si sono innestate ulteriori competenze, ri-

²⁴ Sui determinanti della salute, è interessante Maciocco (2009). Per una riflessione estesa anche alla diseguale distribuzione della salute all'interno della società (determinanti delle diseguglianze nella salute), si veda WHO-CSDH (2010).

conducibili al settore dell'accessibilità ambientale. Infatti, le diverse attività previste dal Progetto ADA sono state svolte da *Gruppi di lavoro interdisciplinari* (uno per ciascuna delle Società della Salute coinvolte) che fondono competenze delle aree sociale e sanitaria con competenze dell'area progettuale (edilizie e domotiche) e sociologiche (sociologia dell'ambiente costruito). Si può dire che l'interdisciplinarietà dei Gruppi di lavoro è la coerente conseguenza dell'adesione del Progetto ADA al modello *bio-psico-sociale* della disabilità.

Fig. d. I principali determinanti della salute. Dal cerchio interno, dove c'è la persona con le proprie caratteristiche biologiche (determinanti non modificabili), si passa ai determinanti suscettibili di correzioni e cambiamenti (determinanti modificabili). Ridisegnato da: Dahlgren & Whitehead (1991)



L'esperienza ha evidenziato l'opportunità di comporre questi Gruppi di lavoro partendo da una componente 'stabile' (composta da architetti esperti in accessibilità ambientale, da medici e da assistenti sociali) a cui, sulla base delle specifiche esigenze e situazioni, affiancare specialisti quali esperti in tecnologie assistive e per l'automazione dell'ambiente, psicologi, sociologi, neuropsichiatri, fisiatristi, fisioterapisti, ecc.

Nell'approccio interdisciplinare avviene uno scambio conoscitivo che consente, come scrive Jean Piaget, «una collaborazione tra discipline diverse o fra settori eterogenei di una stessa scienza (per addivenire) a interazioni vere e proprie, a reciprocità di scambi, tale da determinare mutui arric-

chimenti» (Piaget, 1982: 131). In effetti, questo è quel che è successo nel Progetto ADA: l'esperienza svolta ha offerto a ciascuno la possibilità di modificare il proprio iniziale punto di vista, di ampliare la propria sensibilità, di riconsiderare questioni e atteggiamenti divenuti, anche per colpa della routine, assiomatici. Ad esempio, la consapevolezza del decorso degenerativo di alcune patologie ha impegnato tutti i componenti del Gruppo di lavoro nella definizione di soluzioni progettuali adattabili nel tempo. Questo risultato non sarebbe stato possibile se si fosse utilizzato un approccio di tipo settoriale (vedi Hamilton, 1981).

La lettura integrata delle interazioni tra la persona disabile e il proprio ambiente domestico (fisico, familiare e sociale) è, tuttavia, sempre una difficile sfida. "Integrare" è, come si sa, sempre più difficile che "separare". Nel Progetto ADA, le difficoltà incontrate dai diversi componenti dei Gruppi di lavoro nel negoziare le proprie convinzioni, nell'armonizzare linguaggi diversi, ha rappresentato un impegnativo banco di prova che ha richiesto un reciproco adattamento nei valori e una sincera disponibilità all'ascolto. È stato, ad esempio, necessario superare l'ostacolo dei linguaggi d'area che, seguendo un'antichissima tradizione esoterica, paiono spesso più preoccupati a proteggere e a custodire la conoscenza che a divulgarla e a condividerla (Lauria, 2008). Le numerose riunioni di coordinamento e operative svolte hanno avuto un ruolo essenziale nel limitare le incomprensioni e ricondurre l'iniziale atteggiamento difensivo (e le inevitabili conflittualità che ne derivano) verso un proficuo confronto dialettico, in vista di un obiettivo condiviso.

Fasi attuative del Progetto ADA

Per conseguire i propri obiettivi, il Progetto ADA impiega un disegno metodologico che si ispira all'approccio esigenziale-prestazionale (Lauria, 2014b) e alla progettazione personalizzata multi-dimensionale.

Il Progetto ADA si articola nelle seguenti fasi attuative:

- il *Sopralluogo* (per rilevare i bisogni e i desideri della persona disabile e di chi la cura e la assiste nell'ambiente domestico);
- la *Consulenza* (per consigliare alla persona disabile e ai suoi familiari un quadro organico di interventi per l'adattamento dell'abitazione);
- la *Valutazione dei casi* (per determinare e assegnare i contributi regionali).

Di seguito tali fasi saranno sinteticamente descritte; per ciascuna di esse sono stati messi a punto specifici strumenti di lavoro.

In ciascuna delle 34 Zone-Distretto della Toscana, il Sopralluogo è svolto presso le abitazioni delle persone disabili partecipanti al Progetto ADA da un Gruppo di lavoro costituito, nella sua composizione 'base', da tre unità di personale: un medico, un assistente sociale e un architetto con competenze in accessibilità ambientale²⁵. Come detto, questo nucleo, quando necessario, può essere integrato da competenze specialistiche (Esperti esterni). L'analisi delle limitazioni funzionali, il rilievo delle criticità ambientali in rapporto alle attività da svolgere, la conoscenza del contesto familiare, sociale e assistenziale, l'ascolto delle storie personali, sono viste in relazione allo svolgimento delle diverse attività domestiche e affrontate congiuntamente dai componenti del Gruppo di lavoro, ognuno per le proprie competenze.

Il personale di area socio-sanitario ha il compito di condurre il rilievo dei dati relativi alla *limitazione dell'autonomia funzionale* della persona disabile (impiegando l'Indice di Barthel Modificato²⁶), così come quelli relativi alla *carezza assistenziale e relazionale*. In entrambi i casi le informazioni sono raccolte dialogando con la persona disabile e/o con il/i caregiver. Il rilievo delle *criticità ambientali*, invece, è affidato all'architetto. Questi tre domini del Sopralluogo – raccolti in un unico documento chiamato *Fascicolo del Sopralluogo* – sono alla base delle successive fasi di Consulenza tecnica e di Valutazione dei casi.

Anche il rilievo delle criticità ambientali parte con un colloquio, integrato, quando necessario, da rilievi di carattere geometrico, tecnologico, impiantistico e fotografico. Il dialogo con la persona disabile (e/o con il/i caregiver) è finalizzato ad affrontare tematiche riconducibili alle seguenti domande: (1) "Cosa fa in una giornata tipo?", (2) "Quali attività domestiche vorrebbe svolgere se potesse?", (3) "Quali ostacoli le impediscono di fare ciò che vorrebbe?", (4) "Cosa l'aiuterebbe a fare ciò di cui ha bisogno?", (5) "L'assistenza domestica di cui dispone è sufficiente?" (cfr. Gray *et al.*, 2003). Queste domande non sono poste in termini espliciti (formali), come in un'intervista strutturata. Sono, invece, parte di una conversazione mirata non solo a cercare di ottenere risposte, ma anche a creare quella relazione di fiducia con l'interlocutore che è fondamentale per avere informazioni affidabili e approfondite. Per questo, spesso le domande sono state riformulate in funzione dell'interlocutore: ad esempio, in alcuni casi, le domande (2), (3) e (4) sono state sintetizzate nel modo seguente: "Se

²⁵ Vedi § 7.2.1.

²⁶ Il *Barthel Index* è utilizzato per misurare l'autosufficienza della persona disabile nello svolgimento di dieci attività comuni della vita quotidiana. Vedi il box "Metodi per la valutazione dell'autonomia personale", nel § 2.2. Nel Progetto ADA si utilizza il *Modified Barthel Index* (vedi Shah, Vaclay & Cooper, 1989), che introduce un sistema di valutazione più analitico normalmente impiegato in Regione Toscana (vedi in questo libro il § 8.2.3).

avesse una bacchetta magica, cosa cambierebbe della sua casa?”. Per l’acquisizione delle criticità ambientali è stata predisposta una *Chek-list delle attività domestiche* redatta sulla base dell’ICF (in specifico, il capitolo 6. “Vita domestica”, da d630 a d669) (WHO, 2001), delle scale di valutazione ADL (*Activities of Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) e di una precedente esperienza di ricerca che ha indagato, da un altro punto di vista, il quadro delle attività che si svolgono all’interno dell’ambiente domestico (Lauria, 2010). Questa *check-list* ha lo scopo di mettere in luce quelle situazioni, relative a spazi, arredi, attrezzature e impianti, che impediscono o ostacolano lo svolgimento delle attività domestiche da parte della persona disabile e/o l’attività di assistenza da parte del/dei caregiver.

Le informazioni raccolte nel corso del Sopralluogo, come detto, sono finalizzate all’elaborazione delle Consulenze tecniche e della Valutazione dei casi (necessaria ai fini dell’erogazione di contributi economici alle persone disabili aventi diritto). L’attività di Sopralluogo, tuttavia, assume anche significati più profondi e di lungo respiro. Esprime, infatti, un senso di vicinanza e di attenzione da parte dell’istituzione regionale verso le persone con disabilità grave e le loro famiglie ed è orientata, dove necessario, ad un potenziamento del servizio di presa in carico. L’osservazione della realtà domestica può servire per individuare ulteriori misure di sostegno alla persona nonché interventi riabilitativi e/o formativi (ad esempio, corsi di autonomia domestica, percorsi finalizzati ad apprendere o migliorare l’uso di nuove attrezzature e tecnologie informatiche, ecc.) volti a valorizzare le capacità individuali delle persone disabili nell’ambiente domestico.

La Consulenza tecnica, contiene i suggerimenti per le azioni da intraprendere nei riguardi dell’ambiente domestico per migliorare il benessere, l’autonomia personale e la sicurezza della persona disabile attraverso l’incremento del *grado di accessibilità* dell’abitazione e dei suoi spazi di pertinenza. Essa è composta da testi e immagini e contiene la descrizione di soluzioni progettuali in relazione all’unità ambientale a cui fanno riferimento (ad esempio, servizio igienico, cucina, camera da letto, ingresso, percorsi interni, ecc.) oppure all’intera abitazione (nel caso, ad esempio, degli impianti a rete).

Le soluzioni riguardano tre aree d’intervento:

1. *opere edilizie* (ad esempio, rampe per il superamento dei dislivelli, ampliamenti dei vani delle porte, demolizione e ricostruzione di pareti, rifacimento o adeguamento dei servizi igienici);
2. *arredi e attrezzature* (ad esempio, mobili da cucina ed elettrodomestici, corrimano, apparecchi sanitari e accessori per i servizi igienici);
3. *tecnologie assistive e tecnologie per l’automazione dell’ambiente* (ad esempio, dispositivi mobili per la sicurezza della persona, sistemi di

automazione dei serramenti e dell'illuminazione, adattamento domestico degli impianti, ecc.) (vedi Morini & Scotti, 2005).

Il ricorso alle tecnologie assistive diviene essenziale per alleviare le condizioni di vita delle persone disabili (e/o del/dei caregiver) quando gli interventi 'ambientali' (edilizi e automazione dell'ambiente) non sono ritenuti efficaci o non sono economicamente convenienti in rapporto agli esiti conseguibili. Quando, a causa della natura delle criticità emerse, neanche le tecnologie assistive rappresentano un'opzione percorribile per elevare il grado di autonomia della persona disabile, la Consulenza tecnica evidenzia questo limite. L'ammissione della incapacità degli interventi di adattamento ambientale ragionevolmente ipotizzabili di incidere in maniera apprezzabile sulle condizioni di accessibilità, di sicurezza d'uso e di sicurezza in caso di emergenza degli immobili può condurre a suggerire soluzioni diverse in funzione della situazione contingente, incluso, dove possibile, il trasferimento della famiglia in un'altra abitazione.

La Consulenza tecnica, è elaborata dall'architetto del Gruppo di lavoro e condivisa con tutti i suoi componenti; una volta elaborata, è inviata alla persona disabile partecipante al Progetto ADA.

Ad integrazione della Consulenza tecnica, il Progetto ADA prevede, in alcuni casi²⁷, l'assegnazione di un contributo economico per l'attuazione degli interventi di adattamento domestico. Tali interventi sono proposti dalle stesse persone disabili sulla base delle Consulenze tecniche predisposte dal Gruppo di lavoro; dove necessario, essi sono formalizzati attraverso la mediazione di un professionista. Per determinare la formazione della graduatoria che orienta l'erogazione dei contributi sono state predisposte tre *Schede di valutazione*²⁸ che considerano i tre aspetti valutativi che concorrono a definire il grado di *Limitazione dell'Autonomia Domestica* di ogni partecipante:

1. *limitazione dell'Autonomia Funzionale*, che tiene conto dello stato di salute e alle condizioni 'intrinseche' della persona (età²⁹, genere³⁰, forma fisica, quadro evolutivo della limitazione funzionale, ecc.);
2. *carenza Assistenziale e Relazionale*, che tiene conto dei fattori ambientali di tipo *sociale* che ostacolano lo svolgimento delle attività domestiche da parte della persona disabile;

²⁷ Vedi § 7.2.6.

²⁸ Si veda § 8.4.2 e l'Allegato a questo libro.

²⁹ In Italia il 43,3% di persone disabili ha più di 80 anni; mentre l'età media delle persone disabili è pari a 73,7 anni (ISTAT, 2014).

³⁰ In Italia, sul totale della popolazione, la percentuale di donne disabili è pari quasi a due volte a quella degli uomini (7,1% contro 3,8%). Particolarmente vulnerabile risulta il gruppo delle donne di oltre 65 anni: il 24,4% di queste, infatti, dichiara di avere limitazioni funzionali (ISTAT, 2014).

3. *criticità dell'Ambiente Fisico*, che tiene conto dei fattori ambientali di tipo *fisico* che ostacolano lo svolgimento delle attività domestiche da parte della persona disabile e l'assistenza da parte del/dei caregiver.

La compilazione delle Schede di valutazione viene eseguita congiuntamente dai componenti del Gruppo di lavoro, nel corso del Sopralluogo o in un momento immediatamente successivo.

La definizione della Graduatoria degli aventi diritto al contributo regionale – anch'essa da stilare collegialmente – avviene, invece, solo dopo che sono stati completati tutti i Sopralluoghi all'interno di una Società della Salute/Zona-Distretto. In sintesi, l'ammontare effettivo del contributo erogato ad ogni avente diritto è determinato combinando i seguenti fattori: (1) punteggio sulla *Graduatoria di Limitazione dell'Autonomia Domestica*, (2) percentuale di co-finanziamento e limite massimo del contributo erogabile, che dipendono a loro volta dall'ISEE del nucleo familiare della persona disabile, e (3) ammontare del costo totale dei preventivi presentati per la realizzazione di uno o più interventi suggeriti nella Consulenza tecnica.

L'elaborazione di un solido sistema valutativo, capace di integrare gli aspetti ambientali con quelli socio-sanitari, ha rappresentato una sfida impegnativa e rappresenta uno degli elementi più interessanti dell'intero Progetto ADA.

Il Progetto comprende anche una fase finale di Valutazione *ex-post* dell'efficacia del processo e della pertinenza degli esiti. La Valutazione *ex-post* ha tre principali finalità: (1) registrare il gradimento delle persone disabili (e chi presta loro attività di cura e di assistenza) in merito al Progetto ADA, (2) valutare l'impatto degli interventi realizzati (in base alla Consulenza tecnica) sulla loro vita quotidiana, e (3) fornire ulteriori elementi di conoscenza per perfezionare procedure e strumenti operativi. La fase di Valutazione *ex-post* riguarderà sia la fase pilota sia quella di estensione del Progetto alla scala regionale; in entrambi i casi le attività avranno inizio dopo un congruo intervallo di tempo dalla conclusione degli interventi di adattamento per consentire alle persone disabili e ai loro caregiver di poterli sperimentare e giudicare³¹.

Conclusioni

Il Progetto Sperimentale ADA trae ispirazione dall'esigenza di mettere in relazione, secondo un'impostazione olistica, dimensioni e saperi spesso

³¹ Vedi § 6.5 e § 7.2.9. (in merito, rispettivamente, alla fase pilota e alla fase di estensione del Progetto ADA alla scala regionale).

visti e agiti in maniera separata: la teoria e la prassi; la persona e il suo habitat; le discipline di area progettuale e quelle di area socio-sanitaria. Esso fornisce soluzioni personalizzate per fronteggiare problemi specifici vissuti dalle persone con disabilità grave nella loro abitazione, combinando le condizioni personali con l'insieme dei fattori ambientali (fisici e socio-culturali) che caratterizzano la loro esperienza di vita domestica e quella degli eventuali caregiver.

Interventi mirati di adattamento delle abitazioni rivolti a migliorare l'autonomia delle persone deboli e disabili possono produrre effetti virtuosi. Consentono di esprimere un senso di vicinanza da parte delle istituzioni verso persone talvolta in condizione di forte disagio, poi, di limitare il ricorso a misure assistenziali domiciliari e, infine, di ritardare forme, più o meno efficaci ed evolute, di istituzionalizzazione, consentendo alla persona disabile di continuare a godere del proprio spazio domestico, dei propri ricordi familiari e dell'affetto dei propri congiunti, dei propri amici, della propria comunità³².

Una finalità collaterale del Progetto ADA è contribuire alla diffusione della cultura dell'accessibilità non solo tra i suoi destinatari, ma anche tra le figure, di diversa formazione, impegnate nella sua implementazione. L'esperienza – che vede il coinvolgimento sul territorio regionale di oltre cento persone tra medici, assistenti sociali, architetti, sociologi, ingegneri elettronici, personale amministrativo – ha mostrato quanto sia utile definire un linguaggio condiviso e un terreno comune di discussione e quanto questo possa migliorare, in prospettiva, la capacità di risposta del servizio regionale ai bisogni delle persone con disabilità grave.

Bibliografia

Arengi, A., Garofolo, I. & Lauria, A. (2016), "On the relationship between universal and particular in architecture", in Petrie H., Darzentas J., Walsh T., Swallow, D., Sandoval L., Lewis A. & Power, C. (eds), *Universal Design 2016: Learning from the Past, Designing for the Future. Studies in Health Technologies and Informatics*, Vol. 229, pp. 31-39. IOS Press, Amsterdam, Berlin, Washington DC.

³² Per documentare il clima di speranza e di fiducia reciproca che si è creato nel corso della fase pilota del Progetto ADA, si riporta un estratto da una lettera inviata dalla mamma di un bambino disabile partecipante al Progetto, alla Società della Salute di riferimento: «Prima di tutto vorrei ringraziare tutte le persone che abbiamo incontrato in questi mesi e a cui abbiamo parlato delle nostre difficoltà, i loro consigli sono stati molto utili e la loro competenza ci ha illuminato su tutta una serie di attività che noi genitori abbiamo messo in atto e che potremmo mettere in atto in futuro per il nostro bambino (...). Per noi è stata una vera novità trovare persone che capissero sia le nostre difficoltà riguardo la disabilità, sia che avessero delle così valide competenze riguardo ogni aspetto tecnico».

- Barnes, C. (1991), *Disabled People in Britain and Discrimination: A Case for Anti-discrimination Legislation*, Hurst and Co. in association with the British Council of Organisations of Disabled People, London.
- Barnes, C. & Mercer, G. (2005) (eds), *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World*, The Disability Press, Leeds.
- Barnes, C. (2011), "Understanding disability and the importance of design for all", in *Journal of Accessibility and Design for All*, 1(1): 55-80.
- Belli, R. (2014), *Vivere eguali. Disabili e partecipazione al costo delle prestazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Biggeri, M. & Chiappero Martinetti, E. (2010), "Sviluppo Umano Sostenibile, Capability Approach e Cooperazione Internazionale", in Biggeri, M. & Canitano, G. (a cura di), *Temi avanzati di economia e politica della cooperazione internazionale allo sviluppo*, FrancoAngeli, Milano, pp. 37-64.
- Biggeri, M. & Bellanca, N. (2011) (a cura di), *L'approccio delle Capability applicato alla disabilità: dalla teoria dello sviluppo umano alla pratica*, Litograf-Editor, Cerbara-Città di Castello.
- Cera, R. (2010), "Uguaglianza e non discriminazione", in Aa.Vv., *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, Roma, Aracne, pp. 77-103.
- Commissione Europea (2003), "Pari opportunità per le persone con disabilità: un piano di azione europeo". Disponibile al sito <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:52003DC0650> [visitato il 10/09/2016].
- CORAD (1982), *Report of the Committee on Restrictions Against Disabled People*, London, Her Majesty's Stationary Office.
- Crenshaw, K. (1989), "Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics", in *University of Chicago Legal Forum*, 139-167. Disponibile su: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> [visitato il 19/10/2016].
- CUD (Center for Universal Design) (1997), *The Principles of Universal Design, Version 2.0*. North Carolina State University. Disponibile su: www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about_ud/udprinciplestext.htm [visitato il 29/01/2017].
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies, Stockholm.
- Deidda, B. (2014) "Prefazione", in Belli, R., *Vivere eguali. Disabili e partecipazione al costo delle prestazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Dunn, P.A. (1987), *The Impact of Housing upon the Independent Living Outcomes of Individuals with Disabilities*. Dissertazione dottorale non pubblicata, Florence Heller Graduate School for Advanced Studies in Social Welfare, Brandeis University, Boston (Mass.).
- Edwards, J.R., Caplan, R.D., & Harrison, R.V. (1998), "Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research", in Cooper, C.L. (ed), *Theories of Organizational Stress*. Oxford University Press, Oxford, pp. 28-67.
- Fitch, J.M. (1947), *American Building: The Forces that Shape it*, London, BT Batsford. (ed. it. Padova, 1980).

- French, J.R.P. Jr., Caplan, R.D. & Harrison, R.V. (1982), *The Mechanisms of Job Stress and Strain*, Wiley, London.
- Gans, H.J. (1968) *People and Plans. Essay on Urban Problems and Solutions*, Basic Books, New York.
- Gray, D.B., Gould, M. & Bickenbach, J.E. (2003), “Environmental barriers and disability”, in *Journal of Architectural Planning Research*, 20(1): 29-37.
- Hamilton, W.M. (1981), “Foreword”, in Lockhart, T., *Housing Adaptations for Disabled People*, Disabled Living Foundation by the Architectural Press, London. pp. xii-xiv.
- ISTAT (2014), Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013, Roma. Disponibile su www.istat.it [visitato il 19/09/2016].
- ISTAT (2016), “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Audizione del Presidente dell’Istituto Nazionale di Statistica: Giorgio Alleva”, XXI Commissione “Lavoro, previdenza sociale” del Senato della Repubblica, Roma, 5 aprile 2016. Disponibile su: www.istat.it/it/archivio/184190 [visitato il 19/09/2016].
- Lamure, C. (1976), *Adaptation du logement à la vie familiale*, Eyrolles, Paris (ed. it. Milano, 1980).
- Lauria, A. (2003), “Introduzione”, in s.a. (a cura di) *Personne “reali” e progettazione dell’ambiente costruito. L’accessibilità come risorsa per la qualità ambientale*, Maggioli, Rimini, pp. 41-42.
- Lauria, A. (2010) (a cura di), *Fondamenti di Prevenzione degli infortuni domestici*, Firenze, Regione Toscana.
- Lauria, A. (2008), “Note sul rapporto tra i saperi nel progetto di architettura”, in Torricelli, M.C. & Lauria, A. (a cura di) *Ricerca Tecnologia Architettura. Un diario a più voci*. ETS, Pisa, pp. XXV-XXXVI.
- Lauria, A. (2012a) (a cura di), *I Piani per l’Accessibilità. Una sfida per promuovere l’autonomia dei cittadini e valorizzare i luoghi dell’abitare*, Gangemi, Roma.
- Lauria, A. (2012b), “La progettazione esigenziale nella dimensione culturale dell’abitare”, in Bolici, R., Gambaro M. & Tartaglia, A. (a cura di) *La ricerca tra innovazione, creatività e progetto*, FUP, Firenze, pp. 409-439.
- Lauria, A. (2014a), “L’Accessibilità come sapere abilitante per lo Sviluppo Umano: il Piano per l’Accessibilità”, in *Techne*, 7: 125-131.
- Lauria, A. (2014b), “Approccio esigenziale-prestazionale e qualità dell’abitare”. In Claudi de Saint Mihiel, A. (a cura di) *Tecnologia e progetto per la ricerca in Architettura*, Clean Edizioni, Napoli, pp. 52-64.
- Lauria, A. (2016), “The Florence Experience: A multimedia and multisensory guidebook for cultural towns inspired by Universal Design approach”, in *WORK*, 53(4): 709-727.
- Lawton, M.P. (1982) “Competence, environmental press, and the adaptation of older people”, in Lawton, M.P., Windley, P.O. & Byert, T.O. (eds) *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*, Springer, New York, pp. 33-59.
- Lockhart, T. (1981), *Housing Adaptations for Disabled People*, Disabled Living Foundation by the Architectural Press, London.
- Mace, R. (1985), *Universal Design, Barrier Free Environments for Everyone*, Designers West, Los Angeles.

- Mace, R., Hardie, G. & Plaice, J. (1991), "Accessible environment: Toward Universal Design", in Preiser, W.F.E., Visher J.C. & White E.T. (eds), *Design Interventions: Toward a More Humane Architecture*, Van Nostrand Reinhold, New York.
- Maciocco, G. (2009), "I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework", in Costa, G., Cislighi, C. & Caranci, N. (a cura di) *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*, FrancoAngeli, Milano, pp. 31-42.
- Marchetti, S. (2013), "Intersezionalità", in Botti, C. (a cura di) *Le etiche della diversità culturale*, Le Lettere, Firenze, pp. 133-148.
- Morini, A. & Scotti, A. (2005) (a cura di), *Assistive Technology. Tecnologie di supporto per una vita indipendente*, FrancoAngeli, Milano.
- Novak, M. & Guest, C. I. (1989), "Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory", in *Gerontologist*, 29: 798-803.
- Nussbaum, M.C. (2011), *Creating Capacity. The Human Development Approach*, Cambridge (Mass.) - London, The Belknap Press of Harvard University Press (ed. it. Bologna, 2012).
- Oliver, M. (2004), "The Social Model in action: If I had a hammer?", in Barnes, C. & Mercer, G. (eds) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Leeds, The Disability Press, pp. 18-32.
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2004), ICF versione breve. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, Eriksson, Gardolo (TN).
- Ortega y Gasset, J. (1914), *Meditaciones del Quijote*, Residencia de estudiantes, Madrid, 1914. (ed. it. Napoli, 2000).
- Piaget, J. (1982), *Pedagogia strutturalista*, Torino, Paravia (ed. or. "L'épistémologie des relations interdisciplinaires", in Aa.Vv., *L'interdisciplinarité, problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités* Paris, OCSE, 1972).
- Pontiggia, G. (2000), *Nati due volte*, Mondadori, Milano.
- Pope, A.M. & Brandt, E.N. (1997) (eds.) *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering*, National Academy Press, Washington DC.
- Ratzka, A.D. (1984), *The Costs of Disabling Environments: A Cost-Revenue Analysis of Installing Elevators in Old Houses*, Swedish Council of Building Research, Stockholm.
- Ratzka, A.D. (1989), "Personal assistance: the key to Independent Living". Disponibile su: www.independentliving.org/docs2/enilpakeytoil.html [visitato il 15/02/2017].
- Reindal, S.M. (1999), "Independence, dependence, interdependence: some reflections on the subject and personal autonomy", in *Disability & Society*, 14(3): 353-367.
- Sacks, O. (1995), *An Antropologist on Mars*, Alfred A. Knopf, New York (ed. it. Milano, 1995).
- Sen, A. (1987), *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, Oxford and New York (ed. it. Roma-Bari, 1988).
- Sen, A. (1993), "Capability and Well-Being", in Nussbaum, M. & Sen, A., (eds), *The Quality of Life*, Oxford Clarendon Press, New York.

- Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, Alfred A. Knopf, New York (ed. it. Milano, 2000).
- Shah S., Vaclay F. & Cooper B. (1989), “Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation”, in *Journal of Clinical Epidemiology*, 8: 703-709.
- Solipaca, A. (2009), “Le persone con disabilità in Italia: il quadro numerico della statistica ufficiale”, in Borgnolo, G., de Camillis, R., Francescutti, C., Frattura L., Troiano, R., Bassi, G. & Tibaro, E. (a cura di) *ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Nuove prospettive per l'inclusione*, Erickson, Trento, pp. 93-110.
- Steinfeld, E., Schroeder, S., Duncan, J., Faste, R., Shollet, D., Bishop, M., Wirth P. & Cardell, P. (1979), *Access to Built Environment: A Review of Literature*, U.S. Government Print Office, Washington, DC
- Traustadóttir, R. (2009), “Disability studies, the Social Model and legal developments”, in Arnardóttir, O.M. & Quinn, G. (eds), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: European and Scandinavian perspectives*, Martinus Nijhoff, Leiden-Boston.
- UN (United Nations) (2006), *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Disponibile su: www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html [visitato il 2/9/2016]. Trad. it. MLSPS (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) (2009), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Disponibile su: www.osservatoriodisabilita.it/images/documenti/la_convenzione_onu.pdf [visitato il 2/09/2016].
- WHO (World Health Organization) (1998), *Health Promotion Glossary*, WHO, Geneva (trad. it. Glossario O.M.S. di Promozione della Salute, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2012. Disponibile su: www.dors.it/alleg/newcms/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf [visitato il 9/12/2016].
- WHO (World Health Organization) (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, WHO, Geneva.
- WHO-CSDH (World Health Organization - Commission on Social Determinant of Health) (2010), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Disponibile su: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1 [visitato il 12/11/2016].
- WHO (World Health Organization) & WB (The World Bank) (2011), *World report on disability*, World Health Organization, Geneva. Disponibile su: www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf [visitato il 12/10/2016].
- Zola, I.K. (1989), “Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy”, in *The Milbank Quarterly*, 67(suppl. 2): 401-28 (il testo è stato ripubblicato online da *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 2005: 1-27. Disponibile su: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00436.x/epdf> [visitato il 7/11/2016].

Il Progetto ADA (*Adattamento Domestico per l'Autonomia personale*) è una *ricerca-intervento* interdisciplinare che aspira a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità grave e di chi presta loro assistenza e cura, attraverso interventi di adattamento dell'ambiente domestico altamente personalizzati. Può essere pensato come un "bene pubblico" il cui obiettivo è elevare il benessere sociale della comunità grazie al suo contenuto sociale e formativo e ai processi culturali che attiva. Dopo una parte introduttiva su disabilità e accessibilità, il libro descrive le vicende del Progetto ADA, le sue finalità, la metodologia impiegata, le fasi e gli strumenti attuativi.

L'impatto del Progetto ADA può essere compreso considerando che, oltre alle 362 persone disabili che hanno partecipato alle prime due sperimentazioni e alle loro famiglie, esso ha coinvolto oltre cento persone – medici, assistenti sociali, architetti, sociologi, riabilitatori, esperti in tecnologie assistive e domestiche, personale amministrativo – e tre Enti: Regione Toscana, Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze e Istituto di Scienza e Tecnologie dell'Informazione del CNR di Pisa.

Antonio Lauria, architetto. Professore ordinario presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze. È fondatore e coordinatore scientifico dell'Unità di Ricerca *Florence Accessibility Lab*. Si occupa di accessibilità, progetto degli spazi urbani e innovazioni tipologiche e tecnologiche in architettura.

Beatrice Benesperi, architetto. Borsista presso il Dipartimento di Architettura di Firenze, collabora con il *Florence Accessibility Lab*. Si occupa di accessibilità ambientale, dalla scala dell'edificio alla scala urbana, e svolge attività di formazione e consulenza per enti pubblici e privati.

Paolo Costa, sociologo. Insegna presso la Scuola di Architettura dell'Università di Firenze, dove collabora con il *Florence Accessibility Lab* e con il *LabSo, Laboratorio Sociologico su Design, Architettura e Territorio*. Tra i suoi temi di ricerca, l'analisi e la valutazione degli spazi dal punto di vista dei loro abitanti.

Fabio Valli, architetto e dottore di ricerca. Borsista presso il Dipartimento di Architettura di Firenze, collabora con il *Florence Accessibility Lab*. Come ricercatore si interessa di accessibilità ambientale e di tecnologie di base per l'architettura; svolge la libera professione.

 **FrancoAngeli**
La passione per le conoscenze

€ 37,00 (U)

ISBN 978-88-917-6113-2



9 788891 761132